

BUNGA RAMPAI

PROMOSI KESEHATAN



Abbasiah, S.K.M., M.Kep
Novi Berliana, SKM, M.P.H
Sovia, Ners, M.Kep
Dr. Safrudin, SKM, M.Kes
Widdefrita, S.K.M, M.K.M
Ns. Dhiya Urrahman, S.Kep.,M.P.H
Emilia Chandra, S.Pd, M.Si
Gusti Lestari Handayani, A.Per.Pend, M.Kes

Winda Triana, S.Pd, M.Kes
Gusman Arsyad, SST, M.Kes
Yellyanda, Ners, M.Kep
Ervon Veriza, SKM, MKM
Marieta Kristina Sulastawati Bai S.SiT, M. Kes
Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An
Dr. Pahrur Razi, SKM, MKM

BUNGA RAMPAI PROMOSI KESEHATAN

Abbasiah, S.K.M., M.Kep
Novi Berliana, SKM, M.P.H
Sovia, Ners, M.Kep
Dr. Safrudin, SKM, M.Kes
Widdefrita, S.K.M, M.K.M
Ns. Dhiya Urrahman, S.Kep.,M.P.H
Emilia Chandra, S.Pd, M.Si
Gusti Lestari Handayani, A.Per.Pend, M.Kes
Winda Triana, S.Pd, M.Kes
Gusman Arsyad, SST, M.Kes
Yellyanda, Ners, M.Kep
Ervon Veriza, SKM, MKM
Marieta Kristina Sulastiawati Bai S.SiT, M. Kes
Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An
Dr. Pahrur Razi, SKM, MKM

BUNGA RAMPAI PROMOSI KESEHATAN

Penulis:

Abbasiah, S.K.M., M.Kep
Novi Berliana, SKM, M.P.H
Sovia, Ners, M.Kep
Dr. Safrudin, SKM, M.Kes
Widdefrita, S.K.M, M.K.M
Ns. Dhiya Urrahman, S.Kep.,M.P.H
Emilia Chandra, S.Pd, M.Si
Gusti Lestari Handayani, A.Per.Pend, M.Kes
Winda Triana, S.Pd, M.Kes
Gusman Arsyad, SST, M.Kes
Yellyanda, Ners, M.Kep
Ervon Veriza, SKM, MKM
Marieta Kristina Sulastawati Bai S.SiT, M. Kes
Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An
Dr. Pahrur Razi, SKM, MKM

ISBN :

978-623-455-915-6

Editor Buku

La Ode Alifariki, S.Kep, Ns,M.Kes
Dr. Ns. Adius Kusnan, M.Kes

Cetakan Pertama : 2023

Diterbitkan Oleh :

Penerbit PT. PENA PERSADA KERTA UTAMA
Jl. Gerilya No. 292 Purwokerto Selatan Kab. Banyumas
Telepon: (0281) 7771388
Website: www.penapersada.com

Anggota IKAPI: 178/JTE/2019

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul PROMOSI KESEHATAN mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat melalui penerapan konsep promosi kesehatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep promosi kesehatan yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, Juni 2023

Penulis

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1 Konsep Dasar Promosi Kesehatan.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Pengertian Promosi Kesehatan	2
C. Perkembangan Promosi Kesehatan	2
D. Batasan Promosi Kesehatan	6
E. Visi dan Misi Promosi Kesehatan.....	7
F. Prinsip-prinsip Promosi Kesehatan	8
G. Pendekatan Pencegahan dalam Promosi Kesehatan	9
H. Ruang Lingkup dan Sasaran Promosi Kesehatan	10
BAB 2 Strategi Promosi Kesehatan.....	15
A. Strategi Promosi Kesehatan Menurut Konferensi Ottawa Charter	15
B. Strategi Promosi Kesehatan Menurut World Health Organization (WHO).....	21
C. Dukungan Sosial (Social Support)	23
D. Pemberdayaan Masyarakat (<i>Empowerment</i>).....	23
BAB 3 Pengkajian Kebutuhan Program Promosi Kesehatan.....	30
A. Pendahuluan	30
B. Definisi Kebutuhan	30
C. Konsep Pengkajian Kebutuhan	31
BAB 4 Identifikasi Masalah Kebutuhan Program Promosi Kesehatan	43
A. Pendahuluan	43
B. Identifikasi masalah promosi kesehatan	44
C. Mengidentifikasi kebutuhan promosi Kesehatan dan sumber- sumber yang dapat digunakan.....	46
D. Program Promosi Kesehatan.....	47
E. Masalah masalah dalam promosi kesehatan	48
F. Perencanaan Kesehatan dan Model Pendekatan	48

BAB 5 Perencanaan Promosi Kesehatan.....	56
A. Pendahuluan	56
B. Konsep Dasar Perencanaan Promosi Kesehatan	56
C. Langkah-Langkah Perencanaan Promosi Kesehatan	59
BAB 6 Evaluasi Program Promosi Kesehatan.....	72
A. Pengertian.....	72
B. Tujuan Evaluasi	72
BAB 7 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).....	81
A. Pendahuluan	81
B. Pengertian PHBS.....	82
C. Manfaat PHBS.....	82
D. Indikator PHBS	84
E. Jenis-Jenis PHBS.....	86
BAB 8 Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan.....	91
A. Pendahuluan	91
B. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan	91
C. Hambatan promosi kesehatan	97
D. Kompetensi Promosi Kesehatan.....	98
BAB 9 Strategi Pembelajaran Dalam Promosi Kesehatan	102
A. Pendahuluan	102
B. Strategi Global (Promosi Kesehatan) Menurut WHO, 1984	102
BAB 10 Kemitraan Dalam Promosi Kesehatan.....	112
A. Latar belakang.....	112
B. Kemitraan	113
C. Kemitraan dalam Promosi Kesehatan	119
BAB 11 Langkah-Langkah Promosi Kesehatan Dalam Keperawatan ...	130
A. Pendahuluan	130
B. Peran Perawat Dalam Promosi Kesehatan.....	131
C. Proses Keperawatan Dalam Promosi Kesehatan	131

BAB 12 Peran Tenaga Kesehatan Dalam Pendidikan dan Promosi Kesehatan.....	143
A. Pendahuluan	143
B. Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan	144
C. Kemampuan Tenaga Kesehatan Dalam Promosi Kesehatan	145
D. Peran Tenaga Kesehatan Dalam Tranformasi Kesehatan	147
BAB 13 Model Promosi Kesehatan.....	151
A. Pendahuluan	151
B. Pendekatan promosi kesehatan.....	151
C. Model promosi kesehatan	154
BAB 14 Issue Prioritas Promosi Kesehatan Dalam Masyarakat	168
A. Pendahuluan	168
B. Tantangan Profesi Kesehatan Masyarakat	169
C. Promosi Kesehatan Pada Berbagai Setting	170
D. Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Individu, Keluarga dan Masyarakat	174
E. Issue Prioritas Promosi Kesehatan Dalam Kesehatan Masyarakat	176
BAB 15 Media Dalam Promosi Kesehatan	182
A. Pendahuluan	182
B. Media Promosi Kesehatan.....	182
C. Media Audio Visual (AVA)	189

BAB 1

Konsep Dasar Promosi Kesehatan

Abbasiah, S.K.M., M.Kep

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan adalah usaha yang bertujuan untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok khusus dan kelompok masyarakat agar individu, keluarga, kelompok khusus dan kelompok masyarakat dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Dalam promosi kesehatan diharapkan masyarakat memiliki pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan dan upaya pencegahan masalah kesehatan itu sendiri, karena promosi kesehatan dapat dilakukan melalui penyuluhan atau pendidikan kesehatan pada masyarakat guna untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat dalam pencegahan masalah kesehatan.

Program promosi kesehatan dapat meningkatkan kemampuan fisik, psikologis, pendidikan dan pekerjaan individu serta membantu mengendalikan atau mengurangi total biaya perawatan kesehatan dengan menekankan pencegahan masalah kesehatan, mempromosikan gaya hidup sehat, meningkatkan kepatuhan pasien dan meningkatkan akses untuk memfasilitasi pelayanan dan perawatan kesehatan. Program yang ditujukan pada individu, keluarga, komunitas, tempat kerja, dan organisasi agar lebih sehat. Mereka menumbuhkan lingkungan yang memelihara dan mendukung kesehatan individu, keluarga dan kelompok khusus secara keseluruhan. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus memberikan kontribusi dalam pelaksanaan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Untuk merumuskan promosi kesehatan bahwa masyarakat mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya (Sartika *et al.*, 2020).

B. Pengertian Promosi Kesehatan

Green dan Kreuter (2005) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai setiap kombinasi terencana dari dukungan pendidikan, politik, peraturan dan organisasi untuk perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan individu, kelompok atau komunitas (Sharma, 2017). Batasan ini menjelaskan bahwa promosi kesehatan lebih merupakan *health education plus* atau promosi kesehatan lebih daripada pendidikan kesehatan. Tujuan promosi kesehatan adalah untuk menciptakan keadaan yang mempromosikan kesehatan, yaitu perilaku dan lingkungan (Tumurang, 2018).

SK Menkes No. 1193/Menkes/SK/X/2014 menyebutkan bahwa Promosi Kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Magdalena, 2021).

