

PROMOSI KESEHATAN PADA KEBIDANAN

PENULIS :

- LAILATUROHMAH
- CHUSNUL ZULAIKA
- ELA ROHAENI
- RANI FITRIANI
- MARIA VILASTRY NUHAN
- YUYUN TRIANI
- SELVIA
- GRHASTA DIAN PERESTROIKA
- IIS
- SULFIANTI A YUSUF
- CIA APRILIANTI
- REDEMPUS
- WAIFTI AMALIA
- AISYAH VITARIANI GARENDI



ISBN 978-623-198-441-8



9

786231

984418

PROMOSI KESEHATAN PADA KEBIDANAN

**Lailaturohmah
Chusnul Zulaika
Ela Rohaeni
Rani Fitriani
Maria Vilastry Nuhan
Yuyun Triani
Selvia
Grhasta Dian Perestroika
Iis
Sulfianti A Yusuf
Cia Aprilianti
Redemptus
Waifti Amalia
Aisyah Vitariani Garendi**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PROMOSI KESEHATAN PADA KEBIDANAN

Penulis :

Lailaturohmah
Chusnul Zulaika
Ela Rohaeni
Rani Fitriani
Maria Vilastry Nuhan
Yuyun Triani
Selvia
Grhasta Dian Perestroika
Iis
Sulfianti A Yusuf
Cia Aprilianti
Redemptus
Waifti Amalia
Aisyah Vitariani Garendi

ISBN : 978-623-198-441-8

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.
Ilda Melisa., Amd., Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

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

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

Redaksi :

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

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2023

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

KATA PENGANTAR

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

Buku Ini Membahas Prinsip Promosi Kesehatan, Sejarah dan Perkembangan Pendidikan Kesehatan menuju promosi kesehatan, Teknik Pemberdayaan Masyarakat, Sosial Support, Advokasi terhadap pengambilan kebijakan, Konseling, Peranan promosi kesehatan dalam mencegah masalah Kebidanan, Perancangan program promosi kesehatan dalam bidang kebidanan, Pelaksanaan Konseling individu, Peranan Promosi Kesehatan dalam Kebidanan, Advokasi dari KIA-KR, Strategi antara KIA dan KR, Promosi Kesehatan dalam Praktek Kebidanan, Monitoring Promkes pada Wanita hamil

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 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 PRINSIP PROMOSI KESEHATAN	1
1.1 Definisi Promosi Kesehatan.....	1
1.2 Batasan Promosi Kesehatan	3
1.3 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan.....	3
1.4 Tujuan Promosi Kesehatan.....	5
1.5 Media Promosi Kesehatan.....	6
1.6 Prinsip Promosi Kesehatan.....	11
DAFTAR PUSTAKA.....	14
BAB 2 SEJARAH DAN PERKEMBANGAN	
PENDIDIKAN KESEHATAN MENUJU PROMOSI	
KESEHATAN.....	15
2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Perkembangan Kesehatan Masyarakat.....	19
2.2.1 Periode sebelum perkembangan ilmu	
pengetahuan	19
2.2.2 Periode setelah perkembangan ilmu	
pengetahuan	20
2.3 Perkembangan Promosi Kesehatan di Indonesia ..	24
2.3.1 Sebelum Tahun 1965	24
2.3.2 Periode Tahun 1965-1975	24
2.3.3 Periode Tahun 1975-1985.....	25
2.3.4 Periode Tahun 1985-1995.....	26
2.3.5 Periode Tahun 1995-Sekarang.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....	28
BAB 3 TEKNIK PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	29
3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Pemberdayaan Sebagai Proses Sosial.....	31
3.3 Pengembangan Masyarakat Dengan Dukungan	
Pemerintah	33

3.4 Konsep Pemberdayaan Masyarakat dalam konteks kesehatan	37
3.5 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Program Posyandu	39
DAFTAR PUSTAKA	40
BAB 4 SOCIAL SUPPORT (DUKUNGAN SOSIAL)	43
4.1 Pendahuluan	43
4.2 Pengertian Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>).....	44
4.3 Dimensi Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>).....	45
4.4 Komponen Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>)	46
4.5 Faktor-Faktor Terbentuknya Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>)	49
4.6 Pentingnya Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>).....	50
4.7 Faktor Yang Menghambat Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>)	51
4.8 Sumber Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>).....	52
4.9 Dampak Dukungan Sosial (<i>Social Support</i>).....	53
4.9 Peran Dukungan Sosial dalam Promosi Kesehatan	54
DAFTAR PUSTAKA	56
BAB 5 ADVOKASI TERHADAP PENGAMBILAN KEBIJAKAN	57
5.1 Pengertian Advokasi Kebijakan.....	57
5.2 Tujuan Advokasi Kebijakan.....	58
5.3 Sasaran Advokasi Kebijakan.....	60
5.4 Metode Advokasi Kebijakan.....	61
5.5 Unsur Dasar Advokasi Kebijakan.....	62
5.6 Langkah-langkah Advokasi Kebijakan	63
5.7 Advokasi Terhadap Pengambilan Kebijakan.....	64
5.8 Peran Pemangku Kepentingan Advokasi Kebijakan	65
5.9 Identifikasi Rumusan Kebijakan	67
DAFTAR PUSTAKA	73

BAB 7 PERANAN PROMOSI KESEHATAN DALAM	
MENCEGAH MASALAH KEBIDANAN	75
7.1 Pendahuluan.....	75
7.2 Peran Promosi Kesehatan	76
7.3 Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah	
Kebidanan	78
7.3.1 Promosi Kesehatan Dalam Kehamilan	78
7.3.2 Promosi Kesehatan Dalam Persalinan	84
7.3.3 Promosi Kesehatan Dalam Masa Nifas dan	
Menyusui.....	87
7.3.4 Promosi Kesehatan Bayi Baru Lahir.....	90
7.3.5 Promosi Kesehatan Pada PUS/WUS.....	92
7.3.6 Promosi Kesehatan Pada Klimakterium/	
Menopause	94
DAFTAR PUSTAKA.....	95
BAB 8 PERANCANGAN PROGRAM PROMOSI	
KESEHATAN DALAM BIDANG KEBIDANAN	97
8.1 Pendahuluan.....	97
8.2 Pemilihan Strategi dan Metode Program	
Promosi Kesehatan dalam Bidang Kebidanan	98
8.2.1 Model perencanaan promosi kesehatan	
dengan mapping Bartholomew	99
8.2.2 Model perencanaan promosi kesehatan	
dengan Precede-Proceed	100
8.3 Pengembangan Media Promosi Kesehatan dalam	
Bidang Kebidanan	102
8.4 Evaluasi program Program Promosi Kesehatan	
dalam Bidang Kebidanan	106
DAFTAR PUSTAKA.....	109
BAB 9 PELAKSANAAN KONSELING INDIVIDU.....	113
9.1 Pendahuluan.....	113
9.2 Pelaksanaan Layanan Konseling Individual	114
9.2.1 Pengertian Layanan Konseling Individual	114
9.2.2 Tujuan Layanan Konseling Individual	115

9.2.3 Proses Layanan Konseling Individu.....	115
9.2.4 Ciri-Ciri Hasil Komunikasi Yang Efektif Dalam Kebidanan	119
9.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Efektifitas Komunikasi Dalam Kebidanan	121
DAFTAR PUSTAKA	124
BAB 10 PERANAN PROMOSI KESEHATAN	
DALAM KEBIDANAN.....	125
10.1 Pendahuluan.....	125
10.2 Promosi Kesehatan	127
10.2.1 Tujuan Promosi Kesehatan.....	129
10.2.2 Metode Promosi Kesehatan.....	129
10.3 Media Promosi Kesehatan	130
10.4 Bidan	132
10.4.1 Peran Bidan Sebagai Advokator	133
10.4.2 Peran Bidan Sebagai Edukator	134
10.4.3 Peran Bidan Sebagai Motivator.....	136
DAFTAR PUSTAKA.....	138
BAB 11 STRATEGI ANTARA KIA DAN KR	141
11.1 Pendahuluan.....	141
11.2 Kesejahteraan finansial rumah tangga.....	142
11.3 Generasi mendatang.....	143
11.4 Faktor-faktor apa yang berkontribusi terhadap hasil kesehatan reproduksi yang buruk?	144
11.5 Memahami kurangnya investasi dalam kesehatan reproduksi	145
11.6 Akuntabilitas yang terbatas	149
11.7 Kebijakan yang meningkatkan kesehatan reproduksi	150
11.8 Kesimpulan	157
DAFTAR PUSTAKA	159
BAB 12 PROMOSI KESEHATAN DALAM	
PRAKTEK KEBIDANAN	161
12.1 Pendahuluan.....	161

12.2 Definisi Promosi Kesehatan	161
12.3 Peran Bidan Dalam Promosi Kesehatan.....	162
12.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan	165
12.5 Strategi Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan	171
DAFTAR PUSTAKA.....	174
BAB 13 MONITORING PROMOSI KESEHATAN	
PADA IBU HAMIL	175
13.1 Pendahuluan	175
13.2 Promosi kesehatan ibu hamil.....	176
13.3 Dukungan Psikologis	177
13.4 Cakupan promosi kesehatan ibu hamil	177
DAFTAR PUSTAKA.....	185
BIODATA PENULIS	

BAB 1

PRINSIP PROMOSI KESEHATAN

Oleh Lailaturohmah

1.1 Definisi Promosi Kesehatan

Menurut Green dan Kreuter (2005), promosi kesehatan dapat diartikan sebagai gabungan dari upaya pendidikan, kebijakan, peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan dan kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas. Definisi yang diusulkan oleh Green ini dapat dipandang sebagai pelaksanaan nyata dari definisi konseptual yang diberikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam Ottawa Charter. Dalam rumusan pengertian tersebut, dapat terlihat dengan jelas bahwa promosi kesehatan melibatkan serangkaian aktivitas yang perlu dilakukan.

Secara umum, promosi kesehatan dalam konteks pendidikan adalah usaha yang direncanakan untuk mempengaruhi individu, kelompok, atau masyarakat agar mereka melakukan tindakan yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku yang mendukung kesehatan baik secara individu maupun dalam skala kelompok atau komunitas. (Notoadmodjo, 2014).

Promosi kesehatan merupakan usaha pemberdayaan masyarakat untuk merawat, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri dan lingkungannya.

Memberdayakan adalah tindakan yang bertujuan untuk memperkuat dan mengembangkan kemampuan serta kemandirian seseorang atau kelompok. Hal ini dicapai melalui peningkatan kesadaran, pengembangan keterampilan, dan

menciptakan lingkungan yang mendukung kemandirian. Promosi kesehatan adalah suatu upaya untuk memengaruhi masyarakat agar menghentikan perilaku yang berisiko tinggi dan menggantikannya dengan perilaku yang aman atau minimal berisiko rendah(Kholid, 2012)

Sedangkan Kementerian/Departemen Kesehatan Republik Indonesia merumuskan pengertian promosi kesehatan sebagai berikut: “Upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.” Hal tersebut tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005. Definisi dari Departemen Kesehatan (Depkes) tersebut lebih menekankan bahwa promosi kesehatan melibatkan kombinasi pendidikan kesehatan dan kebijakan publik yang berfokus pada kesehatan. Hal ini karena dipahami bahwa penggabungan kedua upaya tersebut akan memberdayakan masyarakat sehingga mereka mampu mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan.

Sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia, promosi kesehatan harus berperan aktif dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Undang-Undang Kesehatan RI no 36 tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah “Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia, promosi kesehatan memiliki peran penting dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Sehingga promosi

kesehatan dapat dirumuskan: “Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Notoatmodjo, 2010).

1.2 Batasan Promosi Kesehatan

Batasan promosi kesehatan tersirat unsur-unsur

- 1) Input
Sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik pelaku kesehatan
- 2) Proses
Upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain
- 3) Output
Melakukan apa yang diharapkan atau perilaku. (Notoadmodjo, 2014).

Tujuan dari promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah terbentuknya perilaku kesehatan yang kondusif.

1.3 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Cakupan promosi kesehatan dapat dilihat dari dua dimensi, yakni dimensi aspek pelayanan kesehatan dan dimensi tatanan atau tempat promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

- 1) Ruang lingkup berdasarkan aspek kesehatan Kesehatan masyarakat mencakup 4 aspek pokok, yaitu : promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Ahli lainnya membaginya menjadi dua aspek, yakni aspek promotif dengan sasaran kelompok orang yang sehat, aspek preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan) dengan sasaran kelompok orang yang beresiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit.

2) Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan pelaksanaan Berdasarkan tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi atau pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi (Notoatmodjo, 2007):

a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga merupakan lingkungan terdekat dan tempat utama di mana individu belajar dan mengembangkan pola perilaku sepanjang hidup mereka. Dalam konteks ini, promosi kesehatan di dalam keluarga terutama ditujukan kepada orang tua, khususnya ibu, karena perannya yang sentral dalam memberikan perawatan dan mendidik anak-anak sejak lahir.

b. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Sasaran promosi kesehatan di sekolah adalah para guru, karena guru merupakan pengganti orang tua pada waktu di sekolah. Sekolah merupakan tempat untuk memberikan perilaku kesehatan pada anak. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat tepat untuk berperilaku sehat bagi anak.

c. Promosi kesehatan di tempat kerja

Sasaran promosi kesehatan di tempat kerja adalah karyawan, yang berperan sebagai promotor kesehatan adalah pemimpin perusahaan dan sektor kesehatan. Memberikan fasilitas tempat kesehatan yang baik bagi perilaku sehat karyawan atau pekerja merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan.

d. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum

Tempat-tempat umum seperti pasar, terminal bus, stasiun perlu dilaksanakan promosi kesehatan, yaitu dengan cara menyediakan fasilitas yang mendukung perilaku sehat pengunjungnya, bisa dengan

memberikan poster dan selebaran mengenai cara-cara menjaga kebersihan.

e. Fasilitas pelayanan kesehatan

Tempat-tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dan lain sebagainya, merupakan tempat yang strategis untuk melakukan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan promosi kesehatan ini dapat dilakukan secara individual oleh para petugas kesehatan kepada pasien atau keluarga yang ada di pelayanan kesehatan tersebut.

1.4 Tujuan Promosi Kesehatan

Berdasarkan beberapa pandangan pengertian tersebut diatas, maka tujuan dari penerapan promosi kesehatan pada dasarnya adalah visi promosi kesehatan itu sendiri, yaitu menciptakan/membuat masyarakat yang:

- 1) Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- 2) Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
- 3) Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit,
- 4) Melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan.
- 5) Meningkatkan kesehatan melibatkan kemauan dan kemampuan seseorang untuk meningkatkan keadaan kesehatannya. Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan, baik pada individu, kelompok, maupun masyarakat, bersifat dinamis dan tidak statis. Sekarang, mari kita bahas apa saja yang menjadi tujuan dari promosi kesehatan. (Triyana, 2020)

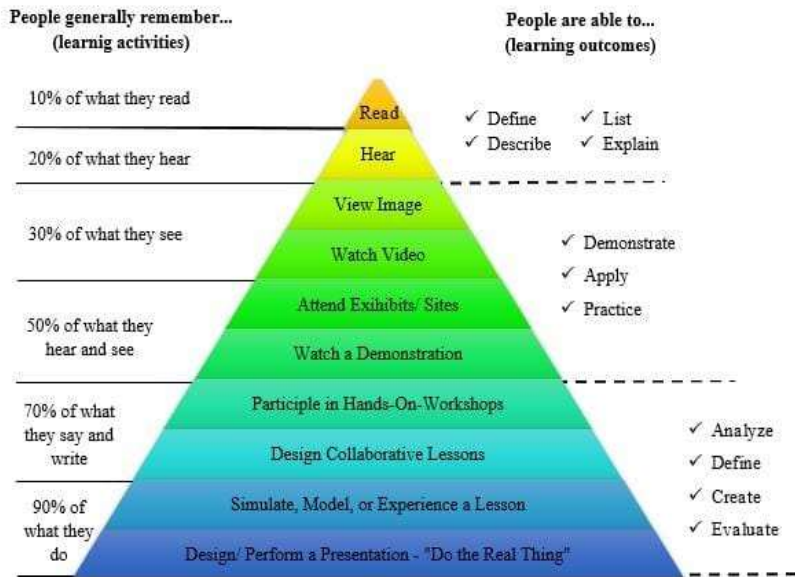
1.5 Media Promosi Kesehatan

Media memiliki multi makna, baik dilihat secara terbatas maupun secara luas. Perbedaan definisi dalam konteks promosi kesehatan atau bidang lain sering kali disebabkan oleh perbedaan sudut pandang, maksud, dan tujuan yang dimiliki oleh para ahli atau praktisi. Menurut Harsoyo (2002) yang mengutip AECT (*Association for Education and Communication Technology*), media dapat diartikan sebagai segala bentuk yang digunakan dalam proses penyaluran informasi. NEA (National Education Association) memaknai media sebagai segala benda yang dapat dimanipulasi, dilihat, didengar, dibaca, atau dibincangkan beserta instrumen yang digunakan untuk kegiatan tersebut. Sekitar pertengahan abad 20 usaha pemanfaatan alat visual mulai dilengkapi dengan peralatan audio, maka lahirlah peralatan audio visual pembelajaran (susilowati,2016).

Usaha-usaha untuk membuat pelajaran abstrak menjadi lebih konkrit terus dilakukan. Dalam usaha itu, Edgar Dale menyusun sebuah klasifikasi yang dikenal sebagai "Kerucut Pengalaman" (*The Cone of Experience*), yang menggambarkan 11 tingkatan pengalaman belajar dari yang paling konkrit hingga yang paling abstrak. Klasifikasi ini memainkan peran penting dalam memandu pemilihan jenis media yang sesuai untuk memberikan pengalaman belajar tertentu (susilowati,2016).

Piramida Pembelajaran

Edgar Dale (1946)



Edgar Dale mengemukakan bahwa dalam bidang pendidikan, media/bahan/sarana belajar seringkali memanfaatkan prinsip Kerucut Pengalaman yang memerlukan media belajar seperti buku teks, bahan belajar yang disusun oleh pengajar, dan media audio-visual (susilowati,2016).

Berdasarkan pada piramida pembelajaran Dale, yang lebih dikenal dengan istilah "*Cone of Experience*" oleh Edgar Dale (1946), sisi kanan piramida menunjukkan jenis kegiatan atau tingkatan kegiatan yang dilakukan oleh siswa dan kemampuan yang dapat mereka peroleh dari kegiatan tersebut (seperti membaca, mendengar, melihat, dan sebagainya). Di sisi lain, angka-angka persentase di sisi kiri piramida menggambarkan tingkat retensi atau pemahaman yang

umumnya dapat dicapai oleh seseorang sesuai dengan jenis kegiatan yang mereka lakukan.

Berdasarkan tingkatan kegiatan yang telah disebutkan, berikut adalah beberapa jenis pengalaman yang dapat diperoleh :

- 1) Pengalaman melalui lambang kata: Pengalaman ini terjadi melalui membaca buku atau bahan bacaan. Siswa memperoleh pengalaman belajar dengan membaca teks tertulis, menginterpretasikan kata-kata, dan memahami informasi yang disampaikan melalui tulisan.
- 2) Pengalaman melalui pendengaran: Pengalaman ini dapat diperoleh melalui mendengarkan seseorang secara langsung, melalui siaran radio, atau media lainnya. Siswa memperoleh pengalaman belajar melalui pendengaran informasi, seperti mendengarkan penjelasan dari guru, diskusi kelompok, atau presentasi audio.
- 3) Pengalaman melalui gambar visual: Pengalaman ini melibatkan penggunaan gambar visual, seperti lukisan, poster, potret, atau media visual lainnya. Siswa memperoleh pengalaman belajar dengan melihat gambar-gambar yang memvisualisasikan konsep, ide, atau informasi yang ingin disampaikan.
- 4) Pengalaman melalui video, pengalaman ini diperoleh dari pemutaran video baik itu berasal dari televisi maupun dari media lainnya.
- 5) Pengalaman melalui pameran/situs. Pengalaman tersebut diperoleh melalui pertunjukan hasil pekerjaan siswa ataupun yang lainnya.
- 6) Pengalaman melalui demonstrasi, yaitu pengalaman melalui percontohan atau pertunjukan mengenai suatu hal atau suatu proses
- 7) Pengalaman melalui karyawisata, contohnya dapat mengajak pembelajar melihat objek yang nyata di luar

- dengan maksud memperkaya dan memperluas pengalaman siswa.
- 8) Pengalaman melalui diskusi, pengalaman ini dapat diperoleh dengan merancang pembelajaran kelompok, sehingga antar pembelajar dapat saling berbagi atau bertukar informasi mengenai suatu masalah.
 - 9) Pengalaman tiruan, pengalaman ini diperoleh melalui benda-benda atau kejadiankejadian tiruan yang sebenarnya.
 - 10) Pengalaman langsung, pengalaman ini diperoleh dengan berhubungan secara langsung dengan benda, kejadian, atau objek yang sebenarnya. Pembelajar secara aktif bekerja untuk memecahkan masalah (susilowati,2016).

Jika meninjau piramida pembelajaran diatas, dapat dilihat secara garis besar, bahwa pembelajaran itu terbagi menjadi 2, yakni aktif dan pasif. Dalam pembelajaran yang bersifat pasif, kontribusi penguasaan materi dan daya ingat dari berbagai kegiatan dapat dijelaskan sebagai berikut: membaca memberikan kontribusi sebesar 10% dalam penguasaan materi dan daya ingat, mendengarkan memberikan kontribusi sebesar 20%, sedangkan melihat secara langsung memberikan kontribusi sebesar 30%. Namun, Menurut Susilowati (2016), dalam pembelajaran aktif, seperti berbicara, mengajar, memperagakan, atau berdiskusi, dapat memberikan sekitar 70% pemahaman dan daya ingat terhadap materi yang dipelajari. Selain itu, ketika seseorang aktif dalam menerapkan ilmu yang telah dipelajari, kontribusi terhadap pemahaman dan daya ingat dapat mencapai 90%.

Dalam tingkatan kegiatan membaca (10%), mendengar (20%), dan melihat gambar atau video (30%), aktivitas tersebut cenderung menganggap pembelajar sebagai partisipan yang lebih pasif. Pada tingkatan kegiatan seperti pameran/situs dan demonstrasi (50%), serta karyawisata dan diskusi (70%),

pembelajar diberikan kesempatan untuk terlibat secara lebih aktif dalam pemecahan kasus atau permasalahan tertentu. Dalam konteks ini, pembelajar diajak untuk berpikir kritis dan aktif mengenai permasalahan yang diberikan. Pada tingkatan kegiatan bersimulasi dan melakukan hal nyata (90%), pembelajar terlibat secara langsung dalam pengamatan dan eksplorasi permasalahan yang ada. Dalam konteks ini, pembelajar memiliki kesempatan untuk melihat secara langsung situasi atau permasalahan yang ingin dipelajari. Tingkat pemahamannya pun lebih besar, dan disini pembelajar sudah bertindak sebagai pengamat (susilowati,2016).

Selanjutnya, pada tingkatan kegiatan membaca dan mendengar, pembelajar mampu mendefinisikan, menggambarkan, mendaftarkan, dan menjelaskan informasi yang diterima. Namun, kemampuan mereka dalam memahami dan mengingat informasi tersebut cenderung rendah.

Sementara itu, pada tingkatan kegiatan melihat gambar, menonton video, menghadiri pameran, dan melihat demonstrasi, pembelajar mampu menunjukkan, menerapkan, dan mempraktikkan pengetahuan yang diperoleh. Pada tingkatan ini, mereka memperoleh gambaran yang lebih jelas dan pengetahuan yang lebih praktis, terutama dalam hal suatu proses atau konsep.

Dengan demikian, pembelajar memiliki kemampuan untuk terlibat secara aktif dalam belajar dan mampu menggambarkan, mengikuti, atau melakukan suatu proses secara nyata. Kemudian yang terakhir pada tingkatan diskusi, bersimulasi, dan melakukan hal nyata, pembelajar memperoleh kemampuan yang paling tinggi. Mereka mampu menganalisis informasi yang diberikan, mampu menentukan langkah-langkah atau keputusan yang tepat, bahkan mampu membuat kontribusi dan menciptakan sesuatu yang baru. Selain itu, mereka juga mampu mengevaluasi dan menilai hasil dari kegiatan tersebut dan mempunyai tambahan pengalaman,

pengetahuan serta wawasan yang lebih luas, sehingga memancing pengalaman belajar dengan pemahaman dan daya ingat yang tinggi (susilowati,2016).

1.6 Prinsip Promosi Kesehatan

Sebagai seorang calon perawat profesional yang akan terlibat dalam tugas-tugas kesehatan, termasuk promosi kesehatan, penting untuk menguasai beberapa sub bidang keilmuan terkait berikut ini:

- 1) Komunikasi
- 2) Dinamika Kelompok
- 3) Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat (PPM)
- 4) Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD)
- 5) Pemasaran Sosial (Social Marketing)
- 6) Pengembangan Organisasi
- 7) Pendidikan dan Pelatihan
- 8) Pengembangan Media (Teknologi Pendkes)
- 9) Perencanaan dan evaluasi.
- 10) Antropologi Kesehatan
- 11) Sosiologi Kesehatan
- 12) Psikologi Kesehatan, Dll

Selain itu, Sebagai tenaga kesehatan, terdapat beberapa prinsip promosi kesehatan yang perlu diperhatikan, seperti yang dijelaskan berikut ini. Prinsip-prinsip tersebut terkait dengan interaksi antara perawat/petugas kesehatan dan klien, yang merupakan hubungan khusus yang ditandai dengan saling berbagi pengalaman, memberikan sokongan, dan melakukan negosiasi saat memberikan pelayanan kesehatan. Pembelajaran yang efektif dapat terjadi ketika klien dan perawat/petugas kesehatan berpartisipasi secara aktif dalam Proses Belajar Mengajar yang terjadi. Untuk menciptakan hubungan pembelajaran yang memiliki kualitas positif, baik secara

individual, kelompok, maupun masyarakat, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

- 1) Berfokus pada Klien, penting untuk diakui bahwa klien memiliki nilai-nilai, keyakinan, kemampuan kognitif, dan gaya belajar yang unik, yang dapat berpengaruh terhadap proses pembelajaran. Disarankan agar klien berkomunikasi dan berbagi perasaan serta pengalamannya kepada perawat, sehingga perawat dapat memperoleh pemahaman yang lebih mendalam tentang keunikan klien dan dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan individu klien.
- 2) Pendekatan harus holistik dan komprehensif dalam memberikan promosi kesehatan. Klien harus dipandang sebagai satu kesatuan utuh, dan tidak hanya terfokus pada masalah spesifik saja. Perawat atau petugas kesehatan harus berdiskusi dengan klien tentang apa yang sudah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui, sehingga dapat membuat rencana yang sesuai dengan kebutuhan klien. Keputusan harus dibuat bersama-sama dan tidak hanya menguntungkan salah satu pihak saja.
- 3) Interaktif Kegiatan dalam promosi kesehatan adalah suatu proses dinamis dan interaktif yang melibatkan partisipasi perawat/ petugas kesehatan dan klien. Keduanya saling belajar. Untuk itu, maka perlu diperhatikan dan dipelajari pula Prinsip-prinsip dalam Proses Belajar Mengajar (PBM), yang mencakup : Faktor-faktor pendukung (misalnya : Motivasi, Kesiapan, Pelibatan Aktif (Active Involvement), Umpan Balik (feedback), memulai dari hal yang sederhana sampai kompleks, adanya pengulangan materi (repetition), waktu (timing) dan lingkungan (environment) penghambat belajar (seperti emosi, kejadian/keadaan fisik dan psikologis yang sedang terganggu atau budaya) Fase-fase dalam Pembelajaran Berbasis Masalah (PBM) terdiri dari persiapan, pembuka, pelaksanaan, dan penutup topik.

Setiap fase memiliki peran penting dalam proses pembelajaran. Selain itu, perubahan perilaku yang terjadi pada pembelajar juga memiliki tiga karakteristik utama, yaitu:

- a. Perubahan Intensional, yaitu perubahan yang terjadi berkat pengalaman/praktik yang dilakukan dengan sengaja dan disadari, bukan karena faktor kebetulan.
- b. Perubahan Positif dan aktif. Positif: jika perubahannya baik, bermanfaat dan sesuai harapan. Merupakan sesuatu yang baru dan lebih baik dari sebelumnya. Aktif : perubahan tersebut tidak terjadi dengan sendirinya, tetapi karena usaha individu itu sendiri.
- c. Perubahan Efektif dan Fungsional. Efektif : Perubahan tersebut berhasil guna dan membawa pengaruh, makna dan manfaat tertentu bagi individu. Fungsional : perubahan tersebut relatif menetap dan setiap saat siap apabila dibutuhkan, perubahan tersebut dapat diproduksi dan dimanfaatkan. (Triana, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- AECT (Association for Educational Communication and Technology). Evaluating Media Programs District and School, Washington, D.C : The Association, 1976.
- Ahmad Kholid, 2012, Promosi Kesehatan, Jakarta : Rajawali Pers.
- Dwi Susilowati, 2016. Promosi Kesehatan. Jakarta Selatan : Puskid SDM Kesehatan
- Green., Lawrence W dan Kreuter. 2005. Health Program Planning. An. Educational Ecological Approach. New York: the McGraw-Hill Companies. Inc.
- Notoatmodjo, S. 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2014. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Triana Indrayani, S. ST., M. Kes dan Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS. 2020. Promosi Kesehatan Untuk Bidan. Banten : Penerbit CV. AA RIZKY

BAB 2

SEJARAH DAN PERKEMBANGAN PENDIDIKAN KESEHATAN MENUJU PROMOSI KESEHATAN

Oleh Chusnul Zulaika

2.1 Pendahuluan

Pendidikan Kesehatan masyarakat terkait erat dengan dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asklepios dan Hygeia. Berdasarkan cerita mitos, Asklepios disebut sebagai seorang dokter pertama yang memiliki paras rupawan dan cerdas meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan mana yang ditempuhnya namun disebutkan bahwa beliau dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu (*surgical procedure*) dengan baik. Sementara itu Hygeia, seorang asisten, yang kemudian menjadi isterinya melakukan upaya kesehatan. Perbedaan antara Asklepios dan Hygeia dalam pendekatan / pengelolaan masalah kesehatan adalah,

1. Asclepius memberikan pengobatan penyakit, setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang.
2. Higeia mengajarkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah kesehatan melalui “hidup seimbang”, menghindari makanan / minuman beracun, makan makanan yang bergizi (baik), cukup istirahat dan melakukan olahraga. Apabila orang yang sudah jatuh sakit Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya secara alamiah untuk menyembuhkan penyakitnya tersebut, antara lain lebih baik dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik

daripada dengan pengobatan / pembedahan (Sri Herlina, 2019)

Dari cerita mitos Yunani, Asclepius dan Higeia tersebut, akhirnya muncul 2 aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Kelompok atau aliran pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif (pengobatan). Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit baik fisik, psikis, mental maupun sosial.

Sedangkan kelompok kedua, seperti halnya pendekatan Higeia, cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit. Kedalam kelompok ini termasuk para petugas kesehatan masyarakat lulusan-lulusan sekolah atau institusi kesehatan masyarakat dari berbagai jenjang. Dalam perkembangan selanjutnya maka seolah-olah timbul garis pemisah antara kedua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan pencegahan atau preventif (*preventive health care*). Kedua kelompok ini dapat dilihat perbedaan pendekatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut :

Pertama, pendekatan kuratif pada umumnya dilakukan terhadap sasaran secara individual, kontak terhadap sasaran (pasien) pada umumnya hanya sekali saja. Jarak antara petugas kesehatan (dokter, drg, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh. Sedangkan pendekatan preventif, sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perorangan) masalah-masalah yang ditangani pada umumnya juga masalah-masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu. Hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat (sasaran) lebih bersifat kemitraan tidak seperti antara dokter-pasien.

Kedua, pendekatan kuratif cenderung bersifat reaktif, artinya kelompok ini pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Seperti misalnya dokter yang menunggu pasien datang di Puskesmas atau tempat praktek. Kalau tidak ada pasien datang, berarti tidak ada masalah, maka selesailah tugas mereka, bahwa masalah kesehatan adalah adanya penyakit. Sedangkan kelompok preventif lebih mengutamakan pendekatan proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah tetapi mencari masalah. Petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu pasien datang di kantor atau di tempat praktek mereka, tetapi harus turun ke masyarakat mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat, dan melakukan tindakan.

Ketiga, pendekatan kuratif cenderung melihat dan menangani klien atau pasien lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara parsial, padahal manusia terdiri dari kesehatan bio-psikologis dan sosial, yang terlihat antara aspek satu dengan yang lainnya.

Sedangkan pendekatan preventif melihat klien sebagai makhluk yang utuh, dengan pendekatan yang holistik. Terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya sistem biologi individual tetapi dalam konteks yang luas, aspek biologis, psikologis dan sosial. Dengan demikian pendekatannya pun tidak individual dan parsial tetapi harus secara menyeluruh atau holistik. (Ibrahim Lubis, 2014)



Sumber: <https://pixy.org/1872159/>

Tabel 2.1. Aliran Pendekatan dalam Menangani Masalah Kesehatan

Pelayanan Kesehatan Kuratif (Asclepius)	Pelayanan Kesehatan Preventif (Higea)
Sasaran individual, kontak dengan sekali saja jarak antara petugas kesehatan dengan pasien cenderung jauh	Sasarannya masyarakat, masalah yang ditangani pun masalah masyarakat bukan individu, hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat bersifat kemitraan
Bersifat reaktif artinya sifat tindakan menunggu masalah datang	Bersifat proaktif srtinya sifat tindakan mencari masalah dan mengindentifikasi masalah dan melakukan tindakan
Penanganan lebih kepada sistem biologis manusia	Pendekatan holistik secara menyeluruh

Sumber: Sri Herlina, 2019

2.2 Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Secara umum perkembangan kesehatan masyarakat dibagi menjadi dua masa yaitu masa sebelum perkembangan ilmu pengetahuan (*pre scientific period*) dan masa sesudah ilmu pengetahuan berkembang (*scientific period*) (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2005)

2.2.1 Periode sebelum perkembangan ilmu pengetahuan

a. Zaman Romawi Kuno

Dari catatan sejarah pada zaman Romawi kuno , pemerintah kota pada waktu telah mengeluarkan peraturan yang berkaitan dengan kesehatan misalnya masyarakat harus melaporkan adanya binatang peliharaan yang berbahaya dan yang meninggalkan bau tidak sedap, peraturan tentang pembangunan rumah yang aman dari ancaman keamanan. Pemerintah kerajaan juga memberikan penugasan kepada beberapa pegawai kerajaan untuk melakukan supervisi atau peninjauan ke tempat - tempat minuman umum (*public bar*), warung makan, tempat prostisusi dan sebagainya (Hanlon, 1955 (Hanlon, 1955)

b. Abad ke – 7

Beberapa penyakit menular mulai menyerang penduduk dunia (Typhus, kolera, pes, dsb). Penyakit-penyakit ini cenderung endemis diberbagai kelompok masyarakat atau negara (Asia, Timur Tengah, Asia Selatan, dan Afrika). Lepra menyebar dari mulai dari Mesir-Asia dan Eropa melalui para imigrant. Upaya-upaya penanggulangan dimulai dengan perbaikan sanitasi lingkungan, hygiene, utama pembuangan kotoran (latrin), penyediaan air bersih, ventilasi. (Amelia, 2019). Penyakit kolera yang bermula terjadi di Inggris, kemudian menyebar ke Afrika, ke Asia khususnya Asia Barat dan kemudian menyebar sampai Asia Selatan. Pada akhir abad ke -7 tercatat bahwa India telah

menjadi pusat endemik kolera (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2005)

c. Abad ke-13

Tercatat telah mulai terjadi epidemik pes yang paling dahsyat di Cina dan India, sehingga selama epidemic tersebut tercatat 13.000.000 orang meninggal. Di seluruh dunia tercatat sebanyak 60.000.000 orang meninggal. Wabah pes pada waktu itu dikenal dengan peristiwa “ *the black death*”. Disamping wabah pes juga masih terjadi wabah kolera dan pes berbagai tempat. Pada tahun 1603 terdapat kematian 1 diantara 6 orang karena penyakit menular. Pada tahun 1759 tercatat penyakit – penyakit lainnya juga menimbulkan wabah diantara adalah difteri, tifus dan disentri. Dari catatan tersebut dapat kita lihat bahwa masalah kesehatan masyarakat khususnya penyebaran penyakit menular sudah meluas dan dahsyat, namun upaya pemecahan masalah Kesehatan masyarakat secara menyeluruh belum dilakukan secara baik pada zamannya

2.2.2 Periode setelah perkembangan ilmu pengetahuan

a. Abad 18 dan 19

Abad bangkitnya ilmu pengetahuan dimulai pada akhir abad ke 18 dan awal abad ke 19, termasuk ilmu kesehatan (kedokteran dan kesehatan masyarakat). Jika abad sebelumnya masalah kesehatan, utamanya penyakit menular hanya dilihat sebagai fenomena biologis yang sempit, kemudian bergeser ke fenomena sosial yang kompleks. Sebelumnya pendekatan terhadap masalah kesehatan hanya dari satu segi (sektor) saja, kemudian bergeser ke pendekatan yang multisectoral (Amelia, 2019).