C. Perkembangan Promosi Kesehatan

Istilah pendidikan kesehatan lebih umum diketahui oleh masyarakat sebelum istilah promosi kesehatan diperkenalkan. Menurut Green (1980), pendidikan kesehatan adalah kombinasi pengalaman belajar yang dirancang untuk memfasilitasi adaptasi sukarela dari perilaku mempromosikan kesehatan. Definisi pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tidak hanya menginformasikan kepada masyarakat melalui penyuluhan. Definisi pendidikan kesehatan ini menunjukkan bahwa pembelajaran mencakup berbagai pengalaman individu yang harus dipertimbangkan untuk mendorong perubahan perilaku yang diinginkan. Istilah pendidikan kesehatan sering disalahartikan hanya mencakup pendidikan kesehatan, oleh karena itu istilah tersebut sekarang lebih sering digunakan sebagai istilah promosi kesehatan (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018).

1. Deklarasi Alma-Ata (*Declaration of Alma-Ata*)

Pada tanggal 6 sampai tanggal 12 September tahun 1978 diadakan sebuah konferensi internasional dengan topik "*Primary Health Care*" yang menjadi dasar kesehatan masyarakat yang penting

di abad ke-20. Perawatan kesehatan dasar dianggap vital untuk mencapai semua tujuan kesehatan, yaitu kesehatan untuk semua. Deklarasi Alma-Ata menekankan yaitu (Pakpahan *et al.*, 2021) :

- a. Kesehatan merupakan hak mendasar setiap manusia dan tujuan sosial terpenting di dunia dimana implementasinya memerlukan kegiatan ekonomi dan sosial serta sistem kesehatan adalah mencapai derajat kesehatan tertinggi.
- b. Kesenjangan kualitas kesehatan akan dianggap menjadi masalah seluruh negara.
- c. Masyarakat berhak dan bertanggung jawab untuk ikut dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara aktif baik individu maupun bersama-sama.
- d. Tugas utama serta fokus dari perkembangan sosial dan ekonomi masyarakat secara umum dan termasuk dalam bagian penting dari sistem kesehatan negara adalah perawatan kesehatan primer.
- e. Pada tahun 2000 semua orang di dunia dapat menerima tingkat kesehatan yang dicapai dengan pemanfaatan sumber daya alam dunia secara penuh dan lebih baik.

2. Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*)

Pada tanggal 21 November 1986 berlangsung konferensi internasional tentang promosi kesehatan pertama kali di Ottawa. Kegiatan promosi kesehatan awalnya berfokus pada kewajiban seseorang terhadap kesehatan serta penentu perilaku dengan strategi pendidikan. Belakangan ini terbukti bahwa program promosi kesehatan juga harus memperhatikan lingkungan sosial dan fisik, karena ini juga berbahaya bagi kesehatan.

Dokumen pertama piagam ottawa untuk promosi kesehatan berfokus pada promosi kesehatan sebagai kiat memberdayakan masyarakat untuk menghadapi ancaman dan meningkatkan kendali terhadap lingkungan mereka guna untuk meningkatkan derajat kesehatan. Dokumen ini menjadi dasar untuk konsep teori dan aplikasi terhadap promosi kesehatan dan menetapkan pentingnya sumber daya sosial dan pribadi dan kemampuan fisik serta kepentingan untuk mencapai kesamaan dan kesejajaran dalam kesehatan. Piagam Ottawa juga mengabadikan tanggung jawab lembaga swadaya masyarakat dan pemerintah

dalam mewujudkan lingkungan yang sehat guna mendukung kebijakan kesehatan masyarakat. *Ottawa Charter* mendefinisikan langkah-langkah untuk mempromosikan kesehatan, termasuk 5 poin itu adalah (Pakpahan *et al.*, 2021):

- a. Kebijakan kesehatan
 - b. Lingkungan yang mendukung
 - c. Reorientasi pelayanan kesehatan
 - d. Keterampilan pribadi
 - e. Gerakan masyarakat
3. Rekomendasi Adelaide (*Adelaide Recommendation*)

Pada tanggal 5 sampai dengan 9 April tahun 1988 diadakan konferensi promosi kesehatan Adelaide dengan topik "*Building Healthy Public Policy*". Rekomendasi dari konferensi ini terdiri dari lima gerakan untuk promosi kesehatan, yaitu:

- a. Membuat kebijakan umum yang baik
- b. Penciptaan lingkungan yang kondusif
- c. Mengembangkan keterampilan individu
- d. Memberdayakan kegiatan masyarakat
- e. Reorientasi sistem kesehatan

Langkah-langkah ini saling ketergantungan akan tetapi dibutuhkan kebijakan publik yang baik untuk lingkungan yang memungkinkan empat gerakan tambahan lainnya (Pakpahan *et al.*, 2021).

4. Konferensi Sundsvall

Konferensi Internasional Ketiga tentang Promosi Kesehatan di Sundsvall, Swedia pada bulan Juni 1991 dikenal sebagai *Sundsvall Statement on Supportive Environments fo Health*. Kesimpulan dari konferensi Sundsvall adalah lingkungan yang mendukung sangat penting untuk kesehatan. lingkungan yang mendukung secara fisik dan sosial dalam kehidupan, pekerjaan, pergaulan, pendidikan dan mencari perawatan. Empat hal penting dalam lingkungan ini mendukung :

- a. Penekanan pada dimensi sosial, termasuk norma, tujuan dan warisan
- b. Dimensi politik, termasuk partisipasi, pengambil keputusan, komitmen hak asasi manusia dan Perdamaian
- c. Dimensi ekonomi, termasuk pembangunan berkelanjutan dan

- d. Mengidentifikasi dan memperkuat kemampuan dan pengetahuan wanita.

Konferensi tersebut menekankan perkembangan yang tidak adil di antara sosial dan kesehatan dalam hubungan antara negara kaya dan negara miskin. Fokus dari deklarasi adalah tentang pembangunan berkelanjutan dan melibatkan personal pengembangan kebijakan promosi kesehatan. Kebijakan dan hubungan spiritual personal yang memelihara lingkungan akan digunakan sebagai model di seluruh dunia (Rachmawati, 2019).

5. Deklarasi Jakarta (*The Jakarta Declaration*)

Pada tanggal 21 sampai dengan 25 Juli 1997 diadakan konferensi promosi kesehatan ke-4 dengan topik "*The New Player in the New Era, Leading Health Promotion into the 21st Century*". Konferensi ini merupakan konferensi yang pertama diadakan di negara berkembang dan juga mengikutsertakan bidang swasta guna menunjang promosi kesehatan. Konferensi ini sepakat bahwa promosi kesehatan merupakan prioritas pada abad 21, yaitu (Rachmawati, 2019):

- a. Memperkuat tanggung jawab sosial untuk kesehatan
- b. Meningkatkan investasi dalam upaya pembangunan kesehatan
- c. Memperkuat kerja sama dibidang kesehatan
- d. Meningkatkan keterampilan individu dan memberdayakan komunitas atau kelompok
- e. Sarana dan prasarana dikembangkan untuk meningkatkan kesehatan

6. Piagam Bangkok (*Bangkok Charter*)

Konferensi internasional terakhir tentang promosi kesehatan pada tahun 2005 di Bangkok dikenal sebagai Bangkok Charter (Piagam Bangkok), konferensi ini menekankan kebijakan publik dan komitmen untuk kerjasama antara pemerintah serta organisasi internasional dan swasta. Piagam Bangkok mengajak orang-orang untuk mengadvokasi kesehatan berbasis hak asasi manusia, berinvestasi dalam strategi dan kegiatan yang berkelanjutan, memasukan determinan kesehatan infrastruktur, transfer atau alih pengetahuan dan penelitian serta menempatkan literatur kesehatan (Howard, Nieuwenhuijsen dan Saleeby, 2008).

Kesehatan sekarang adalah bagian penting dari kebijakan publik, keamanan Nasional, perdagangan dan geopolitik. Mempertahankan dan menyeimbangkan kebutuhan industri kesehatan serta kesejahteraan untuk semua (Rachmawati, 2019).

7. Konferensi Internasional Nairobi (*Nairobi Conference*)

Konferensi internasional Nairobi berlangsung di Kenya dari tanggal 26 sampai 30 Oktober 2009 tentang promosi kesehatan dengan tema "*Promoting Health & Development: Closing the Implementation Gap*". Konferensi diakhiri dengan adopsi dan deklarasi Nairobi yaitu *Call to Action* yang mencerminkan pendapat lebih dari 600 peserta internasional di lebih dari 100 negara melalui berbagai macam prosedur partisipasi, penawaran untuk menetapkan rencana serta kewajiban yang diperlukan untuk mengisi ketidakesetaraan dalam pelaksanaan pembangunan perawatan kesehatan dengan promosi kesehatan (Pakpahan *et al.*, 2021).

8. Konferensi Global WHO

Konferensi Dunia WHO tentang promosi kesehatan mendefinisikan dan memperluas prinsip-prinsip global dan bidang tindakan promosi kesehatan. Baru-baru ini diadakan di Shanghai pada tahun 2016, bertajuk *9th Global Conference "Promosi kesehatan sehubungan dengan tujuan pembangunan keberlanjutan: Kesehatan untuk semua dan semua untuk kesehatan"*, menekankan kaitan penting antara promosi kesehatan dengan agenda pembangunan berkelanjutan tahun 2030 (Pakpahan *et al.*, 2021).

D. Batasan Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dalam arti pendidikan adalah upaya terencana untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau komunitas, untuk melakukan apa yang diharapkan dari mereka yang terlibat dalam pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan. Dari batasan tersebut muncul unsur-unsur pendidikan, yaitu: (a) Input: sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan), (b) Proses: upaya yang telah terencana untuk mempengaruhi orang lain, (c) Output: melakukan apa yang diharapkan atau mengubah perilaku. Hasil yang diharapkan dari promosi kesehatan adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan, atau dapat dikatakan bahwa perilaku tersebut menguntungkan. Perubahan perilaku yang belum

mendorong perilaku yang baik ini melibatkan beberapa dimensi, antara lain : (a) Perubahan perilaku, dari perilaku negatif ke perilaku positif, (b) Pembinaan perilaku, mempertahankan atau tetap melanjutkan perilaku masyarakat yang sudah sehat, (c) Pengembangan perilaku, ditujukan kepada anak-anak supaya membiasakan mereka berperilaku sehat sedini mungkin (Magdalena, 2021).