Pada abad ini mulai ditemukan berbagai macam penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis

Pateur berhasil menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar (vaksin cacar), Joseph Lister menemukan asam carbol untuk mensterilkan ruang operasi, William Marton menemukan ether sebagai anestesi pada waktu operasi (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2005).

Pada akhir abad ke -19 dan awal abad ke- 20 mulai dikembangkan Pendidikan tenaga Kesehatan masyarakat. Tahun 1883 John Hopkins yang merupakan seorang pedagang wiski dari Baltimore amerika mendirikan universitas yang didalamnya terdapat fakultas kedokteran dengan salah satu departemennya adalah departemen Kesehatan masyarakat (*public health*). Tahun 1908 sekolah kedokteran mulai menyebar ke Eropa, Canada dan sebagainya. Pada tahun 1972 diadakan pertemuan orang-orang yang memiliki perhatian terhadap Kesehatan masyarakat, pertemuan tersebut menghasilkan asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (*American Publik Health Association*) (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2005)

Sejalan dengan pertumbuhan budaya manusai dan teknologi maka muncul konsep pelopor/ perintis ilmu kedokteran modern diantaranya (Danur & Aswari, 2013):

1. Hipocrates (460-370 SM) menggunakan pendekatan observatif, menemukan cara pengobatan secara ilmiah dan beliau dikenal sebagai bapak ilmu kedokteran.
2. Anttony Van Leeuwenhoek (1632-1723) merintis perkembangan mikroskop berlensa satu, menemukan protozoa dan spermatozoa.
3. John Snow (1813-1912) memperdalam ilmu yang kini disebut dengan Epidimologi dan dengan prinsip ilmu tersebut berhasil membuktikan penyakit kolera disebabkan dan dibawa oleh air.
4. Louis Pasteur (1827-1912) merupakan sarjana pertama yang menemukan dan memepkenalkan menggunakan antiseptik dalam ilmu bedah.

5. Carlos Juan Finlay (1833-1915) menemukan dan membuktikan sebagai penyebab demam kuning
6. Robert Koch (1843- 1910) pendiri dan ahli bakteriologi kedokteran modern, penemu kuman penyebab penyakit antraks, tuberculosis dan kolera.
7. Paul Ehrlich (1854-1915) sarjana yang pertama kali menemukan obat antisifilis.

b. Abad 20

Deklarasi Alma-Ata tahun 1978 muncul sebagai tonggak utama abad ke-20 di bidang kesehatan masyarakat, dan mengidentifikasi perawatan kesehatan primer sebagai kunci pencapaian tujuan Kesehatan untuk Semua. Berikut adalah kutipan dari Deklarasi tersebut:

1. Konferensi dengan tegas menegaskan kembali bahwa kesehatan, yang merupakan keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh, dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan, adalah hak asasi manusia yang mendasar dan bahwa pencapaian tingkat kesehatan setinggi mungkin adalah hak asasi manusia. tujuan sosial dunia yang paling penting yang realisasinya membutuhkan tindakan dari banyak sektor sosial dan ekonomi selain sektor kesehatan.
2. Ketidaksetaraan besar yang ada dalam status kesehatan masyarakat, khususnya antara negara maju dan berkembang serta di dalam negara, secara politik, sosial, dan ekonomi tidak dapat diterima dan, oleh karena itu, menjadi perhatian bersama semua negara.
3. Orang-orang memiliki hak dan kewajiban untuk berpartisipasi secara individu dan kolektif dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan kesehatan mereka.
4. Perawatan kesehatan primer adalah perawatan kesehatan esensial berdasarkan metode dan teknologi

yang praktis, ilmiah, dan dapat diterima secara sosial yang dibuat dapat diakses secara universal oleh individu dan keluarga di masyarakat melalui partisipasi penuh mereka dan dengan biaya yang dapat dipertahankan oleh masyarakat dan negara di setiap tahap. perkembangan mereka dalam semangat kemandirian dan penentuan nasib sendiri. Ini merupakan bagian integral dari sistem kesehatan negara, yang merupakan fungsi sentral dan fokus utama, dan dari keseluruhan pembangunan sosial dan ekonomi masyarakat. Ini adalah kontak tingkat pertama individu, keluarga, dan komunitas dengan sistem kesehatan nasional yang membawa perawatan kesehatan sedekat mungkin ke tempat orang tinggal dan bekerja, dan merupakan elemen pertama dari proses perawatan kesehatan yang berkelanjutan.

5. Tingkat kesehatan yang dapat diterima untuk semua orang di dunia pada tahun 2000 dapat dicapai melalui penggunaan sumber daya dunia yang lebih penuh dan lebih baik, yang sebagian besar sekarang dihabiskan untuk persenjataan dan konflik militer. Sebuah kebijakan kemerdekaan, perdamaian, détente, dan perlucutan senjata yang murni dapat dan harus mengeluarkan sumber daya tambahan yang dapat digunakan untuk tujuan damai dan khususnya untuk percepatan pembangunan sosial dan ekonomi di mana perawatan kesehatan primer, sebagai bagian penting, harus dilakukan. membagikan bagiannya yang layak. ((WHO), 2023)

Deklarasi Alma Ata (1978):



Sumber : (Atmadjaja, 2016)

2.3 Perkembangan Promosi Kesehatan di Indonesia

Selanjutnya perkembangan Promosi Kesehatan di Indonesia adalah seperti uraian berikut ini (Susilowati, 2016):

2.3.1 Sebelum Tahun 1965

Sebelum tahun 1965 istilahnya Pendidikan Kesehatan. Dalam program-program kesehatan, Pendidikan Kesehatan hanya sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama pada saat terjadi keadaan kritis seperti wabah penyakit, bencana, dsb. Sasarannya perseorangan (individu), supaya sasaran program lebih kepada perubahan pengetahuan seseorang.

2.3.2 Periode Tahun 1965-1975

Periode tahun 1965-1975 sasaran program mulai perhatian kepada masyarakat. Saat itu juga dimulainya peningkatan tenaga profesional melalui program *Health Educational Service* (HES). Tetapi intervensi program masih banyak yang bersifat individual walau sudah mulai aktif ke masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan

2.3.3 Periode Tahun 1975-1985.

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

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

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

2.3.4 Periode Tahun 1985-1995.

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

2.3.5 Periode Tahun 1995-Sekarang

Istilah PKM menjadi Promosi Kesehatan. Bukan saja pemberdayaan kearah mobilisasi massa yang menjadi tujuan, tetapi juga kemitraan dan politik kesehatan (termasuk advokasi). Sehingga sasaran Promosi Kesehatan tidak hanya perubahan perilaku tetapi perubahan kebijakan atau perubahan menuju perubahan sistem atau faktor lingkungan kesehatan. Pada Tahun 1997 diadakan konvensi Internasional Promosi Kesehatan dengan tema "*Health Promotion Towards The 21'st Century, Indonesian Policy for The Future*" dengan melahirkan '*The Jakarta Declaration*'.

Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986) sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Di Ottawa-Canada, menyatakan bahwa Promosi Kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup 2 dimensi yaitu kemauan dan kemampuan. Sehingga tujuan dari Promosi Kesehatan itu sendiri adalah memungkinkan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka dan menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Dengan demikian penggunaan istilah Promosi Kesehatan di Indonesia tersebut dipicu oleh perkembangan

dunia Internasional. Nama unit *Health Education* di WHO baik di *Hoodquarter*, Geneva maupun di SEARO India, juga sudah berubah menjadi unit *Health Promotion*. Nama organisasi profesi Internasional juga mengalami perubahan menjadi *International Union For Health Promotion and Education* (IUHPE). Istilah Promosi Kesehatan tersebut juga ternyata sesuai dengan perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia sendiri yang mengacu pada paradigma sehat. Salah satu tonggak promosi kesehatan ialah Deklarasi Jakarta, yang lahir dari Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke IV.

Deklarasi Jakarta Merumuskan bahwa :

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

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

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, F., 2019. DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT. [Online] Available at: <http://repository.iik-strada.ac.id/23/2/BUKU%20ILMU%20KESEHATAN%20MASYARAKAT.pdf>. [Accessed 1 Mei 2023].
- Atmadjaja, D., 2016. Slideplayer. [Online] Available at: <https://slideplayer.info/slide/11865468/> [Accessed 1 Mei 2023].
- Danur & aswari, J., 2013. Mater-materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Widya Medika.
- Hanlon, J., 1955. Principle Of Publik Health Administration. St louis: Cv Mosby Company.
- Ibrahim Lubis, M., 2014. Makalah Sejarah Ilmu Kesehatan Masyarakat, -: Aneka Makalah.com.
- Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, S. H., 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. pertama ed. Jakarta(Jakarta): PT Rineka Cipta.
- Sri Herlina, M. L., 2019. Kesehatan Masyarakat Implementaso, Konsep, Skenario kasus dan Dasar Hukum. pertama ed. Malang(Jawa Timur): Intimedia.
- Susilowati, D., 2016. Promosi Kesehatan. Pertama ed. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- (WHO), W. H. O., 2023. *who.int*. [Online] Available at: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> [Accessed 1 Mei 2023].

BAB 3

TEKNIK PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Oleh Ela Rohaeni

3.1 Pendahuluan

Dalam membangun masyarakat yang lebih berkualitas pada bidang kesehatan, pemerintah Indonesia melalui kementerian kesehatan menggalakan program kesehatan ibu dan anak atau yang biasa dikenal dengan KIA. KIA ini merupakan salah satu program prioritas pada Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005–2025. Provinsi-provinsi di Indonesia khususnya Indonesia Timur menghadapi tantangan khusus dalam mengakses layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas terkait dengan letaknya yang relatif terpencil, keterbelakangan ekonomi dan hambatan terkait sistem kesehatan. Provinsi seperti Maluku Utara dan Papua Barat memiliki tingkat kematian bayi baru lahir hampir dua kali lipat lebih tinggi dari rata-rata nasional.

Kesenjangan dalam kualitas perawatan dan keterlambatan presentasi akibat keterlambatan rujukan merupakan hambatan kritis. Selain itu, wilayah ini sangat endemik malaria. Lebih dari 80% kasus malaria di Indonesia terjadi di wilayah ini, meningkatkan risiko anemia ibu, berat badan lahir rendah, dan hasil kehamilan yang buruk terkait dengan infeksi malaria selama kehamilan. Sejak 2010, UNICEF dan Pemerintah Indonesia, didukung oleh USAID, telah melakukan serangkaian inisiatif di bawah program Kesehatan Ibu dan Anak dan Pengendalian Malaria Terpadu di Indonesia

Timur (MiP - ACHIEVE). Tujuannya adalah untuk meningkatkan akses terhadap layanan perawatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas di empat provinsi timur Maluku Utara, Maluku, Papua dan Papua Barat.

Upaya untuk memperkuat kualitas perawatan maternal bayi baru lahir memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan berbagai titik masuk di seluruh sistem kesehatan - termasuk kepemimpinan/tata kelola, perencanaan kesehatan, manajemen program, alokasi sumber daya, dan dukungan dari sektor di luar kesehatan. Semua aspek harus diprioritaskan dan diperkuat untuk mencapai hasil yang tahan lama. Selain itu, mengingat tingkat desentralisasi penganggaran dan pengambilan keputusan yang tinggi di Indonesia, koordinasi dengan pemerintah di tingkat nasional dan daerah sangat penting untuk pelaksanaan program yang sesuai, layak dan berkelanjutan secara lokal.

Memahami gagasan penguatan secara umum memerlukan pemahaman gagasan kemajuan terlebih dahulu. Dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, pembangunan merupakan suatu proses yang berkelanjutan. Munculnya gagasan kemajuan dipengaruhi oleh adanya hipotesis modernisasi yang mengacu pada hipotesis Adam Smith tentang pertumbuhan ekonomi, yang berpusat pada perbaikan fondasi dan perluasan bantuan pemerintah individu. Paradigma partisipatif teori teologi pembebasan berarti bahwa pembangunan kini diukur lebih dari sekadar seberapa baik ekonomi rakyat berjalan. Sumber daya manusia harus ditingkatkan dan ditempatkan pada pusat upaya peningkatan kesejahteraan melalui kegiatan pemberdayaan untuk mencapai tujuan pembangunan. Upaya memberikan daya (empowerment) atau kekuatan (penguatan) kepada masyarakat disebut pemberdayaan. Pemberdayaan masyarakat juga dapat dipahami sebagai kapasitas individu untuk bekerja dengan masyarakat untuk membangun pemberdayaan

masyarakat agar mereka dapat menemukan pilihan-pilihan baru untuk pengembangan masyarakat.

Maka dari itu dalam chapter book ini akan menjelaskan terkait teknik pemberdayaan masyarakat.

3.2 Pemberdayaan Sebagai Proses Sosial

Kegiatan yang ditujukan untuk pemberdayaan masyarakat tidak hanya tentang mengubah perilaku sosial tetapi juga tentang pemberdayaan sosial. Faktor politik dan ekonomi merupakan salah satu perubahan yang dalam jangka panjang dapat diandalkan untuk melahirkan pilihan-pilihan baru dalam meningkatkan taraf hidup masyarakat. Istilah "perubahan sosial" mengacu pada pergeseran dalam hubungan interpersonal dalam suatu masyarakat, termasuk struktur, nilai, dan institusi sosialnya seperti demokratisasi, transparansi, dan reformasi hukum, antara lain.

Masyarakat harus rela berkorban banyak, termasuk mengorbankan hak normatifnya sebagai komunitas (harus tunduk dan tidak boleh membantah), agar proses partisipasi menjadi perubahan sosial yang diinginkan dan dikehendaki oleh kegiatan pemberdayaan. Meskipun upaya untuk menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan sangat diperlukan, namun menawarkan ide atau inovasi baru kepada masyarakat dapat membantu terjadinya perubahan sosial.

Setelah itu, implementasi ide diserahkan kepada kebijaksanaan masyarakat. Melalui kegiatan pemberdayaan, proses perubahan sosial memberdayakan masyarakat untuk memutuskan apa yang berguna, merugikan, atau memiliki konsekuensi atas kewajiban masyarakat untuk berkorban atau mengorbankan sesuatu yang lebih penting daripada keuntungan yang harus diterima.

Secara umum, kerjasama dapat diartikan sebagai dukungan individu atau kumpulan individu lokal dalam suatu tindakan partisipasi sebagai tindakan ikut serta, secara khusus ikut serta dalam suatu kegiatan atau menyatakan niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan dengan tujuan memperoleh keuntungan. Interaksi sosial individu yang bersangkutan dengan anggota masyarakat lainnya mengarah pada partisipasi ini. Partisipasi merupakan bentuk interaksi dan komunikasi yang unik mengenai pembagian tanggung jawab, manfaat, dan tugas sebagai suatu kegiatan. Kesadaran akan hal-hal berikut ini menjadi landasan bagi berkembangnya interaksi dan komunikasi :

1. Karena kondisinya yang memprihatinkan, maka perlu diperbaiki.
2. Kegiatan manusia dan masyarakat secara keseluruhan dapat memperbaiki kondisi tersebut.
3. Kapasitasnya untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang layak.
4. Ia memiliki keyakinan diri dan percaya bahwa ia dapat berkontribusi pada aktivitas yang dimaksud.

Partisipasi masyarakat dalam proyek-proyek pembangunan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pembangunan. Diharapkan dengan berpartisipasi, masyarakat akan benar-benar memahami bahwa proyek pembangunan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah tetapi juga membutuhkan partisipasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Tujuan pemberdayaan masyarakat, menurut Mardikanto (2017:202) ada enam tujuan latihan penguatan kawasan lokal, yaitu :

1. Peningkatan kelembagaan (*better Institution*) Latihan perbaikan kelembagaan seharusnya bekerja untuk kemajuan organisasi asosiasi usaha.

2. Peningkatan bisnis (*better business*) Perbaikan sistem pendidikan, aksesibilitas, kegiatan, dan struktur kelembagaan diharapkan dapat meningkatkan operasional bisnis.
3. Kenaikan pendapatan (naik pendapatan). Diharapkan peningkatan bisnis yang berhasil akan meningkatkan pendapatan, termasuk pendapatan dari masing-masing komunitas.
4. Perbaikan iklim (iklim yang lebih baik). Ketika peningkatan gaji muncul, diyakini bahwa peningkatan lingkungan akan terjadi baik secara nyata maupun sosial. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa kemiskinan dan tingkat pendapatan yang rendah seringkali berkontribusi terhadap kerusakan lingkungan.
5. Peningkatan kualitas hidup Kondisi kehidupan setiap masyarakat diharapkan meningkat sebagai akibat dari perbaikan tingkat pendapatan dan kondisi lingkungan.
6. Peningkatan masyarakat (*better community*) Kehidupan yang unggul sejauh bersahabat dan aktual akan benar-benar ingin meningkatkan aktivitas masyarakat.

3.3 Pengembangan Masyarakat Dengan Dukungan Pemerintah

Secara umum, keterlibatan awal pemangku kepentingan utama dalam pengembangan intervensi penguatan sistem kesehatan untuk layanan ibu-bayi baru lahir berkontribusi pada keberhasilan implementasi, keberlanjutan, dan replikasi. Beberapa strategi digunakan untuk memfasilitasi keterlibatan ini. Misalnya, di Papua dan Papua Barat, prakarsa pendampingan perinatal menilai kesiapan dan memformalkan komitmen pemangku kepentingan lokal sebelum memulai intervensi, termasuk pejabat pemerintah (pimpinan politik,

dinas kesehatan kabupaten) dan manajer program (administrator rumah sakit dan dokter).

Pada beberapa pulau di Indonesia seperti Maluku dan Maluku Utara, keterlibatan langsung pemangku kepentingan lokal baik dari dalam maupun luar sistem kesehatan dalam upaya meningkatkan jaringan rujukan dan dukungan di pulau-pulau gugus diidentifikasi sebagai kekuatan utama program. Program Malaria-dalam-Kehamilan diciptakan bersama dengan Kementerian Kesehatan pada tahap percontohan awal. Dengan menghasilkan bukti lokal untuk menginformasikan pedoman nasional, menjembatani subdirektorat utama (KIB dan malaria) dan memanfaatkan anggaran nasional dan sumber daya Global Fund, program ini telah meluas ke seluruh negeri.

Kegiatan yang memberdayakan masyarakat berperan dalam memberikan kekuatan masyarakat, sehingga harus ada cara untuk memberikan kekuatan masyarakat. Kawasan lokal adalah usaha untuk menjadikan kawasan lokal mandiri yang dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut :

1. Pemberdayaan, dengan kata lain, proses penciptaan suasana atau iklim yang mendorong berkembangnya potensi masyarakat. Hal sentralnya adalah setiap orang, setiap daerah memiliki potensi yang dapat diciptakan. Dengan mendorong, memotivasi, dan membangkitkan kesadaran akan potensi diri setiap orang dan berusaha untuk mengembangkannya, pemberdayaan merupakan upaya untuk mengembangkan daya tersebut.
2. Pemberdayaan, atau peningkatan kapasitas dengan meningkatkan potensi masyarakat yang ada. Penguatan dilakukan dengan membuat langkah-langkah besar dengan memberikan informasi dan membuka akses ke setiap pintu yang terbuka yang dapat mengaktifkan ruang lokal.
3. Menciptakan sistem perlindungan yang dapat melindungi masyarakat dalam pembangunannya adalah melindungi. Sangat penting untuk berhati-hati terhadap yang lemah

selama proses pembangunan untuk mencegah mereka menjadi tidak berdaya melawan yang kuat. Tujuan dari upaya perlindungan dimaksud adalah untuk menghentikan persaingan tidak sehat dan eksploitasi yang lemah oleh yang kuat.

Upaya untuk memperkuat kualitas perawatan maternal bayi baru lahir memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan berbagai titik masuk di seluruh sistem kesehatan - termasuk kepemimpinan/tata kelola, perencanaan kesehatan, manajemen program, alokasi sumber daya, dan dukungan dari sektor di luar kesehatan. Semua aspek harus diprioritaskan dan diperkuat untuk mencapai hasil yang tahan lama. Selain itu, mengingat tingkat desentralisasi penganggaran dan pengambilan keputusan yang tinggi di Indonesia, koordinasi dengan pemerintah di tingkat nasional dan daerah sangat penting untuk pelaksanaan program yang sesuai, layak dan berkelanjutan secara lokal.

Keterlibatan masyarakat adalah komponen yang sering diabaikan dalam penerjemahan kebijakan dan pemanfaatan program yang efektif. Pengalaman dengan MIP - ACHIEVE telah menunjukkan bahwa keterlibatan masyarakat baik melalui tokoh masyarakat atau bekerja sama dengan organisasi masyarakat telah meningkatkan kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan ibu dan bayi baru lahir, yang pada gilirannya menghasilkan kepemilikan lokal yang kuat dan keterlibatan positif dengan program tersebut. Contoh keterlibatan dan mobilisasi masyarakat yang sangat berhasil ditunjukkan di Maluku Utara melalui Participatory Learning and Action (PLA) untuk pengendalian malaria. Upaya tersebut menumbuhkan rasa kepemilikan yang kuat dan masyarakat setempat mengambil tindakan untuk memperbaiki risiko lingkungan (yaitu tempat berkembang biak) dan memanfaatkan layanan malaria. Pendekatan ini telah

berkontribusi pada penurunan prevalensi malaria secara keseluruhan dan penghapusan kematian akibat malaria di desa-desa di Halmahera Selatan. Pengalaman PLA ini sekarang telah diperluas untuk mencakup masalah Kesehatan Ibu dan Anak dan Imunisasi.

Menyelaraskan perencanaan kesehatan daerah dengan prioritas dan target nasional tetap menjadi tantangan penting dalam mencapai ambang batas standar pelayanan minimum dan mendorong koherensi dalam sistem yang kompleks. Program MiP- ACHIEVE mengambil beberapa langkah untuk memfasilitasi keterkaitan antara kebijakan dan perencanaan nasional dengan program daerah di tingkat provinsi dan kabupaten. Upaya ini memiliki implikasi penting untuk replikasi dan skala model. Misalnya, pengalaman lokal dari prakarsa bimbingan perinatologi menginformasikan perkembangan Rencana Aksi Penting Bayi Baru Lahir di negara tersebut, sambil menciptakan model untuk memfasilitasi penerapan dalam skala besar.

Berdasarkan pendekatan awal untuk memperkenalkan program malaria-dalam-kehamilan, semua provinsi di Indonesia Timur kini telah menyusun rencana induk tingkat provinsi untuk pengendalian malaria termasuk di kalangan ibu hamil. Akibatnya, program malaria-dalam-kehamilan menciptakan serangkaian kemitraan dan pendekatan yang menginformasikan upaya eliminasi malaria yang lebih luas. Ini diformalkan sebagai peraturan daerah termasuk Keputusan Gubernur (Peraturan Daerah) untuk memastikan keberlanjutan dan alokasi sumber daya lokal yang tepat.

3.4 Konsep Pemberdayaan Masyarakat dalam konteks kesehatan

Suatu upaya atau proses untuk membangkitkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk mengenal, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesejahteraannya sendiri disebut pemberdayaan masyarakat. Dalam bidang kesehatan, pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses atau upaya untuk membangkitkan kesadaran akan kemauan dan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Tinjauan istilah mengungkapkan bahwa konsep pemberdayaan masyarakat mencakup istilah pengembangan masyarakat (juga dikenal sebagai *community development*) dan pembangunan berbasis masyarakat (juga dikenal sebagai *pembangunan berbasis masyarakat*), dengan pembangunan berbasis masyarakat sebagai tahap berikutnya. Orang-orang yang kekurangan sumber daya yang berharga mendapatkan akses yang lebih besar melalui pemberdayaan, yang didefinisikan sebagai proses yang disengaja yang sedang berlangsung, berpusat pada komunitas lokal, dan melibatkan prinsip saling menghormati, refleksi kritis, kepedulian, dan partisipasi kelompok. terlebih lagi, memiliki kendali atas aset tersebut.

Pada intinya, *community development* (CD) adalah proses dimana individu, kelompok, atau komunitas berusaha untuk melakukan kontrol atas kehidupan mereka sendiri dan masa depan sesuai dengan keinginan mereka. Melalui tindakan kolektif dan jaringan, pemberdayaan masyarakat juga diartikan sebagai upaya yang disengaja untuk membantu masyarakat lokal dalam merencanakan, memutuskan, dan mengelola sumber daya lokal mereka, sehingga pada akhirnya mereka mandiri secara ekonomi, ekologi, dan sosial. Tujuan dari gerakan pemberdayaan masyarakat adalah untuk

memudahkan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan, harkat, dan taraf hidupnya. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian masyarakat berarti memudahkan mereka untuk berkembang dan meningkatkan sumber dayanya agar lebih maju. Selain itu, gerakan pemberdayaan masyarakat merupakan sarana untuk memperluas dan mengembangkan norma yang memungkinkan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat. Taktik ini justru menyasar tujuan utama mendorong partisipasi aktif.

Sektor ekonomi, sosial (termasuk pendidikan, kesehatan, dan sosial budaya), dan lingkungan biasanya terdiri dari bidang pembangunan. Sebaliknya, masyarakat dapat dipahami dalam dua cara: sebagai ruang bersama atau sebagai wilayah geografis yang sama. Misalnya, hunian di pusat perbelanjaan, rukun tetangga, atau desa di pedesaan. Penguatan yang sedang dikembangkan berbicara selalu terkait dengan gagasan kebebasan, kepentingan, administrasi sistem dan kesetaraan. Tingkat kekuatan individu dan sosial merupakan dasar pemberdayaan.

Di Indonesia, istilah “pembangunan masyarakat” sering digunakan dalam arti sempit untuk merujuk pada hal yang sama dengan “pembangunan masyarakat desa”. Hal ini dilakukan dengan menganggap bahwa desa dan kecamatan memiliki kedudukan yang setara. Akibatnya, “pembangunan masyarakat” (desa) menjadi “pembangunan masyarakat lokal” (*locality development*). Salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan adalah pemberdayaan yang berkaitan dengan kesehatan, yang merupakan konsep dan wacana UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Manusia). Polindes, POD (pos obat desa), pos UKK (pos upaya kesehatan kerja), TOGA (kebun obat keluarga), dana kesehatan, indeks tatanan sehat untuk masjid atau rumah ibadah, dan bentuk UKBM lainnya muncul sebagai hasil dari ini kondisi. lainnya.

3.5 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Program Posyandu

Untuk menuju masyarakat yang adil dan makmur, desa berkembang di segala bidang. Pertumbuhan industri perawatan kesehatan merupakan komponen dari pembangunan bangsa secara keseluruhan, yang membutuhkan dukungan. Hal tersebut telah dituangkan dalam sistem kesehatan nasional, dimana antara lain dinyatakan bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah agar setiap penduduk atau perseorangan dapat hidup sehat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Salah satu upaya pengakuan peningkatan kesejahteraan adalah dengan mengadakan posyandu. Posyandu merupakan tempat masyarakat mendapatkan pelayanan dasar, terutama yang berkaitan dengan kesehatan dan keluarga berencana. Masyarakat yang menjalankan tempat tersebut, dan kader yang telah terlatih dan dipercaya di lapangan bertanggung jawab untuk melaksanakannya. Kader ini adalah anggota PKK dan tokoh masyarakat.

Orang menjadi cukup diberdayakan melalui pemberdayaan untuk berpartisipasi dalam mengendalikan dan mempengaruhi peristiwa dan lembaga kehidupan mereka. Gagasan bahwa orang dapat memberikan dampak tidak hanya pada kehidupan mereka sendiri tetapi juga pada kehidupan orang-orang yang mereka sayangi merupakan inti dari pemberdayaan. dengan pengetahuan bahwa kegiatan di posyandu dan gagasan partisipasi mengikuti dari pemberdayaan. Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi atau keterlibatan masyarakat sangat penting untuk memaksimalkan hasil pemberdayaan. Penyuluhan kesehatan, pengendalian gizi balita, imunisasi, bahkan posyandu menjadi wadah bagi masyarakat, khususnya para ibu, untuk melakukan kegiatan bermanfaat lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, S., Dharmansyah, D., & Darmawan, D. 2022. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan Dan Pengendalian Covid-19. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 5(5), 1473-1482.
- Diansah, M. T. R., Ananta, R., Ritonga, S. Z., Yesinta, T. A., Luqiana, J. N., & Azhar, A. A. 2022. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI DESA PANGKATAN KEC. PANGKATAN KAB. LABUHAN BATU DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP MELALUI BIDANG KESEHATAN DAN PENDIDIKAN. *Martabe: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(8), 2896-2904.
- Hamid, H. 2018. Manajemen pemberdayaan masyarakat.
- Ifroh, R. H., & Ervina, L. 2022. Sosialisasi Teknik Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan pada Kaum Muda Berbasis Literasi Digital. *LOGISTA-Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat*, 6(1), 86-90.
- Kennedy, P. S. J. 2022. Peningkatan Pemahaman terhadap Peran TNI dalam Pemberdayaan Masyarakat di Daerah Perbatasan Nusa Tenggara Timur. *PaKMas: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(1), 119-127.
- Prasastin, O. V., & Muhlishoh, A. 2022. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Meningkatkan Akses Informasi Kesehatan Dan Status Gizi Pada Penderita TB Paru Melalui Media Digitalisasi Sobat TB Dan N-TB Di Desa Wonorejo, Kecamatan Gondangrejo. Kab. Karanganyar. *JURNAL KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM)*, 5(4), 1026-1034.
- Restuastuti, T., Zahtamal, Z., Chandra, F., & Restila, R. 2017. Analisis pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(1), 14-19.

Sakina, T. R. R., Nuraini, L., Pratiwi, T. S., & Yustinah, Y. 2022, November. PEMANFAATAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM BIDANG PENDIDIKAN TERKAIT PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT. In Prosiding Seminar Nasional Pengabdian Masyarakat LPPM UMJ (Vol. 1, No. 1).

BAB 4

SOCIAL SUPPORT (DUKUNGAN SOSIAL)

Oleh Rani Fitriani

4.1 Pendahuluan

Dukungan sosial dalam promosi kesehatan didasarkan pada pemahaman bahwa hubungan sosial dan interaksi antarindividu memiliki dampak penting terhadap kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Teori dukungan sosial mengemukakan bahwa individu yang mempunyai jaringan dukungan sosial yang kuat cenderung memiliki kesehatan yang lebih baik. Menurut teori ini, dukungan sosial bisa berupa dukungan emosional (rasa persahabatan, kehangatan, dan perhatian), dukungan instrumental (bantuan praktis dan materi), dukungan informasional (pengetahuan, nasihat, dan informasi), dan dukungan sosial penghargaan (penghargaan, pujian, dan dorongan).

Dukungan sosial bisa mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Dalam upaya mempromosikan kesehatan, dukungan sosial dapat meningkatkan keefektifan perilaku sehat, seperti berhenti merokok, menjaga pola makan seimbang, berolahraga teratur, atau mengikuti pengobatan yang direkomendasikan. Dukungan sosial memberikan motivasi, dorongan, dan akuntabilitas bagi individu untuk menjalankan perilaku kesehatan yang diinginkan. Dukungan sosial memungkinkan individu untuk berinteraksi dengan orang lain dan berbagi informasi terkait kesehatan. Melalui interaksi tersebut, individu dapat memperoleh pengetahuan, pandangan, dan pengalaman baru yang dapat memperkaya pemahaman mereka

tentang kesehatan dan memotivasi mereka untuk mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Dalam promosi kesehatan, dukungan sosial menjadi elemen penting dalam meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan partisipasi individu dalam perilaku kesehatan yang positif. Membangun lingkungan sosial yang mendukung dan memperkuat jaringan dukungan sosial dapat meningkatkan efektivitas upaya promosi.

4.2 Pengertian Dukungan Sosial (*Social Support*)

Social support adalah sumber-sumber yang disediakan orang lain terhadap individu yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis individu bersangkutan (Apollo & Cahyadi, 2012). Sedangkan Menurut Baron & Byrne (Indriani & Sugiasih, 2016) *social support* merupakan suatu bentuk kenyamanan baik fisik maupun psikologis yang diberikan anggota keluarga ataupun sahabat dekat. *Social support* bisa ditinjau dari seberapa banyak adanya interaksi sosial yang dilakukan dalam melakukan suatu hubungan yang berkaitan dengan lingkungan sekitar. *Social support* merupakan perasaan nyaman, diperhatikan, dihargai, menerima pertolongan atau informasi dari orang atau kelompok lain.

Dalam konteks dukungan sosial, terdapat dua aspek yang selalu tercakup, yaitu ketersediaan sejumlah sumber dukungan sosial dan persepsi individu terhadap orang-orang yang bisa diandalkan saat mereka memerlukan bantuan (pendekatan berdasarkan kuantitas). Selain itu, Dalam konteks kepuasan terhadap dukungan sosial yang diterima, terdapat hubungan dengan persepsi individu bahwa kebutuhan mereka akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas). Manusia sebagai makhluk sosial membutuhkan interaksi dan bantuan dari orang lain, dan tidak dapat hidup secara terisolasi. Kebutuhan fisik seperti sandang, pangan, dan papan, serta kebutuhan sosial seperti pergaulan, pengakuan, dan pekerjaan,

beserta kebutuhan psikis seperti keingintahuan, rasa aman, dan perasaan religiusitas, tidak bisa terpenuhi secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Terutama ketika seseorang menghadapi masalah, baik yang ringan maupun berat, pada waktu seperti itu individu akan mencari dukungan sosial dari orang di sekitarnya. Hal ini bertujuan agar mereka merasa dihargai, diperhatikan, dan dicintai. Contoh nyata yang sering kita lihat dan alami ialah ketika seseorang sakit dan harus dirawat di rumah sakit, maka biasanya sanak saudara atau teman-teman akan datang berkunjung. Dengan adanya kunjungan tersebut, orang yang sakit akan merasa mendapatkan dukungan sosial (Azizah, 2011).

4.3 Dimensi Dukungan Sosial (*Social Support*)

Menurut Sarafino (Ahyani & Kumalasari. F, 2012) terdapat empat dimensi dukungan sosial yang dapat diidentifikasi:

1. Dukungan emosional (*emotional support*)

Dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu tersebut merasa nyaman, dihargai, dan mendapatkan perhatian yang positif. Dukungan sosial melibatkan perilaku yang meliputi memberikan perhatian, afeksi, dan mendengarkan keluhan atau masalah orang lain dengan kesediaan.

2. Dukungan penghargaan (*esteem support*)

Dukungan sosial juga melibatkan ekspresi yang mencakup persetujuan dan penilaian positif terhadap ide, perasaan, dan prestasi orang lain. Tujuan dari bentuk dukungan ini adalah untuk membangkitkan perasaan nilai diri yang positif, kompetensi, dan makna dalam diri seseorang.

3. Dukungan instrumental (*instrumental support*)

Dukungan sosial juga melibatkan pemberian bantuan langsung berupa bantuan material atau jasa yang bisa secara praktis membantu individu dalam memecahkan masalah yang dihadapinya. Contoh konkret dari dukungan ini meliputi pinjaman atau sumbangan uang dari orang lain, penyediaan layanan penitipan anak, penjagaan dan pengawasan rumah ketika pemiliknya pergi, serta bantuan materi atau jasa lainnya yang dapat membantu secara nyata.

4. Dukungan informasi (*information support*)

Dukungan informasi merupakan bentuk dukungan yang melibatkan pemberian nasehat, saran, penghargaan, bimbingan, atau umpan balik terkait tindakan individu dalam upaya memecahkan masalah yang dihadapi.

4.4 Komponen Dukungan Sosial (*Social Support*)

Berdasarkan (Azizah, 2011) ada 6 komponen yang berbeda-beda yang disebut sebagai "The Social Provision Scale", di mana masing-masing komponen dapat berdiri sendiri, namun satu sama lain saling berhubungan. Adapun komponen tersebut antara lain:

1. Kerekatan Emosional (*Emotional Attachment*)

Jenis dukungan sosial seperti ini memungkinkan seseorang merasakan kedekatan emosional, yang pada gilirannya menciptakan rasa aman bagi penerima dukungan. Individu yang menerima dukungan sosial seperti ini merasa tenteram, aman, dan damai, yang tercermin dalam sikap tenang dan kebahagiaan. Sumber dukungan sosial semacam ini yang paling umum dan sering ditemui adalah dari pasangan hidup, anggota keluarga, teman dekat, atau kerabat yang memiliki hubungan harmonis. Bagi lansia, kehadiran seseorang yang tepat, terutama bagi mereka yang

tidak memiliki pasangan hidup, memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan dukungan sosial atau dukungan moral (*moral support*).