Victorian Health Foundation Australia 1997 dalam Notoatmodjo (2010) memfokuskan batasan promosi kesehatan bahwa promosi kesehatan merupakan suatu strategi perubahan perilaku masyarakat secara total dalam lingkungan masyarakat. Tidak hanya perubahan terhadap perilaku (pada manusia), tetapi juga modifikasi terhadap lingkungan. Perubahan perilaku tanpa disertai modifikasi terhadap lingkungan akan menjadi tidak berhasil serta perubahan yang terjadi tidak akan berlangsung lama (Tumurang, 2018).

E. Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan harus memiliki visi yang jelas. “Visi” dalam konteks ini berarti apa yang diinginkan oleh promosi kesehatan untuk mendukung program kesehatan lainnya. Visi umum promosi kesehatan tidak dapat dipisahkan dari UU Kesehatan No. 36/2009 dan WHO, yaitu meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial secara produktif secara ekonomi dan sosial. Promosi kesehatan dalam semua program kesehatan, baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya, menghasilkan kemampuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat.

Dibutuhkan usaha untuk mencapai visi tersebut dan ini disebut dengan “Misi”. Oleh karena itu, misi pendidikan kesehatan terkait dengan upaya yang harus dilakukan untuk mencapai visi tersebut. Misi promosi kesehatan dapat dirumuskan dalam tiga istilah umum yaitu:

1. Advokat (*Advocate*)

Melakukan kegiatan yang mempengaruhi para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor terkait kesehatan. Advokasi berarti berusaha untuk memastikan bahwa pembuat

keputusan atau pemimpin kebijakan percaya dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan harus didukung oleh kebijakan atau keputusan politik.

2. Menjembatani (*mediate*)

Menjadi jembatan dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor terkait kesehatan. Dalam pelaksanaan program kesehatan perlu dilakukan kerjasama dengan program lain di lingkungan kesehatan dan bidang terkait lainnya. Oleh karena itu, peran promosi kesehatan dalam pelaksanaan kerjasama atau kemitraan ini sangat diperlukan.

3. Memampukan (*Enable*)

Membekali masyarakat dengan kemampuan atau kapasitas untuk secara mandiri memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri. Artinya memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat untuk berdikari di bidang kesehatan termasuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Misalnya pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan tentang cara bercocok tanam, beternak, budidaya obat tradisional, koperasi, dan lain-lain untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating*). Selain itu, seiring dengan meningkatnya perekonomian keluarga, maka semakin meningkat pula kemampuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan keluarga (Notoatmojo, 2014).

F. Prinsip-prinsip Promosi Kesehatan

Dalam perkembangan promosi kesehatan, pernyataan ahli dan hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan promosi kesehatan yang efektif serta efisien dapat dilakukan dengan prinsip yang berbeda, yaitu (Pakpahan *et al.*, 2021) :

1. Pengembangan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan
2. Penciptaan lingkungan yang kondusif
3. Penguatan gerakan masyarakat
4. Pemberdayaan masyarakat
5. Pengembangan kemampuan individu
6. Penataan kembali arah pelayanan kesehatan
7. Lintas sektor
8. Keadilan sosial
9. Holistik

10. Berkelanjutan
11. Menggunakan berbagai strategi

G. Pendekatan Pencegahan dalam Promosi Kesehatan

Ada 3 pencegahan dalam promosi kesehatan, yaitu (Sartika *et al.*, 2020):

1. Pencegahan Primer (*Primary Prevention*)

Pencegahan primer (*primary prevention*) adalah program yang dilakukan sebelum terjadi masalah kesehatan untuk mencegah penyebab gangguan kesehatan. Strategi kunci untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit meliputi: (a) Mengidentifikasi dan memperkuat kondisi perlindungan lingkungan yang mempromosikan kesehatan, (b) Mengenali dan mengurangi berbagai risiko kesehatan. Pencegahan primer dapat dilakukan bila kelompok masyarakat tersebut belum terkena penyakit antara lain: (a) Promosi kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit atau gangguan kesehatan, (b) Upaya perlindungan khusus yaitu upaya khusus untuk mencegah penyebaran penyakit melalui vaksinasi dan meningkatkan keterampilan pencegahan pada remaja dalam penanganan penyalahgunaan zat dan manajemen stres.

2. Pencegahan Sekunder (*Secondary Prevention*)

Pencegahan sekunder dalam program promosi kesehatan dapat memengaruhi kesalahan orang dalam membuat pilihan yang tidak sehat dan dapat menunjukkan tanda-tanda awal penyakit atau kecacatan. Tindakan pencegahan sekunder juga dapat dilakukan ketika kelompok masyarakat sudah memiliki masalah kesehatan, antara lain: (a) Diagnosis dini dan penanganan cepat, meliputi mengusahakan pencegahan meluasnya gangguan kesehatan, bila gangguan kesehatan tersebut merupakan penyakit menular dan mengusahakan pengobatan dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan yang sakit serta berusaha mencegah komplikasi dan luka, (b) Pembatasan kecacatan yaitu mencegah masalah kesehatan atau penyakit berkembang ke titik di mana dapat menyebabkan kecacatan yang lebih buruk.

3. Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)

Pencegahan tersier dalam program promosi kesehatan dapat meningkatkan taraf hidup orang dengan kondisi kronis. Strategi promosi kesehatan tersier dan pencegahan penyakit meliputi: (a) Meningkatkan kualitas hidup individu dengan masalah kesehatan, (b) mencegah kerusakan, mengurangi komplikasi penyakit tertentu, dan mencegah terulangnya perilaku berisiko. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan bantuan rehabilitasi. Upaya pencegahan tersier ini bertujuan agar kecacatan tidak menjadi kendala, sehingga masyarakat yang menderita atau sedang mengalami gangguan kesehatan dapat berfungsi secara optimal baik secara fisik, mental maupun sosial.

H. Ruang Lingkup dan Sasaran Promosi Kesehatan

Menurut (Notoatmojo, 2014) ruang lingkup promosi kesehatan dibagi menjadi dua dimensi yaitu:

1. Dimensi aspek pelayanan Kesehatan
 - a. Promosi Kesehatan pada aspek preventif - promotif dengan sasaran kelompok orang sehat.
 - b. Promosi kesehatan pada aspek kuratif - rehabilitatif dengan sasaran kelompok masyarakat yang berisiko tinggi, penderita penyakit kronis dan kelompok pasien yang baru sembuh dari suatu penyakit.
2. Dimensi tatanan (*Setting*) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan.
 - a. Promosi kesehatan di lingkungan keluarga (rumah tangga). Keluarga adalah dasar untuk perkembangan perilaku manusia. Sasaran utama kesehatan keluarga adalah orang tua (ibu), dimana ibu adalah seseorang yang menanamkan perilaku sehat pada anaknya sejak lahir.
 - b. Promosi kesehatan di lingkungan sekolah. Sasaran promosi kesehatan sekolah adalah guru, karena guru merupakan wakil orang tua di sekolah. Sekolah merupakan tempat di mana anak-anak diajarkan perilaku sehat. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat cocok untuk perilaku sehat pada anak.
 - c. Promosi kesehatan di tempat kerja. Sasaran promosi kesehatan adalah karyawan, yang berperan sebagai promotor kesehatan adalah manajemen

perusahaan dan sistem kesehatan. Salah satunya memberikan pelayanan kesehatan yang baik untuk perilaku sehat karyawan atau pekerja.

d. Promosi kesehatan ditempat umum

Promosi kesehatan perlu dilakukan di tempat-tempat umum (misalnya pasar, stasiun bus, stasiun kereta api) dengan menyediakan fasilitas yang dapat mendorong perilaku sehat di kalangan pengunjung dengan membagikan poster dan selebaran tentang menjaga kebersihan.

e. Promosi kesehatan di pelayanan kesehatan.

Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik merupakan lokasi yang strategis untuk menawarkan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan tahapan promosi kesehatan, sasaran dibagi menjadi tiga kelompok sasaran (Tumurang, 2018) :

1. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Sasaran umumnya adalah masyarakat yang dapat dikelompokkan menjadi: kepala rumah tangga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak) dan anak sekolah untuk kesehatan remaja dan beberapa lainnya. Ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

2. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Sasaran promosi kesehatan sekunder meliputi tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan orang-orang yang memiliki hubungan penting dan berpengaruh dalam kegiatan promosi kesehatan dengan harapan setelah dilakukan promosi kesehatan masyarakat dapat memberikan kembali atau memberikan promosi kesehatan lagi di masyarakat sekitar. Tokoh masyarakat yang telah mendapatkan promosi kesehatan juga diharapkan dapat menjadi role model pola hidup sehat bagi masyarakat sekitar.

3. Sasaran Tertier (*Tertiary Target*)

Sasaran promosi kesehatan tingkat ketiga adalah pengambil keputusan atau pembuat kebijakan. Hal ini dilakukan dengan harapan agar kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh

kelompok tersebut memiliki pengaruh dan dampak terhadap tujuan sekunder dan primer serta upaya ini sejalan dengan strategi advokasi.

DAFTAR PUSTAKA

Magdalena, C. (2021) *Pendidikan dan Promosi Kesehatan, Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Medan: UIM Press.