2. Integrasi Sosial (*social integration*)

Jenis dukungan sosial seperti ini memungkinkan lansia untuk merasa memiliki kelompok yang memungkinkan mereka untuk berbagi minat, perhatian, dan terlibat dalam kegiatan rekreasi bersama. Dukungan sosial dari sumber seperti ini memberikan lansia rasa aman, nyaman, dan merasa memiliki serta diterima dalam kelompok tersebut. Kepedulian dari masyarakat dalam mengorganisasi kegiatan untuk lansia dan berinteraksi bersama tanpa motif tertentu akan memberikan dukungan sosial yang sangat berarti. Lansia akan merasa bahagia, ceria, dan memiliki kesempatan untuk berbagi beban mereka, bercerita, atau mendengarkan ceramah ringan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Semua ini merupakan bentuk dukungan sosial yang berarti dan berdampak positif bagi lansia.

3. Adanya Pengakuan (*Reassurance of worth*)

Dalam jenis dukungan sosial ini, lansia mendapatkan pengakuan atas kemampuan dan keahliannya, serta menerima apresiasi dari orang lain atau lembaga. Sumber dukungan sosial seperti ini bisa berasal dari keluarga, lembaga/instansi di mana lansia pernah bekerja, atau perusahaan/organisasi. Melalui jasa, kemampuan, dan keahliannya, lansia tetap mendapatkan perhatian dan penerimaan dalam bentuk penghargaan yang beragam. Uang pensiun juga bisa dianggap sebagai suatu bentuk dukungan sosial, terutama jika lansia bersyukur saat menerimanya. Bentuk lain dari dukungan sosial adalah mengundang para lansia untuk berpartisipasi dalam event atau perayaan yang diadakan, bersama-sama dengan para pegawai yang masih produktif. Contoh: Setiap hari besar TNI, para mantan

pejabat yang telah memasuki masa pensiun atau lansia sering diundang untuk hadir dalam upacara atau resepsi yang diadakan oleh instansi tersebut.

4. Ketergantungan yang bisa diandalkan (*reliable reliance*)

Dalam dukungan sosial jenis ini, lansia mendapatkan dukungan sosial yang meliputi jaminan bahwa ada seseorang yang bisa diandalkan untuk memberikan bantuan ketika mereka membutuhkannya. Jenis dukungan sosial jenis ini secara umum berasal dari keluarga. Untuk lansia yang tinggal di lembaga seperti sarana Werdhaa, adanya petugas yang selalu siap membantu para lansia merupakan bentuk dukungan sosial yang sangat penting. Petugas tersebut memastikan bahwa para lansia mendapatkan pelayanan yang memuaskan dan perhatian yang dibutuhkan.

5. Bimbingan (*guidance*)

Dukungan sosial jenis ini melibatkan hubungan kerja atau hubungan sosial yang memungkinkan lansia untuk memperoleh informasi, saran, atau nasihat yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi permasalahan yang dihadapi. Jenis dukungan sosial ini berasal dari berbagai sumber, seperti guru, alim ulama, pemimpin masyarakat, tokoh yang dihormati, dan juga orang tua.

6. Kesempatan untuk mengasuh (*opportunity for nurturance*)

Salah satu aspek penting dalam hubungan interpersonal adalah merasa diperlukan oleh orang lain. Dalam konteks dukungan sosial, jenis dukungan ini memungkinkan lansia merasakan bahwa orang lain bergantung pada mereka untuk mendapatkan kesejahteraan. Sumber dukungan sosial ini sering kali berasal dari keturunan (anak-anak) dan pasangan hidup. Oleh karena itu, banyak lansia yang merasa sedih dan kurang bahagia bila jauh dari cucu-cucu atau anak-anaknya.

4.5 Faktor-Faktor Terbentuknya Dukungan Sosial (Social Support)

Myers dalam (Maslihah, 2011) mengungkapkan bahwa ada tiga faktor yang mendorong individu untuk memberikan dukungan sosial diantaranya:

1. Empati adalah kemampuan untuk merasakan dan memahami perasaan, pikiran, dan pengalaman orang lain.
2. Pertukaran sosial adalah konsep yang mencakup hubungan timbal balik dalam perilaku sosial antara individu. Dalam pertukaran sosial, terdapat pertukaran cinta, informasi, dan pelayanan antara individu yang terlibat dalam hubungan interpersonal.
3. Selama masa pertumbuhan dan perkembangan pribadi, individu menginternalisasi norma-norma dan nilai-nilai sosial dari lingkungan sekitar mereka. Norma-norma sosial ini mencakup aturan dan harapan yang mengatur interaksi sosial individu.

Rais mengungkapkan dalam (Balogun, 2014) ada tiga faktor yang berpengaruh terhadap penerimaan dukungan sosial oleh individu, yaitu:

1. Keintiman Dukungan sosial, keintiman menjadi faktor yang mempengaruhi penerimaan dukungan sosial. Semakin dekat dan intim hubungan antara individu, semakin besar dukungan sosial yang diberikan.
2. Harga diri Individu, Persepsi individu terhadap menerima bantuan dari orang lain dapat dianggap sebagai penurunan harga diri karena terinterpretasi bahwa individu tersebut tidak lagi mampu untuk mencapai tujuan secara mandiri.
3. Keterampilan sosial Individu dalam pergaulan yang luas akan memiliki jaringan sosial yang tinggi, sehingga akan memiliki jaringan sosial yang luas pula. Sedangkan individu

yang jaringan sosial kurang luas maka akan memiliki keterampilan sosial rendah.

4.6 Pentingnya Dukungan Sosial (*Social Support*)

Dukungan sosial terbukti efektif dalam mengatasi tekanan psikologis yang timbul selama masa sulit dan menekan. Sebagai contoh, dukungan sosial mempunyai peran penting dalam membantu mahasiswa menghadapi stresor yang muncul dalam kehidupan kampus.

Selain itu, dukungan sosial juga berdampak positif pada kesehatan fisik. Dukungan sosial dapat memperkuat fungsi kekebalan tubuh, mengurangi respons fisiologis terhadap stres, dan membantu dalam merespons penyakit kronis (Taylor, 2009).

Hubungan sosial dapat memiliki dampak positif pada kesehatan psikologis, mendorong praktik hidup sehat, dan membantu dalam pemulihan dari sakit. Namun, penting untuk dicatat bahwa efektivitas dukungan sosial dapat dipengaruhi oleh karakteristik hubungan tersebut. Dalam beberapa kasus, dukungan sosial yang terlihat terlalu jelas atau memberikan beban emosional dapat mengurangi efektivitasnya. Tetapi ketika dukungan sosial itu diberikan secara diam-diam, secara otomatis, berkat hubungan baik kita, maka ia bisa mereduksi stres dan meningkatkan kesehatan. (Taylor, 2009).

Menurut (Ahyani & Kumalasari, F, 2012) dukungan sosial selalu terdiri dari dua komponen berikut:

1. Jumlah sumber dukungan sosial yang tersedia. Hal ini merujuk pada cara individu mempersepsikan sejumlah orang yang dapat diandalkan saat mereka membutuhkan bantuan. Pendekatan ini didasarkan pada kuantitas dukungan sosial yang tersedia bagi individu.
2. Kepuasan terhadap dukungan sosial yang diterima sangat terkait dengan pandangan individu bahwa kebutuhannya

akan terpenuhi. Hal ini berkaitan dengan pendekatan berdasarkan kualitas dukungan sosial. Tingkat kepuasan seseorang terhadap dukungan sosial yang diterima dipengaruhi oleh persepsi mereka bahwa dukungan tersebut memenuhi kebutuhan mereka dengan baik.

Dukungan sosial tidak hanya berkaitan dengan memberikan bantuan secara fisik atau praktis, tetapi juga sangat tergantung pada bagaimana penerima mengartikan makna dari dukungan tersebut. Penting untuk memperhatikan kesesuaian dan relevansi dukungan yang diberikan, sehingga penerima benar-benar merasakan manfaat dan kepuasan dari bantuan tersebut.

4.7 Faktor Yang Menghambat Dukungan Sosial (Social Support)

Menurut (Apollo & Cahyadi, 2012), terdapat beberapa faktor yang dapat menjadi penghambat dalam pemberian dukungan sosial, antara lain:

1. Penarikan diri dari interaksi dengan orang lain dapat terjadi ketika seseorang merasa harga dirinya rendah, takut akan kritik atau penilaian negatif, serta memiliki pengharapan bahwa orang lain tidak akan memberikan bantuan. Sikap penarikan diri ini dapat ditunjukkan melalui tindakan menghindar, mengutuk diri sendiri, menjadi diam, menjauh, dan enggan meminta bantuan.
2. Sikap melawan orang lain, seperti sikap curiga, tidak sensitif, tidak responsif, dan agresif.
3. Tindakan sosial yang tidak pantas, seperti terus-menerus membicarakan diri sendiri, mengganggu orang lain, berpakaian tidak pantas, dan tidak pernah merasa puas.

4.8 Sumber Dukungan Sosial (*Social Support*)

Hause dan Kahn (dalam Sulistiyani, 2003) menyatakan bahwa dukungan sosial dapat diperoleh melalui hubungan persahabatan, keluarga, dokter, psikolog, dan psikiater. Begitu pula, Thorst dalam (Ambar Teguh Sulistiyani & Rosidah, 2003) mengungkapkan bahwa dukungan sosial berasal dari orang-orang yang memiliki hubungan yang signifikan bagi individu, seperti keluarga, teman dekat, pasangan hidup, rekan kerja, tetangga, dan saudara. Nicholson dan Antil dalam (Juairiani, 2006) menyatakan bahwa dukungan sosial adalah dukungan yang diperoleh dari keluarga, teman dekat, dan sahabat. Sumber-sumber dukungan sosial yaitu (Hajar, 2007) :

1. Suami

Menurut Wirawan (1991), hubungan perkawinan adalah hubungan akrab di mana pasangan memiliki minat dan kepentingan yang sama, saling berbagi perasaan, saling mendukung, dan bekerja sama untuk menyelesaikan permasalahan bersama. Menurut Santi (1985), hubungan dalam perkawinan akan membawa keharmonisan keluarga yang terwujud dalam kebahagiaan hidup. Keharmonisan tersebut didasarkan pada cinta kasih suami dan istri yang ditandai oleh kerelaan dan keserasian hidup bersama.

2. Keluarga

Menurut Heardman (1990), keluarga adalah sumber dukungan sosial karena dalam hubungan keluarga terdapat kepercayaan yang saling terjalin. Individu sebagai anggota keluarga melihat keluarga sebagai tempat harapan, tempat untuk berbagi cerita, bertanya, dan mengungkapkan keluhan saat menghadapi masalah.

3. Teman atau sahabat

Menurut Kail dan Neilsen, teman dekat adalah sumber dukungan sosial karena mampu memberikan kegembiraan dan dukungan selama menghadapi

permasalahan. Sementara itu, menurut Ahmadi (1991), persahabatan merupakan hubungan yang saling mendukung dan saling merawat, di mana pemberian dalam persahabatan dapat berupa barang atau perhatian tanpa ada unsur eksploitasi.

4.9 Dampak Dukungan Sosial (*Social Support*)

Johson dalam (Adicondro & Purnamasari, 2011) mengungkapkan bahwa dukungan sosial memiliki empat dampak yang signifikan, termasuk:

1. Meningkatkan produktivitas dalam pekerjaan
2. Meningkatkan kesejahteraan psikologis dan penyesuaian diri dengan memberikan rasa memiliki
3. Memperjelas identitas diri, menambah harga diri, dan mengurangi stress
4. Meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik serta pengelolaan terhadap stress dan tekanan.

Dukungan sosial dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada individu, hal tersebut dapat dilihat dari bagaimana dukungan sosial mempengaruhi kejadian dan efek dari keadaan stress. Stress yang tinggi dan berlangsung dalam jangka waktu panjang atau lama dapat memperburuk kondisi kesehatan dan menyebabkan penyakit. Tetapi dengan adanya dukungan sosial yang diterima oleh individu yang sedang mengalami atau menghadapi stress maka hal ini akan dapat mempertahankan daya tahan tubuh dan meningkatkan kesehatan individu (Baron & Byrne, 2005). Sarfino menjelaskan bahwa interaksi dengan orang lain memiliki kemampuan untuk mengubah atau memodifikasi persepsi individu terhadap suatu kejadian, sehingga dapat mengurangi kemungkinan munculnya stress baru atau stress yang berkepanjangan. Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial

memiliki dampak positif terhadap kesehatan. Dukungan sosial dapat membantu mempertahankan daya tahan tubuh, membantu individu menghadapi stres, dan mengurangi potensi munculnya stres yang berlebihan.

4.9 Peran Dukungan Sosial dalam Promosi Kesehatan

Peran dukungan sosial dalam promosi kesehatan sangat penting. Dukungan sosial dapat memberikan dampak positif pada individu dalam mengadopsi perilaku sehat, meningkatkan kualitas hidup, dan mengurangi risiko penyakit. Berikut adalah beberapa peran dukungan sosial dalam promosi kesehatan:

1. **Motivasi dan Dukungan Emosional:** Dukungan sosial dapat memberikan motivasi, dorongan, dan dukungan emosional kepada individu dalam menjalankan perilaku kesehatan. Dukungan emosional dari teman, keluarga, atau kelompok sosial dapat meningkatkan kepercayaan diri individu, memberikan semangat, dan membantu mereka melewati tantangan atau hambatan yang mungkin muncul.
2. **Pemahaman dan Informasi:** Dukungan sosial juga dapat menyediakan pemahaman dan informasi yang relevan terkait dengan kesehatan. Melalui interaksi dengan orang-orang di sekitar mereka, individu dapat memperoleh pengetahuan baru, perspektif, dan informasi tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, atau manajemen kondisi kesehatan tertentu. Hal ini membantu individu dalam membuat keputusan yang lebih baik terkait dengan kesehatan mereka.
3. **Pemodelan Perilaku Sehat:** Dukungan sosial dapat berfungsi sebagai contoh atau model perilaku sehat. Ketika individu dikelilingi oleh orang-orang yang menjalani gaya hidup sehat, mereka cenderung terinspirasi untuk mengadopsi perilaku yang sama. Melihat teman atau

- keluarga yang aktif, menjaga pola makan seimbang, atau menjalani pemeriksaan kesehatan rutin dapat mempengaruhi individu untuk mengikutinya.
4. Dukungan Praktis: Dukungan sosial juga dapat bersifat praktis dan membantu individu dalam menjalankan perilaku sehat. Misalnya, dukungan praktis dapat berupa membantu dengan jadwal olahraga, berbagi resep makanan sehat, atau mengingatkan untuk minum obat secara teratur. Dukungan praktis ini dapat membuat perilaku sehat menjadi lebih terjangkau dan mudah dilakukan.
 5. Mengurangi Stres dan Isolasi: Dukungan sosial dapat membantu mengurangi tingkat stres dan mengatasi rasa isolasi sosial yang mungkin dirasakan oleh individu. Menerima dukungan emosional dan praktis dari orang-orang di sekitar mereka dapat memberikan rasa koneksi, rasa aman, dan mengurangi beban emosional. Hal ini dapat memiliki efek positif pada kesehatan mental dan mengurangi risiko terhadap gangguan kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Adicondro, N., & Purnamasari, A. 2011. Efikasi Diri, Dukungan Sosial Keluarga dan Self Regulated Learning Pada Siswa Kelas VII. *Humanitis*.
- Ahyani, L. N., & Kumalasari. F. 2012. *Hubungan Antara Dukungan Sosial. Dengan Penyesuaian Diri Remaja Di Panti Asuhan*.
- Ambar Teguh Sulistiyani, & Rosidah. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia, Cetakan. Pertama*. Graha Ilmu. .
- Apollo, & Cahyadi, A. 2012. Konflik Peran Ganda Perempuan Menikah yang Bekerja Ditinjau dari Dukungan Sosial Keluarga dan Penyesuaian Diri. *Jurnal Widya Warta*.
- Azizah. 2011. *Keperawatan lanjut usia* . . Graha Ilmu.
- Balogun, A. 2014. *Despositional factors, perceived social support and happiness among prison inmates in Nigeria: A new look*.
- Baron, R. A., & Byrne, D. 2005. *Psicología social*. Pearson prentice hall.
- Hajar, S. 2007. *Hubungan antara dukungan sosial dengan pengaruh percepatan kesembuhan pasien pasca operasi caesar di rumah sakit daerah dr. Soegiri lamongan*.
- Indriani, D., & Sugiasih, I. 2016. Dukungan Sosial Dan Konflik Peran Ganda Terhadap Kesejahteraan Psikologis Karyawati Pt . Sc Enterprises Semarang. . *Jurnal Proyeksi*.
- Juairiani, A. 2006. *Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Melakukan Terapi Hemodialisa*.
- Maslihah, S. 2011. Studi Tentang Hubungan Dukungan Sosial, Penyesuaian Diri di Lingkungan Sekolah dan Prestasi Akademik Siswa SMPIT Assyfa Boarding School Subang Jawa Barat. . *Jurnal Psikologi Undip*.
- Taylor, S. E. Dkk. 2009. *Psikologi Sosial: Edisi kedua belas*. Kencana.

BAB 5

ADVOKASI TERHADAP PENGAMBILAN KEBIJAKAN

Oleh Maria V Nuhan

5.1 Pengertian Advokasi Kebijakan

Istilah advokasi di bidang kesehatan mulai digunakan dalam program kesehatan masyarakat pertama kali oleh WHO pada tahun 1984 sebagai salah satu strategi global Pendidikan atau Promosi Kesehatan. (WHO, 1992) merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi Promosi Kesehatan secara efektif menggunakan 3 strategi pokok, yaitu advokasi (*Advocacy*), dukungan sosial (*Social support*), pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*). Advokasi merupakan proses dinamis yang menyangkut seperangkat pelaku, gagasan, agenda dan politik yang selalu berubah. Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Sasaran advokasi adalah para pemimpin atau pengambil kebijakan (*policy makers*) atau pembuat keputusan (*decision makers*) baik di institusi pemerintah maupun swasta.

Advokasi adalah setiap upaya untuk mempengaruhi kebijakan publik dan praktik pada keputusan elit (Casey & John, 2011). Kegiatan advokasi dapat ditujukan langsung pada pengambilan keputusan atau berusaha untuk mempengaruhi secara tidak langsung melalui membentuk opini publik dan menyebarluaskan model alternatif kebijakan dan praktik. Advokasi adalah setiap tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan kekuatan organisasi dan mempengaruhi aktor

lainnya dalam proses pembuatan kebijakan. Advokasi dilihat sebagai berusaha untuk mempengaruhi pemerintah, dan sektor publik agar dapat fokus untuk mempromosikan perubahan di sektor swasta. Advokasi bertujuan untuk mengubah pikiran, memobilisasi keinginan publik, dan mempengaruhi pemerintah (Casey & John, 2011).

Advokasi kebijakan merupakan tindakan mempengaruhi/mendukung sesuatu atau seseorang yang berkaitan dengan kebijakan public seperti regulasi dan kebijakan pemerintah. Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Istilah advokasi mula-mula digunakan di bidang hukum atau pengadilan. Menurut (Anderson & Lee G, 1986) advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan public melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasive. Advokasi juga dapat diartikan sebagai suatu kegiatan mendesakkan terjadinya perubahan sosial (*social movement*) secara bertahap maju melalui serangkaian perubahan kebijakan public. Secara umum advokasi yang dilakukan berada di keseluruhan proses kebijakan, yaitu: agenda setting, perumusan kebijakan, implementasi kebijakan, dan monitoring dan evaluasi kebijakan.

5.2 Tujuan Advokasi Kebijakan

Tujuan utama advokasi adalah mendorong kebijakan publik yang mendukung program pembangunan. Kebijakan publik harus dilihat dalam konteks yang lebih luas dari proses pembangunan sosial dan ekonomi, maka beban advokasi yang ingin kami kemukakan adalah yang partisipatif. Advokat biasa berorientasi pada isu atau program/kegiatan. Tujuan utama adalah untuk memasarkan proyek/program/kegiatan, meningkatkan nilai dan menyampaikan pesan. Isu

pembangunan sosial dan ekonomi, bagaimanapun, membutuhkan advokasi ideologis, politis, panik yang melibatkan berbagai sektor masyarakat. Fokus dalam advokasi partisipatif adalah mencari “kerja sama” dan “mendengarkan” daripada “memberi tahu apa yang harus dilakukan” dan mengandaikan pendekatan dua arah yang dinamis terhadap komunikasi. Dalam advokasi partisipatif, peran advokat meliputi:

- a. Penyajian ide-ide khusus atau isu-isu yang sedang dipertimbangkan;
- b. Identifikasi kelompok pemangku kepentingan serta nilai dan kepentingan mereka;
- c. Identifikasi sekutu potensial dan membangun aliansi;
- d. Identifikasi saluran kebijakan dan pengambilan keputusan yang relevan;
- e. Mengumpulkan dan memberikan informasi mengenai posisi pada masalah tersebut;
- f. Menalar, mempengaruhi, melobi, mendorong dan membujuk pengambil keputusan dan kelompok pemangku kepentingan lainnya;
- g. Mengorganisir dan menghadiri pertemuan dengan kelompok pemangku kepentingan;
- h. Menciptakan pemahaman bersama di antara para pemangku kepentingan mengenai masalah ini;
- i. Menegosiasikan tindakan dengan pemangku kepentingan berdasarkan pemahaman bersama tentang masalah tersebut;

Secara khusus, tujuan advokasi adalah untuk mendorong partisipasi masyarakat dalam pemerintahan dan mendukung pelaksanaan peraturan-peraturan tentang kesejahteraan sosial. Advokasi adalah tindakan mendukung seseorang atau sekelompok orang terkait dengan kebijakan publik seperti peraturan dan kebijakan pemerintah. Untuk

mencapai tujuan yang diinginkan, berbagai bentuk kegiatan advokasi dilakukan sebagai upaya memperkuat posisi tawar sekelompok orang atau organisasi keagamaan terhadap pemerintah. Tujuan Advokasi pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Ada pemahaman dan kesadaran terhadap masalah pelayanan kesehatan;
- b. Ada ketertarikan dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan'
- c. Ada kemauan atau kepedulian menyelesaikan masalah kesehatan dengan memberikan alternatif solusi;
- d. Ada tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan;
- e. Ada tindak lanjut kegiatan;
- f. Ada komitmen dan dukungan dari kebijakan pemerintah, sumberdaya, dan keikutsertakan berbagai pihak untuk memberikan kemudahan dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan (Suryani Desri & Yandrizal, 2022).

5.3 Sasaran Advokasi Kebijakan

Sasaran utama advokasi adalah para pembuat atau penentu kebijakan (*policy makers*) dan para pembuat keputusan (*decision makers*) pada masing-masing tingkat administrasi pemerintah, dengan maksud agar mereka menyadari bahwa kesehatan merupakan asset sosial, politik, ekonomi, dan sebagainya. Di tingkat pemerintah daerah (*local government*), baik provinsi maupun distrik, advokasi kesehatan dapat dilakukan terhadap para pejabat pemerintah daerah. Seperti di tingkat pusat, advokasi ditingkat daerah ini dilakukan oleh para pejabat sektor kesehatan provinsi atau distrik.

Advokasi bukan hanya ditujukan kepada para pembuat keputusan, baik di tingkat pusat maupun daerah dalam arti pemerintah saja, namun juga dilakukan kepada pemimpin

sektor swasta atau pengusaha, dan para pemimpin Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Dengan kata lain advokasi juga digunakan untuk menjalin kemitraan (*partnership*) dengan para pengusaha (bisnis) dan LSM. (Suryani Desri & Yandrizal, 2022).

5.4 Metode Advokasi Kebijakan

Dalam rangka melakukan sebuah advokasi terhadap pihak yang bersangkutan, terdapat beberapa metode/teknik yang dapat digunakan. Metode atau cara dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan, antara lain :

a. Lobi politik (*political lobbying*)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk mengimpormasikan dan membahas program kesehatan yang akan dilaksanakan.

b. Seminar/presentasi

Seminar atau presentasi yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan lintas sektor. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik serta rencana program pemecahnya diperoleh komitmen dan dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan.

c. Media

Advokasi media adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media khususnya media massa. Melalui media cetak maupun media elektronik permasalahan kesehatan disajikan baik dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyimpanan pendapat, dan sebagainya.

d. Perkumpulan peminat (asosiasi)

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau inetes terhadap permasalahan tertentu atau

perkumpulan propesi juga merupakan bentuk advokasi (Suryani Desri & Yandrizal, 2022).

5.5 Unsur Dasar Advokasi Kebijakan

- a. Penetapan tujuan advokasi. Sering sekali masalah kesehatan masyarakat sangat kompleks karena banyak faktor yang saling berpengaruh. Agar upaya advokasi dapat berhasil tujuan, advokasi perlu dibuat lebih spesifik.
- b. Pemangsaan data dan riset untuk advokasi. Adanya data dan riset untuk pendukung sangat penting agar keputusan dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar.
- c. Identifikasi khalayak sasaran advokasi. Apabila isu, tujuan, dan upaya advokasi telah disusun. Upaya advokasi harus ditunjukan bagi kelompok yang dapat membuat keputusan dan idealnya ditujukan bagi orang yang berpengaruh dalam pembuatan keputusan.
- d. Pengembangan dan penyampaian pesan advokasi khalayak sasaran berbeda bereaksi tidak sama atas pesan yang berbeda. Seorang tokoh politik mungkin termotivasi kalau dia mengetahui bahwa banyak dari konsituen yang diwakilnya peduli terhadap masalah tertentu.
- e. Membangun koalisi. Sering kali kekuatan sebuah advokasi dipengaruhi oleh jumlah orang atau organisasi yang mendukung advokasi tersebut. Hal ini sangat penting dimana situasi dinegara tertentu sedang membangun masyarakat demokratis dan advokasi merupakan suatu hal yang relative baru.
- f. Membuat presentasi yang persuasive kesempatan untuk mempengaruhi khalayaksasaran kunci sering kali terbatas waktunya.
- g. Penggalangan dana untuk advokasi. Semua kegiatan termasuk upaya advokasimerlukan dana

- h. Evaluasi upaya advokasi. Untuk menjadi advokator yang tangguh diperlukan umpan balik berkelanjutan serta evaluasi atau upaya advokasi yang telah dilakukan (Suryani Desri & Yandrizal, 2022).

5.6 Langkah-langkah Advokasi Kebijakan

Menurut (Depkes RI., 2007), terdapat 3 langkah kegiatan advokasi, antara lain :

- a. Identifikasi dan analisis masalah atau isi

Masalah atau isi advokasi perlu dirumuskan berbasis data atau fakta. Data sangat penting agar keputusan yang dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar. Data berbasis fakta sangat membantu menetapkan masalah, mengidentifikasi solusi dan menentukan tujuan yang realistis. Adanya data dan fakta yang valid seringkali menjadi argument yang sangat persuasif.

- b. Identifikasi dan analisis kelompok sasaran

Sasaran kegiatan advokasi ditujukan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan, baik di bidang kesehatan maupun di luar sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap publik. Tujuannya agar para pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan, UU, dan instruksi yang menguntungkan kesehatan. Perlu ditetapkan siapa saja yang menjadi sasaran, mengapa perlu di advokasi, apa kecenderungannya, dan apa harapan kepadanya.

- c. Menyiapkan dan mengemas bahan informasi

Tokoh politik mungkin termotivasi dan akan mengambil keputusan jika mereka mengetahui secara rinci besarnya masalah kesehatan tertentu. Oleh sebab itu, penting untuk diketahui pesan, atau informasi apa yang diperlukan agar sasaran yang dituju dapat membuat keputusan yang mewakili kepentingan advokator. Kata kunci untuk bahan

informasi ini adalah informasi yang akurat tepat dan menarik.

5.7 Advokasi Terhadap Pengambilan Kebijakan

Advokasi terhadap pengambilan kebijakan adalah upaya untuk mempengaruhi pembuat kebijakan dalam merumuskan, mengadopsi, atau mengimplementasikan kebijakan tertentu. Berikut ini adalah beberapa strategi advokasi yang dapat digunakan dalam konteks pengambilan kebijakan:

- a. Identifikasi Isu: Tentukan isu atau masalah yang ingin Anda advokasi. Lakukan penelitian mendalam untuk memahami masalah tersebut, termasuk penyebabnya, dampaknya, dan implikasi kebijakan yang terkait.
- b. Kumpulkan Bukti dan Data: Kumpulkan data dan bukti yang kuat untuk mendukung argumen Anda. Riset, studi kasus, statistik, dan laporan dapat menjadi dasar yang kuat untuk meyakinkan pembuat kebijakan tentang kebutuhan dan manfaat dari kebijakan yang diadvokasi.
- c. Membentuk Aliansi dan Jaringan: Bentuk aliansi dengan organisasi, kelompok masyarakat, atau individu lain yang memiliki kepentingan serupa. Kerjasama dengan pihak lain dapat memperkuat suara dan memperluas jangkauan advokasi.
- d. Komunikasi Efektif: Sampaikan pesan Anda secara jelas, persuasif, dan terfokus. Gunakan berbagai saluran komunikasi, seperti pertemuan langsung, surat, email, atau media sosial, untuk menyampaikan pesan Anda kepada pembuat kebijakan. Pastikan untuk menyesuaikan bahasa dan pendekatan komunikasi dengan audiens yang dituju.
- e. Membangun Dukungan Publik: Dapatkan dukungan dari masyarakat umum melalui kampanye informasi, media sosial, petisi, atau aksi publik. Dukungan publik yang kuat

dapat mempengaruhi pembuat kebijakan dan meningkatkan legitimasi advokasi Anda.

- f. Berpartisipasi dalam Proses Kebijakan: Manfaatkan kesempatan untuk berpartisipasi dalam proses perumusan kebijakan, seperti konsultasi publik, pertemuan kebijakan, atau kelompok kerja. Sampaikan pandangan dan rekomendasi Anda secara langsung kepada pembuat kebijakan.
- g. Membangun Hubungan: Bangun hubungan yang baik dengan pembuat kebijakan, staf mereka, dan penasihat kebijakan. Jalin kontak yang terus-menerus, hadir di pertemuan, dan berikan informasi yang relevan secara teratur untuk membangun kepercayaan dan memperkuat pengaruh Anda.
- h. Monitor dan Evaluasi: Pantau perkembangan kebijakan dan evaluasi implementasinya. Terus ikuti perkembangan terkait kebijakan yang diadvokasi dan siap untuk memberikan masukan atau merespons perubahan yang terjadi.

5.8 Peran Pemangku Kepentingan Advokasi Kebijakan

Dalam advokasi kebijakan kesehatan, pemangku kepentingan memainkan peran penting dalam mempengaruhi pembuat kebijakan dan mendorong perubahan kebijakan yang berdampak pada kesehatan masyarakat. Berikut ini adalah beberapa peran pemangku kepentingan yang umumnya terlibat dalam advokasi kebijakan kesehatan:

- a. Pemerintah: Pemerintah memiliki peran kunci dalam pengambilan kebijakan kesehatan. Mereka bertanggung jawab untuk merancang, mengimplementasikan, dan memantau kebijakan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Dalam advokasi kebijakan kesehatan, peran pemerintah meliputi mendengarkan dan mempertimbangkan masukan dari pemangku kepentingan

lainnya, mengambil tindakan berdasarkan bukti dan rekomendasi, serta menyediakan sumber daya yang cukup untuk mendukung implementasi kebijakan.

- b. Organisasi Masyarakat Sipil: Organisasi masyarakat sipil, termasuk LSM, kelompok advokasi kesehatan, dan organisasi nirlaba, memainkan peran penting dalam menyuarakan kepentingan masyarakat dan membela kebijakan kesehatan yang progresif. Mereka melakukan riset, menyediakan data dan informasi, serta mengadvokasi kebijakan yang berfokus pada perlindungan kesehatan masyarakat. Organisasi ini juga dapat memberikan dukungan langsung kepada individu dan kelompok yang terdampak oleh kebijakan kesehatan.
- c. Akademisi dan Peneliti: Akademisi dan peneliti memiliki pengetahuan mendalam tentang isu-isu kesehatan dan implikasi kebijakan yang terkait. Peran mereka dalam advokasi kebijakan kesehatan meliputi menghasilkan bukti-bukti yang solid, menerbitkan hasil penelitian, dan memberikan saran kebijakan yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian terkini. Mereka juga dapat berpartisipasi dalam dialog kebijakan dan memberikan masukan yang berharga kepada pembuat kebijakan.
- d. Industri dan Sektor Swasta: Industri dan sektor swasta, termasuk perusahaan farmasi, asuransi kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan, juga memiliki peran dalam advokasi kebijakan kesehatan. Mereka dapat membawa perspektif unik, pengalaman, dan sumber daya yang diperlukan untuk mempengaruhi pembuat kebijakan. Namun, perlu memastikan bahwa advokasi mereka sejalan dengan kepentingan kesehatan masyarakat dan tidak bertentangan dengan tujuan pembangunan kesehatan yang inklusif.
- e. Masyarakat Umum: Masyarakat umum adalah pemangku kepentingan yang kuat dalam advokasi kebijakan kesehatan.

Melalui partisipasi aktif, pengetahuan, dan dukungan mereka, masyarakat dapat memengaruhi opini publik, meningkatkan kesadaran tentang isu-isu kesehatan, dan memperkuat tekanan pada pembuat kebijakan untuk bertindak

5.9 Identifikasi Rumusan Kebijakan

Merumuskan masalah adalah langkah yang paling mendasar agar dapat merumuskan kebijakan dengan baik. Kebijakan publik dibuat untuk memecahkan masalah yang ada di masyarakat. langkah ini harus dilakukan dengan hati-hati karena setiap kesalahan yang dilakukan dalam perumusan masalah (isu) akan mengakibatkan kebijakan yang dikeluarkan akan salah. Seringkali kita gagal menemukan solusi yang tepat dari suatu masalah dibandingkan dengan menemukan masalah yang tepat (Budi Winarno, 2008).

Ada 4 syarat agar masalah dapat diidentifikasi sebagai isu kebijakan, antara lain:

- a. Disepakati oleh banyak pihak;
- b. Memiliki prospek solusi;
- c. Sejalan dengan pertimbangan politik
- d. Sejalan dengan ideologi

Merumuskan kebijakan publik diartikan sebagai daftar isu atau masalah. Penetapan agenda merupakan proses agar suatu masalah mendapat perhatian pemerintah (Hamdani, 2014). Agenda kebijakan juga dapat dianalogikan dengan topik diskusi atau agenda rapat yang dibahas dalam rapat besar pejabat pemerintah. Ada beberapa faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi pergeseran isu ke dalam agenda kebijakan.

a. Faktor internal

- 1) Gaya kepemimpinan politis.
- 2) Visi dan misi partai pendukung pemerintah.
- 3) Keberhasilan pemerintah dimasa lalu.
- 4) Perubahan anggaran pendapatan dan belanja negara.

Salah satu faktor internal yang sangat menentukan apakah sebuah isu bisa menjadi agenda kebijakan adalah penstrukturan masalah. Jadi harus dirumuskan dengan cara sistematis, terstruktur, sederhana, dan menyentuh mata hati publik.

b. Faktor eksternal:

- 1) Perubahan ekonomi;
- 2) Pemberitaan media massa;
- 3) Opini publik;
- 4) Perubahan keputusan pengadilan.
- 5) hubungan internasional;
- 6) Pembangunan teknologi;
- 7) Perubahan demograf

Pemilihan alternatif kebijakan untuk memecahkan masalah dilakukan dengan melakukan konsultasi, ide dapat diuji untuk disempurnakan. Ada beberapa alasan mengapa pemerintah perlu mengkonsultasikan agenda kebijakan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Sesuai dengan nilai-nilai demokrasi yang menekankan keterbukaan, partisipasi dan banyak orang;
- 2) Membangun konsensus dan dukungan politik;
- 3) Meningkatkan koordinasi antar berbagai lembaga terkait agenda kebijakan dan lembaga yang akan merumuskan dan melaksanakan kebijakan;
- 4) Meningkatkan kualitas agenda kebijakan melalui pengumpulan informasi dari berbagai pihak dan penggunaan berbagai media.

- 5) Mempercepat respon dan perumusan strategi kebijakan yang akan ditetapkan untuk menyikapi agenda kebijakan prioritas (Suharto E., 2013).

Masalah-masalah kebijakan adalah kebutuhan, nilai-nilai, atau kesempatan-kesempatan yang tidak terealisasi tetapi yang dapat dicapai melalui tindakan publik. Informasi mengenai sifat, cakupan, dan kerumitan suatu masalah dihasilkan dengan menerapkan prosedur analisis kebijakan dalam memahami masalah. Perumusan masalah, yang merupakan fase analisis kebijakan di mana berbagai formulasi masalah yang saling berbeda dari para pelaku kebijakan. Perumusan masalah merupakan sistem petunjuk pokok atau mekanisme pendorong yang mempengaruhi keberhasilan semua fase analisis kebijakan. Memahami masalah kebijakan adalah sangat penting, karena stakeholder kebijakan kelihatan lebih sering gagal karena mereka memecahkan masalah yang salah dari pada memperoleh solusi yang salah terhadap masalah yang tepat.

Citra pemecahan masalah menggambarkan keberhasilan mengidentifikasi, mengevaluasi, dan membuat rekomendasi pemecahan masalah tanpa perlu menghabiskan waktu dan usaha untuk merumuskan masalah. Uraian berikut ini menjelaskan beberapa ciri penting dari masalah kebijakan:

- a. Saling Ketergantungan

Isu Kebijakan Masalah kebijakan di satu bidang (misalnya, kesehatan) terkadang mempengaruhi masalah kebijakan di bidang lain (misalnya, ketersediaan pangan, kondisi lingkungan, tingkat pendidikan pendapatan). Pada kenyataan isu kebijakan bukanlah entitas yang berdiri sendiri; mereka adalah bagian dari keseluruhan sistem masalah yang saling bergantung.

b. Subjektivitas

Masalah Kebijakan. Kondisi eksternal yang menimbulkan masalah didefinisikan, diklasifikasikan, dijelaskan, dan dievaluasi secara selektif. Meskipun ada asumsi bahwa masalah adalah objektif misal, polusi udara dapat didefinisikan sebagai tingkat gas dan partikel di atmosfer data polusi yang sama dapat diinterpretasikan secara berbeda. Masalah kebijakan adalah produk pemikiran yang dibuat dalam lingkungan tertentu; Masalah adalah unsur situasi yang diabstraksikan dari situasi stakeholder masing-masing. Dalam analisis kebijakan sangat penting untuk tidak mencampuradukkan situasi masalah dengan masalah kebijakan, karena masalah adalah item abstrak yang muncul dengan mengubah pengalaman menjadi hasil kerja.

c. Sifat Buatan Masalah.

Masalah kebijakan hanya mungkin terjadi ketika manusia membuat penilaian tentang keinginan untuk mengubah beberapa situasi masalah. Masalah kebijakan adalah hasil/produk penilaian subjektif manusia; mereka juga dapat diterima sebagai definisi yang valid dari kondisi sosial objektif, isu-isu kebijakan dipahami, dipertahankan, dan diubah secara sosial. Masalah tidak terletak di luar definisi individu dan kelompok, yang berarti bahwa tidak ada keadaan masyarakat yang alami di mana apa yang ada di dalam masyarakat itu sendiri merupakan masalah kebijakan.

d. Dinamika isu kebijakan.

Ada banyak solusi untuk suatu masalah karena ada banyak definisi masalah. Masalah dan solusi selalu berubah dan oleh karena itu masalah tidak terus-menerus dipecahkan. Solusi untuk masalah bisa menjadi kadarluarsa meskipun masalah tersebut sendiri masih menjadi masalah.

Rumusan masalah dalam analisis kebijakan persyaratan untuk menyelesaikan masalah yang kompleks tidak sama

dengan persyaratan untuk menyelesaikan masalah yang sederhana. Dalam mendefinisikan sifat masalah secara aktif, pada situasi bermasalah tetapi juga harus membuat penilaian dan opini yang kreatif. Analisis kebijakan dibagi menjadi dua jenis analisis secara seimbang, yaitu perumusan masalah dan pemecahan masalah. Gambaran pemecahan masalah berasal dari pandangan bahwa pekerjaan kebijakan dimulai dengan masalah yang diartikulasikan. Kebijakan dimulai ketika masalah yang diketahui muncul, masalah yang dapat berhipotesis serangkaian tindakan dan dapat mengartikulasikan tujuan masalah.

Ada tanda-tanda masalah tapi tidak ada yang tahu apa masalah, kondisi demikian merupakan masalah itu sendiri bermasalah. Analisis kebijakan berisi proses untuk menemukan dan merumuskan masalah meliputi penetapan (formulasi) masalah dengan tujuan menginterpretasikan gejala-gejala stres yang ada pada sistem. Tahapan Perumusan Masalah untuk mengilustrasikan pentingnya pandangan dunia, ideologi, dan mitos rakyat dalam mengkonseptualisasikan masalah substantif, pertimbangkan berbagai cara untuk mendefinisikan masalah kesehatan. Masalah kesehatan menurut WHO adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Masalah kesehatan ini sangat diperlukan upaya dari semua unsur agar terlibat untuk mewujudkan masyarakat yang sehat (Suryani Desri & Yandrizal, 2022)

Hasil analisis pemecahan masalah akan menjadi bahan dalam merumuskan upaya penyelesaian masalah. Upaya penyelesaian masalah akan diuraikan menjadi dasar untuk rumusan kebijakan. Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik (Damopoli, 2016). Untuk menjamin dan mendukung pelaksanaan kebijakan kesehatan yang efektif dan efisien, perlu dilakukan upaya terintegrasi dalam

fokus dan lokus kesehatan yaitu pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan didasarkan pada paradigma sehat yang mengarahkan pembangunan kesehatan dengan mengutamakan upaya peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif), tanpa mengabaikan upaya penanggulangan atau penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) (Iskandarsyah, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, & Lee G. 1986. *The Economics of Fisheries Management*. The Johns Hopkins University Press.
- Budi Winarno. 2008. *Kebijakan Publik*. Pt. Buku Kita:
- Casey, & John. 2011. Understanding Advocacy: A Primer On The Policy Making Role of Non-profit Organizations. *Baruch College, School of Public Affairs*.
- Depkes RI. 2007. *Advokasi sebagai Alat Perubahan*. Kemenkes RI.
- Hamdani, Muchlis. 2014. *Kebijakan Publik Proses Analis Dan Partisipasi*. Ghalia Indonesia.
- Iskandarsyah, M. N. 2016. Pelaksanaan Strategi Promosi Kesehatan dalam Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga di Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2015. . *Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo*.
- Suharto E. 2013. *Kebijakan sosial sebagai kebijakan publik*. Alfa Beta.
- Suryani Desri, & Yandrizal. 2022. *Advokasi Kebijakan kesehatan*. CV. Literasi Nusantara Abadi.
- WHO. 1992. *Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action*. Division of Health Education World Health Organization Geneva.

BAB 7

PERANAN PROMOSI KESEHATAN DALAM MENCEGAH MASALAH KEBIDANAN

Oleh Selvia

7.1 Pendahuluan

Berdasarkan sumber yang didapatkan Promosi kesehatan adalah upaya untuk mengubah atau meningkatkan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan bersama dengan upaya untuk mengubah lingkungan atau faktor lain yang berdampak signifikan pada modifikasi perilaku dan kualitas kesehatan. (Ira, 2018)

Bidang promosi kesehatan masih dipandang sebelah mata kontribusinya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Banyak orang percaya bahwa aspek terpenting dalam meningkatkan kesehatan adalah perawatan kuratif. Pilihan pertama dari sudut pandang ekonomi bukanlah kuratif. Promosi kesehatan sangat penting untuk meningkatkan status kesehatan dan harus ada dalam semua aspek profesi kedokteran (Zahroh Shaluhiah, 2023).

Promosi kesehatan pada intinya adalah inisiatif untuk memungkinkan masyarakat untuk memahami, menginginkan, dan mampu berperilaku hidup bersih dan sehat. Melalui inisiatif promosi kesehatan, banyak masalah kesehatan di Indonesia dapat dihindari. Sangat penting untuk merancang strategi komunikasi dan rencana aksi yang dapat mendukung dalam usaha pemberdayaan masyarakat sehingga dapat hidup

bersih dan sehat karena mengubah perilaku di masyarakat bukanlah tugas yang mudah.

7.2 Peran Promosi Kesehatan

Fungsi Berbagai Pihak dalam Mempromosikan Kesehatan

1. Fungsi atau Peran Tingkat Pusat dalam promosi kesehatan

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan serta pusat promosi Kesehatan ialah dua unit tingkat pusat utama yang dikhususkan buat promosi kesehatan.

Pengelolaan Promkes, khususnya yang terkait menggunakan program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis masyarakat pada tingkat pusat, perlu berbagi atau meningkatkan tugas dan tanggung jawab yang mencakup:

- a. Kapasitas SDM (Sumber Daya Manusia) sehubungan dengan penggunaan inisiatif promosi kesehatan ditingkatkan secara nasional
- b. Mengevaluasi teknik dan metode promkes yang efektif untuk pengembangan contoh promosi kesehatan pada wilayah (daerah)
- c. Mendorong kolaborasi dengan banyak pemangku kepentingan lainnya dan menyatukan manajemen promosi kesehatan di tingkat pusat
- d. Mendorong kerjasama dengan beberapa pemangku yang terkait oleh pemangku kepentingan lain
- e. Melakukan inisiatif kesehatan terkait Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat secara nasional
- f. Pemantauan dan evaluasi (MONEV), fasilitasi, dan saran teknis (Bimbingan)

2. Fungsi atau Peran Tingkat Propinsi dalam promosi kesehatan

Tugas di tingkat propinsi, khususnya rencana tindakan dinas kesehatan propinsi sebagai unit pusat, adalah sebagai berikut:

- a. Mendukung pelaksanaan promosi kesehatan (Promkes) di wilayah kerja Pamsima dengan mentransformasi kebijakan promosi kesehatan nasional menjadi aturan promosi kesehatan daerah (propinsi).
- b. Meningkatkan kapasitas kota dan instansi dalam melakukan promkes (promosi kesehatan), khususnya di bidang penggerakan dan pemberdayaan masyarakat supaya warga dapat melakukan Perilaku Hidup Bersih Sehat.
- c. Membangun suasana yang ramah di tingkat lokal atau provinsi untuk mendorong individu menjalani hidup sehat.
- d. Untuk mencapai PHBS di tingkat provinsi, berbagai pihak harus dilibatkan, kolaborasi harus ditingkatkan, dan promosi kesehatan harus dilaksanakan bersama dengan stakeholder dan mitra terkait.

3. Fungsi atau Peran Tingkat Kabupaten dalam promosi kesehatan

- a. Inisiatif promosi kesehatan tingkat kabupaten, khususnya yang dikelola oleh DinKes Kota/Kabupaten, terdiri dari:

- 1) Peningkatan kapasitas atau kemampuan puskesmas dan institusi kesehatan lainnya untuk melakukan promosi kesehatan, khususnya di wilayah masyarakat mobilisasi dan pemberdayaan, agar dapat melaksanakan PHBS.

- 2) Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk merencanakan kegiatan yang berbasis sumber daya lokal sesuai norma sosial budaya setempat
- 3) Membangun lingkungan yang ramah untuk memotivasi individu untuk menjalani gaya hidup sehat.
- 4) Untuk mencapai PHBS, berbagai pihak harus dilibatkan untuk mendukung dan memperluas kemitraan, dan promosi kesehatan harus dilaksanakan bersama dengan stakeholder dan mitra terkait. (Depkes RI)

7.3 Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah Kebidanan

7.3.1 Promosi Kesehatan Dalam Kehamilan

1. Kehamilan

Menurut Linda, 2021 bahwa kehamilan adalah suatu proses fisiologi dan alamiah, yang setiap wanita atau perempuan memiliki system genital (alat kelamin/organ reproduksi) yang sehat, pernah mengalami masa haid dan pernah berhubungan badan (hubungan seksual) dengan laki-laki yang sehat kemungkinan besar akan hamil.

Masa kehamilan adalah saat pembuahan hingga janin lahir. Rata-rata kehamilan berlangsung selama 280 hari, atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari, dimulai dari hari pertama menstruasi terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 tri-wulan ; tri-wulan pertama, yang berlangsung dari konsepsi hingga minggu ke 12, triwulan kedua, yang berlangsung dari minggu ke 13-28 kehamilan, dan triwulan ketiga, yang berlangsung dari minggu 29-40 atau waktu melahirkan. (Prawirohardjo, 2009).

2. Perubahan Psikologis dan Fisik

a. Perubahan fisik

a) Rahim (Uterus)

Rahim wanita yang belum pernah hamil memiliki berat 30-40 gram dan memiliki panjang 7,5 cm, lebar 5 cm, ketebalan 2,5 cm. Perkembangan rahim menjadi organ yang dapat menampung janin, plasenta dan cairan ketuban selama kehamilan. Normalnya air ketuban warna jernih kekuningan, di usia kehamilan 12 minggu volumenya 60 mL, usia kehamilan 16 minggu volumenya 175 mL serta di kehamilan 34-36 berkisar 400-1200 mL. Otot rahim bagian atas akan mengencang pada trimester ketiga sehingga menyebabkan bagian bawah rahim melebar dan mengecil. (Prawirohardjo, 2010)

b) Serviks

Akibat peningkatan vaskularisasi, edema, dan hipertrofi dan hiperpasia kelenjar serviks selama bulan pertama konsepsi, serviks akan menjadi lunak dan membiru. Serviks pada masa kehamilan mengalami perubahan karena hormone estrogen. (Prawirohardjo, 2010).

c) Indung telur (Ovarium)

Masa subur/Ovulasi akan berakhir selama kehamilan, dan korpus luteum akan tertarik hingga uretra terbentuk dan mulai memproduksi estrogen dan progesteron (Mochtar, 2013).

d) Perineum dan Vagina

Vagina akan berubah warna menjadi ungu selama kehamilan akibat pengaruh estrogen; ini dikenal sebagai tanda Chadwick. Mukosa menipis dan banyak jaringan ikat serta sel otot polos yang hilang akibat modifikasi tersebut.

e) Kulit

Warna kulit pada dinding perut berubah jadi kusam, kemerahan; terkadang, payudara serta paha dapat juga terpengaruh. Perubahan ini disebut sebagai *striae gravidarum*. *Linea nigra*, juga dikenal sebagai *linea nigra* hitam kecoklatan, berkembang di garis tengah perut (*linea alba*) pada banyak wanita. *Chloasma* atau *melisma gravidarum* adalah sebutan untuk suatu kondisi yang terkadang muncul dalam berbagai ukuran di wajah dan leher. Selain itu, mungkin ada peningkatan pigmentasi di daerah areola dan vagina, meski hal ini akan hilang setelah melahirkan. Dalam malanoesis, estrogen dan progesteron diakui berperan dan diyakini sebagai faktor penggerak atau pendorongnya (Prawirohardjo, 2010).

f) Payudara

Wanita sering mengalami ketidaknyamanan dan kesemutan di payudara mereka selama beberapa minggu pertama kehamilan. Setelah bulan kedua, payudara membesar dan pembuluh darah kecil pada bagian bawah kulit mulai terlihat. Setelah bulan pertama kolostrum dapat keluar. (Cunningham, 2012)

b. Psikologis ibu hamil trimester 3

Dalam buku Varney (2010) menyatakan bahwa perubahan psikologis pada ibu hamil antara lain:

a) Perubahan masa menunggu (penantian)

Pada trimester ketiga ini merupakan tahap "menunggu waspada atau penuh kewaspadaan". Seorang ibu cemas akan kedatangan bayinya saat ini karena dia mulai menganggap bayinya sebagai wujud yang berbeda.

Mengingat bayi bisa lahir kapan saja, ada rasa cemas. Akibatnya, dia disibukkan dengan kelahiran anak yang berikutnya dan semakin protektif terhadapnya, mulai menjauhi keramaian, orang, dan potensi bahaya lainnya.

b) Adanya perasaan cemas dan takut

Pada trisemeter ketiga ada kekhawatiran dan perasaan cemas pada ibu hamil akan perkembangan bayi dan dirinya sendiri sehingga ibu hamil diharapkan agar dapat melakukan kegiatan yang bermanfaat selama kehamilannya.

Seorang ibu mungkin merasa cemas tentang kehidupannya sendiri dan kehidupan bayinya. Wanita yang mengalami depresi ringan mungkin menjadi lebih tertutup dan bergantung pada orang lain. Sekali lagi, wanita akan mengalami ketidaknyamanan fisik, yang akan menjadi lebih buruk seiring dengan perkembangan kehamilan. Dia akan membutuhkan banyak bantuan terus-menerus dari pasangannya dan merasa tidak nyaman, tidak menyenangkan, dan tidak rapi.

3. Peranan Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah Kehamilan

1) Ibu Hamil Melalui Senam Hamil (Eufrazia Prinata,2021)

Untuk meningkatkan kesehatan pada ibu hamil perlu melakukan senam hamil yang merupakan gerakan fisik. Tujuan dari senam hamil ini adalah untuk memperkuat dan menjaga kekenyalan (elestisitas) pada otot perut, ligamen dan otot dasar panggul yang berhubungan dengan persalinan. Tujuan kegiatan promosi kesehatan ibu hamil melalui senam hamil adalah untuk memperluas pemahaman ibu hamil tentang senam hamil dan melatih ibu hamil. Berbagai

kegiatan diselenggarakan selama kelas hamil untuk ibu hamil, termasuk pelatihan senam hamil. Penerapan Kelas ibu hamil sangat dibutuhkan oleh ibu hamil tanpa memandang usia kehamilannya.

2) Ibu Hamil Melalui Penyuluhan Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan (Wijayanti T, 2013)

Penyuluhan tanda bahaya kehamilan di kelas ibu hamil, diharapkan ibu hamil lebih giat membaca buku KIA untuk mengenali tanda bahaya kehamilan sejak dini.

Ibu hamil akan lebih banyak berinteraksi dengan ibu hamil lainnya dan berbagi pengalaman tentang kehamilan melalui kelas ibu hamil. Mereka juga akan lebih banyak berinteraksi dengan bidan dan tenaga kesehatan lainnya tentang kehamilan, termasuk upaya mengenali tanda-tanda peringatan dini kehamilan. Alhasil, ibu hamil saat ini memiliki lebih banyak informasi dan keterampilan untuk mengenali tanda-tanda risiko kehamilan sejak dini. Ibu hamil dapat mengubah sikap dan perilaku terkait kehamilan, antara lain deteksi dini tanda bahaya kehamilan, mendatangi ibu hamil sesuai anjuran dengan mengikuti kelas ibu hamil.

3) Promosi Kesehatan pada Ibu Hamil Melalui Prenatal Yoga (Tia Pratignyo, 2014)

Yoga bukan lagi gaya hidup yang eksklusif, tetapi sudah menjadi kebutuhan manusia untuk hidup lebih sehat, mendapatkan ketenangan dan kebahagiaan, serta bisa dilakukan dimanapun dan kapanpun. Yoga untuk ibu hamil dapat membuat pikiran lebih fokus dan terarah pada kehidupan sehari-hari, serta saat hamil dan melahirkan.

Setiap ibu ditakdirkan memiliki kemampuan yang besar dan tidak perlu takut menghadapi persalinan. Dengan persiapan yang matang secara fisik, mental, dan spritual. Kehamilan ibarat sang ibu bertapa atau bersemedi 9 bulan, karena saat hamil ibu harus menjaga makanan, pikiran, perkataan dan perbuatan, serta seluruh aktivitasnya demi kesehatan dan keselamatan calon bayi. Intinya segala sesuatu yang dilakukan oleh ibu hamil harus dilakukan dengan hati-hati dan penuh kesadaran. Dengan demikian promosi kesehatan kelas ibu hamil fungsi yoga meningkatkan kesadaran pada ibu hamil, menciptakan ikatan batin antara ibu dan bayinya, mempermudah proses persalinan alami.

Peranan Promosi kesehatan ibu hamil memiliki dua lingkup yaitu fisik dan psikis. Nutrisi, oksigen, kebersihan pribadi, pakaian, jalan keluar, aktivitas seksual, mekanika tubuh, olahraga selama kehamilan, istirahat, vaksinasi, perjalanan, persiapan menyusui, persiapan persalinan dan melahirkan, kesejahteraan janin, ketidaknyamanan, pendidikan kesehatan, dan pekerjaan semuanya termasuk dalam lingkup fisik. Dalam ranah psikis terdiri dari dukungan dari keluarga, bantuan dari tenaga medis, perasaan stabil, aman, nyaman, kesiapan menjadi orang tua, dan kesiapan untuk menjadi saudara kandung (Sibling).

Kehamilan adalah keadaan biologis yang menyebabkan perubahan psikologis pada wanita serta penyesuaian di pihaknya. Para wanita sebagian besar percaya bahwa kehamilan merupakan kejadian normal yang harus dilaluinya, sementara sebagian lainnya percaya bahwa kehamilan adalah pengalaman unik yang akan menentukan masa depan mereka. Beberapa wanita hamil bahkan mengalami kecemasan dan kepanikan, yang dapat memperburuk melankolis (keadaan pembawaan) yang sudah ada. Pola sosial ibu hamil (kasih sayang, empati, harmoni, rasa hormat, dan pengorbanan) dan aspek teknis kehidupan mereka (akselerasi, manajemen nyeri,

dan perawatan kebidanan) akan dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian psikologis, yang juga dapat mengurangi kebutuhan sumber daya (ahli, prosedur persalinan normal). Dalam hal ini, peran suami dapat membantu bidan sebagai tenaga kesehatan dalam melakukan promosi kesehatan. (Mubarak, 2012)

7.3.2 Promosi Kesehatan Dalam Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Pada dasarnya persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan yakni 37 - 42 minggu menghasilkan persalinan spontan dengan presentasi belakang kepala, yang merupakan pengeluaran janin yang berlangsung dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi, kesulitan baik ibu maupun janin. (Prawirohardjo, 2014)

Menurut Wiknjosastro (2012) Persalinan spontan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang sudah cukup bulan melalui jalan lahir dengan kekuatan ibu sendiri tanpa bantuan.

2. Jenis Persalinan

- 1) Saat persalinan berlangsung atas usaha ibu sendiri dan melalui jalan lahir disebut persalinan Spontan,
- 2) Proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga atau pertolongan dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps/ dilakukan operasi sectio caesarea disebut persalinan Buatan,
- 3) bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian oksitosin dan prostaglandin yang merangsang otot rahim berkontraksi serta memecahkan ketuban disebut persalinan Anjuran, (Prawihardjo, 2010)

3. Peranan Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah Persalinan

1) Promosi Kesehatan Pada Ibu Bersalin Melalui *Pelvic Rocking*

Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan mortalitas dan morbiditas ibu dan janin adalah persalinan lama. Sementara janin dapat meningkatkan bahaya hipoksia berat, kerusakan otak, infeksi, dan cedera akibat aktivitas, ibu dengan persalinan lama lebih berisiko mengalami perdarahan akibat atonia uteri, robekan jalan lahir, infeksi, kelelahan, dan syok (Oxon & Forte, 2010; Henderson, 2005). Persalinan lama terus menyebabkan morbiditas dan kematian yang signifikan pada ibu dan janin, oleh karena itu penelitian lebih lanjut tentang masalah ini dianggap perlu dilakukan. Untuk menambah waktu antara persalinan kala I dan kala II, ibu harus melakukan latihan mobilitas untuk menjaga ligamen tetap lentur, rileks, dan bebas ketegangan.

Salah satu gerakan yang melibatkan menggoyangkan panggul ke depan, belakang, kiri, dan kanan disebut dengan *pelvic rocking*. Latihan goyang panggul (*Pelvic Rocking Exercises*) dirancang untuk memperkuat otot-otot di pinggul, pinggang, dan punggung sekaligus membantu menurunkan kepala bayi saat mendekati jalan lahir dengan memasuki rongga panggul (Hermina & Wirajaya, 2015). Temuan penelitian Chang (2013) menunjukkan bahwa latihan pelvic rocking dapat meningkatkan fungsi dan aktivitas tubuh ibu hamil trimester ketiga yang aktivitas gerakanya sering dibatasi karena sering mengalami nyeri punggung. Latihan goyang panggul dapat mengurangi atau bahkan meredakan nyeri punggung bawah di akhir kehamilan.

2) Promosi Kesehatan Pada Ibu Bersalin Melalui *Endorpin Massage*

Menurut Lany, 2013. Endorphine massage adalah terapi pijatan ringan dan juga terapi sentuhan yang dapat memberi rangsangan pada tubuh untuk melepas senyawa endorphine. Constance Palinsky dari Michigan, yang telah melakukan banyak penelitian tentang manajemen nyeri, beralih ke pijat endorfin untuk mengurangi atau meredakan nyeri pada ibu yang melahirkan. Selanjutnya, ia menciptakan endorphin massage, yaitu teknik sentuhan dan pijatan ringan yang dapat menormalkan detak jantung dan tekanan darah serta meningkatkan keadaan rileks pada tubuh ibu hamil dengan menimbulkan rasa nyaman melalui permukaan kulit. (Aprilia, 2010).

Persiapan persalinan, nutrisi, asupan hidrasi, dukungan emosional, kesejahteraan janin, partisipasi keluarga, dan manajemen nyeri merupakan komponen promosi kesehatan bagi ibu hamil. Depresi selama atau setelah melahirkan dapat dihindari melalui promosi kesehatan bagi ibu hamil.

Kecemasan merupakan emosi yang wajar dialami menjelang melahirkan, namun sebagai seorang bidan, harus bisa melewatinya. Salah satunya melibatkan promosi kesehatan di kalangan wanita hamil. Kelahiran dan persalinan adalah proses fisiologis. Bagi perempuan dan keluarganya, kelahiran seorang anak merupakan peristiwa sosial yang dinantikan selama sembilan bulan. Tanggung jawab seorang ibu adalah melahirkan anaknya begitu persalinan dimulai. Oleh karena itu, promosi kesehatan dapat membantu ibu hamil yang sedang mengalami kecemasan, khawatir, panik, dan putus asa. Pemberian promosi ini jauh sebelum

melahirkan, seperti pada trimester ketiga kehamilan.
(Mubarak, 2012)

7.3.3 Promosi Kesehatan Dalam Masa Nifas dan Menyusui

1. Masa nifas dan Menyusui

Masa nifas/puerperium dimulai 2 jam setelah lahirnya plasenta dan berlanjut selama 6 minggu (42 hari) sesudahnya. Puerperium berasal dari kata puer artinya bayi dan parous artinya melahirkan. Masa nifas dipahami sebagai masa setelah kelahiran bayi yaitu fase pemulihan, yang dimulai dari akhir persalinan hingga alat rahim kembali ke keadaan sebelum hamil. Sekitar 50 persen kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, sehingga perawatan pasca melahirkan yang berkualitas harus diberikan selama ini untuk memenuhi kebutuhan ibu dan anak. . (Susilo, 2017)

Menyusui adalah proses pemberian ASI kepada bayi atau anak kecil dari Air Susu Ibu (dari payudara ibu). Segala upaya untuk membantu ibu agar berhasil menyusui bayinya disebut manajemen menyusui atau laktasi. (Sutanto, 2018).

2. Peranan Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah Nifas dan Menyusui

1) Promosi Kesehatan Ibu Nifas Melalui Olah Raga Pascapersalinan (Senam Nifas)

Olah Raga Pascapersalinan/senam nifas adalah senam yang terjadi pada masa setelah melahirkan (postpartum periode) ibu. Tujuan senam nifas adalah untuk memperlancar peredaran darah, menormalkan persendian akibat kehamilan, mencegah komplikasi saat persalinan, menjaga kekuatan otot perut, otot dasar panggul dan otot muskuloskeletal, serta mencegah pembengkakan pergelangan kaki.

Kontraindikasi Olah Raga Pascapersalinan (Senam Nifas), senam nifas setelah melahirkan tidak diperbolehkan bagi ibu yang mengalami kesulitan persalinan. Serupa dengan ini, ibu dengan kondisi seperti jantung, ginjal, atau diabetes harus istirahat total dua minggu (Rahayu, 2017).

Kapan Latihan Postpartum? Bila ibu sudah sembuh total dan tidak ada masalah kebidanan atau nifas (seperti demam, hipertensi, dan pasca kejang), kegiatan ini dilakukan setelah melahirkan, senam nifas harus dilakukan dalam waktu 24 jam dan sesudahnya setiap hari. Hasil terbaik diantisipasi ketika aktivitas pascapersalinan dilakukan sesegera mungkin, secara bertahap. Olah raga setelah melahirkan sebaiknya dilakukan di sela waktu makan. Wanita tersebut merasa tidak nyaman melakukan aktivitas pasca melahirkan setelah makan karena perutnya masih penuh. Sebaliknya, jika dilakukan disaat lapar, ibu tidak akan mempunyai tenaga dan lemas. (Hasrani.2015)

2) Promosi Kesehatan Pada Ibu Nifas Melalui Pijat Laktasi/Oksitosin

Salah satu solusi untuk mengatasi produksi ASI yang tidak lancar/merata adalah pijat oksitosin. Pijat oksitosin adalah pijatan yang dilakukan di sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang rusuk (*costae*) kelima sampai keenam sebagai upaya merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Selain itu, dapat memberikan kenyamanan bagi ibu dan merangsang refleks oksitosin. Pijat oksitosin memiliki manfaat lain termasuk mengurangi pembengkakan pada payudara, mengurangi sumbatan ASI dan menjaga produksi ASI saat ibu dan bayi sakit. (Armini NW, dkk, 2020)

Asupan nutrisi dan cairan, olahraga, buang air kecil, kebersihan pribadi dan bayi, istirahat, aktivitas seksual, senam atau senam pascapersalinan, indikator bahaya, keluarga berencana, dan menyusui semuanya berperan dalam promosi kesehatan ibu pascapersalinan. Setelah melahirkan, ibu harus tetap bersama bidan selama dua jam pertama masa nifas. Dan di masa nifas tersebut bidan sebaiknya menanyakan tentang kondisi serta perasaan ibu. Bila ibu masih merasa lemas, promosi kesehatan dapat dilakukan oleh keluarga ibu nifas, misalnya menginformasikan kepada keluarga pasien bahwa ibu boleh minum dan makan makanan ringan kapan saja, bangun saat ingin buang air kecil, dll. Kemudian, setelah itu ibu merasa lebih baik dan siap menerima pendidikan kesehatan dan bidan diperbolehkan memberikan pendidikan kesehatan. Itupun sedikit demi sedikit, tergantung kemampuan ibu.

Contoh pendidikan kesehatan antara lain gizi pasca melahirkan, makan normal setelah melahirkan, dan minum air putih minimal 8 gelas sehari. Ibu juga diajarkan tentang menyusui dan perawatan payudara. Diharapkan dapat meningkatkan kesehatan ibu pasca persalinan, sehingga ibu yang telah melahirkan dapat menjalani masa nifas dengan baik dan teratur.

Pemberian ASI oleh seorang ibu kepada anaknya merupakan cara terbaik pemberian makan. Namun, seringkali ibu tidak memahami atau menerima informasi yang memadai tentang manfaat ASI eksklusif dan dampak dari tidak memberikan ASI eksklusif. Ibu juga membutuhkan informasi yang tepat tentang tahapan menyusui bayi dan apa yang harus dilakukan ketika ada masalah menyusui, sehingga ibu dapat memberikan ASI kepada bayinya sedini mungkin. Bayi juga memiliki hak untuk menyusui ibunya. Sebagai promotor kesehatan, bidan diharapkan mampu mengedukasi ibu menyusui. Pendidikan lebih baik diberikan sebelum ibu bersalin, ibu dapat mempersiapkan diri menjadi ibu. Promosi

kesehatan untuk ibu menyusui meliputi kebersihan diri, istirahat, seks, menyusui, pemberian makan bayi, mempromosikan kesehatan gizi ibu menyusui, dan memastikan bahwa ibu tidak dibatasi dalam diet mereka saat menyusui.. (Mubarak, 2012)

7.3.4 Promosi Kesehatan Bayi Baru Lahir

1. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir ialah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim, menurut Sembiring (2017), bayi baru lahir disebut dengan neonatus, dengan tahapan:

- a) Usia bayi 0-7 hari disebut neonatal dini
- b) Usia bayi 8- 28 hari disebut neonatal lanjut.

Berat bayi lahir merupakan penimbangan terhadap berat badan bayi setelah satu jam bayi tersebut dilahirkan Menurut M. Sholeh Kosim, (2007) antara 2500 – 3999 gram adalah berat bayi baru lahir normal, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat.

2. Peranan Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah Bayi Baru Lahir

1) Promosi Kesehatan Pada Bayi Baru Lahir Melalui Penyuluhan Inisiasi Menyusu Dini

IMD atau juga disebut Inisiasi Menyusui Dini merupakan bayi segera disusui setelah dilahirkan tanpa dibersihkan terlebih dahulu. Pada Bayi baru lahir, sangat penting untuk dilakukan IMD. Biarkan bayi menemukan puting susu dan menghisapnya, meskipun ASI belum keluar, pegang dan biarkan bayi menyusui pada jam pertama setelah lahir. Hal ini membantu menjaga kedekatan psikologis antara ibu

dan bayi serta mencegah air susu pertama (kolostrum) terbuang sia-sia. ASI Eksklusif adalah bayi hanya mendapat ASI saja tanpa makanan pendamping ASI selama 6 bulan, dianjurkan sampai usia dua tahun Manfaat pemberian ASI :

- a) Mudah dicerna
 - b) Dapat membantu pertumbuhan gigi dan membentuk rahang bayi dengan sempurna
 - c) Mengandung nutrisi yang sangat berharga dalam jumlah dan kualitas yang diperlukan untuk pertumbuhan, perkembangan dan daya tahan tubuh bayi. Bagi ibu ASI dapat membantu mengencangkan rahim dan mencegah kehamilan
 - d) Memiliki suhu yang tepat untuk bayi dan selalu bersih dan segar
- 2) Promosi Kesehatan Pada Bayi Baru Lahir Melalui Pijat Bayi/ Pijat Kembang

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI,2021) pun menjelaskan melalui laman resminya bahwa boleh-boleh saja memijat bayi, asal usianya sudah menginjak satu bulan. Pada usia ini, tubuh bayi dinilai sudah stabil sehingga bisa menerima pijatan.

Pijat bayi dapat memberikan banyak manfaat bagi kesehatan serta tumbuh kembang bayi tersebut. Tetapi, pelaksanaannya tentu harus dilakukan dengan tepat untuk mendapatkan manfaat yang maksimal. Jangan sampai pijat bayi malah menyakiti. Untuk kenyamanan dan kesehatan buah hati (bayi), ada beberapa hal yang harus perhatikan pada saat memijat bayi, yaitu: sesuaikan usia bayi yang aman untuk pemijatan bayi dengan bagian tubuh bayi yang dapat dipijat dan durasi atau waktu selama pemijatan.

Bayi baru lahir awalnya hanya bisa dipijat pada kaki, telapak kaki, lengan dan telapak tangan. Pijat juga cukup selama 3-5 menit.

Kaki, telapak kaki, lengan, telapak tangan, perut, dan dada pada bayi usia sebulan sudah bisa dipijat. Pijatan bisa berlangsung sekitar 10 menit.

Bayi usia 2 bulan, sudah bisa dipijat pada kaki, telapak kaki, lengan, telapak tangan, perut, dada, punggung, dan kepala. Pijat juga bisa berlangsung sekitar 15 menit.

Karena tubuh bayi belum sepenuhnya terbentuk seperti orang dewasa, teknik pemijatan untuk bayi baru lahir mungkin tampak menakutkan bagi orang tua baru yang tertarik dengan promosi kesehatan. Jika orang tua sudah terbiasa dengan cara memijat bayi dengan benar, melakukan hal ini seharusnya tidak sulit.

Salah satu keuntungan pijat bayi adalah membantu bayi baru lahir dengan masalah kolik dan perut kembung. Kerewelan dini dan tangisan yang tidak dapat dijelaskan pada bayi baru lahir, perasaan keras di perut bayi, dan banyak terengah-engah adalah indikasi yang jelas bahwa anak itu kembung. Bayi yang sehat dan banyak menangis dikatakan mengalami kolik. Saat bayi mengalami kolik, mereka menangis tanpa henti dengan nada melengking, tangan terkepal, dan wajah memerah. (dr. Fransisca, 2015)

7.3.5 Promosi Kesehatan Pada PUS/WUS

1. Peranan Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah Pada PUS/WUS

Masalah pada usia subur kebanyakan adalah penyakit kelamin, seringkali penyakit yang mengganggu, misalnya infeksi. Sehingga wanita usia subur

membutuhkan tindakan kesehatan seperti promosi kesehatan.

Wanita usia subur membutuhkan penyuluhan tentang penyakit menular seksual (PM) agar tidak melakukan aktivitas atau tindakan yang dapat menimbulkan penyakit, seperti gonta ganti pasangan.

Pada usia subur (20-45 tahun), pasangan sudah matang dalam segala hal, termasuk aktivitas reproduksinya. Pasangan usia subur harus dapat menjaga dan memperoleh manfaat dari kesehatan reproduksinya. Promosi kesehatan PUS/WUS meliputi kehamilan, keluarga berencana, kesehatan, pola asuh, gizi dan kinerja . Kelompok perempuan dan laki-laki siap menikah mendapatkan informasi tentang promosi kesehatan, yang juga mencakup penyuluhan kesehatan pada masa sebelum hamil.