Notoatmojo, S. (2014) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Pakpahan, M. *et al.* (2021) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Rachmawati, W.C. (2019) *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Surabaya. Wineka Media.
- Sartika *et al.* (2020) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Sharma, M. (2017) *Theoretical Foundations of and Health Education*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Tumurang, M.N. (2018) *Promosi Kesehatan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

BIODATA PENULIS



Abbasiah, S.K.M., M.Kep. Lahir di Kota Jambi, pada tanggal 4 November 1973, saat ini bertempat tinggal di Kota Jambi. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di PAM Keperawatan Depkes Jambi tahun 1995, Sarjana Kesehatan Masyarakat di Stikes Harapan Ibu Jambi Tahun 2003, Magister Keperawatan Peminatan Manajemen dan Kepemimpinan di FIK Universitas Indonesia Tahun 2011, dan saat ini sedang menyelesaikan pendidikan Doktor di Universitas Jambi. Pekerjaan sebagai Dosen telah ditekuni sejak tahun 1996 di beberapa perguruan Tinggi swasta di Propinsi Jambi. Mulai bekerja sebagai dosen Poltekkes Kemenkes Jambi sejak tahun 2005. Penulis juga aktif dalam bidang penelitian, pengabdian masyarakat dan mengikuti seminar maupun workshop sesuai kompetensi serta melakukan publikasi pada jurnal nasional dan internasional.

BAB 2

Strategi Promosi Kesehatan

Novi Berliana, SKM, M.P.H

A. Strategi Promosi Kesehatan Menurut Konferensi Ottawa Charter

Promosi kesehatan adalah upaya melalui proses pembelajaran oleh masyarakat, untuk dan bersama masyarakat, guna meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menolong dirinya sendiri dan mengembangkan kegiatan masyarakat sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berorientasi pada kesehatan atau *self-help* berarti seseorang mengetahui bagaimana mencegah bahaya kesehatan, bagaimana menjaga dan meningkatkan kesehatan.

Piagam Ottawa adalah dokumen yang diterbitkan pada tahun World Health Organization, (1986) oleh Organisasi Kesehatan Dunia. Dokumen ini memuat tujuan, prinsip dan strategi promosi kesehatan, yang berfokus pada pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan secara menyeluruh.

Piagam Ottawa adalah landasan dalam pengembangan program promosi kesehatan di seluruh dunia dan dianggap sebagai tonggak sejarah promosi kesehatan. Dalam Ottawa Charter, terdapat lima (5) strategi promosi kesehatan yang menjadi acuan dalam upaya memperbaiki kesehatan masyarakat. Lima strategi tersebut adalah:

1. Kebijakan Publik Berwawasan kesehatan (*Healthy Public Policy*)

Kebijakan Publik Berwawasan kesehatan merupakan strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada para penentu kebijakan atau pembuat kebijakan, agar kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk peraturan, perundangan, surat keputusan atau peraturan daerah dan sebagainya, selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan publik. Promosi Kesehatan tidak sekedar pada tingkat pelayanan kesehatan semata. Promosi kesehatan menempatkan kesehatan pada level

pengambilan keputusan di berbagai sektor dalam lapisan sistem sosial, agar mereka memahami dan menyadari efek kesehatan dari setiap keputusan yang ditetapkan.

Membangun kebijakan yang sehat: melibatkan berbagai sektor untuk membangun kebijakan yang mendukung kesehatan di lingkungan, seperti kebijakan kesehatan masyarakat, kebijakan lingkungan, dan kebijakan pendidikan.

Hal ini mengacu pada upaya untuk melibatkan berbagai sektor dalam membangun kebijakan yang mendukung kesehatan di lingkungan. Contohnya, kebijakan kesehatan masyarakat seperti pengurangan konsumsi rokok, kebijakan lingkungan seperti pengurangan emisi gas rumah kaca, dan kebijakan pendidikan seperti penyediaan program kesehatan di sekolah dapat menjadi bagian dari upaya membangun kebijakan yang sehat. Dalam konteks ini, kolaborasi dan kemitraan antar sektor sangat penting untuk membangun kebijakan yang sehat. Sebagai contoh, para pembuat kebijakan kesehatan dapat bekerja sama dengan para ahli lingkungan untuk mengembangkan kebijakan yang dapat meningkatkan kualitas udara, air, dan lingkungan secara keseluruhan. Kemitraan semacam ini dapat memastikan bahwa kebijakan yang dibuat lebih holistik dan efektif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Dengan membangun kebijakan yang sehat, maka dapat menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, meningkatkan kemampuan individu untuk mengatasi masalah kesehatan, dan mempromosikan kemitraan untuk memperbaiki kesehatan secara keseluruhan.

2. Lingkungan yang mendukung (*Supportive Environment*)

Menciptakan lingkungan yang mendukung: menciptakan lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan manusia. Hal ini dapat dilakukan melalui penguatan kemitraan antara sektor yang berbeda dan mendorong partisipasi masyarakat. Hal ini mengacu pada upaya untuk menciptakan lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan manusia. Contohnya, menciptakan lingkungan fisik yang mendukung kesehatan dapat meliputi hal-hal seperti penyediaan sarana air bersih, sanitasi yang baik, ruang terbuka hijau, dan infrastruktur transportasi

yang aman. Sedangkan, menciptakan lingkungan sosial yang mendukung kesehatan dapat mencakup hal-hal seperti penguatan kemitraan antara sektor yang berbeda, mempromosikan partisipasi masyarakat, dan mendukung hak asasi manusia. Sementara itu, menciptakan lingkungan ekonomi yang mendukung kesehatan dapat mencakup hal-hal seperti akses ke lapangan pekerjaan yang aman dan layanan sosial yang memadai.

Untuk menciptakan lingkungan yang mendukung, piagam Ottawa menekankan pentingnya penguatan kemitraan antara sektor yang berbeda dan mendorong partisipasi masyarakat. Dengan cara ini, maka kolaborasi antar sektor dan partisipasi masyarakat dapat meningkatkan upaya untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan manusia.

Komitmen untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dapat membantu memastikan bahwa individu memiliki akses ke sarana dan lingkungan yang mendukung untuk memelihara kesehatan mereka. Hal ini juga dapat membantu mencegah terjadinya penyakit dan masalah kesehatan, serta meningkatkan kesejahteraan manusia secara keseluruhan.

3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (*Reorient Health Service*)

Merupakan salah satu dari lima strategi utama dalam Deklarasi Ottawa tentang Promosi Kesehatan yang dikeluarkan pada tahun 1986. Strategi ini bertujuan untuk mengubah cara pelayanan kesehatan diselenggarakan sehingga lebih menekankan pada upaya pencegahan dan promosi kesehatan, bukan hanya pada penyembuhan penyakit atau pengobatan saja.

Menurut Deklarasi Ottawa, reorientasi pelayanan kesehatan harus dilakukan dengan cara:

a. Mendorong perubahan paradigma

Pelayanan kesehatan harus dipandang sebagai suatu hak asasi manusia, bukan sebagai suatu produk atau jasa yang dapat diperjualbelikan. Pelayanan kesehatan harus lebih menekankan pada pencegahan dan promosi kesehatan, bukan hanya pada pengobatan dan penyembuhan penyakit saja.

b. Meningkatkan peran masyarakat

Masyarakat harus diberdayakan dan dilibatkan dalam perencanaan, pengembangan, dan evaluasi pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan harus lebih sensitif terhadap kebutuhan masyarakat dan dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, termasuk kelompok-kelompok marginal dan rentan.

c. Mengembangkan jaringan kerja sama

Pelayanan kesehatan harus dikelola secara terpadu dan melibatkan berbagai sektor dan lembaga, termasuk sektor pendidikan, lingkungan, sosial, dan ekonomi. Pelayanan kesehatan harus melibatkan berbagai profesi kesehatan dan mengembangkan jaringan kerja sama yang kuat dengan organisasi masyarakat dan kelompok-kelompok pengguna pelayanan kesehatan.

Dengan menerapkan reorientasi pelayanan kesehatan, diharapkan pelayanan kesehatan dapat lebih fokus pada pencegahan dan promosi kesehatan, sehingga dapat mengurangi beban penyakit dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Reorientasi pelayanan kesehatan juga diharapkan dapat mengubah paradigma pelayanan kesehatan dari suatu sistem yang hanya menangani penyakit, menjadi suatu sistem yang lebih mengedepankan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat.

4. Keterampilan individu (*Personal Skill*)

Keterampilan individu merupakan salah satu dari lima strategi utama dalam Deklarasi Ottawa tentang Promosi Kesehatan yang dikeluarkan pada tahun 1986. Strategi ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan individu dalam mengambil keputusan sehat, mempertahankan perilaku sehat, dan mengatasi masalah kesehatan.

Menurut Deklarasi Ottawa, keterampilan individu dalam promosi kesehatan mencakup beberapa hal, antara lain:

a. Pengetahuan tentang kesehatan

Individu perlu memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan, baik tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, maupun cara-cara untuk mempertahankan kesehatan.

b. Keterampilan hidup sehat

Individu perlu memiliki keterampilan untuk mengambil keputusan yang sehat, seperti mengatur pola makan yang baik, menjaga kebersihan diri, berolahraga secara teratur, dan menghindari kebiasaan buruk seperti merokok atau minum alkohol berlebihan.

c. Keterampilan social

Individu perlu memiliki keterampilan sosial yang baik untuk mengatasi masalah kesehatan, seperti keterampilan dalam berkomunikasi dengan orang lain, membangun hubungan yang baik, dan meminta dukungan dari orang lain.

d. Keterampilan dalam mengakses informasi

Individu perlu memiliki keterampilan untuk mengakses informasi tentang kesehatan, baik melalui media massa, internet, maupun dari sumber-sumber lain yang dapat dipercaya.