Pemeriksaan kesehatan dibuat dengan mempertimbangkan kapasitas mental klien. Karena informasi yang diberikan bersifat pribadi dan sensitif, saran tersebut disampaikan dengan cara yang mudah dimengerti. Karena penyakit pada sistem reproduksi, wanita usia subur juga dididik tentang masalah kesehatan. Masalah sistem reproduksi tidak ada dalam isolasi. Kondisi mental dan lingkungan sosial klien sendiri mungkin menjadi sumber masalahnya. Jika masalah kesehatan sangat kompleks, penting untuk menemui spesialis yang berkualifikasi atau pergi ke fasilitas kesehatan dengan sumber daya yang lebih luas. Situasi perkawinan pada WUS/PUS juga dipengaruhi oleh masalah keluarga. Bidan dapat memperkuat pemikiran WUS/PUS selama perkawinan dan kehamilan dengan menggunakan pengaruh keluarga . (Mubarak, 2012)

7.3.6 Promosi Kesehatan Pada Klimakterium/Menopause

1. Peranan Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Masalah Pada Klimakterium/Menopause (Mubarak, 2012)

Nutrisi, psikologi, olahraga, kesehatan umum, dukungan keluarga, dan bantuan dari profesional medis semuanya berperan dalam promosi kesehatan klimakterik/menopause. Ketika seorang wanita mencapai usia 44 tahun, dia memasuki fase yang disebut menopause, yang ditandai dengan berakhirnya menstruasi. Terkadang, wanita tidak siap menghadapi momen ini karena menganggap wanita menopause tidak berharga. Untuk memulai promosi kesehatan, bidan harus terlebih dahulu menyadari kecemasan yang mungkin terkait dengan menopause, seperti ketakutan fisik yang mungkin dihadapi wanita, seperti kekhawatiran fisik bahwa mereka tidak lagi menarik secara fisik, memiliki kulit keriput, punggung bungkuk, dll. Kekhawatirannya bermula dari fakta bahwa dia tidak dapat melayani pasangannya secara biologis karena dia mengalami rasa sakit saat melakukan aktivitas seksual.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, Y. 2010. Hipnostetri : Rileks, Nyaman dan Aman Saat Hamil dan Melahirkan. Jakarta: Gagas Media
- Armini NW, Sriasih NG, Marhaeni GA. 2020. Neonatus, Bayi dan Bidan. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Cunningham F.G., 2012. Obstetri Williams. Cetakan 23. Jakarta: EGC
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, Pedoman Kemitraan Promosi Kesehatan Dengan Lembaga Swadaya Masyarakat, Jakarta
- dr. Fransisca Handy, SpA. 2015. A- Z Perawatan Bayi. Jakarta Pustaka Bunda
- Eufrasia Prinata Padang, 2021. Promosi Kesehatan Ibu Hamil Melalui Pendekatan Senam Hamil Di Pustu Golodukal Wilayah Kerja Puskesmas Lao Ruteng Kabupaten Manggarai Nusa Tenggara Timur. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm), P-Issn: 2615-0921
- Hasrani. 2015. Pengaruh Senam Nifas Modifikasi Terhadap ASI dan Pengeluaran Lokia Ibu Nifas di Puskesmas Mar'rang Kabupaten Pangkep. Tesis. Makassar. Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar
- Hermi, Conny Widya dan Agus Wirajaya. 2015. The Conny Method : Menjalani Kehamilan dan Persalinan dengan Tenang, Nyaman, Bahagia, serta Penuh Percaya Diri. Jakarta : Gramedia
- Ira Nurmala, 2018. Promosi Kesehatan. Surabaya : Airlangga University Press.
- Linda dkk.2021. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Mochtar, Rustam. 2013. *Sinopsis obstetrik*. Edisi 3. Jakarta : EGC.

- Mubarak, W.I., 2012. Promosi Kesehatan untuk Bidan. Jakarta: Salemba Medika.
- Oxorn Harry & Forte. R. William. 2010. Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan. Yogyakarta
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rahayu,S.2017. Panduan Praktis Asuhan Kebidanan Fisiologi. Jakarta : TIM
- Rr. Catur Leny W, 2017 Terapi Endorphin Massage untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan. Semarang :EF Press Digimedia.
- Sembiring, Julina Br. 2017. Buku ajar asuhan neonatus, bayi, balita, anak pra sekolah. Yogyakarta : Deepublish
- Susilo Rini.2017.Asuhan Nifas an Evidence Based Practice. Yogyakarta :Deepublish.
- Tia Pratignyo,2014. Yoga Ibu Hamil Plus Postnatal Yoga. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Varney, Helen. 2010. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 1. Jakarta : EGC
- Wijayanti, T., Setiyaningsih, A., Kebidanan, A., & Utomo, E. 2013. Efektivitas kelas ibu hamil terhadap deteksi dini tanda bahaya kehamilan 1)2). 1–5
- Winknjastro H., 2007. Ilmu Kebidanan. Edisi ketiga, cetakan kesembilan, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo
- Zahroh Shaluhiah, 2023. Jakarta <http://promkes.kemkes.go.id/promosi-kesehatan>

BAB 8

PERANCANGAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN DALAM BIDANG KEBIDANAN

Oleh Grhasta Dian Perestroika

8.1 Pendahuluan

Bidang kebidanan bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan sepanjang siklus hidup manusia mulai dari bayi hingga lanjut usia dengan ranah promotif dan preventif. Asuhan kebidanan promotif dan preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan, meningkatkan kesehatan secara menyeluruh, dan mempromosikan perilaku sehat.

Dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan, promosi kesehatan dalam bidang kebidanan merupakan salah satu strategi yang sangat penting. Promosi kesehatan dalam bidang kebidanan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi, serta mencegah risiko kesehatan yang mungkin terjadi. Promosi kesehatan dalam bidang kebidanan mencakup berbagai kegiatan seperti penyuluhan kesehatan, kampanye kesehatan, dan promosi perilaku sehat (Emilia & Prabandari, 2019).

Dalam melakukan promosi kesehatan dalam bidang kebidanan, perlu adanya perancangan program promosi kesehatan yang sistematis dan terorganisir. Perancangan program promosi kesehatan dalam bidang kebidanan mencakup identifikasi kebutuhan dan sasaran, pemilihan

strategi dan metode, pengembangan materi promosi kesehatan, pelaksanaan program, dan evaluasi program. Identifikasi kebutuhan dan sasaran bertujuan untuk memahami masalah kesehatan yang perlu diatasi serta sasaran promosi kesehatan yang perlu dicapai. Pemilihan strategi dan metode bertujuan untuk memilih metode promosi kesehatan yang paling efektif dan efisien dalam mencapai sasaran promosi kesehatan. Pengembangan materi promosi kesehatan bertujuan untuk menyusun materi promosi kesehatan yang tepat dan sesuai dengan sasaran promosi kesehatan. Pelaksanaan program bertujuan untuk melakukan promosi kesehatan yang sistematis dan terorganisir. Evaluasi program bertujuan untuk mengevaluasi keberhasilan program promosi kesehatan (Abdussamad *et al.*, 2021).

8.2 Pemilihan Strategi dan Metode Program

Promosi Kesehatan dalam Bidang Kebidanan

Dalam merancang program promosi kesehatan yang efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, bisa dilakukan dengan model perencanaan mapping Bartholomew dan model Precede-Proceed (Emilia & Prabandari, 2019). Namun, kedua model ini memiliki pendekatan yang berbeda dalam melakukan analisis dan perencanaan program promosi kesehatan. Model perencanaan mapping Bartholomew lebih menekankan pada analisis perilaku individu dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, sementara model Precede-Proceed lebih menekankan pada analisis masalah kesehatan secara menyeluruh dan pendekatan terpadu dalam merancang intervensi promosi kesehatan (Yoo & Kim, 2010; Kok & Mesters, 2011).

8.2.1 Model perencanaan promosi kesehatan dengan mapping Bartholomew

Model perencanaan promosi kesehatan dengan mapping Bartholomew adalah suatu pendekatan sistematis untuk merencanakan dan melaksanakan program promosi kesehatan. Model ini menggunakan pendekatan perilaku yang mencakup empat tahap, yaitu identifikasi perilaku kesehatan yang perlu ditingkatkan, identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut, merancang dan melaksanakan intervensi, serta melakukan evaluasi hasil intervensi (Al Daccache & Bardus, 2022a). Berikut ini penjabaran dari empat tahap pendekatan:

1. Identifikasi perilaku kesehatan yang perlu ditingkatkan
Tahap ini melibatkan analisis masalah kesehatan dan perilaku kesehatan yang ingin ditingkatkan. Analisis ini dapat dilakukan dengan menggunakan data epidemiologi dan survei kesehatan masyarakat (Sassen, 2023).
2. Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku
Tahap ini melibatkan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yang ingin ditingkatkan. Faktor-faktor ini dapat dikategorikan menjadi faktor internal (seperti pengetahuan, sikap, dan keyakinan) dan faktor eksternal (seperti lingkungan, sosial, dan budaya) (Gehrisch & Süß, 2022).
3. Merancang dan melaksanakan intervensi
Tahap ini melibatkan merancang intervensi promosi kesehatan yang sesuai dengan faktor-faktor yang telah diidentifikasi pada tahap sebelumnya. Intervensi yang dirancang dapat berupa kampanye promosi kesehatan, program edukasi, dan program intervensi lainnya (Al Daccache & Bardus, 2022a).
4. Evaluasi hasil intervensi
Tahap ini melibatkan evaluasi hasil intervensi yang telah dilakukan pada tahap sebelumnya. Evaluasi ini dilakukan

untuk mengevaluasi efektivitas intervensi dan memastikan bahwa tujuan promosi kesehatan telah tercapai (Al Daccache & Bardus, 2022a).

8.2.2 Model perencanaan promosi kesehatan dengan Precede-Proceed

Model perencanaan Precede-Proceed adalah suatu model perencanaan promosi kesehatan yang dikembangkan oleh Lawrence Green pada tahun 1970-an. Model ini memiliki dua bagian utama, yaitu Precede (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*) dan Proceed (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*). Bagian Precede fokus pada identifikasi dan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, sedangkan bagian Proceed fokus pada perencanaan dan implementasi program promosi kesehatan berdasarkan hasil analisis faktor-faktor tersebut (Yoo & Kim, 2010). Berikut adalah penjelasan lebih rinci mengenai masing-masing bagian dalam model perencanaan Precede-Proceed:

Bagian Precede (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*) terdiri dari enam langkah yang harus diikuti dalam proses perencanaan program promosi kesehatan (Al Daccache & Bardus, 2022b). Langkah-langkah tersebut adalah:

1. Langkah 1: Identifikasi masalah kesehatan yang ingin diatasi, seperti tingkat kematian ibu dan bayi yang tinggi di suatu wilayah.
2. Langkah 2: Identifikasi faktor-faktor predisposisi, penguat, dan penghambat yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan tersebut. Predisposisi adalah faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, sikap, dan keyakinan masyarakat terkait masalah kesehatan. Penguat adalah faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan sosial dan

lingkungan yang ada bagi masyarakat. Penghambat adalah faktor-faktor yang menghambat aksesibilitas dan pemanfaatan layanan kesehatan oleh masyarakat.

3. Langkah 3: Mengembangkan sasaran dan tujuan promosi kesehatan yang spesifik dan terukur, berdasarkan hasil analisis faktor-faktor predisposisi, penguat, dan penghambat.
4. Langkah 4: Mengembangkan strategi promosi kesehatan yang sesuai untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
5. Langkah 5: Merancang intervensi promosi kesehatan yang sesuai, berdasarkan strategi yang telah ditetapkan.
6. Langkah 6: Mengevaluasi hasil intervensi promosi kesehatan, baik secara proses maupun hasil.

Bagian Proceed (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*) terdiri dari empat langkah yang fokus pada perencanaan dan implementasi program promosi kesehatan, berdasarkan hasil analisis faktor-faktor pada bagian Precede (Al Daccache & Bardus, 2022b). Langkah-langkah tersebut adalah:

1. Langkah 7: Merancang kebijakan, peraturan, dan struktur organisasi yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaan program promosi kesehatan.
2. Langkah 8: Merancang lingkungan yang kondusif bagi pemanfaatan program promosi kesehatan oleh masyarakat, seperti fasilitas kesehatan, media sosial, dan lain-lain.
3. Langkah 9: Menerapkan program promosi kesehatan dengan mengimplementasikan intervensi yang telah dirancang pada bagian Precede.
4. Langkah 10: Mengevaluasi dampak dan efektivitas program promosi kesehatan secara menyeluruh dan berkelanjutan, dengan melibatkan semua pihak yang terlibat dalam program.

8.3 Pengembangan Media Promosi Kesehatan dalam Bidang Kebidanan

Dalam mengembangkan media promosi kesehatan, penting untuk memperhatikan faktor seperti target audiens, tujuan, dan pesan yang ingin disampaikan. Selain itu, media promosi juga harus mudah dipahami, menarik, dan dapat menarik perhatian target audiens. Pengembangan media promosi kesehatan dalam bidang kebidanan dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain:

1. Media Sosial

Media sosial seperti Instagram, Facebook, dan Twitter dapat digunakan sebagai media promosi kesehatan (Levin-Zamir *et al.*, 2022). Melalui media sosial, informasi tentang kesehatan ibu dan bayi serta kesehatan reproduksi dapat disampaikan secara mudah dan cepat.

Beberapa cara untuk menggunakan media sosial sebagai media promosi kesehatan antara lain:

- a. Membuat konten yang menarik dan relevan: Konten yang menarik dan relevan akan memikat perhatian audiens, dan membuat mereka ingin membagikan konten tersebut dengan orang lain. Konten tersebut dapat berupa artikel, infografis, foto, video, dan lain-lain.
- b. Menggunakan bahasa yang mudah dipahami: Informasi kesehatan seringkali dianggap sulit dimengerti oleh sebagian besar orang. Oleh karena itu, penting untuk menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh audiens untuk memastikan informasi disampaikan dengan benar.
- c. Menggunakan pengaruh orang-orang terkenal atau selebriti: Influencer atau selebriti yang memiliki banyak pengikut di media sosial dapat membantu mempromosikan pesan kesehatan kepada audiens mereka. Penggunaan influencer dalam kampanye

kesehatan dapat membantu meningkatkan kesadaran dan minat audiens terhadap informasi kesehatan.

- d. Menggunakan alat hashtag: Penggunaan alat hashtag pada media sosial dapat membantu meningkatkan visibilitas konten kesehatan dan mempermudah orang untuk menemukan konten tersebut. Alat hashtag dapat membantu menjangkau audiens yang lebih luas dan memperluas jangkauan kampanye kesehatan.
- e. Menggunakan fitur pengiriman langsung atau live streaming: Menggunakan fitur pengiriman langsung atau live streaming di media sosial dapat membantu mempromosikan kesehatan secara interaktif dan memberikan kesempatan untuk menjawab pertanyaan audiens secara langsung. Ini dapat membantu membangun hubungan yang lebih erat antara promotor kesehatan dan audiens.

2. Brosur

Brosur dapat dibuat untuk memberikan informasi tentang program kesehatan, serta langkah-langkah menjaga kesehatan selama masa kehamilan dan setelah melahirkan (Lisawati, 2017). Brosur juga dapat disebarakan ke tempat-tempat umum seperti puskesmas, klinik, dan tempat ibadah. Brosur dapat dibuat dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Tentukan tujuan dan sasaran dari brosur yang akan dibuat.
- b. Pilih informasi penting yang ingin disampaikan, seperti program kesehatan, tips menjaga kesehatan selama masa kehamilan dan setelah melahirkan, serta informasi tentang klinik atau puskesmas terdekat.
- c. Susun informasi tersebut secara jelas dan mudah dipahami. Gunakan bahasa yang sederhana dan hindari penggunaan istilah medis yang sulit dipahami oleh orang awam.

- d. Buat desain brosur yang menarik dan sesuai dengan tema kesehatan ibu dan bayi. Pastikan agar desain brosur mudah dilihat dan dibaca oleh target audiens.
- e. Cetak brosur dengan kualitas baik dan sebarkan ke tempat-tempat umum seperti puskesmas, klinik, dan tempat ibadah.
- f. Lakukan evaluasi terhadap brosur yang telah disebar, misalnya dengan melakukan survei pendapat tentang efektivitas brosur dalam memberikan informasi kesehatan.

3. Website

Pembuatan website yang berisi informasi seputar kesehatan dapat menjadi media promosi yang efektif. Website dapat diakses oleh siapa saja dan kapan saja, sehingga informasi dapat diperoleh dengan mudah (Lupton, 2014).

Pembuatan website yang berisi informasi seputar kesehatan dapat menjadi media promosi yang efektif dengan cara sebagai berikut:

- a. Tentukan tujuan dan sasaran dari website yang akan dibuat. Apakah website tersebut akan menjadi sarana untuk memberikan informasi kesehatan secara umum atau untuk mempromosikan program kesehatan tertentu, seperti program kesehatan ibu dan bayi.
- b. Buat isi konten yang menarik dan bermanfaat bagi pengunjung, seperti artikel kesehatan terkini, tips kesehatan, atau informasi tentang program kesehatan yang tersedia.
- c. Desain website yang menarik dan user-friendly. Pastikan tampilan website mudah dinavigasi dan informasi mudah dicari oleh pengunjung.
- d. Promosikan website melalui berbagai media, seperti media sosial atau email marketing. Dengan promosi yang tepat, jumlah pengunjung website dapat meningkat.

- e. Lakukan evaluasi terhadap website yang telah dibuat, misalnya dengan mengumpulkan feedback dari pengunjung dan memperbaiki konten atau desain yang tidak sesuai.
4. Penyuluhan dan pelatihan
- Penyuluhan dan pelatihan dapat menjadi media promosi yang efektif. Penyuluhan dan pelatihan dapat diberikan kepada ibu hamil, keluarga, dan masyarakat umum untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang kesehatan ibu dan bayi (Zolekhah, Shanti & Barokah, 2020). Penyuluhan dan pelatihan dapat menjadi media promosi yang efektif dengan cara sebagai berikut:
- a. Tentukan sasaran dari penyuluhan dan pelatihan tersebut. Apakah ditujukan untuk ibu hamil, keluarga, atau masyarakat umum.
 - b. Siapkan materi yang sesuai dengan kebutuhan sasaran, seperti informasi tentang kesehatan ibu dan bayi, nutrisi yang baik selama kehamilan, serta cara merawat bayi yang benar.
 - c. Pilih metode penyuluhan dan pelatihan yang tepat, seperti ceramah, diskusi, atau demonstrasi. Pastikan metode yang dipilih dapat menarik minat dan perhatian sasaran.
 - d. Gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh sasaran dan hindari penggunaan istilah medis yang sulit dipahami oleh orang awam.
 - e. Lakukan evaluasi terhadap penyuluhan dan pelatihan yang telah dilakukan, misalnya dengan melakukan tes pengetahuan sebelum dan setelah penyuluhan atau meminta feedback dari peserta.
 - f. Promosikan kegiatan penyuluhan dan pelatihan melalui media sosial atau poster. Dengan promosi yang tepat, jumlah peserta dapat meningkat.

8.4 Evaluasi program Program Promosi Kesehatan dalam Bidang Kebidanan

Ada beberapa cara untuk melakukan evaluasi program promosi kesehatan, di antaranya:

1. Model RE-AIM

Model RE-AIM adalah kerangka kerja evaluasi program yang terdiri dari lima dimensi yang saling terkait, yaitu *Reach*, *Effectiveness*, *Adoption*, *Implementation*, dan *Maintenance* (RE-AIM). Dimensi *Reach* mengukur sejauh mana program mencapai populasi target, baik dalam hal jumlah maupun representasi. Dimensi *Effectiveness* mengevaluasi seberapa baik program dapat mengubah perilaku dan kesehatan sasaran dengan melihat hasil yang diinginkan dan dampak program dalam jangka panjang. Dimensi *Adoption* mengukur sejauh mana organisasi dan populasi menerima dan menerapkan program, termasuk seberapa besar dukungan dari organisasi dan individu yang terlibat dalam program. Dimensi *Implementation* mengevaluasi sejauh mana program dijalankan sesuai dengan rencana dan target, termasuk seberapa besar kesesuaian antara program yang direncanakan dan program yang dijalankan. Terakhir, *Maintenance* mengukur seberapa baik program dipertahankan di masyarakat, termasuk seberapa besar program dapat bertahan dalam jangka waktu yang lama serta seberapa besar dukungan yang diberikan oleh masyarakat dalam menjaga program (Schaller *et al.*, 2022).

2. Model Kirkpatrick

Model Kirkpatrick adalah kerangka kerja evaluasi yang terdiri dari empat level. Level 1 mengukur kepuasan peserta terhadap program. Level 2 mengukur sejauh mana peserta memperoleh pengetahuan dan keterampilan baru dari program. Level 3 mengukur sejauh mana peserta

mengubah perilaku setelah mengikuti program. Level 4 mengukur dampak jangka panjang dari program pada kesehatan dan kesejahteraan peserta (Nawaz, Ahmed & Khushnood, 2022). Berikut ini deskripsi lebih lanjut tentang level evaluasi dengan model KirkPatrick:

- a. Level 1: Evaluasi Reaksi atau Kepuasan Peserta
Level 1 mengukur kepuasan peserta terhadap program. Evaluasi level 1 dilakukan dengan mengumpulkan tanggapan dan umpan balik dari peserta tentang bagaimana mereka merasa terhadap program pelatihan atau pendidikan yang diikuti, seberapa nyaman mereka selama pelatihan, dan apakah mereka merasa terlibat dalam proses pembelajaran.
- b. Level 2: Evaluasi Pembelajaran atau Pengetahuan Peserta
Level 2 mengukur sejauh mana peserta memperoleh pengetahuan dan keterampilan baru dari program. Evaluasi level 2 dilakukan dengan mengukur sejauh mana peserta telah memahami materi yang diajarkan dan berhasil mengaplikasikannya dalam situasi nyata.
- c. Level 3: Evaluasi Perilaku atau Praktek Peserta
Level 3 mengukur sejauh mana peserta mengubah perilaku setelah mengikuti program. Evaluasi level 3 dilakukan dengan mengamati apakah peserta telah mengimplementasikan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh selama program dalam praktik nyata.
- d. Level 4: Evaluasi Dampak atau Hasil Program
Level 4 mengukur dampak jangka panjang dari program pada kesehatan dan kesejahteraan peserta. Evaluasi level 4 dilakukan dengan mengamati apakah peserta telah memperoleh manfaat jangka panjang dari program, seperti peningkatan kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan.

3. Model Input-Proses-Output-Outcome

Model *Input-Proses-Output-Outcome* (IPOO) adalah kerangka evaluasi program yang menyediakan panduan dalam mengevaluasi keefektifan suatu program. Model IPOO fokus pada empat aspek yang saling terkait dalam program, yaitu input (sumber daya), proses (kegiatan program), output (hasil program), dan outcome (dampak program) (Sidik, 2022).

Input adalah sumber daya yang digunakan untuk melaksanakan program, seperti sumber daya manusia, anggaran, dan fasilitas. Evaluasi input dapat membantu mengidentifikasi kekurangan dalam pengelolaan sumber daya dan mengalokasikan sumber daya dengan lebih efektif (Meko, Nugraheni & Kartini, 2022).

Proses adalah kegiatan atau aktivitas yang dilakukan selama pelaksanaan program. Evaluasi proses dapat membantu mengidentifikasi masalah selama pelaksanaan program dan membuat perubahan yang diperlukan (Astuti, Nuryani & Aryastuti, 2021).

Output adalah hasil dari program yang dapat diukur secara langsung, seperti jumlah orang yang telah dijangkau oleh program atau jumlah layanan yang diberikan. Evaluasi output dapat membantu menentukan apakah program telah menghasilkan produk yang diharapkan dengan kualitas yang memadai (Fitriana & Pramardika, 2019).

Outcome adalah dampak jangka panjang dari program pada masyarakat atau individu yang menjadi sarannya. Evaluasi outcome dapat membantu mengevaluasi apakah program telah mencapai tujuan yang diinginkan dan apakah program memiliki dampak positif pada masyarakat atau individu yang menjadi sarannya (Sidik, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdussamad, Z., Rosita, E., Alfianto, A. G., Pramana, C., Kristianto, B., Wicaksono, K. E., Solehah, E. L., Wahyuni, W., Linadi, K. E. & Prasetyo, B. 2021. *Promosi Kesehatan: Program Inovasi dan Penerapan*. Media Sains Indonesia.
- Astuti, D., Nuryani, D. D. & Aryastuti, N. 2021. Evaluasi program promosi kesehatan rumah sakit pada masa pandemi. *JOURNAL OF Qualitative Health Research & Case Studies Reports*, **1**(1), 20–29.
- Al Daccache, M. & Bardus, M. 2022a. Intervention Mapping. in *The Palgrave Encyclopedia of Social Marketing*. Springer, 1–4.
- Al Daccache, M. & Bardus, M. 2022b. PRECEDE-PROCEED Model. in *The Palgrave Encyclopedia of Social Marketing*. Springer, 1–4.
- Emilia, O. & Prabandari, Y. S. 2019 *Promosi kesehatan dalam lingkup kesehatan reproduksi*. Ugm Press.
- Fitriana, F. & Pramardika, D. D. 2019. Evaluasi program tablet tambah darah pada remaja putri. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, **2**(3), 200–207.
- Gehrisch, M. G. & Süß, S. 2022. Organizational behavior in international strategic alliances and the relation to performance—a literature review and avenues for future research. *Management Review Quarterly*. Springer, 1–63.
- Kok, G. & Mesters, I. 2011. Getting inside the black box of health promotion programmes using intervention Mapping. *Chronic illness*. SAGE Publications Sage UK: London, England, 176–180.
- Levin-Zamir, D., Bertschi, I. C., McElhinney, E. & Rowlands, G. 2022. Digital environment and social media as settings for health promotion. in *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. Springer, 205–224.

- Lisawati, L. 2017. Brosur Layanan Masyarakat Sebagai Sarana Promosi Kesehatan Di Kabupaten Deli Serdang Tahun 2016 Ditinjau Dari Tipografi, Warna, Gambar, Dan Layout. UNIMED.
- Lupton, D. 2014. Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health promotion international*. Oxford University Press, **30(1)**, 174–183.
- Meko, A. S., Nugraheni, S. A. & Kartini, A. 2022. Evaluasi Implementasi Upaya Penanggulangan Gizi Buruk pada Masa Pandemi Covid-19 di Puskesmas: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, **5(6)**, 640–646.
- Nawaz, F., Ahmed, W. & Khushnood, M. 2022. Kirkpatrick Model and Training Effectiveness: A Meta-Analysis 1982 To 2021. *Business & Economic Review*, **14(2)**, 35–56.
- Sassen, B. 2023. Intervention Mapping: Self-Management and Lifestyle Coaching. in *Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management: Intervention Mapping for Healthy Lifestyles*. Springer, 161–169.
- Schaller, A., Gernert, M., Klas, T. & Lange, M. 2022. Workplace health promotion interventions for nurses in Germany: a systematic review based on the RE-AIM framework. *BMC nursing*. BioMed Central, **21(1)**, 1–17.
- Sidik, F. 2022. Input, Process And Output System Theory Approach In Educational Institutions. *Irfani*, **18(1)**, 34–40.
- Yoo, S.-H. & Kim, H.-K. 2010. Intervention development stages in health promotion planning models: PRECEDE-PROCEED and intervention mapping. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. Korean Society for Health Education and Promotion, **27(2)**, 141–149.

Zolekhah, D., Shanti, E. F. A. & Barokah, L. 2020. Efektivitas Pelatihan Kader Posyandu Dalam Penggunaan Buku KIA Dengan Metode Make a Match. *Journal for Quality in Women's Health*, **3**(1), 9–14.

BAB 9

PELAKSANAAN KONSELING INDIVIDU

Oleh Iis

9.1 Pendahuluan

Proses Konseling Individu merupakan inti dari komunikasi kebidanan yang harus diberikan oleh seorang bidan kepada kliennya untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Dalam proses ini bidan perlu memahami dan mengerti kliennya, untuk itu sebelum bidan mengerti dan memahami kliennya, ia harus sudah mengerti dan paham akan dirinya sendiri. Penggunaan Komunikasi yang tepat saat bidan berinteraksi dengan tim kesehatan lain akan memengaruhi hasil pelayanan kesehatan yang dilakukan atau dalam praktik kebidanan, pemberian asuhan kebidanan yang berkualitas sangat dibutuhkan. Kualitas kebidanan ditentukan dengan cara bidan membina hubungan, baik sesama rekan sejawat ataupun dengan orang yang diberikan asuhan. Upaya meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan juga ditentukan oleh keterampilan bidan untuk berkomunikasi secara efektif dan melakukan konseling yang baik kepada klien. Karena melalui Komunikasi yang efektif serta konseling yang berhasil, kelangsungan dan kesinambungan penggunaan jasa pelayanan bidan untuk kesehatan perempuan selama siklus kehidupan akan tercapai.

9.2 Pelaksanaan Layanan Konseling Individual

9.2.1 Pengertian Layanan Konseling Individual

Kalimat layanan konseling individual terdiri dari tiga kata, yaitu layanan, konseling dan individual. layanan menurut kamus Besar Bahasa Indonesia adalah perihal atau cara melayani. Konseling yang berarti sebuah hubungan timbal balik anatar konselor (bidan) dengan konseli (klien) yang sifatnya profesional, baik secara individu maupun secara kelompok. Kata individual dapat diartikan sebagai orang, seorang diri atau perseorangan.

Konseling individual merupakan suatu proses yang terjadi dalam hubungan seseorang dengan seseorang yaitu individu yang mengalami masalah yang tak dapat diatasinya, dengan seorang petugas profesional yang telah memperoleh latihan dan pengalaman untuk membantu agar klien memecahkan kesulitannya. Konseling individual dapat disebut sebagai layanan bimbingan dan konseling yang memungkinkan klien atau konseli mendapatkan layanan langsung tatap muka (secara perorangan) dengan konselor (bidan) dalam rangka pembahasan pengentasan masalah pribadi yang di derita konseli (klien) (Sofyan, 2007).

Pendapat Hellen (2005) konseling individual adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan melalui wawancara konseling oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang sedang mengalami sesuatu masalah (klien) yang bermuara pada teratasinya masalah yang dihadapi klien. Konseling individual merupakan layanan konseling yang diselenggarakan oleh seorang konselor (bidan) terhadap seorang klien dalam rangka pengentasan masalah pribadi.

9.2.2 Tujuan Layanan Konseling Individual

Tujuan umum konseling individu adalah membantu klien menstrukturkan kembali masalahnya serta mengurangi penilaian negatif terhadap dirinya sendiri serta perasaan-perasaan ketidak mampuan. Kemudian membantu dalam mengoreksi perbedaan terhadap lingkungan, agar klien bisa mengarahkan tingkah laku serta mengembangkan kembali minat sosialnya.

Tujuan khusus dalam layanan konseling individual dikaitkan langsung dengan fungsi konseling yang secara menyeluruh :

- a. Melalui layanan konseling individual, klien memahami seluk beluk masalah yang dialami secara mendalam dan komprehensif, serta positif dan dinamis, (*fungsi pemahaman*).
- b. Pemahaman itu mengarah kepada dikembangkannya persepsi dan sikap serta kegiatan demi tuntasnya masalah yang dialami klien, (*fungsi pengentasan*).
- c. Pemeliharaan dan pengembangan potensi klien dan berbagai unsur positif yang ada pada dirinya merupakan latar belakang pemahaman dan pengentasan klien masalah klien dapat dicapai, (*fungsi pengembangan atau pemeliharaan*).
- d. Pengembangan pemeliharaan potensi dan unsur- unsur positif yang ada pada diri klien, diperkuat oleh tuntasnya masalah, serta diharapkan tercegah pula masalah- masalah baru yang mungkin timbul, (*fungsi pencegahan*).

9.2.3 Proses Layanan Konseling Individu.

Proses konseling terlaksana karena hubungan konseling berjalan dengan baik. Menurut brammer (1979) proses konseling adalah peristiwa yang telah berlangsung dan memberi makna bagi peserta konseling tersebut (konselor dan

klien). Secara umum proses konseling individu dibagi atas tiga tahapan :

1. Tahap awal konseling

Tahap ini terjadi sejak klien menemui konselor hingga berjalan proses konseling sampai konselor dan klien menemukan definisi masalah klien atas dasar isu, kepedulian, atau masalah klien. Adapun proses konseling tahap awal sebagai berikut : Membangun hubungan konseling yang melibatkan klien. Hubungan konseling bermakna ialah jika klien terlibat berdiskusi dengan konselor. Hubungan tersebut dinamakan *a working realitionsip*, yakni hubungan yang berfungsi, bermakna, dan berguna. Keberhasilan proses konseling individu amat ditentukan oleh keberhasilan pada tahap awal ini. Kunci keberhasilan terletak pada keterbukaan konselor, keterbukaan klien, artinya dia dengan jujur mengungkapkan isi hati, perasaan, harapan, dan sebagainya. Namun, keterbukaan ditentukan oleh faktor konselor yakni dapat dipercayai klien karena dia tidak berpura-pura, akan tetapi jujur, asli, mengerti, dan menghargai, konselor mampu melibatkan klien terus menerus dalam proses konseling.

2. Tahap Pertengahan (Tahap Kerja)

Berangkat dari definisi masalah klien yang disepakati pada tahap awal, kegiatan selanjutnya adalah memfokuskan pada : (1) penjelajahan masalah klien; (2) bantuan apa yang akan diberikan berdasarkan penilaian kembali apa-apa yang telah dijelajah tentang masalah klien. Menilai kembali masalah klien akan membantu klien memperoleh perspektif baru, alternatif baru, yang mungkin berbeda dari sebelumnya, dalam rangka mengambil keputusan dan tindakan. Dengan adanya perspektif baru, berarti ada dinamika pada diri klien

menuju perubahan. Tanpa prespektif maka klien sulit untuk berubah. Adapun tujuan-tujuan dari tahap pertengahan ini yaitu : (a). Menjelajahi dan mengeksplorasi masalah, isu, dan kepedulian klien lebih jauh. Dengan penjelajahan ini, konselor berusaha agar kliennya mempunyai prespektif dan alternatif baru terhadap masalahnya. Konselor mengadakan reassessment (penilaian kembali) dengan melibatkan klien, artinya masalah itu dinilai bersama-sama. Jika klien bersemangat, berarti dia sudah begitu terlibat dan terbuka. Dia akan melihat masalahnya dari perspektif atau pandangan yang lain yang lebih objektif dan mungkin pula berbagai alternatif. (b). Menjaga agar hubungan konseling selalu terpelihara. Hal ini bisa terjadi jika : pertama, klien merasa senang terlibat dalam pembicaraan atau wawancara konseling, serta menampakkan kebutuhan untuk mengembangkan potensi diri dan memecahkan masalahnya. Kedua, konselor berupaya kreatif dengan keterampilan yang bervariasi, serta memelihara keramahan, empati, kejujuran, keikhlasan dalam memberi bantuan. Kreativitas konselor dituntut pula untuk membantu klien menemukan berbagai alternatif sebagai upaya untuk menyusun rencana bagi penyelesaian masalah dan pengembangan diri. (c). Proses konseling agar berjalan sesuai kontrak. Kontrak dinegosiasikan agar betul-betul memperlancar proses konseling. Karena itu konselor dan klien agar selalu menjaga perjanjian dan selalu mengingat dalam pikirannya. Pada tahap pertengahan konseling ada lagi beberapa strategi yang perlu digunakan konselor yaitu : pertama, mengkomunikasikan nilai-nilai inti, yakni agar klien selalu jujur dan terbuka, dan menggali lebih dalam masalahnya. Karena kondisi sudah amat kondusif, maka klien sudah merasa aman, dekat, terundang dan tertantang untuk

memecahkan masalahnya. Kedua, menantang klien sehingga dia mempunyai strategi baru dan rencana baru, melalui pilihan dari beberapa alternatif, untuk meningkatkan dirinya.

3. Tahap Akhir Konseling (Tahap Tindakan)

Pada tahap akhir konseling ditandai beberapa hal yaitu :

(a). Menurunya kecemasan klien. Hal ini diketahui setelah konselor menanyakan keadaan kecemasannya. (b). Adanya perubahan perilaku klien kearah yang lebih positif, sehat, dan dinamis. (c). Adanya rencana hidup masa yang akan datang dengan program yang jelas. (d). Terjadinya perubahan sikap positif, yaitu mulai dapat mengoreksi diri dan meniadakan sikap yang suka menyalahkan dunia luar, seperti orang tua, guru, teman, keadaan tidak menguntungkan dan sebagainya. Jadi klien sudah berfikir realistik dan percaya diri. Tujuan-tujuan tahap akhir adalah sebagai berikut : (a). Memutuskan perubahan sikap dan perilaku yang memadahi Klien dapat melakukan keputusan tersebut karena dia sejak awal sudah menciptakan berbagai alternatif dan mendiskusikanya dengan konselor, lalu dia putuskan alternatif mana yang terbaik. Pertimbangan keputusan itu tentunya berdasarkan kondisi objektif yang ada pada diri dan di luar diri. Saat ini dia sudah berpikir realistik dan dia tahu keputusan yang mungkin dapat dilaksanakan sesuai tujuan utama yang ia inginkan. (b). Terjadinya transfer of learning pada diri klien Klien belajar dari proses konseling mengenai perilakunya dan hal-hal yang membuatnya terbuka untuk mengubah perilakunya diluar proses konseling. Artinya, klien mengambil makna dari hubungan konseling untuk kebutuhan akan suatu perubahan. (c). Melaksanakan perubahan perilaku Pada akhir konseling klien sadar akan perubahan sikap dan perilakunya. Sebab ia datang minta bantuan adalah atas

kesadaran akan perlunya perubahan pada dirinya. (d). Mengakhiri hubungan konseling Mengakhiri konseling harus atas persetujuan klien. Sebelum ditutup ada beberapa tugas klien yaitu : pertama, membuat kesimpulan-kesimpulan mengenai hasil proses konseling; kedua, mengevaluasi jalannya proses konseling; ketiga, membuat perjanjian untuk pertemuan berikutnya.

9.2.4 Ciri-Ciri Hasil Komunikasi Yang Efektif Dalam Kebidanan

Hasil Komunikasi yang efektif antara bidan dan klien bisa dilihat dari beberapa ciri-ciri sebagai berikut:

a. Adanya saling pengertian

Sikap saling pengertian menjadi indikator awal dari efektifnya Komunikasi bidan dengan klien , jika tidak ada saling pengertian maka timbul kesalah pahaman, bahkan menimbulkan konflik, prkelahian dan sebagainya. Komunikasi bidan dengan klien dikatakan efektif bila klen semakin mengerti, memahami dan mengikuti ntervesi kebidanan, semakin rendah tingkat pemahaman, menurunnya sikap saling pengetian kliendan semakn tidak termotivasinya klien untuk mengikuti intervensi ebidanan berikut mencerminkan semakin kurang efektifnya kmunikasi yang diciptakan oleh bidan tersebut.

b. Menumbuhkan kesenangan

Komunikasi yang efektif selain tercapainya tujuan juga akan menimbulkan rasa senang misal, bidan mengucapkan salam pada klien, akan menimbulkan rasa senang klien merasa diperhatikan, sehingga membuat hubungan bidan dengan klien akan semakin hangat, akrab dan menyenangkan. Komunikasi yang diawali dengan ucapan salam seperti ini memudahkan bidan membina hubungan baik dengan klien sehingga Komunikasi efektif bisa tercapai.

Komunikasi antara bidan dan klien dikatakan memberikan hasil yang semakin efektif terkondisi dari adanya rasa kesenangan klien untuk melaksanakan hasil Komunikasi, hal ini bisa terlihat dari motivasi dan antusias mengikuti Komunikasi berikutnya serta adanya kesadaran klien melaksanakan intervensi kebidanan.

c. Pengaruh pada sikap

Seorang Bidan yang bijak berkomunikasi tentu dia mengetahui hal-hal mana yang harus dia lakukan dan mana yang tidak boleh. Bidan bisa menyesuaikan diri dengan kondisi dan situasi dari klien. Hal ini sesuai dengan etika bidan dalam menjalankan profesinya dalam untuk menjunjung tinggi sikap positif, seperti sikap respek sekalipun klien berasal dari berbagai latar belakang, suku, ras, agama dan sosial. Kemampuan bidan untuk membedakan sikap tidak terlepas dari sejauh mana dia mau melakukan Komunikasi secara persuasif dengan klien., terutama jika ingin mewujudkan harapannya mendorong klien mau menerima isi pesan Komunikasi. Dengan Komunikasi persuasif dari seorang bidan dapat mengubah atau membentuk perilaku baru klien.

d. Hubungan yang semakin baik

Komunikasi yang efektif bisa membuat hubungan personal yang baik, tidak akan pernah ada suatu Komunikasi dikatakan baik jika tidak bisa menciptakan hubungan baik. Sedangkan hubungan yang kurang baik, menjadikan perilaku agresif, senang memanipulasi dan tidak memiliki tanggungjawab sosial.

e. Tindakan

Akhir dari ukuran Komunikasi yang efektif bidan dengan klien adalah bentuk tindakan nyata dari mereka. Bentuk tindakan nyata output Komunikasi bidan tercermin dari keinginannya melakukan tindakan intervensi kebidanan secara sadar, empati dan bertanggungjawab dan

menjunjung tinggi etika profesi. Sementara bentuk tindakan nyata output Komunikasi klen adalah kesadaran untuk melaksanakan setiap intervensi kebidanan yang diberikan.

9.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Efektifitas Komunikasi Dalam Kebidanan

Komunikasi yang tidak efisien bisa disebabkan oleh banyaknya permasalahan teknis dan manusiawi yang berbeda-beda. Beberapa faktor yang menjadi kajian dalam kesalahan dan ketidakefisienan Komunikasi bidan dengan klien, diantaranya adalah:

1) Penggunaan bahasa

Pesan-pesan yang disampaikan seorang bidan sebagai komunikator kebidanan, sebaiknya memperhatikan hal berikut:

- a) Menggunakan bahasa sederhana dan jelas sesuai bahasa klien yang mudah di pahami.
- b) Pesan yang berisi ide-ide yang sederhana atau sedikit, akan mudah di pahami dibandingkan dengan pesan yang panjang dengan anyak ragam.
- c) Kemudahan memahami pesanterutama pesan tertulis.

2) Pemahaman Pesan

Sekarang ini kita sudah memiliki teknologi penyampaian pesan yang canggih, merambah ke seluruh dunia dengan cepat. Akan tetapi hinggakini belum ada cara untuk menjamin bahwa seseorang yang menerima pesan akan memahami seluruh isi dari pesan Komunikasi. Sekalipundemikian ada beberapa petunjuk dan masukkan bagi bidan untuk meningkatkan pemahaman menyeluruh terhadap isi pesan atau informasi, diantaranya: Analisis Situasi, misal dengan menentukan sasaran Komunikasi, penggunaan media atau saluran Komunikasi, struktur bahasa dan isi pesan sesuai kebutuhan dan situasi

penerima pesan. Memprediksi kemungkinan masalah yang akan timbul dan membuat langkah- langkah pencegahan.

3) Pengulangan

Karakteristik pesan yang memungkinkan mempenaruhi pemahaman penerima pesan (komunikas) diantaranya adalah: cara penyampaian, pengulangan pesan yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman komunikas.

4) Umpan Balik yang tepat

Beberapa kasus membutuhkan bentuk umpan balik yang berbeda untuk menentukan pesannya sudah diterima dan dimengerti, khususnya bila isi pesannya rumit atau sulit dipahami. Jika pesan kurang dimengerti komunikator bisa melakukan pengulangan, ada beberapa hal yang dapat dilakukan komunikator guna memperoleh umpan balik dari komunikan, diantaranya: Mengajukan beberapa pertanyaan kepada komunikas tentang isi pesan yang disampaikan. Meminta komunikas mengulang apa yang elah disampaikan komunikator.

5) Kecakapan komunikator dan komunikas Mengembangkan Komunikasi informasi

Komunikator yang bisa menciptakan Komunikasi efektif harus bisa mendengarkan pendapat orang lain dan tidak menganggap dirinya paling benar, selalu ingin kerjasama dengan orang lain, tidak mendominasi, mengadakan Komunikasi timbal balik, efektifitas Komunikasi juga dipengaruhi oleh, sifat, sikap, tindakan juga ketrampilan dalam berkomunikasi baik komunikator maupun komunikan. Seorang bidan agar menjadi komunikator yang handal harus mempunyai kemampuan memusatkan seluruh panca indra dalam berKomunikasi, jeli dalam menerima umpan balik, mampu mengendalikan jarak Komunikasi, menjaga kecepatan bicara, peka pada kode pesan komunikan begitu juga dengan sikap bidan diharapkan memiliki kemampuan menerima gagasan

orang lain, terampil memilih dan menyeleksi informasi, kemampuan menghubungkan ide-ide dari pendidikan dan pengalamannya.

6) Kelebihan beban dalam menerima pesan Ketidakefektifan suatu Komunikasi dalam

Beberapa cara yang dapat dilakukan, diantaranya; Penyaringan pesan dengan menolak pesan yang kurang relevan begitu juga dengan medianya misal dengan menyisihkan surat-surat yang kurang penting, menolak panggilan orang tertentu, memilih pesan sesuai kebutuhan. Selanjutnya penundaan: yaitu melakukan proses penundaan pesan seperti memproses pesan berdasarkan prioritas kepentingan pesan, hal ini dengan membuat beberapa urutan panggilan, tugas dan pertemuan, efektivitas penundaan pesan dipengaruhi oleh ketepatan penilaian seseorang tentang prioritas pesan dan atas ketersediaan waktu yang diperlukan untuk memproses pesan. Begitu juga perlu meningkatkan kapasitas pemrosesan informasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Purwanti, Yanik.dkk. 2019. Buku Ajar Mata Kuliah Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan. Sidoarjo : Cetakan Pertama, UMSIDA PRESS.
- Sofyan, Willis S. 2007. Konseling Individual Teori dan Praktek. Bandung: CV Alfabeta.
- Hallen, A. 2005. Bimbingan Dan Konseling. Ciputat: Quantum Teaching.
- Kusmawati, Ati. 2019. Modul Konseling. Universitas Muhammadiyah Jakarta
- Prayitno,2004. *Seri Layanan Konseling* ,Padang
- Prayitno, 2005. *Konseling Perorangan*. Padang, Universitas Negeri Padang
- Revika, Era. 2019. Komunikasi dan MKonseling dalam Praktik Kebidanan. Yogyakarta : PUSTAKA BARU PRESS
- Yulifah, Rita.dkk. 2015. Komunikasi dalam Praktik Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika

BAB 10

PERANAN PROMOSI KESEHATAN DALAM KEBIDANAN

Oleh Sulfianti A. Yusuf

10.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan unsur kesejahteraan yang hakiki, sesuai dengan prinsip bangsa Indonesia yang dituangkan dalam pembukaan UUD 1945. Upaya kesehatan harus selalu ditingkatkan agar masyarakat yang sehat menjadi investasi dalam pembangunan dan menuju kehidupan yang produktif secara sosial dan ekonomi (Basuki. 2020).

Berbagai upaya terus dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan, terutama dalam hal mengubah paradigma masyarakat yang sakit menjadi sehat. Sementara paradigma sakit bertujuan untuk membuat orang sakit menjadi sehat dengan menitikberatkan pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif, paradigma sehat bertujuan untuk membantu orang sehat agar tetap sehat dengan menekankan pelayanan promotif dan preventif. Aktor-aktor yang terlibat dalam pencapaian kesehatan masyarakat akan berubah jika paradigma kesehatan masyarakat diubah sekaligus mengakui pentingnya peran yang dimainkan oleh pemerintah dan profesional medis. Melalui perubahan paradigma, masyarakat dapat memimpin dalam mencapai status kesehatan. Masyarakat dapat mandiri dalam mengupayakan dan melaksanakan kegiatan kesehatannya dengan mengubah paradigma dari sakit menjadi sehat, sejalan dengan visi

Indonesia sehat yaitu “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Adil” (Yulandari, 2021).

Pembangunan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan harus diarahkan pada peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat sebagai investasi pertumbuhan sumber daya lokal. Undang-undang ini mendorong peran serta masyarakat dalam upaya menjaga kesehatan. Setiap orang wajib mewujudkan, memelihara, dan mengembangkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pemerintah bertugas membina peran serta masyarakat dalam segala upaya kesehatan.

Bidan memiliki peran yang berbeda di masyarakat sebagai fasilitator, anggota masyarakat, panutan, dan motivator. Tentu saja, pendidikan dan pelatihan bidan akan membantu untuk lebih meningkatkan kompetensi ini. Sebuah fungsi yang perlu dipandang sebagai "gagasan utama" untuk menciptakan peradaban dan sistem pelayanan kesehatan. Kebutuhan bidan di daerah terpencil dipenuhi dengan persyaratan profesional. Pemerintah telah mulai mempekerjakan bidan sebagai pegawai negeri. sebuah langkah proaktif untuk mendorong perluasan layanan di lokasi-lokasi pedesaan (Indrayani & Syafar, 2020).

Deklarasi fungsi bidan mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Pendaftaran dan Praktek Bidan. Bidan melakukan persalinan dan selalu berupaya mempersiapkan calon ibu sejak kontak pertama saat pemeriksaan kehamilan hingga memberikan penyuluhan tentang manfaat menyusui berkelanjutan agar ibu hamil paham dan siap untuk menyusui anaknya.

10.2 Promosi Kesehatan

Green & Kreuter (2005) menjelaskan bahwa "promosi kesehatan" adalah istilah untuk kumpulan upaya pendidikan, kebijakan, peraturan, dan organisasi untuk mempromosikan perilaku dan kondisi kehidupan yang menguntungkan bagi kesehatan individu, komunitas, atau masyarakat.

Promosi kesehatan digambarkan sebagai "upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, sehingga mampu menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan berbasis masyarakat, sesuai dengan budaya sosial setempat. , dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan" oleh Kementerian/Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Hal ini tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005. Definisi promosi kesehatan Kementerian Kesehatan lebih baik menggambarkan bagaimana promosi kesehatan merupakan kombinasi dari pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik yang berorientasi pada kesehatan karena dipahami bahwa keduanya bersama-sama akan memungkinkan masyarakat untuk mengambil kendali atas faktor-faktor penentu kesehatan. Promosi kesehatan harus menjadi bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan bangsa.

Ketika mendengar istilah "promosi kesehatan", banyak orang langsung membayangkan salah satu dari dua definisi yang diterima secara luas: (1) "upaya promosi" atau (2) promosi dalam setting pemasaran. Mari kita bahas masing-masing satu per satu.

- a. Frasa "promosi kesehatan" secara tradisional telah digunakan dalam sektor kesehatan untuk menggambarkan inisiatif luas yang diambil baik secara pribadi maupun

publik untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan sehingga tidak ada yang sakit terlalu cepat dan begitu pula masyarakat.

- b. Istilah “promosi kesehatan” menjadi memiliki arti yang berbeda karena konsep pemasaran yang diterapkan pada bidang sosial, khususnya bidang kesehatan (dikenal dengan istilah pemasaran sosial), serta masyarakat dan media menggunakan istilah “promosi”. untuk mendeskripsikan kegiatan kampanye komunikasi dalam pemasaran produk. Empat P dari konsep pemasaran disebut sebagai “bauran pemasaran”: “produk” (produk yang ditawarkan), “harga” (harga yang ditetapkan untuk menarik konsumen sasaran), “tempat” (lokasi penawaran dan penjualan barang serta sebagai wadah kegiatan komunikasi dan kampanye), dan “promotion” (berbagai kegiatan untuk mempromosikan produk). Akibat dari diterimanya konsep 4P keempat P secara luas di masyarakat, khususnya di bidang kesehatan, orang sering berpikir tentang promosi dalam hal kegiatan kampanye komunikasi ketika mereka mendengar istilah “promosi kesehatan.” Istilah “promosi produk” akan digunakan mulai sekarang untuk merujuk pada promosi komersial dan bukan promosi kesehatan secara keseluruhan. Fakta bahwa upaya “health education” atau “health education” (konseling) tidak serta merta atau dengan mudah membuat orang atau komunitas berperilaku mendukung kesehatan karena tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk menghasilkan perilaku sukarela yang mendukung kesehatan yang melatar belakangnya.

10.2.1 Tujuan Promosi Kesehatan

Menurut (Nurmala, 2020) tujuan praktik promosi kesehatan pada hakekatnya adalah untuk mewujudkan visi promosi kesehatan, yaitu mewujudkan masyarakat yang sejahtera:

1. Keinginan untuk melindungi dan memajukan kesehatan mereka.
2. Kemampuan untuk mempromosikan dan memelihara kesehatan.
3. Mampu dan mau mencegah penyakit sangat penting untuk menjaga kesehatan.

10.2.2 Metode Promosi Kesehatan

Pendekatan promosi kesehatan dapat diklasifikasikan berdasarkan strategi komunikasi, tujuan yang ingin dicapai, dan persepsi penerima manfaat terhadap target promosi (Agustini, 2014).

a) Berdasarkan Teknik Komunikasi

1. Metode Penyuluhan Langsung

Dalam skenario ini, penyuluh berbicara atau bekerja langsung dengan target. Ini meliputi kunjungan rumah, sesi diskusi (FGD), pertemuan di balai desa, pertemuan di Posyandu, dan kegiatan lainnya.

2. Metode Penyuluhan Tidak Langsung

Dalam hal ini, penyuluh menggunakan media sebagai perantara daripada berbicara langsung kepada sasaran. Bahan cetakan, acara televisi, misalnya.

b) Berdasarkan Jumlah Sasaran Yang Dicapai

1. Pendekatan Perorangan

Dalam situasi ini, penyuluh berkomunikasi dengan masing-masing sasaran secara langsung atau tidak langsung melalui kunjungan rumah, telepon, dan kontak lainnya.

2. Pendekatan Kelompok

Dalam metode ini, promosi berurusan dengan serangkaian target. Teknik penyuluhan jenis ini meliputi pertemuan, pameran, diskusi kelompok, pertemuan FGD, dan lain-lain.

3. Pendekatan Massal

Para pekerja yang mempromosikan kesehatan dapat menjangkau beberapa target yang berbeda sekaligus dengan pesan mereka. Kategori ini mencakup, antara lain, pertemuan publik dan pertunjukan seni.

c) Berdasarkan Indera Penerima

1. Metode Melihat/Memperhatikan

Dalam skenario ini, target mendapatkan pesan melalui indera visual mereka, seperti dalam kasus poster, posting gambar atau foto, menempelkan koran ke dinding, dan pemutaran film.

2. Metode Pendengaran

Dalam skenario ini, audiens yang dituju terpapar pesan melalui indra pendengar, seperti melalui konseling radio, pidato, ceramah, dll.

3. Metode “Kombinasi”

Contoh cara (melihat, mendengar, mencium, menyentuh, dan mencoba) disertakan di sini.

10.3 Media Promosi Kesehatan

Untuk memperluas pemahaman target dan pada akhirnya memodifikasi perilaku ke arah yang baik terhadap kesehatan, komunikator menggunakan berbagai media, menggunakan semua media yang tersedia, seperti cetak, elektronik, dan luar ruang, untuk menyebarkan pesan atau informasi (Purwadi dkk., 2019). Berdasarkan penggunaan utama dan metode pembuatannya, media dapat dibagi menjadi dua kategori.

1. Berdasarkan bentuk umum penggunaan.
 - a. Modul, bahan bacaan, selebaran majalah, buletin, tabloid, dan publikasi lainnya.
 - b. Menampilkan item, antara lain poster tunggal, poster seri, *flip chart*, transparansi, slide, dan film.
2. Berdasarkan cara produksi
 - a. Komunikasi visual mendapat perhatian utama dalam media cetak, yang merupakan bentuk media statis. sering terdiri dari penjelasan singkat, gambar, atau foto berwarna (Anggraeni dkk., 2022). Beberapa contoh termasuk selebaran, brosur, majalah, surat kabar, flipchart, stiker, dan buklet. Tugas utama mereka adalah memberi informasi dan menghibur.
 - b. Teknologi dapat digunakan untuk melihat, mendengar, dan berkomunikasi dengan media elektronik, yang merupakan bentuk media yang dinamis dan mobile. Contoh media termasuk radio, televisi, film, kaset, CD, VCD, DVD, tayangan slide, CD interaktif, dan bentuk media lainnya. Media elektronik memberikan banyak manfaat, antara lain dapat dimanfaatkan secara luas, menarik panca indera, mudah dipahami, lebih menarik karena mencakup suara dan gambar, tatap muka, presentasi terkontrol, jangkauan yang relatif lebih besar/luas, dan menjadi berulang jika digunakan sebagai alat debat.
 - c. Untuk mengembangkan komunikasi untuk media, tujuan komunikasi diubah menjadi ungkapan atau kata-kata yang sesuai dengan audiens sasaran. Pesan media harus meyakinkan dan unik (Meilasari dkk., 2016). Oleh karena itu, pesan harus mematuhi persyaratan berikut:
 1. Perintahkan perhatian dengan mengingat pesannya.
Hal ini dikembangkan untuk mencerminkan strategi desain dari sebuah pesan sebagai ide atau pesan inti. Jika ada terlalu banyak konsep, target akan

- menjadi bingung dan akan cepat melupakan pesan tersebut.
2. Tentukan pesan. Pesan harus ringkas, langsung, dan dapat dimengerti. Informasi yang baru dan berkaitan dengan target audiens harus disajikan dengan cara yang efektif. Jika target meremehkan pesan di media, maka pesan tersebut akan gagal secara otomatis.

10.4 Bidan

Semua organisasi bidan internasional telah menerima dan mengadopsi definisi bidan dari Konfederasi Bidan Internasional (ICM), yang juga telah disetujui oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan Federasi Dokter Kandungan dan Kebidanan Internasional (FIGO). Pada pertemuan dan Kongres Internasional ICM, definisi-definisi ini sering dievaluasi. Berikut ini adalah definisi terbaru, yang ditetapkan pada Kongres ICM ke-27, yang berlangsung di Brisbane, Australia, pada bulan Juli 2005: Seseorang dianggap sebagai bidan jika dia telah berhasil menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang terakreditasi di negaranya, memenuhi kriteria pendaftaran, dan/atau memiliki lisensi praktik kebidanan yang masih berlaku. seorang wanita yang telah berhasil menyelesaikan kursus kebidanan yang disetujui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Republik Indonesia didefinisikan sebagai bidan Indonesia, dan dia juga harus memiliki keterampilan dan kredensial diperlukan untuk memiliki lisensi, sertifikasi, atau otorisasi hukum lainnya untuk praktik kebidanan.

Bidan diakui sebagai penyedia layanan kesehatan yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dengan perempuan untuk memberikan dukungan, perawatan, dan arahan selama kehamilan, persalinan, dan periode pascapersalinan. Demikian menurut Ikatan Bidan Indonesia. Selain itu, mereka melahirkan secara spontan dan merawat

bayi dan bayi baru lahir. Perawatan ini mencakup tanggap darurat, akses ke dukungan medis atau dukungan lain yang diperlukan, promosi pengalaman persalinan normal, diagnosis kesulitan pada ibu dan anak, dan pencegahan komplikasi agar tidak terjadi sejak awal (Lette, 2018).

10.4.1 Peran Bidan Sebagai Advokator

Melalui serangkaian tindakan yang dipikirkan dengan matang, advokasi adalah proses menggalang dukungan, membentuk konsensus, dan membantu menciptakan iklim yang baik dan lingkungan yang mendukung untuk tujuan atau topik tertentu. Bidan dapat mempromosikan taktik KIA/KB yang lebih baik (Mamahit dkk., 2022). Sasaran Advokasi:

1. Pembuat kebijakan dan keputusan
2. Pemimpin politik dan agama
3. LSM, pers, dan lain-lain

Persyaratan untuk Advokasi:

1. Kredibel dalam arti program yang diusulkan harus meyakinkan para pengambil keputusan.
2. Program tersebut harus sehat secara teknis, politis, dan ekonomis agar dianggap layak.
3. Relevan dalam arti program harus memenuhi kebutuhan lingkungan sekitar.
4. Memiliki tingkat urgensi yang tinggi, program dikatakan mendesak.
5. Prioritas tinggi menunjukkan pentingnya program.

Tujuan pemberdayaan bidan dan membangun keluarga sejahtera saling bergantung satu sama lain. Dari perspektif kesehatan dan pemberdayaan lainnya, bidan berada di garis depan pembangunan kesejahteraan keluarga. Karena mereka biasanya merupakan kelompok ahli yang tak tertandingi di tingkat desa, bidan memiliki peran kunci. Masyarakat dan keluarga Indonesia di dusun sedang menghadapi ledakan

jumlah penduduk usia muda dan sedang mempersiapkan diri untuk berperang. Agar keluarga Indonesia dapat membimbing anak-anak dan remaja mereka saat mereka tumbuh dan berkembang untuk membangun diri mereka sendiri dan negara mereka, bidan mungkin memiliki peran penting.

Upaya awal gerakan keluarga berencana dan kesehatan telah menyebabkan penurunan jumlah anak di bawah usia 15 tahun. Sejak tahun 1970, jumlah anak ini tidak pernah melampaui 60-65 juta. Sebaliknya, proporsi anak-anak yang berusia remaja, yaitu antara usia 15 hingga 29 tahun-dan bahkan antara usia 30 hingga 60 tahun atau 15 hingga 65 tahun-meningkat dengan kecepatan yang sulit dipahami oleh banyak orang. Meskipun terlihat setiap hari, fenomena ini belum mendapat banyak perhatian-selain ketika nyawa seorang anak muda berada dalam bahaya-sampai saat ini.

Karena kemungkinan hamil dan melahirkan semakin menurun, ketersediaan pengalaman keluarga dalam merawat ibu hamil, melahirkan, dan anak di bawah usia tiga tahun juga semakin berkurang. Jika terjadi kehamilan atau kelahiran dalam keluarga, kemampuan dan kualifikasi anggota keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sedang hamil atau melahirkan kemungkinan besar akan lebih rendah. Perawatan berkualitas tinggi dibutuhkan untuk keluarga saat ini, yang semakin urban dan kontemporer. Keluarga saat ini juga menuntut untuk sehat dalam waktu yang sangat lama karena usia harapan hidup yang meningkat. Konsekuensinya, sebagai pionir pasar dalam industri kesehatan.

10.4.2 Peran Bidan Sebagai Edukator

Bidan berperan sebagai penyuluh kesehatan bagi pasiennya sekaligus sebagai pelatih dan pengelola kader dalam kapasitasnya sebagai pendidik (Astuti dkk., 2017).

1. Klien harus mendapatkan pendidikan dan konseling kesehatan.

Bidan memberikan pendidikan kesehatan dan konseling kepada klien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) untuk membantu orang menghadapi masalah kesehatan, terutama yang terkait dengan ibu, anak, dan keluarga berencana:

- a) Menentukan kebutuhan konseling dan edukasi kesehatan dengan klien, khususnya di bidang kesehatan ibu, anak, dan KB.
- b) Bersama dengan klien, kembangkan rencana konseling kesehatan berdasarkan evaluasi kebutuhan klien saat ini dan masa depan.
- c) Mempersiapkan materi penyuluhan dan pendidikan yang tepat sesuai dengan rencana yang telah disiapkan.
- d) Program dan strategi pendidikan dan konseling kesehatan dapat dilakukan sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang dengan mengintegrasikan pemangku kepentingan terkait, seperti klien.

2. Berpartisipasi dalam Tim

Dengan meningkatkan keterampilan dukun beranak, kader, dan tenaga kesehatan lainnya di lokasi kerja mereka, pelaksanaan program di bidang kesehatan dan bidang lainnya, termasuk:

- a) Bersama dengan Puskesmas dan organisasi lain, berkolaborasi untuk memberikan layanan kepada klien melalui konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut.
- b) Menjalin hubungan baik dengan PLKB, lingkungan sekitar, dan dukun bayi.
- c) Mendukung inisiatif yang berhubungan dengan kesehatan berbasis masyarakat.

10.4.3 Peran Bidan Sebagai Motivator

Tiga jenis pekerjaan yang dilakukan bidan independen, kolaboratif, dan dependen berfungsi sebagai insentif. (Hanurawati., 2022). Tugas mandiri, tugas kebidanan mandiri, yaitu:

1. Menerapkan manajemen kebidanan di seluruh asuhan yang diberikan, termasuk:
 - a. Untuk memenuhi tuntutan klien, evaluasi kondisi kesehatan.
 - b. Menetapkan diagnosis.
 - c. Terapkan manajemen kebidanan untuk semua aspek perawatan yang ditawarkan, termasuk.
 - d. Tindakan harus diambil sesuai dengan strategi yang direncanakan.
2. Menyediakan layanan pranikah dasar bagi kaum muda dan menjadikan mereka sebagai klien, termasuk:
 - a. Menganalisis kebutuhan pranikah dan status kesehatan perempuan dan remaja.
 - b. Temukan kebutuhan diagnostik dan layanan yang diperlukan.
 - c. Memprioritaskan rencana tindakan dan layanan dengan klien.
 - d. Melaksanakan layanan atau tindakan yang disarankan yang diuraikan dalam rencana.
3. Selama kehamilan biasa, berikan layanan kebidanan kepada klien, seperti:
 - a. Memeriksa kesehatan klien yang sedang hamil.
 - b. Memastikan persyaratan kesehatan klien dan diagnostik kebidanan.
 - c. Bersama dengan klien, kembangkan rencana asuhan kebidanan berdasarkan tingkat keparahan masalah.
 - d. Memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan strategi yang telah ditetapkan.

4. Tawarkan asuhan kebidanan pada klien selama persalinan dengan melibatkan klien atau keluarga termasuk:
 - a. Tentukan perawatan yang dibutuhkan klien dalam persalinan dari bidan.
 - b. Menetapkan diagnosis dan perlunya tindakan kebidanan terkait persalinan.
 - c. Bersama dengan klien, kembangkan rencana asuhan kebidanan berdasarkan tingkat keparahan masalahnya.
5. Bayi baru lahir dengan asuhan kebidanan, termasuk:
 - a. Libatkan keluarga dalam menentukan status kesehatan bayi baru lahir.
 - b. Identifikasi kebutuhan diagnostik dan perawatan medis bayi.
 - c. Mengembangkan strategi asuhan kebidanan berbasis prioritas.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan pendekatan yang telah ditetapkan.
6. Menggunakan klien atau keluarganya sebagai mitra, memberikan asuhan kebidanan nifas, termasuk:
 - a. Menganalisis kebutuhan ibu nifas akan perawatan medis dari bidan.
 - b. Tentukan diagnosis masa nifas dan kebutuhan perawatan bidan.
 - c. Rencana asuhan kebidanan harus dibuat berdasarkan tingkat keparahan masalah.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan terjadwal.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, A. 2014. *Promosi kesehatan*. Deepublish.
- Ambarwati, E. R., Lusi, N., Nisa, R. M., Azhari, R. A., & Krisnasari, R. V. 2021. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kesehatan Ibu Dan Anak Sebagai Upaya Meningkatkan Derajat Kesehatan: Community Empowerment In Maternal and Child Health as An Effort to Increase Health Degree. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 7(2), 331-336.
- Anggraeni, R., Mutmainnah, M., Khumairah, P. V., & Elmika, E. 2022. Komunikasi Kesehatan. *Jurnal Kesehatan USIMAR*, 1(2), 78-87.
- Astuti, L. P., Prasida, D. W., & Wardhani, P. K. 2017. Peran Dan Fungsi Bidan Dalam Pelaksanaan Informed Consent Pada Kegawatdaruratan Obstetri Di Puskesmas. *Jurnal Kebidanan*, 101-120.
- Basuki, U. 2020. Merunut Konstitusionalisme Hak Atas Pelayanan Kesehatan Sebagai Hak Asasi Manusia. *Jurnal Hukum Caraka Justitia*, 1(1), 21-41.
- Indrayani, T., & Syafar, M. 2020. Buku Promosi Kesehatan Untuk Bidan. Serang: CV. AA. Rizky.
- Lette, A. R. 2018. Sumber Informasi Dan Peran Significant Others Dalam Program Keluarga Berencana Di Klinik Pratama Citra Husada Kupang. *Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 5(1), 25-34.
- Mamahit, A. Y., Oktavyanti, D., Aprilyawan, G., Wibowo, M., Ishak, S. N., Solehah, E. L., ... & La Patilaiya, H. 2022. *Teori Promosi Kesehatan*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Meilasari, P., Nababan, N., & Djatmika, D. 2016. Analisis terjemahan ungkapan eufemisme dan disfemisme pada teks berita online BBC. *Prasasti: journal of linguistics*, 1(2), 336-358.

- Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta.
- Rosdiana, S. K. M. 2022. Media Komunikasi Kesehatan. *Komunikasi Kesehatan*, 133.
- Yulandari, O. 2021. Kesehatan Ibu Hamil Dari Perspektif Sosial Culture/Budaya. *Angewandte Chemie International*, 6(11), 951-952.

BAB 11

STRATEGI ANTARA KIA DAN KR

Oleh Redemptus

11.1 Pendahuluan

Kehamilan dan akibat melahirkan tetap menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan di kalangan wanita usia reproduksi di negara berkembang saat ini. 3 jutaan wanita kekurangan sarana untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, dan untuk mencegah dan mengatasi komplikasi dan penyakit selama kehamilan. Meskipun ada kemajuan global dalam mengatasi kematian ibu, risikonya tetap sangat tinggi: diperkirakan ada 287.000 kematian ibu pada tahun 2010—rata-rata mendekati 800 per hari—lebih dari setengahnya terjadi di Afrika sub-Sahara, dan hanya di bawah sepertiga di Asia Selatan. Rasio kematian ibu (AKI) di daerah berkembang (240 kematian per 100.000 kelahiran hidup) adalah 15 kali lebih tinggi daripada negara maju. Untuk setiap kematian ibu, lebih banyak wanita menderita morbiditas ibu, terutama di negara-negara berkembang. Bukti dari Bangladesh telah mendokumentasikan hilangnya produktivitas dari kondisi kesehatan ibu, khususnya untuk komplikasi kehamilan yang parah. Kematian dan morbiditas ibu membebankan biaya dalam hal penghasilan yang hilang, dan juga berarti bahwa anggota keluarga perlu menyerap pekerjaan yang dilakukan perempuan di dalam rumah, yang dapat mengurangi kemampuan mereka sendiri untuk mengeksploitasi peluang ekonomi dan pendidikan di luar.

Secara global, partisipasi angkatan kerja perempuan menurun dengan setiap tambahan anak: sekitar 10 hingga 15 poin persentase di antara wanita berusia 25 hingga 39 tahun,

dan sekitar 5 hingga 10 poin persentase di antara wanita berusia 40 hingga 49 tahun. Berbagai faktor membantu menjelaskan korelasi ini, termasuk meningkatnya tingkat pendidikan. Di Timor-Leste, misalnya, angka fertilitas total bervariasi dari 6,1 kelahiran per perempuan yang tidak berpendidikan hingga hanya 2,9 kelahiran untuk perempuan berpendidikan menengah ke atas. Pada saat yang sama, beberapa bukti menunjukkan bahwa hubungan antara fertilitas dan pasokan tenaga kerja setidaknya sebagian kausal. Di AS, peningkatan fertilitas eksogen dikaitkan dengan kemungkinan 10% lebih rendah dari ibu yang berada dalam angkatan kerja. Hasil serupa secara kualitatif telah ditemukan di Argentina dan Meksiko, negara-negara dengan pasar dan institusi tenaga kerja yang sangat berbeda. Legalisasi aborsi, yang mengarah pada penurunan fertilitas total, juga dikaitkan dengan partisipasi angkatan kerja perempuan yang lebih tinggi.

11.2 Kesejahteraan finansial rumah tangga

Sudah diketahui dengan baik bahwa bencana biaya kesehatan dapat memiskinkan keluarga di negara berkembang — rumah tangga sering melaporkan harus meminjam atau menjual aset untuk membayar layanan kesehatan. Bukti terakumulasi bahwa kesehatan ibu yang buruk menimbulkan beban ekonomi yang penting bagi rumah tangga. Sebuah studi di Bangladesh telah mendokumentasikan pengurangan besar dalam sumber daya rumah tangga yang terkait dengan hasil kesehatan ibu yang buruk, yang sebagian besar didorong oleh pengeluaran kesehatan yang besar. Di Ghana dan Benin, biaya komplikasi pada biaya melahirkan diperkirakan sepertiga dari pengeluaran tunai rumah tangga tahunan. Di Burkina Faso, wanita dengan komplikasi kebidanan yang lebih parah melaporkan penjualan aset yang lebih sering, lebih banyak pinjaman, dan pembayaran utang yang lebih lambat pada tahun

berikutnya. Di Yaman, dalam sebuah survei terhadap wanita yang menderita penyakit reproduksi sebelumnya. morbiditas aktif, 43% melaporkan harus menjual aset atau mengambil pinjaman untuk membayar perawatan mereka. Penelitian kualitatif juga di Bangladesh lebih lanjut mendukung bukti bahwa keluarga menanggung beban keuangan yang signifikan karena membayar perawatan kesehatan ibu. Pengeluaran kesehatan langsung dari kematian ibu lebih dari enam kali lebih tinggi dibandingkan dengan hasil kelahiran yang sukses. Keluarga juga harus membayar biaya pemakaman yang cukup besar. Keluarga yang terkena dampak juga memiliki biaya keuangan tidak langsung yang besar, termasuk hari-hari yang substansial tidak masuk kerja dan kehilangan upah dan banyak yang melaporkan harus meminjam untuk mengisi kekosongan. Total beban ekonomi kematian ibu diperkirakan lebih dari satu tahun penuh pendapatan rumah tangga.

11.3 Generasi mendatang

Kesehatan reproduksi yang buruk dapat berdampak buruk terhadap prospek ekonomi generasi berikutnya. Dampak paling ekstrim muncul ketika seorang wanita atau bayinya meninggal saat melahirkan, tetapi kesehatan ibu yang buruk juga dapat mempengaruhi kesejahteraan dan sekolah anak-anaknya. Banyak penelitian telah menyelidiki bagaimana kehilangan orang tua berdampak pada investasi sumber daya manusia pada anak-anak, dan penelitian di negara-negara berpenghasilan rendah umumnya menemukan bahwa anak yatim piatu memiliki kesehatan yang lebih buruk dan pendidikan yang lebih rendah daripada anak-anak lain. Khususnya, penelitian tersebut juga menemukan bahwa kematian seorang ibu cenderung mempengaruhi anak-anak lebih buruk daripada kematian ayah. Di Afrika Selatan, ketika seorang ibu meninggal, anak-anaknya cenderung tidak

bersekolah dan menyelesaikan tahun sekolah lebih sedikit daripada anak-anak yang ibunya masih hidup. Di Tanzania, perkiraan dampak kematian ibu bisa sebesar satu tahun sekolah penuh. Namun penelitian ini sebagian besar berfokus pada dampak kematian akibat *human immunodeficiency virus* (HIV)/*acquired immune deficiency syndrome* (AIDS), yang mungkin berbeda dari penyakit ibu, yang merupakan bidang yang membutuhkan lebih banyak penelitian.