Dengan meningkatkan keterampilan individu dalam promosi kesehatan, diharapkan individu dapat lebih bertanggung jawab dalam menjaga kesehatannya sendiri dan keluarganya, serta dapat berkontribusi dalam menciptakan lingkungan yang sehat. Keterampilan individu juga dapat membantu individu mengatasi masalah kesehatan yang mungkin dihadapi, seperti mengatasi stres atau mengelola penyakit kronis.

5. Gerakan Masyarakat (*Community Action*)

Dalam Deklarasi Ottawa tentang Promosi Kesehatan yang dikeluarkan pada tahun 1986. Strategi ini bertujuan untuk menggerakkan masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan.

Menurut Deklarasi Ottawa, gerakan masyarakat dalam promosi kesehatan mencakup beberapa hal, antara lain:

a. Partisipasi masyarakat

Masyarakat harus terlibat aktif dalam mengambil keputusan dan menentukan prioritas dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan.

b. Pemberdayaan masyarakat

Masyarakat harus didorong dan diberdayakan untuk mengambil tindakan dalam menciptakan lingkungan yang

mendukung kesehatan, seperti melakukan kegiatan olahraga bersama atau menjaga lingkungan yang bersih dan sehat.

c. Perubahan kebijakan

Pemerintah dan lembaga-lembaga terkait harus mendukung perubahan kebijakan yang mendukung kesehatan masyarakat, seperti kebijakan tentang lingkungan yang bersih dan sehat, kebijakan kesehatan lingkungan, dan kebijakan tentang hak kesehatan masyarakat.

d. Perubahan lingkungan

Masyarakat harus terlibat dalam perubahan lingkungan untuk mendukung kesehatan, seperti meningkatkan keamanan lalu lintas, menyediakan fasilitas olahraga yang memadai, atau mendukung kegiatan ekonomi yang sehat.

Dengan meningkatkan gerakan masyarakat dalam promosi kesehatan, diharapkan masyarakat dapat lebih aktif dan berperan serta dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan. Gerakan masyarakat juga dapat membantu dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang kesehatan, serta mendorong perubahan kebijakan dan lingkungan yang mendukung kesehatan.

Beberapa contoh strategi promosi kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan strategi Ottawa Charter:

- 1) Peningkatan pengetahuan dan keterampilan individu: Misalnya, kampanye untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental dan keterampilan dalam mengelola stres, atau pelatihan keterampilan hidup sehat seperti memasak sehat, berolahraga, dan menjaga kebersihan diri.
- 2) Perubahan lingkungan yang mendukung kesehatan: Misalnya, kampanye untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya lingkungan yang bersih dan sehat, atau proyek penanaman pohon dan revitalisasi taman kota untuk meningkatkan kualitas udara dan memberikan akses ke ruang terbuka yang sehat bagi masyarakat.
- 3) Pemberdayaan masyarakat: Misalnya, pelatihan dan pengembangan keterampilan kepemimpinan dalam komunitas untuk menggerakkan aksi kolektif, kampanye peningkatan kesadaran tentang kepentingan kesehatan, dan

program pengembangan keterampilan hidup sehat di masyarakat.

- 4) Perubahan kebijakan: Misalnya, mengadvokasi perubahan kebijakan publik seperti peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, pembatasan iklan rokok, atau kampanye untuk memperkuat regulasi keamanan makanan dan minuman.
- 5) Penguatan sistem kesehatan: Misalnya, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, peningkatan kualitas layanan kesehatan, atau program screening dan pencegahan penyakit seperti kanker dan diabetes.

Semua strategi ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam menciptakan lingkungan sehat dan pencegahan penyakit. Penting untuk menciptakan program promosi kesehatan yang holistik dan menyentuh semua aspek kehidupan masyarakat untuk mencapai tujuan promosi kesehatan yang berhasil.

B. Strategi Promosi Kesehatan Menurut World Health Organization (WHO)

Berdasarkan keputusan WHO (1994) dalam (Notoatmodjo, 2007), strategi promosi kesehatan terdapat tiga bagian yaitu:

1. Advokasi (*Advocacy*)

Advocacy atau advokasi merupakan upaya untuk menyakinkan orang lain atau orang yang dapat membantu atau mendukung sesuatu yang diinginkan. Dalam promosi kesehatan, advokasi merupakan upaya pendekatan pada para pembuat keputusan atau pembuat kebijakan di berbagai tingkatan dan bagian. Adanya upaya pendekatan tersebut, para pembuat kebijakan atau keputusan diharapkan dapat mendukung program kesehatan yang akan dilaksanakan. Bentuk-bentuk dukungan tersebut dapat berupa undang-undang, peraturan, surat keputusan, instruksi formal, dan lain-lain. Proses advokasi dapat melalui dua cara, yaitu formal dan informal. Upaya formal dapat berupa presentasi atau seminar yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat, maupun pemaparan latar belakang program yang

telah kita rencanakan. Selain upaya formal, upaya informal juga dapat dilakukan seperti mengadakan pertemuan maupun kunjungan pada para tokoh yang berhubungan langsung dengan program yang akan kita laksanakan. Selain memperoleh dukungan administratif dalam arti kebijakan, dukungan dana dan fasilitas pun dapat kita usulkan untuk mendapatkan dukungan.

Dalam arti lain advokasi diartikan sebagai usaha atau upaya pendekatan kepada penentu kebijakan yang mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan sebuah program terutama dibidang kesehatan.

Dalam promosi kesehatan advokasi merupakan salah satu strategi yang penting, sehingga advokasi tidak hanya melakukan lobi tetapi terkait dengan kegiatan persuasif, memberikan semangat, tekanan kepada penentu kebijakan.

Advokasi memiliki tujuan antara lain :

- a. *Komitmen Politik (political commitment)*
Komitmen para penentu kebijakan sangat penting untuk mendukung peraturan-peraturan yang berkaitan dengan kesehatan.
- b. *Dukungan Kebijakan (policy support)*
Adanya komitmen politik dari para dewan, guna menindaklanjuti kebijakan untuk mendukung program terutama bidang kesehatan.
- c. *Penerimaan Sosial (social acceptance)*
Penerimaan sosial artinya diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu Program kesehatan yang telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah mensosialisasikan program tersebut untuk memperoleh dukungan masyarakat.
- d. *Dukungan Sistem (system support)*
Suatu program kesehatan akan berjalan baik maka perlu sistem atau prosedur kerja yang jelas mendukung (Lette, Paulus and Making, 2021).

C. Dukungan Sosial (Social Support)

Strategi dukungan sosial merupakan upaya untuk mencari dukungan sosial melalui beberapa tokoh yang sudah ada di masyarakat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan dari dukungan sosial adalah membuat tokoh masyarakat tersebut menjadi tali jembatan yang menghubungkan sektor kesehatan dengan penerima program kesehatan dalam arti masyarakat. Melalui tokoh masyarakat tersebut, diharapkan masyarakat mau dan mampu menerima pengenalan atau sosialisasi segala program kesehatan yang akan diberikan. Ukuran kesuksesan upaya dukungan sosial adalah dengan adanya partisipasi dari tokoh masyarakat dan masyarakat khususnya. Dukungan sosial ini dapat dikatakan adalah dalam rangka membina suasana yang kondusif untuk dapat menerima program kesehatan. Bentuk dukungan sosial diantaranya pelatihan tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, maupun bimbingan pada kader kesehatan. Sasaran dari dukungan sosial adalah seluruh tingkatan sosial yang ada di masyarakat tersebut.

D. Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan Masyarakat merupakan upaya promosi kesehatan yang berfokus pada masyarakat langsung. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah menciptakan kemampuan masyarakat untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka secara mandiri. Pemberdayaan masyarakat juga sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan control lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka, dengan tujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup mereka serta meningkatkan pengaruh mereka pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi. (World Health Organization, 2008). Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disebut Pemberdayaan Masyarakat adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan social budaya setempat (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Tujuan yang mendasar

dari pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya yaitu :

1. Tumbuhnya kesadaran, pengetahuan dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat. Pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesadaran adalah awal dari pemberdayaan kesehatan. Kesadaran dan pengetahuan merupakan tahap awal timbulnya kemampuan, karena kemampuan merupakan hasil proses belajar
2. Timbulnya kemauan atau kehendak ialah sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek, dalam hal ini kesehatan. Kemauan dan kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan. Faktor yang paling utama yang mendukung berlanjutnya kemauan adalah sarana dan prasarana untuk mendukung tindakan tersebut. Contoh: sebuah keluarga sudah mempunyai kemauan untuk memiliki jamban, agar kemauan tersebut terwujud maka diperlukan uang atau bahan-bahan untuk membangun jamban.
3. Timbulnya kemauan masyarakat di bidang kesehatan baik secara individu maupun kelompok telah mampu mewujudkan kemauan atau niat kesehatan mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan mengemuka sejak dideklarasikannya Piagam Ottawa. Piagam Ottawa menegaskan bahwa partisipasi masyarakat merupakan elemen utama dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Selanjutnya, Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke-7 di Nairobi, Kenya, menegaskan kembali pentingnya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan menyepakati perlunya membangun kapasitas promosi kesehatan, penguatan sistem kesehatan, kemitraan dan kerjasama lintas sektor, pemberdayaan masyarakat, serta sadar sehat dan perilaku sehat (Gauld *et al.*, 2012)

Strategi Promosi Kesehatan menurut World Health Organization (WHO) mencakup berbagai bentuk pemberdayaan masyarakat dalam mencapai tujuan promosi kesehatan. Berikut beberapa bentuk pemberdayaan masyarakat yang dapat dilakukan:

1. Keterlibatan masyarakat
Melibatkan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan dapat meningkatkan partisipasi aktif dan tanggung jawab mereka dalam menciptakan lingkungan sehat.
2. Pemberdayaan ekonomi
Meningkatkan kesempatan ekonomi dan akses terhadap sumber daya ekonomi seperti lapangan kerja, pelatihan keterampilan, dan kredit usaha dapat meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengelola sumber daya dan memenuhi kebutuhan dasar, termasuk kebutuhan kesehatan.
3. Pemberdayaan sosial
Meningkatkan akses ke jaringan sosial, dukungan sosial, dan organisasi masyarakat dapat membantu meningkatkan partisipasi aktif dan tanggung jawab masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan.
4. Pemberdayaan politik
Meningkatkan partisipasi politik dan pemberdayaan masyarakat dalam pengambilan keputusan dapat membantu meningkatkan kesadaran tentang isu kesehatan dan meningkatkan dukungan untuk program kesehatan.
5. Pemberdayaan teknologi
Penggunaan teknologi dapat membantu meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program kesehatan, dan meningkatkan pemantauan dan evaluasi program kesehatan.

Dalam pemberdayaan masyarakat perlu dilakukan pengukuran keberhasilan dengan beberapa indikator yang mengacu pada sistem, yaitu :

1. Input
 - a. Sumber daya manusia, yakni tokoh atau pemimpin masyarakat baik tokoh formal maupun informal yang berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan pemberdayaan masyarakat
 - b. Besarnya dana yang digunakan untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bersangkutan, baik

dana yang berasal dari kontribusi masyarakat setempat maupun dana yang diperoleh dari bantuan diluar masyarakat tersebut

- c. Bahan-bahan, alat-alat atau materi lain yang digunakan untuk menyokong atau untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut.

2. Proses

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

3. Output

- a. Tumbuhnya kesadaran dan kepedulian masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan secara mandiri dan swadaya. Meningkatnya peran aktif masyarakat dalam pencegahan terjadinya masalah kesehatan tersebut
- b. Jumlah dan Jenis UKBM (upaya kesehatan yang bersumber daya manusia) misalnya : Posyandu, Polindes, Pos Obat denda, Dana Sehat.
- c. Jumlah orang atau anggota masyarakat yang telah meningkat pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan
- d. Jumlah anggota keluarga yang mempunyai usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating*)
- e. Meningkatnya fasilitas - fasilitas umum di masyarakat, dll.

4. Outcome

Meskipun indikator ini bukan satu-satunya dampak dari pemberdayaan masyarakat, namun pemberdayaan

masuyarakat mempunyai kontribusi terhadap indikator-indikator dibawah ini :

- a. Menerunnya angka kesakitan dalam masyarakat
- b. Menurunnya angka kematian umum di dalam masyarakat
- c. Menurunnya angka kelahiran dalam masyarakat
- d. Meningkatnya status gizi anak balita dalam masyarakat
- e. Menurunnya angka kematian bayi dan sebagainya.

Pemberdayaan masyarakat adalah salah satu aspek penting dari Strategi Promosi Kesehatan, dan dapat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, dan meningkatkan partisipasi aktif dan tanggung jawab masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Gauld, R. *et al.* (2012) *World Health Organization. Primary health care now more than ever. the World Health Report : 2008, Healthcare Policy.* Available at: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.22778>.

Kementerian Kesehatan RI (2019) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 TAHUN 2019 Tentang Pemberdayaan

Masyarakat Bidang Kesehatan’.

Lette, A.R., Paulus, A.Y. and Making, V.B. (2021) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Yogyakarta: Pt. Kanisius.

Notoatmodjo, S. (2007) ‘Pendidikan dan promosi Kesehatan’, Jakarta: Rineka Cipta [Preprint].

World Health Organization (WHO) (1986) *Ottawa Charter For Health Promotion*.

World Health Organization (WHO) (2008) *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever*. Geneva. Available at: <https://doi.org/10.18356/cbabf986-en>.

BIODATA PENULIS



Novi Berliana, SKM, M.P.H lahir di Jakarta, pada 13 November 1984. Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Harapan Ibu Jambi. Dari tahun 2016 sampai sekarang. Pendidikan S1 ditempuh di STIKES Harapan Ibu Jambi (tahun 2003), kemudian melanjutkan S2 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (tahun 2013).

BAB 3

Pengkajian Kebutuhan Program Promosi Kesehatan

Sovia, Ners, M.Kep

A. Pendahuluan

Saat akan membuat program promosi kesehatan pada masyarakat, salah satu hal pertama yang harus dilakukan adalah melakukan pengkajian kebutuhan. Pengkajian kebutuhan membantu dalam menentukan apa yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan program promosi kesehatan. Pengkajian kebutuhan ini juga dapat menginformasikan rencana dan pendekatan program promosi kesehatan secara keseluruhan dengan membantu mengidentifikasi strategi yang ditargetkan dan memprioritaskan sumber daya.

Pengkajian kebutuhan berfungsi sebagai alat yang sangat kuat untuk pengambilan keputusan, alokasi sumber daya, dan pada akhirnya mencapai tujuan program. Pengkajian kebutuhan ini dapat digunakan di berbagai *setting* (misalnya, komunitas, sekolah, rumah sakit, panti, dan lain-lain) untuk menjelaskan berbagai topik yang dibutuhkan oleh sasaran program promosi kesehatan. Penting untuk melakukan pengkajian kebutuhan di awal program promosi kesehatan, sehingga program tersebut dapat disesuaikan secara tepat untuk individu dan komunitas yang dilayani.

B. Definisi Kebutuhan

Kebutuhan dikonseptualisasikan sebagai perbedaan antara “apa yang ada” pada saat ini dan “apa yang seharusnya” dalam keadaan yang lebih ideal (Witkin & Altschuld, 1995 dalam Fertman & Allensworth, 2010). Pengkajian kebutuhan kesehatan adalah pendekatan formal dalam mengumpulkan data untuk mengidentifikasi kebutuhan sekelompok individu dengan cara menggali informasi terkait status kesehatan saat ini dan status kesehatan yang ideal (Fertman & Allensworth, 2010).

Konsep kebutuhan diakui sebagai dasar yang tepat untuk membuat keputusan terhadap status kesehatan individu. Bradshaw (1972) dalam Sines, Saunders, Burford (2009) membuat taksonomi kebutuhan sebagai berikut:

1. Kebutuhan normatif (*Normative need*) – kebutuhan yang didefinisikan oleh para ahli dan profesional berdasarkan penelitian dan bukti. Kebutuhan ini dapat berubah dari waktu ke waktu atau menurut kelompok profesional yang berbeda.
2. Kebutuhan yang dirasakan (*Felt need*) – kebutuhan yang didefinisikan oleh individu dan sering diasosiasikan dengan keinginan.
3. Kebutuhan yang diungkapkan (*Expressed need*) – kebutuhan yang dirasakan telah menjadi suatu tindakan untuk mencari sebuah penyelesaian atas kebutuhan tersebut.
4. Kebutuhan komparatif (*Comparative need*) – ditentukan dengan membandingkan situasi satu individu atau kelompok dengan situasi orang atau kelompok lain yang memiliki karakteristik serupa. Jika satu kelompok kekurangan dalam bidang apa pun, maka hal ini menjadi kebutuhan.

Taksonomi kebutuhan ini memberikan cara yang berguna untuk mempertimbangkan berbagai perspektif yang mungkin muncul saat mengeksplorasi kebutuhan yang terkait dengan isu atau kelompok populasi tertentu dari sudut pandang yang berbeda (Sines, Saunders, Burford, 2009).

C. Konsep Pengkajian Kebutuhan

1. Definisi

Pengkajian kebutuhan kesehatan merupakan suatu peninjauan sistematis terhadap masalah kesehatan yang dihadapi populasi yang mengarah pada prioritas yang disepakati dan alokasi sumber daya yang akan meningkatkan kesehatan dan mengurangi ketidaksetaraan (Cavanagh & Chadwick, 2005; Sines, Saunders, & Burford, 2009). Pengkajian kebutuhan dilakukan pada semua kelompok individu yang terlibat dalam program promosi kesehatan di suatu lokasi (Fertman & Allensworth, 2010). Pengkajian kebutuhan kesehatan masyarakat adalah proses sistematis yang melibatkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menganalisis kebutuhan dan aset kesehatan masyarakat untuk memprioritaskan

kebutuhan, merencanakan dan menindaklanjuti kebutuhan kesehatan masyarakat yang signifikan yang belum terpenuhi (CHA, 2013).

2. Tujuan dan Manfaat

Menurut Fertman & Allensworth (2010) dan Sines, Saunders, Burford (2009), beberapa manfaat dari pengkajian kebutuhan promosi kesehatan adalah:

- a. Dapat memprioritaskan masalah berdasarkan kebutuhan masyarakat.
- b. Dapat menyusun perencanaan program dan pengembangan intervensi berdasarkan kebutuhan masyarakat.
- c. Diketuainya tantangan praktik yang ada dan dapat mempertimbangkan cara kerja baru.
- d. Alokasi sumber daya yang lebih efektif dan adil.
- e. Peningkatan komunikasi dan pemahaman antara masyarakat dan pembuat keputusan.
- f. Menetapkan indikator untuk mengukur efektivitas program (melalui evaluasi intervensi).