11.4 Faktor-faktor apa yang berkontribusi terhadap hasil kesehatan reproduksi yang buruk?

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pendapatan per kapita, pendidikan perempuan, tingkat persalinan oleh tenaga terampil, dan pengeluaran kesehatan semuanya berkorelasi dengan tingkat kematian ibu. Estimasi AKI terbaru yang dihasilkan oleh UN *Maternal Mortality Estimates Inter-agency Group* (estimasi Mei 2012). Estimasi ini dihasilkan dari tahun 1990–2010 dan tersedia dalam interval lima tahun. Data produk domestik bruto per kapita, tingkat penyelesaian pendidikan dasar perempuan, tingkat fertilitas total, persentase kursi parlemen di majelis tunggal atau lebih rendah yang dipegang oleh perempuan, dan proporsi penduduk yang tinggal di perkotaan berasal dari Bank Dunia. Indikator Pembangunan Dunia (WDI). Data tentang prevalensi HIV pada orang dewasa berasal dari Program Bersama PBB untuk HIV/AIDS (UNAIDS). Penelitian juga menggunakan Indeks Ketidaksetaraan Gender, ukuran gabungan dari ketidaksetaraan antara laki-laki dan perempuan dalam hal pendidikan, representasi politik, partisipasi angkatan kerja, dan hasil kesehatan reproduksi yang dihasilkan oleh Program Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNDP). Sampel dari 158 negara mencakup semua negara dengan populasi lebih dari 500.000 yang datanya

tersedia. Negara-negara dengan proporsi legislator perempuan yang lebih tinggi dan lebih banyak anak perempuan menyelesaikan sekolah dasar juga memiliki angka kematian ibu yang lebih rendah. Menariknya, ketika pendidikan dimasukkan ke dalam model, pengaruh pendapatan tidak lagi signifikan, menunjukkan bahwa hubungan antara pendapatan dan AKI sebagian besar didorong oleh investasi yang dilakukan negara-negara tersebut. Ketika persentase anggota parlemen perempuan dan pendidikan perempuan dimasukkan ke dalam model, kedua efek tersebut tetap signifikan dan relatif tidak berubah dari spesifikasi sebelumnya yang menunjukkan bahwa keduanya memiliki efek penting pada kematian ibu. Banyak faktor yang terkait dengan MMR dalam model lintas negara kami. Serupa dengan penelitian sebelumnya, analisis ini menegaskan bahwa di seluruh negara yang termasuk dalam sampel kami, negara dengan tingkat pendapatan yang lebih tinggi, populasi perkotaan yang lebih banyak, tingkat penggunaan bidan terlatih yang lebih tinggi, dan tingkat kesuburan yang lebih rendah memiliki tingkat kematian ibu yang lebih rendah. Selain itu, studi ini juga menemukan bahwa negara-negara di mana perempuan memegang proporsi kursi yang lebih tinggi di parlemen dan di mana proporsi anak perempuan menyelesaikan pendidikan dasar lebih tinggi, kita juga melihat tingkat kematian ibu yang lebih rendah. Hal itu menunjukkan bahwa proses peningkatan kesetaraan gender dan hasil kesehatan reproduksi saling terkait erat.

11.5 Memahami kurangnya investasi dalam kesehatan reproduksi

Terlepas dari kemajuan dalam kesetaraan gender, potensi keuntungan ekonomi yang besar, manfaat kesehatan yang nyata, dan nilai intrinsik investasi dalam kesehatan reproduksi, di samping solusi teknis yang terdokumentasi

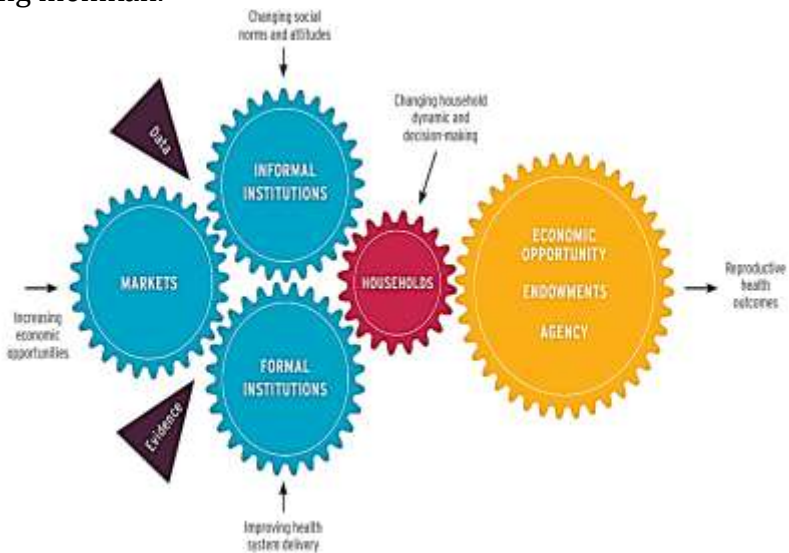
dengan baik, terlalu sedikit kemajuan yang dicapai dalam menangani kebutuhan kesehatan reproduksi. Mengapa kesenjangan ini bertahan?

WDR2012 menyoroti suara dan kebijakan perempuan sebagai area kritis di mana kemajuan dari waktu ke waktu sangat lambat—dan menggarisbawahi hubungan kritis antara kebijakan dan kesehatan reproduksi. Di Papua Nugini, misalnya, hampir tiga dari setiap sepuluh perempuan menyebutkan kurangnya pengetahuan sebagai alasan utama tidak menggunakan kontrasepsi. Di 37 negara dengan data terbaru, 12% wanita menyatakan bahwa kekerasan dibenarkan ketika seorang istri menolak untuk berhubungan seks dengan suaminya—dan mencapai 45% di Burkina Faso. Di Bangladesh, wanita yang kurang mandiri cenderung tidak menerima pelayanan antenatal atau melahirkan.

Kendala pada kebijakan perempuan yang lebih muda mungkin lebih parah dan karenanya mungkin memerlukan perhatian khusus. Perkawinan anak masih umum terjadi, dengan perkiraan 60 juta perempuan secara global berusia 20–24 tahun menikah sebelum mereka berusia 18 tahun. Ini mewakili rata-rata global sekitar 36% dari semua anak perempuan yang menikah sebelum mereka berusia 18 tahun, tetapi secara regional angkanya adalah setinggi 45% di Asia Selatan, dengan puncak lebih dari 82% anak perempuan di Bangladesh. Perkawinan anak telah dikaitkan dengan risiko psikologis dan kesehatan, termasuk fistula vestico-vaginal dan kemungkinan lebih tinggi tertular HIV. Namun, praktik tersebut juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kekerasan dan penurunan angka bersekolah, dan dengan peningkatan risiko kehamilan remaja, yang dapat menimbulkan berbagai dampak merugikan seperti dibahas di bawah ini.

Penelitian terbaru di India telah mengkonfirmasi tingkat pernikahan anak yang sangat tinggi—hampir setengah dari wanita berusia 20-24 tahun telah menikah sebelum usia 18

tahun, hampir 23% menikah sebelum usia 16 tahun, dan hampir 3% menikah sebelum usia 13 tahun. Di antara wanita berusia 20–24 tahun, penelitian ini menemukan bahwa perkawinan anak secara signifikan terkait dengan penurunan penggunaan kontrasepsi sebelum kelahiran anak pertama, kesuburan yang tinggi (tiga kelahiran atau lebih), kehamilan ganda yang tidak diinginkan, jarak kelahiran yang pendek, dan sterilisasi wanita. Meluasnya perkawinan anak, dan hubungannya dengan fertilitas yang tinggi, mencerminkan kebutuhan mendesak untuk memperluas layanan kesehatan seksual dan reproduksi komprehensif yang menjangkau remaja yang menikah.



Gambar 11.1. Kemajuan yang terbatas dalam kesehatan reproduksi dijelaskan oleh kendala saling memperkuat.
(Sumber : Karen Grepin, Investing in Womens, reproductive health)

Gambar di atas, yang diadaptasi dari WDR2012, menggambarkan bagaimana hasil kesehatan reproduksi yang

baik dihasilkan dari interaksi sejumlah faktor. Ini menunjukkan bahwa hasil utama dari kesetaraan gender —dalam hal anugerah, kebijakan, dan peluang—saling terkait, dan dipengaruhi oleh interaksi pasar, lembaga formal (seperti sistem kesehatan masyarakat) dan lembaga informal (termasuk norma dan sikap). serta pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Faktor-faktor ini berinteraksi dengan cara yang penting: misalnya, perempuan miskin memiliki akses yang lebih rendah ke layanan perawatan kesehatan berkualitas tinggi daripada wanita yang lebih kaya, sementara kualitas layanan kesehatan ibu yang rendah sering menghalangi pemanfaatan.

Terkadang faktor-faktor ini bergerak ke arah yang salah dan lingkaran setan dapat menghambat kemajuan, tetapi penerapan kebijakan inovatif dapat membantu memutus dan membalikkan arahnya, memulai siklus baik yang dapat meningkatkan kesehatan reproduksi. Visualisasi ini membantu untuk menggarisbawahi bahwa perempuan sering kali menghadapi kerugian ganda atau gabungan di mana kesehatan reproduksi yang buruk dikaitkan dengan sumber kerugian lainnya.

Wanita yang dirugikan berdasarkan kelas, kasta, lokasi, dan etnis mengalami hasil kesehatan reproduksi yang jauh lebih buruk daripada wanita lain. Di Vietnam, misalnya, 60% wanita dari etnis minoritas melahirkan tanpa perawatan prenatal, dua kali lebih banyak dibandingkan mayoritas wanita. Institusi formal sangat penting dan layanan kesehatan yang berfungsi buruk berkontribusi pada hasil kesehatan reproduksi yang buruk. Pada tahun 2008, kurang dari dua pertiga kelahiran secara global dan kurang dari 47% di Afrika memiliki bidan terlatih. Di Nepal, hanya 44% wanita hamil menerima perawatan antenatal, dan kurang dari satu dari lima melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan terlatih. Di sini, seperti di tempat lain, ada perbedaan besar dalam distribusi—

di India, hampir sembilan dari sepuluh wanita di kuintil terkaya mendapat bantuan selama persalinan sementara hanya dua dari sepuluh di kuintil termiskin yang melakukannya. Hambatan untuk mengakses perawatan kesehatan berbeda-beda di berbagai negara dan wilayah, tetapi hambatan keuangan dan fisik, pilihan transportasi yang tidak memadai, kualitas layanan kesehatan yang rendah, dan kurangnya pengetahuan tentang ke mana harus melahirkan sering disebut sebagai alasan untuk tidak mencari perawatan.

11.6 Akuntabilitas yang terbatas

Bagian lain dari masalah ini adalah kurangnya akuntabilitas untuk peningkatan kesehatan reproduksi, yang diperparah oleh kurangnya data berkualitas untuk mengukur, memantau dan melacak kematian ibu. Sebuah laporan baru-baru ini menunjukkan bahwa hanya 11 dari 75 negara kesehatan ibu dan anak prioritas tinggi yang memiliki data tentang 11 indikator inti kesehatan ibu dan anak dan banyak yang tidak memiliki data sama sekali. Tanpa sistem data yang kuat dan bukti yang lebih baik tentang efektivitas program.

Untungnya, ada Vbeberapa perbaikan di bagian depan data. Data tentang persalinan oleh tenaga terampil, misalnya, tersedia selama lima tahun terakhir untuk sekitar 145 negara—dibandingkan dengan kurang dari 80 negara dalam lima tahun sebelumnya dan kurang dari sepuluh negara pada tahun 1990-an.

Namun, frekuensi pelaporan rendah untuk banyak negara, karena hanya sekitar setengah dari negara tersebut yang diperbarui setiap tahun. Perbandingan lintas negara juga tetap menjadi masalah, mengingat variabilitas antar negara dalam sumber data. Diperlukan investasi yang jauh lebih besar dalam mengumpulkan data kesehatan reproduksi yang akurat dan tepat waktu.

11.7 Kebijakan yang meningkatkan kesehatan reproduksi

Langkah-langkah untuk memperluas kebijakan perempuan dan anak perempuan Cakupan dan sifat kebijakan perempuan dan anak perempuan, termasuk kekuasaan untuk membuat keputusan dan menentang otoritas, berdampak besar bagi kesehatan reproduksi mereka. Sementara efek intervensi cenderung sangat spesifik konteksnya, beberapa kebijakan dan program telah memperluas kebijakan secara efektif, baik dengan memperluas peluang, atau melalui peningkatan kesadaran, pengetahuan, dan aspirasi. Pendidikan adalah kendaraan utama untuk memberikan kesempatan dan pengetahuan tersebut, dan memang pendidikan ibu dan kesehatan ibu dan anak berkorelasi kuat. Peningkatan pendidikan bagi perempuan dapat dikaitkan langsung dengan kesehatan reproduksi: Di AS, di daerah di mana perempuan memperoleh akses ke perguruan tinggi, perempuan lebih cenderung menggunakan perawatan antenatal. Pendidikan perempuan tampaknya juga mempengaruhi fertilitas selanjutnya: Di Indonesia, peningkatan jumlah perempuan pendidikan dikaitkan dengan penurunan fertilitas dan kematian anak, dan di Nigeria, satu tahun tambahan sekolah perempuan menurunkan fertilitas sebanyak 0,26 kelahiran. Lebih banyak bersekolah di kalangan gadis remaja di Malawi dikaitkan dengan tingkat kehamilan remaja yang lebih rendah. Sementara sebagian besar penelitian berfokus pada pendidikan dasar, tampaknya pendidikan pasca-sekolah dasar juga penting. Hal ini menunjukkan potensi keuntungan yang luar biasa di masa depan, karena kesenjangan antara anak laki-laki dan perempuan di tingkat menengah lebih mencolok. Peluang ekonomi yang lebih besar dapat mengubah definisi tradisional tentang peran gender, tugas dan tanggung jawab, dan aspirasi anak perempuan dan perempuan. Di Bangladesh, perluasan

kesempatan kerja bagi perempuan di sektor garmen dikaitkan dengan pesatnya peningkatan sekolah anak perempuan—antara tahun 1983 dan 2000, desa-desa yang dekat dengan pabrik garmen mengalami peningkatan sebesar 27% dalam angka pendaftaran sekolah anak perempuan. Demikian pula, reformasi undang-undang warisan di India, yang memberi perempuan kekuatan ekonomi yang lebih besar, juga mengakibatkan penundaan pernikahan bagi anak perempuan, peningkatan tahun sekolah sebesar 11–25%, dan pembayaran mahar yang lebih rendah. Di banyak negara berkembang, kurangnya hak pilihan bagi perempuan, meskipun diperparah oleh pendidikan yang terbatas, dapat dilacak pada bagaimana sistem hukum formal dirancang dan dikelola. Bahkan di abad ke-21, hambatan hukum—seperti undang-undang yang mensyaratkan pemberitahuan orang tua tentang rencana aborsi anak perempuan mereka atau undang-undang yang mengizinkan suami atau pasangan untuk memveto penggunaan kontrasepsi istri atau pacar—mencegah anak perempuan dan perempuan mengakses program keluarga berencana dan kebutuhan layanan persalinan yang aman. Hambatan ini berkontribusi pada keterlambatan dalam mengakses layanan kesehatan ibu yang esensial. Akibatnya, reformasi hukum dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan hasil kesehatan reproduksi, khususnya terkait dengan akses ke layanan aborsi. Hampir 22 juta aborsi tidak aman terjadi secara global pada tahun 2008, banyak di antaranya terjadi di negara berkembang—lebih dari separuh aborsi di negara berkembang tidak aman, dibandingkan dengan hanya 6% aborsi di negara maju. Meskipun undang-undang aborsi yang sangat ketat cenderung tidak menurunkan tingkat aborsi, mereka biasanya membuatnya tidak aman. 82 negara dengan undang-undang aborsi yang paling ketat juga merupakan negara dengan tingkat aborsi tidak aman dan angka kematian aborsi tertinggi. Sebaliknya, di mana aborsi diizinkan atas dasar hukum yang

luas, umumnya lebih aman. Di Bangladesh, Rumania, dan Afrika Selatan, misalnya, liberalisasi kebijakan aborsi, ditambah dengan penerapan layanan aborsi yang aman dan intervensi kesehatan reproduksi lainnya menyebabkan penurunan dramatis dalam angka kematian terkait aborsi. Di Rumania, setelah reformasi kebijakan pada tahun 1989, aborsi terkait rasio kematian turun dari 148 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1989, menjadi 5 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2006. Demikian pula di Bangladesh proporsi kematian ibu akibat aborsi turun lebih dari setengah dari 24% pada tahun 1976–1985 menjadi 11 % pada tahun 1996–2005 di wilayah yang menerima intervensi khusus selain liberalisasi hukum. Di Afrika Selatan, jumlah tahunan kematian terkait aborsi turun 91% antara tahun 1994 dan 2001 menyusul liberalisasi undang-undang aborsi.

Data menunjukkan bahwa jumlah perkawinan anak telah menurun dari waktu ke waktu, namun hal ini terjadi relatif lambat, dan penyebab penurunan tersebut tidak diketahui secara pasti. Perkawinan anak dilarang oleh undang-undang di banyak negara, tetapi seringkali dengan dampak yang terbatas. Di India misalnya, pernikahan sebelum usia 18 tahun dianggap ilegal selama sekitar tiga dekade, namun sekitar setengah dari semua gadis masih menikah sebelum usia 18 tahun. Demikian pula di Nigeria, pembatasan hukum pada usia perkawinan tidak secara fundamental mengubah praktik tersebut. Sebagaimana ditelaah lebih jauh di bawah ini, kebijakan yang menargetkan pendidikan—seperti bantuan tunai bersyarat (CCT)—mungkin juga efektif dalam mengurangi perkawinan anak. Di Amerika Latin, risiko kehamilan remaja telah diatasi melalui intervensi kebijakan yang berfokus pada meningkatkan prospek pendidikan, kesehatan dan pekerjaan. Intervensi ini mencakup informasi yang ditargetkan dan akses ke kontrasepsi, yang pada gilirannya secara langsung meningkatkan rentang pilihan yang

tersedia bagi remaja. Di Peru, CCT meningkatkan kehadiran di sekolah, yang diidentifikasi sebagai mekanisme untuk mengurangi kesuburan di antara penerima manfaat Juntos. Di Program perpanjangan jam sekolah di Cile terbukti mengurangi kehamilan remaja. Karena kehamilan remaja berkorelasi negatif dengan sejumlah hasil sosial ekonomi, memahami efek kausal dari melahirkan anak secara dini merupakan tantangan. Bagian dari hasil negatif yang dikaitkan dengan kehamilan remaja mungkin disebabkan oleh rendahnya peluang pendidikan dan ekonomi yang dihadapi oleh perempuan muda (dan laki-laki muda). Dalam pengertian ini, kehamilan dini bisa menjadi konsekuensi daripada penyebab kerugian sosial ekonomi. Mengetahui bahwa kemiskinan dan kurangnya kesempatan adalah faktor penentu utama melahirkan anak menegaskan pentingnya fokus secara holistik pada memperluas jangkauan perempuan muda dari kesempatan yang tersedia dan memperkuat hak pilihan mereka untuk membuat pilihan yang efektif. Sementara kesuburan sering dikaitkan dengan putus sekolah, misalnya, faktor lain seperti status perkawinan, aspirasi dan pengembalian ekonomi yang diantisipasi untuk pendidikan, dan sikap keluarga dan sosial, juga terkait dengan kelanjutan sekolah dan kemungkinan mengalami kehamilan remaja. Dalam hal ini, pendekatan yang lebih holistik untuk mengurangi kesuburan remaja mungkin diperlukan yang berfokus pada mengatasi penyebab yang mendasarinya serta menyediakan layanan kesehatan reproduksi. Tinjauan terbaru terhadap intervensi menemukan bahwa intervensi yang mendorong kehadiran di sekolah terbukti lebih efektif dalam mengurangi kesuburan remaja secara keseluruhan, sementara intervensi yang berfokus pada peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap tentang kesehatan seksual dan reproduksi—seperti melalui pendidikan sebaya atau lokakarya berbasis sekolah—berhasil. Dalam jangka pendek (dalam tahun pertama), tetapi tanpa perubahan

sikap yang berkelanjutan dalam jangka panjang (dua tahun setelah intervensi)

Pengalaman terakumulasi di seluruh dunia tentang bagaimana program yang dirancang untuk mempromosikan pendidikan, dapat memiliki manfaat positif dalam hal menunda kehamilan. Di Kenya, misalnya, pemberian seragam gratis kepada siswa ditemukan mengurangi kemungkinan putus sekolah dan mengurangi kemungkinan hamil sebesar 17%, dan efek ini bertahan selama bertahun-tahun setelah program subsidi berakhir. Di Malawi, sebuah program yang memberikan bantuan tunai kepada siswi yang masih sekolah dan putus sekolah baru-baru ini dengan syarat tetap bersekolah atau kembali ke sekolah mengurangi pernikahan dini, kehamilan remaja, dan aktivitas seksual yang dilaporkan sendiri hanya setelah satu tahun pelaksanaan program. Demikian pula di Chili dan Peru. Peningkatan kehadiran di sekolah dan program jam sekolah yang diperpanjang masing-masing terbukti mengurangi kehamilan remaja. Sementara itu, bukti dari Bogota, Kolombia menunjukkan bahwa insentif berbasis kinerja sangat penting untuk keberhasilan program CCT tertentu dalam mengurangi kehamilan remaja. Studi ini menemukan bahwa program *Subsidio educativo*, yang pembaruannya disyaratkan pada gadis penerima yang terdaftar di tahun berikutnya, menyebabkan penurunan yang cukup besar pada kehamilan remaja, sedangkan *Familias en Accion*, yang tidak memuat kondisi kinerja, tidak berpengaruh.

Selama dekade terakhir, banyak pemerintah telah berusaha untuk mengurangi hambatan keuangan untuk mengakses layanan kesehatan ibu. Meskipun beberapa hasil beragam, dan tidak ada penelitian yang menyelidiki dampak langsung pada hasil kesehatan, ada cukup bukti untuk menyimpulkan bahwa kebijakan ini menjanjikan, terutama dalam konteks di mana kendala sisi permintaan merupakan hambatan utama pemanfaatan layanan. Sejumlah negara,

154

menanggapi kekhawatiran tentang dampak regresif dari biaya pengguna, telah membebaskan wanita hamil atau layanan bersalin tertentu. Kebijakan semacam itu telah diperkenalkan di Ghana, Senegal, Mali, Maroko, Sierra Leone, dan di tempat lain. Evaluasi umumnya menemukan peningkatan pemanfaatan di antara populasi sasaran, meskipun banyak dari studi ini tidak memiliki kelompok kontrol yang kuat, dan tinjauan baru-baru ini menemukan bahwa kualitas secara keseluruhan terlalu buruk untuk menarik kesimpulan yang tegas. Implementasi yang buruk dari kebijakan-kebijakan ini, dan kurangnya akuntabilitas kepada penerima manfaat, kemungkinan telah membatasi efektivitas pendekatan-pendekatan ini. Voucher untuk mendorong penggunaan layanan kesehatan ibu di

Bangladesh, Kamboja, Kenya, Pakistan, Tanzania dan Uganda telah dievaluasi lebih teliti, dan dengan hasil yang lebih menggembirakan. Di Bangladesh, wanita yang melahirkan di daerah yang ditargetkan oleh voucher lebih cenderung menggunakan penyedia terakreditasi dan 13 poin persentase lebih mungkin untuk melahirkan di fasilitas daripada di daerah pembanding. Di pedesaan Kenya, wanita yang tinggal di daerah voucher lebih mungkin melahirkan di fasilitas kesehatan dan dengan penyedia layanan kesehatan yang terampil, dan hasil serupa ditemukan di daerah kumuh perkotaan di Nairobi.

Pendekatan lain melibatkan pembayaran tunai kepada perempuan dengan syarat mereka menggunakan layanan keibuan. Tinjauan sistematis telah menunjukkan bahwa CCT dapat secara efektif meningkatkan hasil kesehatan, termasuk kesehatan ibu. Program CCT yang dievaluasi paling ketat, yang dikenal sebagai program Progres/Oportunidades di Meksiko, menargetkan perilaku pencarian kesehatan rumah tangga miskin. Wanita yang terpapar program, terutama ibu yang lebih muda, lebih mungkin mengakses perawatan antenatal dan memilih penyedia layanan kesehatan yang lebih terampil untuk melahirkan.

Upaya untuk meningkatkan ketersediaan sumber daya manusia, khususnya tenaga kesehatan yang kurang berkualitas yang dapat dilatih lebih cepat dan lebih mudah dikerahkan ke masyarakat pedesaan, juga menjanjikan tetapi memerlukan lebih banyak evaluasi. Ethiopia, negara besar dan sebagian besar pedesaan dengan salah satu rasio dokter per populasi terendah di dunia, melakukan perluasan besar-besaran sumber daya manusia kesehatan, menargetkan peningkatan kesehatan ibu dan anak. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa program tersebut telah diterima dengan baik oleh perempuan dan menunjukkan bahwa penggunaan KB dan perawatan antenatal telah meningkat. Namun, evaluasi lain menemukan dampak program terhadap indikator kesehatan ibu menjadi terbatas. Evaluasi menunjukkan bahwa di pedesaan Pakistan, Lady Health Worker—penduduk wanita setempat yang telah menerima pelatihan medis pra-layanan dan dalam-layanan singkat untuk memberikan berbagai layanan kesehatan mulai dari imunisasi hingga keluarga berencana, untuk memberikan pendidikan kesehatan dasar dan untuk mengidentifikasi dan merujuk lebih banyak kasus-kasus rumit —program menyebabkan peningkatan penggunaan alat kontrasepsi secara nasional.

Karya terbaru dari Orissa, India mengidentifikasi tiga proses yang mendukung efektivitas akuntabilitas sosial: menghasilkan permintaan akan hak dan layanan yang lebih baik; memanfaatkan perantara untuk melegitimasi tuntutan perempuan miskin dan terpinggirkan; dan menyadarkan para pemimpin dan penyedia layanan kesehatan terhadap kebutuhan perempuan. Dalam konteks ini, mekanisme akuntabilitas sosial seperti audiensi publik memberikan cara baru bagi perempuan untuk menyuarakan keprihatinan dan tuntutan mereka secara kolektif dalam lingkungan yang mendukung. Tuntutan ini kemudian diperkuat dan dilegitimasi oleh mitra perantara seperti pejabat daerah terpilih dan media,

yang juga berpartisipasi dalam audiensi, yang mengarah pada peningkatan penerimaan terhadap kebutuhan perempuan. Bukti menunjukkan bahwa beberapa mekanisme kemampuan akuntabel dapat memenuhi kebutuhan penerima manfaat.

11.8 Kesimpulan

Meningkatkan kesehatan reproduksi wanita di seluruh dunia sangat penting tidak hanya untuk manfaat kesehatan yang akan didapat tetapi juga untuk manfaat sosial dan ekonomi yang substansial, bagi wanita, keluarga mereka, dan komunitas mereka. Hingga saat ini, sebagian besar diskusi tentang peningkatan hasil kesehatan reproduksi difokuskan pada peningkatan dari dalam sektor kesehatan. Analisis kami menunjukkan bahwa ukuran ketidaksetaraan gender adalah prediktor penting kesehatan reproduksi yang buruk dan oleh karena itu mengatasi sumber ketidaksetaraan ini sangat penting untuk meningkatkan hasil kesehatan reproduksi. Pilihan kebijakan yang terbukti tersedia untuk mewujudkan keuntungan tersebut, meskipun apa yang berhasil dan tidak berhasil akan sangat didorong oleh konteks kelembagaan, politik dan budaya negara.

Konteks penting, tidak hanya karena bagaimana hal ini membentuk kemungkinan teknis dan finansial dari intervensi, tetapi karena norma dan sikap sosial sangat penting. Secara lebih luas, pengakuan terhadap agensi menggarisbawahi kebutuhan untuk melibatkan perempuan dan laki-laki dalam intervensi kesehatan reproduksi.

Poin luas lainnya yang muncul adalah bahwa meskipun evaluasi telah menunjukkan bahwa banyak kebijakan kesehatan reproduksi berpotensi efektif, upaya tersebut dapat terganggu oleh implementasi yang buruk. Pemantauan dan evaluasi yang tepat sangat penting untuk memastikan kinerja dan dukungan berkelanjutan. Hal ini pada gilirannya

membutuhkan investasi besar dalam pembangunan kapasitas statistik, akses terbuka ke data dan pemanfaatan bukti untuk meningkatkan akuntabilitas dan kinerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Grepin, Karen A. Investasi Kesehatan Reproduksi wanita: Menutup celah maut antara apa diketahui dan apa yang dilakukan. World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report-pdf0.pdf>
- The World Bank. World Development Report 2012. Washington, DC, The World Bank, 2012.
- Lozano R, Wang H, Foreman KJ et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *The Lancet* 2011; 378: 1139–65.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380: 2095–128.
- The World Health organization, UNICEF, The World Bank, UNFPA. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Geneva, World Health organization, 2012. Mahler H. The Safe Motherhood Initiative: A Call to Action. *The Lancet* 1987; 329: 668.
- Koblinsky MA. Beyond maternal mortality — magnitude, interrelationship and consequences of women's health, pregnancy-related complications and nutritional status on pregnancy outcomes. *International Journal of Gynecology and obstetrics* 1995; 48: S21–S3

BAB 12

PROMOSI KESEHATAN DALAM PRAKTEK KEBIDANAN

Oleh Waihti Amalia

12.1 Pendahuluan

Tenaga kesehatan khususnya bidan berperan dalam ujung tombak sebagai penentu kesehatan ibu dan anak. Hal ini tidak terlepas dari peran dan tugasnya di komunitas. Upaya promosi kesehatan saat ini menjadi program yang digencarkan pemerintah dengan harapan dapat menekan angka kesakitan. Sehingga jumlah mortalitas dapat berangsur menurun. Promosi kesehatan ini harus menyentuh lapisan masyarakat yang paling dasar agar dapat mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri. Dengan melibatkan berbagai cara, lintas sektor, dan media sebagai perantara untuk promosi kesehatan yang mumpuni. Informasi yang tepat dan singkat kepada masyarakat serta program – program yang bersifat mendukung membaiknya derajat kesehatan.

12.2 Definisi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan diartikan sebagai ilmu dan cara dalam menangani masalah kesehatan yang ada di masyarakat dengan pendekatan lifestyle yang sehat dan optimal. Sehat secara optimal yaitu mempunyai keseimbangan fisik sosiopsikospiritual dan dapat berpikir. Promosi kesehatan membutuhkan sasaran yang mampu berpikir kritis sehingga dapat mengelola informasi yang diberikan dan nantinya akan berjalan secara efektif dan efisien. Dengan keterbatasan sumber daya yang ada, diperlukan proses yang bertahap untuk

membedakan sasaran dari promosi kesehatan (Indrayani, 2020).

12.3 Peran Bidan Dalam Promosi Kesehatan

1. Bidang Advokasi

Menggunakan metode pendekatan pada organisasi atau perseorangan yang memiliki pengaruh terhadap keberhasilan dari program yang dicanangkan. Salah satu bentuk programnya adalah:

- a. Seminar ilmiah
- b. Penyampaian masalah kesehatan dalam orasi, jurnal, media massa atau dengan berdiskusi untuk dapat menghasilkan pendapat masyarakat
- c. Penyajian masalah di lingkup kerja

2. Bidang Edukasi

Peemberian pendidikan tentang kesehatan termasuk saat memberikan konseling pada layanan kebidanan yang sedang berlangsung agar klien mampu menjaga kesehatannya secara mandiri. Diantara fungsi bidan untuk edukasi adalah:

- a. Pembinaan kader atau kelompok yang ada di lingkungan
- b. Preceptormentor untuk calon tenaga kesehatan baru
- c. Pendidikan kesehatan dan konseling dalam pelayanan kebidanan

3. Sebagai Fasilitator

Memiliki tanggungjawab untuk melaksanakan, membuat program serta memfasilitasi proses pendidikan dan pengajaran dalam kelompok.

4. Sebagai Motivator

Mendukung masyarakat untuk mengenali masalah kesehatan di sekitar dan bisa mengembangkan potensi

lingkungan yang dimiliki sebagai pemecahan masalah yang ada.

Selain peran diatas yang terkait dengan profesi kebidanan itu sendiri ternyata bidan mempunyai peran sebagai:

1. Pelaksana

- a. Pelayanan kebidanan dalam setiap asuhan yang diberikan meliputi:
- b. Pelayanan dasar, sebelum menikah pada remaja dengan melibatkan klien
- c. Pemberian asuhan kehamilan normal pada wanita
- d. Asuhan kebidanan selama masa persalinan melibatkan keluarga
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan pada neonatus
- f. Asuhan kebidanan pada wanita usia reproduksi yang perlu pelayanan kontrasepsi

2. Pengelola

- a. Pengembangan pada pelayanan tingkat dasar
- b. Pengkajian kebutuhan yang meliputi kesehatan ibu dan anak
- c. Penyusunan rencana kerja yang sesuai dengan kesepakatan masyarakat
- d. Memprogram kegiatan yang dilaksanakan di desa
- e. Manajerial dari bimbingan pada kader, dukun atau petugas lainnya
- f. Pengembangan rencana strategi sebagai upaya peningkatan kesehatan pada masyarakat
- g. Mendorong potensi masyarakat dalam bidang kesehatan dengan pemanfaatan budaya lokal
- h. Peningkatan mutu dan kemampuan untuk mempertahankan keprofesionalan melalui pendidikan
- i. Kegiatan yang sudah dilaksanakan harus terdokumentasi

3. Pendidik

- a. Pelaksanaan pendidikan kesehatan pada klien
- b. Pengkajian kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien
- c. Penyusunan rencana penyuluhan
- d. Mempersiapkan segala materi pendidikan yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat
- e. Melakukan pendidikan dengan cara penyuluhan berjangka
- f. Monitoring serta evaluasi hasil dari program yang sudah dijalankan
- g. Seluruh kegiatan harus masuk dalam dokumentasi yang tertata rapi

4. Peneliti

Sebagai seorang tenaga kesehatan yang sudah menemupuh pendidikan, bidan juga harus berperan dalam penemuan – penemuan terapan terkini dalam bidang keilmuannya. Hal ini meliputi:

- a. Mengenali kebutuhan segera yang harus segera dilakukan
- b. Melakukan penyusunan kerangka kerja dalam pelatihan
- c. Melakukan implementasi dari temuan data
- d. Mengelola data hasil dari temuan
- e. Membuat laporan tersusun dan rencana yang akan datang
- f. Memanfaatkan hasil dari temuan tersebut sebagai upaya perbaikan derajat kesehatan (Kemendikbud, 2021).

12.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan

1. Neonatus

Merupakan bayi yang baru dilahirkan dan masih membutuhkan penyesuaian dengan kehidupan luar kandungan atau ekstra uteri (Sari & Rati Astuti, 2020). Mulai dari masa ini baik ibu maupun bayi harus belajar dalam beradaptasi secara fisiologis dan psikologis. Perawatan secara intensif diperlukan oleh keduanya dari tenaga kesehatan. Pemberian informasi yang adekuat juga akan mempengaruhi keberlangsungan adaptasi ini. Kegiatan dari promosi kesehatan dalam masa ini meliputi:

- a. Memberi tahu orang tua bayi tentang cara supaya bayi tetap hangat dengan menjaga popok sering diperiksa dan di ganti
- b. Perawatan tali pusat hanya memakai kassa steril tanda tambahan apapun
- c. Mengajarkan cara perawatan bayi dalam sehari – hari yaitu cara memandikan bayi sampai dengan besaran biaya yang akan dikeluarkan ketika imunisasi atau bayi sakit
- d. Informasi tentang kolostrum yang sangat berguna untuk neonatus
- e. Petunjuk cara pemberian ASI Eksklusif untuk ibu
- f. Pemberian imunisasi dasar yang diwajibkan oleh pemerintah
- g. Ikut serta dalam kegiatan posyandu untuk memantau tumbuh kembang anak sampai usia 2 tahun
- h. Bimbingan dan konseling dalam stimulasi kesehatan perkembangan anak
- i. Menjadi rujukan ibu dalam pengawasan masalah kesehatan yang terjadi pada anak.

2. Balita (Bawah Lima Tahun)

Golden period atau golden age atau yang biasa disebut dengan masa emas terjadi pada anak sampai usia lima (5) tahun (Indrayani, 2020). Sehingga pada masa ini sangat diperlukan asupan yang adekuat baik secara nutrisi, maupun stimulasi tumbuh kembangnya. Proses pengawasan pertumbuhan balita menjadi kewajiban setiap orang tua sekaligus tenaga kesehatan yang berada di akwasan tersebut. Beebrapa bentuk kegiatan yang mendukung untuk perkembangan balita adalah:

- a. Gizi seimbang dan bagus
- b. Cinta kasih dan bounding attachment dari kedua orang tua dan orang – orang sekitar anak
- c. Posyandu yang diikuti tiap bulannya
- d. Konseling pada keluarga dalam penerapan rangsangan pola pikir pada anak
- e. Pemberian vitamin A tiap 6 bulan
- f. Mawas diri terhadap masalah yang dapat terjadi pada anak.