3. Keterampilan Dalam Pengkajian Kebutuhan Promosi Kesehatan

Keterampilan yang diperlukan untuk melakukan penilaian kebutuhan kesehatan adalah:

- a. Kemampuan bekerjasama dengan mitra.
- b. Kemampuan melibatkan dan berkoordinasi dengan masyarakat.
- c. Keterampilan manajemen proyek.
- d. Keterampilan penelitian termasuk kemampuan untuk mengumpulkan dan menganalisis data baru dan yang sudah ada.
- e. Kemampuan berkomunikasi secara efektif (baik di tingkat komunitas maupun strategis).
- f. Kemampuan menyusun perencanaan pengkajian.
- g. Keterampilan dalam melakukan reflektif.

4. Fokus Pengkajian Kebutuhan Promosi Kesehatan

Kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan menjadi yang penting diketahui sebelum melakukan upaya promosi kesehatan pada masyarakat. Berikut ini adalah beberapa kebutuhan kesehatan

masyarakat yang harus dikaji, antara lain: kondisi kesehatan mental, akses ke pelayanan primer dan spesialis, pengelolaan dan pencegahan penyakit kronis, penggunaan narkoba dan gangguan lain, navigasi pelayanan kesehatan dan sumber daya kesehatan, rasisme dan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan, akses terhadap makanan, kesesuaian pelayanan budaya dan bahasa, kekerasan dalam komunitas, perumahan, status ekonomi yang tidak baik, kondisi tetangga (Anonim, 2022)

Penilaian menyeluruh terhadap status kesehatan individu adalah dasar untuk promosi kesehatan. Menurut Berman, Snyder, & Frandsen (2016), komponen penilaian ini meliputi:

- a. Pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan
Pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan memberikan cara untuk mendeteksi masalah yang ada. Usia individu harus dipertimbangkan saat mengumpulkan data. Misalnya, penilaian keamanan lingkungan dan riwayat imunisasi harus sesuai dengan usia orang tersebut; penilaian gizi harus mempertimbangkan usia dan bentuk tubuh klien saat mengumpulkan informasi tentang pola diet.
- b. Penilaian kebugaran fisik
Selama evaluasi kebugaran fisik, petugas kesehatan menilai beberapa komponen fungsi fisik tubuh, seperti: daya tahan otot, kelenturan, komposisi tubuh, dan daya tahan kardiorespirasi. Orang dewasa yang lebih tua perlu dipantau dengan hati-hati untuk kelelahan selama tes kekuatan dan ketahanan.
- c. Penilaian gaya hidup
Penilaian gaya hidup berfokus pada gaya hidup pribadi dan kebiasaan klien karena mempengaruhi kesehatan. Kategori gaya hidup yang umumnya dinilai adalah aktivitas fisik, praktik nutrisi, manajemen stres, dan kebiasaan seperti merokok, konsumsi alkohol, penggunaan narkoba, dan lain-lain.
- d. Penilaian kesehatan spiritual
Kesehatan spiritual adalah kemampuan untuk mengembangkan sifat batin seseorang; kemampuan untuk menemukan dan mengartikulasikan tujuan dasar seseorang

dalam hidup; belajar bagaimana mengalami cinta, kegembiraan, kedamaian, dan kepuasan; dan belajar bagaimana membantu diri kita sendiri dan orang lain mencapai potensi mereka. Keyakinan spiritual dapat memengaruhi interpretasi seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam hidupnya, maka penilaian kesejahteraan spiritual adalah bagian dari evaluasi kesehatan keseluruhan orang tersebut.

e. Penilaian Sistem Dukungan Sosial

Memahami konteks sosial di mana seseorang hidup dan bekerja adalah penting dalam promosi kesehatan. Individu dan kelompok, melalui hubungan interpersonal, dapat memberikan kenyamanan, bantuan, dorongan, dan informasi. Dukungan sosial mendorong coping yang sukses dan meningkatkan kehidupan yang memuaskan dan efektif. Sistem pendukung sosial berkontribusi terhadap kesehatan dengan menciptakan lingkungan yang mendorong perilaku sehat, meningkatkan harga diri dan kesejahteraan, dan memberikan umpan balik bahwa tindakan seseorang akan mengarah pada hasil yang diinginkan.

f. Penilaian risiko kesehatan

Penilaian risiko kesehatan adalah penilaian risiko klien terhadap penyakit atau cedera selama 10 tahun ke depan dengan membandingkan risiko klien dengan risiko kematian pada usia, jenis kelamin, dan kelompok ras yang sesuai. Kesehatan umum klien, perilaku gaya hidup, dan data demografis dibandingkan dengan data dari sampel nasional yang besar. Laporan risiko individu didasarkan pada statistik untuk kelompok populasi yang sesuai dengan karakteristik individu yang disurvei.

g. Tinjauan keyakinan kesehatan

Keyakinan kesehatan klien perlu diklarifikasi, khususnya keyakinan yang menentukan bagaimana mereka merasakan kendali atas status perawatan kesehatan mereka sendiri. *Locus of control* adalah konsep terukur yang dapat digunakan untuk memprediksi orang mana yang paling

mungkin mengubah perilakunya. Pengkajian keyakinan kesehatan klien memberikan indikasi tentang seberapa banyak klien percaya bahwa mereka dapat mempengaruhi atau mengendalikan kesehatan melalui perilaku pribadi.

h. Tinjauan stress kehidupan

Ada banyak literatur tentang dampak stres pada kesehatan mental dan fisik. Berbagai instrumen yang berhubungan dengan stres dapat ditemukan dalam literatur. Individu membandingkan peristiwa kehidupan saat ini dengan perubahan hidup yang memungkinkan sakit dalam waktu dekat.

5. Jenis Data

Data yang diperoleh dari pengkajian kebutuhan promosi kesehatan dapat dikelompokkan sebagai berikut (CHA (2013):

a. Data kualitatif

Data kualitatif adalah informasi deskriptif. Biasanya, data kualitatif bersifat non numerik; namun, data ini dapat dikodekan ke dalam kategori numerik untuk dianalisis. Data kualitatif dianggap lebih subyektif tetapi menggambarkan apa yang penting bagi orang yang memberikan informasi (informan kunci seperti anggota masyarakat, penyedia lainnya).

b. Data kuantitatif

Data kuantitatif adalah informasi numerik. Data kuantitatif dianggap lebih objektif. Contoh: jumlah anak di komunitas yang memiliki riwayat asma.

c. Data primer

Data primer adalah data baru yang dikumpulkan atau diamati dari pengalaman langsung. Contoh data primer adalah data yang dikumpulkan dari survei telepon. Ini juga mencakup informasi yang diperoleh melalui forum komunitas dan wawancara.

d. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang sudah dikumpulkan dan dipublikasikan oleh pihak lain. Contoh data sekunder adalah angka kematian akibat asma di komunitas yang diterbitkan oleh dinas kesehatan provinsi.

6. Metode Pengumpulan Data dalam Pengkajian Kebutuhan

CHA (2013) menjelaskan beberapa metode dalam pengumpulan data, yaitu:

- a. Wawancara informan kunci
Wawancara informan kunci untuk mengumpulkan masukan masyarakat atau masukan dari mereka yang memiliki pengetahuan atau keahlian khusus di bidang kesehatan masyarakat. Wawancara dapat dilakukan secara langsung atau melalui telepon.
- b. Survei
Survei untuk mengumpulkan masukan masyarakat atau masukan dari mereka yang memiliki pengetahuan atau keahlian khusus di bidang kesehatan masyarakat. Survei dapat digunakan untuk mengumpulkan informasi dari anggota masyarakat, pemangku kepentingan, penyedia, dan pakar kesehatan masyarakat untuk tujuan memahami persepsi masyarakat tentang kebutuhan. Survei dapat dilakukan secara langsung, melalui telepon, atau menggunakan program berbasis web. Survei dapat terdiri dari pertanyaan tertutup dan pertanyaan terbuka.
- c. Kelompok fokus
Kelompok fokus masyarakat untuk mengumpulkan masukan masyarakat. Kelompok fokus komunitas adalah diskusi kelompok dengan individu terpilih. Seorang moderator yang terampil diperlukan untuk memimpin diskusi kelompok terfokus. Anggota kelompok fokus dapat mencakup staf internal, sukarelawan dan staf layanan manusia dan organisasi masyarakat lainnya, pengguna layanan kesehatan dan anggota populasi minoritas atau yang kurang beruntung.
- d. Forum komunitas
Forum komunitas untuk mengumpulkan masukan komunitas. Forum komunitas adalah pertemuan yang memberikan kesempatan kepada anggota masyarakat untuk memberikan pemikirannya tentang masalah masyarakat dan kebutuhan pelayanan. Forum komunitas

dapat ditargetkan pada populasi prioritas. Forum komunitas membutuhkan fasilitator yang terampil.

e. Mengidentifikasi aset

Pada tahap ini juga penting untuk menerima masukan tentang potensi sumber daya masyarakat, atau aset yang tersedia untuk menanggapi kebutuhan kesehatan masyarakat. Aset komunitas termasuk anggota komunitas individu, asosiasi dan institusi lokal. Menilai aset memungkinkan Anda untuk fokus pada kekuatan komunitas Anda dan kapasitas, keterampilan, dan sumber daya yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan yang teridentifikasi.