3. Remaja

Masa remaja akan dialami setelah melewati masa anak – anak dimana pada masa ini terjadi perubahan baik secara fisik maupun psikologis pada anak. Matangnya organ reproduksi bukan menjadi jaminan bahwa anak sudah dewasa karena cara berpikir pada tahap ini belum bisa dianggap dewasa. Kecenderungan untuk bersikap lebih bebas, mudah marah atau sedih, ingin terlihat lebih menarik biasanya dialami pada tahap ini. Terutama pada remaja putri, seringnya kasus yang terjadi adalah masalah kesehatan reproduksi. Sebagai seorang tenaga kesehatan hal yang dapa dilakukan oleh bidan dalam mempromosikan informasi kesehatan adalah:

- a. Promosi tentang hubungan yang sehat antar teman sebaya

- b. Informasi kesehatan reproduksi yang diperlukan selama masa remaja
 - c. Gizi yang adekuat dan seimbang untuk menunjang kesehatan reproduksi
 - d. Efek samping dari seks bebas
 - e. Bahaya penggunaan NAPZA
 - f. Melibatkan orang tua dalam pemantauan perkembangan anak remaja
 - g. Menunggu proses matangnya organ reproduksi dan matang secara fisik jika ingin menikah
 - h. Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid
4. Ibu Gravida (Hamil)
- Kehamilan pertama dianjurkan pada rentang usia 20 -30 tahun dimana seluruh organ reproduksi yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan bayi telah siap. Banyak sekali perubahan yang dirasakan oleh seorang wanita dimasa kehamilan. Rasa ketidaknyamanan dan perubahan hormon kehamilan seringkali menjadi keluhan yang diutarakan oleh ibu. Bidan sebagai tenaga kesehatan yang paling depan harus senantiasa menjaga agar ibu hamil selalu sehat sampai dengan masa persalinan nanti. Salah satu yang bisa dilakukan oleh bidan untuk ibu hamil adalah?
- a. Hadir secara fisik dan psikis dalam menjalani tahapan kehamilan di tiap trimester
 - b. Memberikan informasi yang adekuat sampai ibu paham tentang kehamilannya maupun masalah yang nantinya akan dihadapi sekaligus penyelesaian atau terapi dari ketidaknyamanan.
 - c. Menganjurkan untuk memakan makanan yang mengandung gizi seimbang
 - d. Jauhi asap rokok
 - e. Pemberian informasi tentang seputar tanda bahaya selama hamil

- f. Personal hygiene yang baik
- g. Senam hamil
- h. Pola istirahat yang cukup
- i. Ketahui tentang tanda persalinan

5. Ibu Bersalin

Proses lahirnya bayi dari dalam kandungan menuju dunia luar yang membutuhkan adaptasi secara cepat dari janin. Proses ini melalui beberapa tahapan dimulai dari pembukaan servik dari 1 -10 sampai dengan pelepasan uri atau placenta bayi. Kegiatan promosi kesehatan yang dapat diberikan saat ibu menghadapi persalinan adalah:

- a. Dukung ibu secara moril dan spiritual menjelang persalinannya
- b. Informasikan tahapan yang akan dijalani ibu saat proses bersalin
- c. Upayakan pemberian makanan yang baik saat bersalin
- d. Pantau kemajuan persalinan
- e. Ajarkan ibu tentang kebersihan saat persalinan

6. Ibu Postpartum (Nifas)

Masa nifas atau yang disebut dengan *puerperium* adalah saat dimana bayi dan plasenta lahir sampai 40 hari setelah persalinan. Masa ini dipenuhi dengan recovery organ – organ reproduksi yang sudah bekerja selama kehamilan sampai dengan persalinan. Sehingga diperlukan perawatan yang intensif dari seorang nakes. Upaya promosi yang dapat diberikan pada masa *puerperium* adalah?

- a. Nutrisi yang mumpuni sebagai persiapan proses laktasi atau menyusui
- b. Menjaga kebersihan terutama areaewanitaan
- c. Early ambulation untuk mempercepat penyembuhan luka di perinium maupun involusi uterus
- d. Edukasi tentang kebutuhan istirahat
- e. Harus sudah bisa BAK sendiri minimal 6 jam setelah bersalin

- f. Biasanya pada ibu nifas akan mengalami sering berkemih dan itu sesuatu yang normal
 - g. Ajarkan senam nifas
 - h. Antisipasi kemungkinan adanya konstipasi atau buang air besarnya sulit dengan mengkonsumsi cukup air dan makanan berserat
 - i. Edukasi tentang kapan pertama kali boleh melakukan hubungan suami istri kembali
 - j. Ajarkan ibu tentang perawatan payudara untuk memperlancar proses menyusui
 - k. Berikan info tanda bahaya pada masa nifas
7. Ibu menyusui (Meneteki)

ASI merupakan makanan yang paling baik untuk bayi baru lahir. ASI Eksklusif adalah proses pemberian air susu ibu selama 6 bulan tanpa diberikan makanan atau minuman tambahan apapun termasuk air putih. Proses ini memerlukan pendampingan rutin dari bidan untuk memastikan bahwa kegiatan menyusui berjalan dengan baik. Sehingga diperlukan adanya pemberian info seputar menyusui pada ibu, diantaranya:

- a. Dukung ibu dengan memberikan kepercayaan bahwa setiap ibu mampu memberikan ASI Eksklusif untuk bayinya
- b. Mengajari ibu teknik merawat payudara dengan benar
- c. Pandu ibu dalam menyusui pertama kali dan ajarkan cara menyusui dengan baik
- d. Pemberian nutrisi seimbang
- e. Mencukupi kebutuhan istirahat ibu
- f. Menjaga kebersihan payudara selama menyusui
- g. Beritahu ibu tentang masalah selama menyusui seperti puting susu luka atau lecet, terjadi benjangan ASI atau pembengkakan pada payudara. Agar ibu selalu waspada dan segera konsultasi ke bidan atau tenaga kesehatan.

8. Pasangan Usia Subur (PUS) dan Wanita Usia Subur (WUS)
Berlangsungnya masa ini pada wanita yakni sekitar 33 tahun. Mens secara teratur pada siklus genital memungkinkan seorang wanita untuk mengandung bayi atau hamil. Beberapa informasi yang diperlukan pada masa ini adalah:

- a. Waktu terbaik untuk hamil adalah pada usia 20 – 30 tahun
- b. Saat PUS sudah memiliki anak maka jangan ragu untuk memberikan informasi seputra kontrasepsi
- c. Jalani hidup dengan sehat

9. Masa Klimakterium

Merupakan masa peralihan dari yang normal yang berlangsung sebelum masa menopause. Hal ini terjadi selama 6 tahun sebelum menopause. Dimana pada saat menopause seorang perempuan dinyatakan sudah tidak reproduktif atau tidak bisa hamil kembali. Pada saat klimakterium berlangsung seringkali terjadi rasa ketidaknyamanan yang akan dialami oleh seorang wanita yakni merasakan panas yang menjalar di tubuh (*hot flushes*), gangguan psikis, *mood swing*, terasa kering diareka kewanitaan dan terjadi penurunan hasrat seksual. Pemberian pengetahuan penting sekali pada masa ini, tidak hanya bagi ibu tetapi juga suami sebagai pendamping melewati masa ini. Informasi tersebut meliputi:

- a. Apasaja yang terjadi seputar menopause agar klien dapat mengantisipasinya
- b. Kelola emosi dengan baik
- c. Anjurkan suami untuk memberikan perhatian khusus pada istri
- d. Asupan gizi yang adekuat
- e. Mengonsumsi multivitamin berkolagen untuk mencegah penuaan dini
- f. Aktifitas olahraga yang ringan

- g. Bersosialisasi untuk menghindari rasa kesepian
- h. Mulai lakukan kegiatan yang bersifat spiritual untuk ketenangan hati dan pikiran
- i. Ikuti posyandu lansia agar dapat dipantau kesehatannya
- j. Berperilaku hidup bersih dan sehat
- k. Saat merasa tidak enak atau ada gangguan pada kesehatan segera datang ke petugas kesehatan terdekat
- l. Konsumsi kalsium untuk mempertahankan tulang (Indrayani, 2020).

12.5 Strategi Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan

1. Strategi secara global

WHO mengemukakan strategi secara global ini untuk dapat digunakan dalam promosi kesehatan yaitu:

a. *Advocacy* (Advokasi)

Merupakan proses yang direncanakan untuk memperoleh kesepakatan dan dukungan dari pihak yang akan diajak kerjasama seperti pelaku usaha atau tokoh masyarakat yang nantinya akan berpengaruh dalam program promosi kesehatan yang akan dijalankan.

b. *Social Support* (Dukungan sosial atau bina suasana)

Salah satu kegiatan yang harus dilakukan sebagai penciptaan opini di masyarakat atau lingkungan sosial sebagai alat untuk memancing agar masyarakat mengikuti program kesehatan yang akan berlangsung. Beberapa pendekatan terkait dengan dukungan sosial atau bina suasana antara lain:

- 1) Bina suasana secara individu
- 2) Bina suasana pada kelompok sosial

3) Bina suasana langsung pada masyarakat umum

2. GERMAS (Gerakan Masyarakat/ Pemberdayaan Masyarakat)

Empowerment adalah pemberdayaan yang dilakukan dengan pemberian informasi terkait kesehatan secara terus menerus dan berkelanjutan untuk mengikuti perkembangan dari sasaran yakni masyarakat. Perubahan dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar, kemudian mau dan mampu bukan merupakan proses yang dapat berlangsung cepat. Hal ini memerlukan effort yang luar biasa dari tenaga kesehatan. Tujuan dari hal ini adalah agar derajat kesehatan masyarakat dapat menjadi lebih baik sehingga dicapainya sumber daya manusia yang adekuat bagi bangsa.

3. Strategi Promosi Kesehatan dengan menganut piagam Ottawa

- a. *Helath Public Policy* (kebijakan yang dibuat berdasarkan wawasan kesehatan)
- b. *Supportive Environment* (dukungan dari lingkungan)
- c. *Reorient Helath Service* (Penyelenggara pelayanan kesehatan)
- d. *Personal Skill* (Peningkatan ketrampilan individu)
- e. *Community Action* (Gerakan Masyarakat)

4. Strategi Promosi Kesehatan melalui pendekatan medis

Dalam hal ini tujuan utamanya adalah membebaskan dari penyakit yang diderita dan mencegah timbulnya kecacatan dari penyakit tersebut. Salah satu contohnya yaitu diterapkannya imunisasi dasar sebagai upaya untuk menghindari adanya penyakit degenerativ maupun penyakit pandemi yang sudah berlangsung.

5. Strategi Promosi Kesehatan melalui Perubahan Perilaku

Perilaku adalah hasil dari proses berpikir yang melibatkan pengalaman dan interaksi dari suatu info yang didapatkan. Dari hasil pikir tersebut seorang individu akan

- memutuskan apakah akan mengikuti atau menghiraukan informasi yang didapatkannya. Pendekatan secara perilaku sering dilakukan karena menganggap bahwa pendekatan ini lebih ke personal sehingga informasi yang disampaikan lebih terarah.
6. Strategi Promosi Kesehatan Melalui Pendidikan
Strategi ini sering disebut pendidikan kesehatan yang mempunyai tujuan pemberian informasi kesehatan dan memastikan bahwa pengetahuan dan pemahaman tentang info tersebut benar – benar akurat. Biasanya dilakukan untuk penyuluhan tentang kesehatan reproduksi remaja pada siswa – siswi sekolah.
 7. Strategi yang berpusat pada Klien
Tujuan dari pendekatan ini adalah terjalinnya hubungan saling percaya antara klien dan nakes sehingga ada kerjasama antar keduanya untuk membantu menjembatani keinginan klien tentang informasi kesehatan yang dibutuhkannya.
 8. Strategi melalui pendekatan secara sosial
Meliputi unsur kebudayaan yang ada pada suatu masyarakat yang berkeinginan untuk membuat masyarakat menjadi lebih sehat tanpa meninggalkan unsur budaya setempat yang berlangsung. Sasaran utamanya adalah masyarakat, dibutuhkan komitmen jangka panjang dalam mengubah perilaku suatu masyarakat dan diperlukan agenda – agenda khusus yang akan dijalankan atau diprogramkan serta dukungan lintas sektor demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang baik (Sakti Prastiwi, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Indrayani, T. 2020. Buku Promosi Kesehatan (pengetahuan).
Kemendikbud. 2021. Modul Ajar Promosi Kesehatan. *Promosi Kesehatan*, (4789), 1–82.
- Sakti Prastiwi, R. 2019. Pendidikan Kesehatan Sarana Bidan Dalam Merubah Perilaku Tradisional Masyarakat Indonesia. *Siklus : Journal Research Midwifery Politeknik Tegal*, 8(2), 137–143.
- Sari, L. L., & Rati Astuti, E. 2020. Peran Bidan Sebagai Motivator Dalam Promosi Kesehatan Pada Ibu Hamil. *Jurnal Asuhan Ibu dan Anak*, 5(2), 19–24.

BAB 13

MONITORING PROMOSI KESEHATAN PADA IBU HAMIL

Oleh Aisyah Vitariani Garendi

13.1 Pendahuluan

Tujuan promosi kesehatan ibu hamil adalah untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan ibu hamil untuk hidup sehat guna mencapai kesehatan yang optimal. Dengan bantuan saran dan informasi bidan, kami berharap setiap ibu hamil dapat menyelesaikan kehamilannya dengan tenang. Dan siap menghadapi kelahiran

Peristiwa kelahiran bukan hanya proses fisiologis murni, tetapi banyak di antaranya memiliki komponen fisiologis yang berwarna-warni. Namun ada perbedaan yang dialami seorang ibu dengan ibu lainnya. Pengalaman menunjukkan bahwa di masyarakat ada ibu-ibu yang masih sangat muda untuk melahirkan anaknya dan ada juga ibu-ibu yang sangat menikmati kelahiran anaknya dan terkadang mengalami kondisi yang tidak biasa seperti operasi. Oleh karena itu, perlu dilakukan promosi kesehatan ibu bersalin, yaitu. H.antisipasi ketakutan ibu menjelang persalinan. Kehamilan adalah proses dimana sperma membuahi sel telur, sehingga terjadi rangkaian peristiwa/siklus kehamilan baru hingga janin mencapai usia dewasa. Kebanyakan wanita mendekati kehamilan dengan kegembiraan, tetapi terkadang disertai dengan ketakutan dan kesedihan. Hal ini disebabkan adanya perubahan fisik dan psikis pada ibu yang menimbulkan berbagai masalah

Berbagai masalah yang dihadapi oleh ibu hamil, misalnya :

1. Sering buang air kecil (BAC)
2. Mual dan muntah (morning sickness)
3. meringkakan
4. Kram kaki
5. Infeksi saluran kemih
6. Anemia atau kekurangan darah
7. Kram perut bagian bawah
9. 8 pusing
10. Sakit punggung
11. Varises

Untuk menghindari masalah ini, ibu harus menjalani setidaknya empat kali pemeriksaan ANC. Selain itu, ibu harus mencari tahu sendiri tentang perjalanan kehamilan dan memastikan kecukupan gizi melalui promosi kesehatan.

13.2 Promosi kesehatan ibu hamil

Ruang lingkup promosi kesehatan ibu hamil meliputi bidang fisik dan psikis. Dimensi fisik meliputi nutrisi, oksigen, kebersihan diri, pakaian, eliminasi, seksualitas, mobilisasi, mekanika tubuh, senam/latihan kehamilan, istirahat, vaksinasi, perjalanan, menyusui, persiapan persalinan dan melahirkan, kesejahteraan janin, ketidaknyamanan, pendidikan kesehatan, dan lapangan kerja. Lingkup psikologis meliputi dukungan keluarga, dukungan dari petugas kesehatan, perasaan aman dan sejahtera, persiapan menjadi orang tua, dan persiapan saudara kandung. Kehamilan merupakan episode dramatis dari penyakit biologis, perubahan psikologis, dan adaptasi wanita yang mengalaminya. Sebagian besar wanita melihat kehamilan sebagai peristiwa yang wajar untuk diabaikan, namun

beberapa melihatnya sebagai peristiwa khusus yang akan membentuk kehidupan mereka di masa depan. Bahkan beberapa ibu hamil mengalami kecemasan dan kepanikan yang dapat berujung pada depresi berat.

13.3 Dukungan Psikologis

Dukungan dan perhatian psikologis mempengaruhi pola kehidupan sosial ibu hamil (keharmonisan, rasa hormat, pengorbanan, kasih sayang dan empati) dan aspek teknis dapat mengurangi aspek sumber daya (ahli cara bersalin normal, percepatan, manajemen nyeri dan asuhan persalinan). Hal-hal tersebut dapat dilakukan oleh suami bersama keluarga ibu atau oleh bidan sebagai tenaga kesehatan sebagai bagian dari promosi kesehatan. Bagi wanita yang baru pertama kali hamil, kehamilan merupakan pengalaman baru. Sehingga ibu membutuhkan informasi tentang kehamilannya. Petugas kesehatan memiliki kewajiban untuk memberikan informasi yang ibu butuhkan. Sehingga ibu dapat memahami kondisinya dan melakukan hal-hal yang berhubungan dengan kehamilannya.

13.4 Cakupan promosi kesehatan ibu hamil

Tujuan promosi kesehatan ibu hamil adalah untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan ibu hamil untuk hidup sehat guna mencapai kesehatan yang optimal. Saran dan informasi yang diberikan oleh bidan diharapkan dapat membuat setiap ibu hamil dapat menjalani kehamilan dengan tenang. Dan siap melahirkan. Hal-hal berikut yang harus disosialisasikan pada ibu hamil:

Kebutuhan gizi ibu hamil

Selama hamil, ibu membutuhkan nutrisi tambahan untuk pertumbuhan janin dan pertahanan dirinya sendiri. Sebagai petugas kesehatan, Anda harus berusaha untuk

mempromosikan kebutuhan gizi ibu hamil. Suplemen makanan yang dibutuhkan ibu hamil adalah:

1. protein: 6 g / hari - 10 g / hari
2. Energi/Kalori: berasal dari karbohidrat dan lemak
3. Vitamin: sebagai pengatur dan pelindung. Suplemen ini diperlukan untuk mendukung tumbuh kembang janin, mempersiapkan persalinan dan menjalankan fungsinya.

Suplemen ini tidak diperlukan pada trimester pertama, namun nutrisi tambahan diperlukan pada trimester kedua dan ketiga karena pertumbuhan dan perkembangan janin yang pesat. 3 jenis makanan yang penting untuk ibu hamil setiap hari :

1. Besi:
Untuk mencegah anemia agar tidak terjadi bblr, perdarahan, dll.
2. Kalsium:
Untuk pertumbuhan tulang.
3. Yodium: untuk mencegah pembesaran tiroid ibu, perkembangannya lambat, sehingga akan terjadi keterbelakangan mental dan kekerdilan.

Istirahat

Bagi ibu hamil, istirahatlah untuk menenangkan saraf atau mengurangi aktivitas otot. Manfaat istirahat adalah:

1. Santai.
2. Memberi kesempatan pada tubuh untuk mengembangkan aktivitas baru
3. Lebih banyak refreshing untuk bekerja

Relaksasi tubuh yang lengkap mengatasi ketegangan fisik dan psikologis selama kehamilan, terutama saat melahirkan. cara sehat untuk menyegarkan tubuh yaitu :

Pertama-tama angkat tangan Anda, lalu turunkan, angkat lagi, lalu tarik dan embuskan napas dengan tenang. Cara tidur dengan nyaman:

Pertama, ibu hamil duduk perlahan sambil menopang tubuh dengan tangan kanan. Kemudian miringkan badan sedikit ke kanan, silangkan tangan kiri untuk menopang tubuh ibu secara perlahan, kemudian ibu hamil bisa tidur telentang. Saat Anda berdiri, pertama-tama condongkan tubuh ke kanan dan topang dengan tangan kanan. Berdiri perlahan dan ibu hamil bisa duduk. Saat perut ibu membesar, sulit untuk tidur telentang dan sebaliknya. Oleh karena itu, ibu merasa tidur miring ke kiri.

Persyaratan Busana

Wanita hamil wajib mengenakan pakaian yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Cantik: Pakaian tidak boleh menonjolkan bagian mana pun, sehingga ibu tidak dapat bergerak bebas.
2. Banyak: Ini bukan berarti baju yang terlalu besar, tapi baju yang bisa bergerak bebas.
3. Tidak gemuk: Pakaian tebal menyebabkan panas dan keringat, mencegah Anda bergerak bebas.
4. Menarik: menyenangkan untuk mata.
5. Menyerap Keringat: Karena wanita hamil banyak berkeringat, disarankan untuk memakai pakaian yang menyerap keringat. Di sini fokusnya adalah pada bahan dasar.

Vaksinasi

Selama kehamilan, ibu hamil harus divaksinasi tetanus toksoid (TT). Penggunaannya dalam perawatan prenatal dapat mengurangi risiko kematian bayi akibat tetanus. Ini juga dapat mencegah kematian ibu akibat tetanus.

Menurut WHO ibu belum pernah mendapat vaksinasi tetanus, minimal 2 kali suntikan selama hamil (1 kali pada kunjungan prenatal pertama dan 2 minggu kemudian).

1. TT 1 saat pemeriksaan prenatal I
2. TT 2 → 4 minggu setelah CT 1
3. TT 3 → 6 minggu setelah CT 2
4. TT 4 → 1 tahun setelah TT 3
5. TT 5 → 1 tahun setelah TT 4

Karena vaksinasi ini sangat penting, setiap ibu hamil harus mengetahui tentang vaksinasi TT dan mendapatkan informasi yang benar. Petugas kesehatan harus berusaha untuk mengimplementasikan program ini seefisien dan secepat mungkin.

Senam Kehamilan

Olah raga saat hamil memang tidak wajib, namun olah raga saat hamil menawarkan banyak manfaat untuk kelancaran proses persalinan, termasuk kesempatan untuk melatih beban yang benar. Ini akan menjadi masa depan bagi calon ibu pada saat melahirkan. Tujuan senam hamil adalah untuk:

1. Dorong dan latih fisik dan mental ibu secara bertahap, sehingga ibu dapat menghadapi persalinan dengan tenang dan persalinan lancar dan bebas masalah.
3. membawa wanita ke kelahiran fisiologis
4. Merilekskan persendian yang berhubungan dengan persalinan

Manfaat senam hamil secara teratur:

1. Meningkatkan sirkulasi darah
2. Mengurangi pembengkakan
3. Meningkatkan keseimbangan otot
5. Mengurangi kram / kejang kaki

6. Memperkuat otot perut
7. Mempercepat penyembuhan pasca melahirkan

Prasyarat untuk mengikuti pelatihan kehamilan:

1. Pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter/bidan
2. Lakukan olahraga setelah minggu ke-22 kehamilan
3. Berolahraga secara teratur dan disiplin berolahraga

Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

Setiap wanita hamil membutuhkan setidaknya empat kali kunjungan selama persalinan. :

1. 1x kunjungan pada trimester pertama (sebelum 14 mg)
2. 1x kunjungan triwulan (antara 14-28mg)
4. 2x kunjungan trimester ketiga (28-36 mg dan setelah 36 mg)

Pada setiap kunjungan prenatal ini, perlu mengumpulkan informasi yang sangat penting

Tanda awal bahaya/komplikasi pada awal kehamilan

1. Pendarahan vagina. abortus
2. Patologi kehamilan mola:

Beberapa gelembung menjadi gelembung berisi cairan bening. Tanda dan gejala:

- a. Terjadi pendarahan hebat
- b. Buka serviks
- c. Rahim lunak dan lebih besar untuk usia kehamilan
- d. Hiperemesis berkepanjangan
- e. Kram perut
- f. Tidak ada tanda-tanda janin
- g. Di luar jaringan, mis. B. Pembuatan Anggur:
Deportasi segera karena berbahaya.
3. Kehamilan ektopik. Kehamilan di mana sel telur yang telah dibuahi menempel dan tumbuh di luar lapisan rahim. Gejala:

Amenore, nyeri perut, perdarahan vagina ringan, syok karena hipovolemia, nyeri palpasi dan nyeri tekan, tumor rongga panggul, gangguan saluran kemih, penurunan Hb.

4. Hiperemesis Gravidarum adalah rasa mual dan muntah yang berlebihan pada ibu hamil. Perlakuan:

Gizi rawat jalan, sering ngemil, minum vitamin B6, banyak karbohidrat, sedikit lemak.

5. Nyeri Perut Bagian Bawah Sakit perut saat hamil di usia kehamilan 22 minggu atau kurang. Diagnosis nyeri perut:

- a. Kista ovarium

- b. Apendisitis:

Radang usus buntu

- Sintesis:

Disuria, sering buang air kecil, sakit perut.

- Pielonefritis:

Infeksi saluran kemih akut dengan gejala disuria, demam tinggi, sering buang air kecil, dan nyeri perut.

- Peritonitis:

Peradangan mukosa lambung di rongga panggul dengan gejala seperti demam, sakit perut dan bising usus negatif.

- Kehamilan ektopik:

Tandanya sakit perut, mudah berdarah, leher rahim tersumbat, rahim agak besar dan lunak.

Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Persiapan persalinan merupakan rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan. Komponen rencana kelahiran:

1. Buat rencana kelahiran yang mencakup lokasi kelahiran, petugas kesehatan terlatih, kontak dengan petugas kesehatan, transportasi, teman kelahiran, dan biaya pengiriman.

2. Merancang pembuat keputusan. Di sini kita membahs siapa pengambil keputusan
3. Persiapan sistem transportasi. Di mana melahirkan, bagaimana mencapai tingkat perawatan yang lebih tinggi, layanan kesehatan untuk rujukan, menggalang dana dan menyiapkan donor darah.
4. Buat rencana tabungan atau model tabungan. Dorong keluarga untuk menabung untuk penarikan segera bila diperlukan. Bidan bekerja dalam kemitraan dengan masyarakat dan tokoh masyarakat.
5. Persiapan Produk untuk Pengiriman. Berupa baju ibu dan baju bayi.
6. Persiapan persalinan (trimester III) Ibu harus dilatih perilaku yang tepat saat persalinan.

Menurut Laderman 1984, persiapan persalinan yang terbaik adalah:

1. Untuk secara sadar menyadari kebenaran dari rasa sakit
2. Keseimbangan risiko dan kesenangan
3. Menginginkan kado terakhir berupa seorang bayi

Persiapan menyusui

Payudara merupakan sumber ASI, makanan utama bayi, yang harus diperhatikan dalam persiapan menyusui:

1. Bra harus sesuai untuk pembesaran payudara dan menopang payudara dari bawah tanpa menekan dari depan.
2. Wanita hamil, sebaliknya, termasuk dalam kategori "persiapan menyusui".
3. Kiat (audio-visual) tentang:
 - a. Kelebihan ASI dan kerugian susu formula
 - b. Manfaat kamar.
 - c. Perawatan bayi.
 - d. Nutrisi ibu hamil dan menyusui.

- e. Keluarga berencana, dll
- f. Bagi ibu, dukungan psikologis saat melahirkan dan keyakinan akan keberhasilan menyusui. - Pemeriksaan payudara dan senam hamil

Langkah-langkah yang diambil untuk mempersiapkan ibu secara psikologis untuk menyusui adalah sebagai berikut:

Kami mendorong setiap ibu untuk memiliki keyakinan dan keyakinan bahwa dia dapat berhasil menyusui bayinya dan menjelaskan kepada ibu bahwa melahirkan dan menyusui adalah proses alami yang hampir semua ibu alami dengan sukses. Jika Anda memiliki masalah, petugas kesehatan akan dengan senang hati membantu.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2000, *Promosi Kesehatan*, Dirjen Promkes dan Dirjenkesmas, Jakarta.
- Dunkle, 2002, *Health Promotion in Midwifery Practice*, Ballivere Tindall, London.
- Eny Retna Ambarwati. 2010. *Lingkup Promosi Kesehatan Dalam Praktekkebidanan Menurut Sasarannya*. Jakarta: EGC.
- Murray, Sharon Smith & Emily Slone McKinney. 2007. *Foundations of Maternal-Newborn Nursing 4th Edition*. Singapore: Saunders
- Notoatmodjo S, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Saifuddin. 2009. *Lingkup Promosi Kesehatan Pada Ibu Hamil*. Rineka Cipta, Jakarta.

BIODATA PENULIS



Lailaturohmah, S.ST.,M.Kes

Dosen di Stikes Ganesha Husada Kediri

Penulis lahir di Lampung pada tanggal 23 November 1989. Penulis merupakan dosen sejak tahun 2011 dan merupakan dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di Jawa Timur, tepatnya di Stikes Ganesha Husada Kediri. Penulis mengawali Pendidikan di Prodi D3 Kebidanan di Universitas Kadiri kemudian melanjutkan ke jenjang D4 di Universitas Kadiri lagi lulus pada Tahun 2011. Sambil bekerja, penulis melanjutkan studi di Universitas Respati Indonesia dengan jurusan Kesehatan Masyarakat, peminatan Kesehatan Reproduksi lulus pada Tahun 2015. Buku Promosi Kesehatan ini adalah salah satu buku yang di tulis oleh penulis sesuai dengan mata kuliah yang di ampu di Perguruan Tinggi saat ini. Penulis berharap, buku ini dapat bermanfaat untuk pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Kebidanan serta dapat dijadikan sebagai referensi dan literasi dalam penulisan karya ilmiah nantinya.

BIODATA PENULIS



Chusnul Zulaika, S.S.T.,M.Kes

Dosen Program Studi Informatika Medis Program Sarjana
Fakultas Keperawatan Bisnis dan Teknologi
Universitas Widya Husada Semarang

Penulis lahir di Blora tanggal 6 Juli 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Informatika Medis Program Sarjana Fakultas Keperawatan Bisnis dan Teknologi Universitas Widya Husada Semarang. Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro. Penulis menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Ela Rohaeni, S.ST., M.Kes

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Penulis lahir di Majalengka 21 April 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program studi Sarjana Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Bhakti Pertiwi Husada dan Melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Maju. Penulis mulai aktif menulis dan tertarik menulis karena merupakan tantangan sebagai seorang dosen. Dengan ketekunan, motivasi yang tinggi untuk terus belajar dan berusaha, penulis telah berhasil menyelesaikan salah satu tema bookchapter ini. Alhamdulillah ini merupakan bookchapter yang kedua bersama Getpress. Penulis aktif sebagai dosen pelaksana di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon dari tahun 2012 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Rani Fitriani, S.SiT.,M.KES

Direktur di Akademi Kebidanan An Nur Husada Walisongo
Kotabumi Lampung Utara

Penulis Lahir di Batang Hari Ogan pada tanggal 08 Juni 1986. Saat ini penulis merupakan dosen aktif sekaligus Direktur di Akademi Kebidanan An Nur Husada Walisongo Kotabumi Lampung Utara. Penulis telah menyelesaikan pendidikan formal Magister Kesehatan Masyarakat dengan Minat Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia. Buku promosi kesehatan ini merupakan salah satu karya penulis yang sesuai dengan rumpun ilmu yang penulis ajarkan. Harapan penulis semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca khususnya mahasiswa kebidanan.

BIODATA PENULIS



Maria Vilastry Nuhan, S.KM., M.Kes
Dosen Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Maranatha Kupang

Maria V. Nuhan, S.KM., M.Kes lahir di Kupang, 21 September 1989. Penulis merupakan Dosen pengajar pada Program Studi Kebidanan STIKES Maranatha Kupang. Penulis merupakan dosen pengajar di Prodi D-III Kebidanan STIKes Maranatha Kupang. Penulis menempuh pendidikan Sarjana pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana lulus tahun 2013. Kemudian, penulis melanjutkan S2 Magister Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak pada Universitas Airlangga lulus tahun 2015. Saat ini penulis menjadi dosen tetap di Prodi D-III Kebidanan STIKes Maranatha Kupang, dan mengajar beberapa mata kuliah antara lain : Kesehatan Masyarakat, Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, Komunikasi dalam Praktik Kebidanan, dan Promosi Kesehatan dalam Ilmu Kebidanan. Penulis juga aktif di organisasi profesi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat. Sebagai seorang akademisi, penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan, seminar-seminar, memberikan penyuluhan,

melakukan pengabdian masyarakat serta mengembangkan berbagai riset ilmiah kesehatan.

BIODATA PENULIS



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

Dosen Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Penulis lahir di Kabupaten Banjarnegara pada tahun 1989. Penulis adalah Dosen yang mengabdikan diri di Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta (FK UNS). Menyelesaikan program D4 Kebidanan di FK UNS pada Tahun 2011. Penulis menyelesaikan jenjang S2 Peminatan Kebidanan, Konsentrasi Sain Terapan Kesehatan, Program Magister Epidemiologi, Sekolah Pasca Sarjana Universitas Diponegoro (UNDIP) pada Tahun 2014 dan pada Tahun 2022 beliau berhasil meraih gelar Doktor di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada (FK-KMK UGM).

BIODATA PENULIS



Iis, SST, MKes

Dosen Program Studi DIII Kebidanan STIKes Cirebon

Penulis lahir di Majalengka tanggal 8 Juni 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan STIKes Cirebon. Menyelesaikan pendidikan S2 Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia.

BIODATA PENULIS



Sulfianti A. Yusuf

Sulfianti A. Yusuf lahir di Palu, pada Tanggal 16 Agustus 1991. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Soegijapranoto Semarang (UNIKA). Wanita yang kerap disapa Sulfi ini adalah anak dari pasangan Drs. H. Awi Yusuf (ayah) dan Suharni, S.Pd (ibu). Sulfianti A. Yusuf menikah pada tahun 2020 suami bernama Radi karman Usman, SE dan di karunia 1 orang anak perempuan.

BIODATA PENULIS



Cia Aprilianti, MPH.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Palangka Raya sejak tahun 2004 dan memiliki peminatan di bidang Kesehatan Ibu dan Anak serta Kesehatan Reproduksi. Menamatkan pendidikan Kebidanan pada Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Tahun 2004, kemudian pada tahun 2012 memperoleh gelar Master of Public Health (M.P.H.) dari Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu-Anak Dan Kesehatan Reproduksi di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Penulis berkomitmen untuk memberikan kontribusi pada Tri Dharma Perguruan Tinggi melalui kegiatan pendidikan dan pengajaran, publikasi hasil pemikiran berupa buku dan artikel hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat khususnya pada bidang kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi.

BIODATA PENULIS



dr. Redemptus

Dosen Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran dan Kedokteran Hewan Universitas Nusa
Cendana

Penulis dilahirkan di Kota Malang Provinsi Jawa Timur pada Tanggal 22 November 1979. Merupakan anak ke-tiga dari pasangan Paulus Oba Korbafo (Alm) dan Ibu Yustina Srisuprasetianingsih. Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2006 dan sementara menjalani program S2 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah learning skills dan information technology, kegawatdaruratan dan traumatologi serta instruktur CSL. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal nasional serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis: rkorbafo@gmail.com

BIODATA PENULIS



Waifti Amalia, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang

Lahir di Banyuwangi, 17 Desember 1988. Telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan Klinik di Politeknik Kesehatan Malang tahun 2011 dan melanjutkan pendidikan Magister Kebidanan dan lulus pada tahun 2016 di Universitas Brawijaya. Bekerja di STIKES Widyagama Husada Prodi DIII Kebidanan sejak tahun 20011 sebagai dosen tetap hingga saat ini. Mata kuliah yang diampu sebagai dosen antara lain mata kuliah ASKEB Nifas dan Menyusui; ASKEB Komunitas, Kebutuhan Dasar Manusia, Ketrampilan Dasar Pada Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Aisyah Vitariani Garendi, S.ST., M.Kes.

Dosen Tetap STIKes Salewangang Maros
Program Studi Diploma Tiga Kebidanan

Aisyah Vitariani Garendi, SST., M.Kes., lahir di Ujung Pandang pada tanggal 26 Desember 1989. Merupakan istri dari seorang suami wiraswasta dan memiliki sepasang anak, penulis telah menyelesaikan pendidikan kebidanan pada tahun :

1. 2010 pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Salewangang Maros
2. 2012 Pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Indonesia Timur
3. 2016 Pendidikan S2 Kesehatan masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan reproduksi di Universitas Indonesia Timur

Adapun pengalaman penulis dalam bidan klinik yaitu : pernah bekerja di Klinik Bersalin Syamsinar selama 3 tahun (2010 – 2013). Sedangkan untuk pengalaman mengajar di mulai sejak tahun 2013 sampai sekarang dan tercatat menjadi dosen tetap yang telah tersertifikasi oleh pemerintah yang

berhomebase di STIKes Salewangang Maros dalam bidang program studi D3 Kebidanan.

Kegiatan lain yang dilakukan selain menulis beberapa buku diktat kuliah, juga membimbing mahasiswa dalam setiap praktik kebidanan dan aktif dalam pengabdian masyarakat serta melakukan penelitian sesuai dengan bidangnya.