Menurut CDC (2013), kebutuhan kesehatan individu/masyarakat terhadap promosi kesehatan dapat diketahui dengan beberapa cara pengumpulan data berikut ini:

a. Wawancara individu

Percakapan dengan tujuan yang dilakukan antara dua orang baik tatap muka atau melalui telepon.

b. Kelompok fokus

Libatkan pengumpulan informasi dan pendapat dari sekelompok kecil orang (8 hingga 10 orang per kelompok). Diskusi kelompok seringkali memberikan wawasan yang mungkin tidak muncul dalam wawancara.

c. Observasi

Metode pengumpulan data yang memungkinkan untuk mengamati peristiwa di sekitar untuk mengumpulkan petunjuk dan menghasilkan kesimpulan tentang tempat atau pengalaman tertentu.

d. Postal survey

Mengirimkan kuesioner pengisian sendiri ke sekelompok orang yang ditargetkan (misalnya, pelanggan klien atau orang yang tinggal di area tertentu).

e. Telephone survey

Pengumpulan data dari populasi sampel menggunakan kuesioner standar melalui telepon.

f. Face-to-face survey

Survei tatap muka adalah survei tanpa telepon. Pewawancara secara fisik melakukan perjalanan ke lokasi responden untuk melakukan wawancara pribadi.

g. *Web-based survey*

Sekelompok calon responden diundang untuk berpartisipasi dalam menyelesaikan survei berbasis web, dan tanggapan mereka dikirimkan secara elektronik melalui internet.

7. Langkah-langkah pengkajian kebutuhan

Untuk mengetahui kebutuhan individu/ masyarakat terhadap program promosi kesehatan, maka perlu dilakukan pengkajian kebutuhan masyarakat, yang terdiri dari delapan langkah, antara lain: mengidentifikasi kelompok masyarakat, mengumpulkan dan mereview data, mengadakan pertemuan pertama dengan kelompok masyarakat untuk sosialisasi kegiatan pengkajian kebutuhan, mengelola survei untuk anggota masyarakat dan profesional kesehatan, mengumpulkan dan menganalisis data survei, mengadakan pertemuan kedua dengan kelompok masyarakat untuk membahas data hasil survei, menulis laporan draft kebutuhan masyarakat, dan menyusun draf rencana strategis (*The North Dakota Medicare Rural Hospital Flexibility Program*, 2012).

O'Donnell (2023) mengemukakan ada tujuh langkah pengkajian kebutuhan, antara lain:

- a. Menentukan tujuan pengkajian kebutuhan. Saat menentukan tujuan, tanyakan pada diri sendiri: mengapa perlu dilakukan penilaian kebutuhan dan apa yang dilakukan terhadap hasil pengkajian kebutuhan yang didapatkan nanti.
- b. Menentukan sumber daya dan kapasitas diri dari staf yang akan melakukan pengkajian. Pertimbangkan berapa banyak waktu, uang, dan kapasitas staf yang dapat digunakan untuk pengkajian kebutuhan. Ketersediaan sumber daya akan sangat memengaruhi kegiatan pengkajian kebutuhan yang dapat dilakukan.

- c. Identifikasi audiens target dan sumber data. Mengingat tujuan dan sumber daya, pertimbangkan audiens target dan sumber data dalam kegiatan pengkajian kebutuhan.
- d. Meringkas hasil. Pada langkah ini, mencoba meringkas dan merenungkan data untuk setiap tujuan pengkajian kebutuhan secara individual. Data dapat disajikan dalam grafik, tabel, dan visual lainnya, serta narasi.
- e. Dapatkan umpan balik. Diskusikan hasil pengkajian kebutuhan dengan audiens yang beragam dan inklusif (termasuk anggota masyarakat, kolega, penyandang dana, mitra proyek, dan audiens target lainnya) yang mungkin menafsirkan hasil pengkajian kebutuhan berbeda dan mengidentifikasi rekomendasi unik.
- f. Menyebarluaskan. Pada langkah ini, hasil temuan dibagikan secara internal dan eksternal. Hal ini membantu memastikan bahwa semua pemangku kepentingan program promosi kesehatan berada di halaman yang sama mengenai prioritas proyek dan alokasi sumber daya.
- g. Ambil tindakan. Di akhir proses pengkajian kebutuhan, tinjau kembali tujuan awal dengan hasil akhir dan rekomendasi yang diperoleh. Selanjutnya ambil tindakan dan gunakan temuan tersebut untuk mengembangkan pendekatan program promosi kesehatan.

Pendapat lain, Cavanagh & Chadwick (2005) menjelaskan lima langkah dalam pengkajian kebutuhan, yaitu:

- a. Menentukan langkah awal
Pada tahap ini, perlu menentukan siapa populasi yang akan dikaji, dimana, dan apa alasannya; apa yang ingin dicapai dalam pengkajian kebutuhan; siapa yang terlibat dalam pengkajian kebutuhan; sumber daya apa yang diperlukan; apa hambatan yang mungkin ditemukan dan bagaimana cara mengatasinya; dan bagaimana cara mengukur keberhasilan dan memastikan proyek tetap di jalurnya?
- b. Mengidentifikasi prioritas kesehatan
Pada tahap ini melakukan identifikasi aspek fungsi kesehatan, kondisi, dan faktor yang mungkin berdampak signifikan terhadap kesehatan populasi yang diprofilkan;

mengembangkan profil dari isu-isu ini; dan menggunakan informasi ini untuk memutuskan sejumlah prioritas kesehatan secara keseluruhan untuk populasi.

- c. Mengkaji prioritas kesehatan untuk tindakan.
 - 1) Siapa yang dilayani, oleh siapa, dan mengapa?
 - 2) Mengidentifikasi kondisi kesehatan/ faktor penentu yang dapat berdampak signifikan terhadap prioritas kesehatan.
 - 3) Memilih kondisi kesehatan/ faktor penentu yang berdampak paling signifikan terhadap prioritas kesehatan.
 - 4) Mengidentifikasi tindakan efektif untuk prioritas kesehatan, identifikasi kemampuan berubah.
 - 5) Mengidentifikasi perubahan yang dapat diterima untuk prioritas kesehatan, identifikasi aksesabilitasnya.
 - 6) Apa intervensi/ perubahan yang paling dapat diterima?
 - 7) Apa implikasi sumber daya dari intervensi yang diusulkan?
 - 8) Apakah implikasi sumber daya dari perubahan yang diajukan terlayak?
- d. Merencanakan perubahan
 - 1) Menyetujui serangkaian tujuan, sasaran, indikator dan target yang jelas.
 - 2) Tetapkan tindakan dan tugas yang perlu dilakukan untuk mencapainya.
 - 3) Menyetujui cara mengevaluasi program.
 - 4) Mengidentifikasi risiko utama untuk keberhasilan program dan bagaimana pengelolaannya.
- e. Persiapan untuk berubah atau meninjau Kembali.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim (2022) *Community Health Needs Assessment 2022*. <https://www.phila.gov/documents/regional-community-health-needs-assessment>. Southeastern Pennsylvania.
- Berman, Snyder, & Frandsen (2016) *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Practice, and Process*. Boston: Pearson
- Cavanagh, S. & Chadwick, K. (2005). *Summary: Health Needs Assessment at A Glance*.
- CDC (2013) *Community Needs Assessment*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- CHA (2013) *Assessing & Addressing Community Health Needs*. USA: Catholic Health Association (CHA) of the United States.
- Emily O'Donnell (2023) *Seven Steps for Conducting a Successful Needs Assessment*. <https://www.nichq.org/insight/seven-steps-conducting-successful-needs-assessment>.
- Fertman, C., Allensworth, D.D. (2010). *Health Promotion Programs from Theory to Practice*. San Fransisco: Jossey Bass
- Sines, D., Saunders, M., & Burford, J. F. (2009). *Community Health Care Nursing*. 4th ed. United Kingdom: Wiley-Blackwell, A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- The North Dakota Medicare Rural Hospital Flexibility Program (2012). *Conducting Community Health Needs Assessments: An Eight-Step Process*. Colombia: Center for Rural Health.



Sovia, Ners, M.Kep. Lahir di Jambi, 29 September 1976. Penulis tercatat sebagai lulusan sarjana dari Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung dan lulusan magister dari Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia. Saat ini penulis bekerja di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jambi. Penulis tercatat sebagai Pengurus Wilayah Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Provinsi Jambi (periode 2017-2021, 2022-2026).

BAB 4

Identifikasi Masalah Kebutuhan Program Promosi Kesehatan

Dr. Safrudin, SKM, M.Kes

A. Pendahuluan

Kementerian Kesehatan melaksanakan transformasi melalui 6 pilar transformasi kesehatan Indonesia yang terdiri atas Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, dan Transformasi Teknologi Kesehatan. Promosi kesehatan merupakan penjabaran dari pilar pertama yaitu transformasi pelayanan primer. Visi Indonesia emas di tahun 2045 yaitu mewujudkan tingkat kesejahteraan rakyat yang lebih baik dan merata didukung oleh kualitas manusia yang lebih tinggi sehingga ekonomi Indonesia meningkat. Dengan mencapai kondisi tersebut, Indonesia akan mencapai posisi sebagai salah satu negara yang diperhitungkan di tingkat global.

Pada pencapaian program promosi kesehatan secara Nasional seperti pencapaian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga hingga Tahun 2014, persentase PHBS pada tatanan Rumah Tangga baru mencapai 56,58% dari target Renstra RI 2015-2019 sebesar 80% dan pencapaian Desa Siaga Aktif hingga Tahun 2014, baru mencapai 69,51% dari target Renstra RI 2015-2019 sebesar 80%. Ini menyatakan bahwa target Nasional tentang PHBS Rumah Tangga serta Desa Siaga Aktif masih belum sesuai target yang diharapkan (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

Sehubungan dengan hal tersebut maka pelayanan kesehatan di masyarakat perlu di tingkatkan terutama di bidang promosi kesehatan yang merupakan salah satu faktor dari keberhasilan suatu program Nasional dan Daerah di bidang kesehatan.

B. Identifikasi masalah promosi kesehatan

Pencapaian program promosi kesehatan secara Nasional seperti pencapaian PHBS pada tatanan Rumah Tangga baru mencapai 56,58% dari target Renstra RI 2015-2019 sebesar 80% dan pencapaian Desa dan Kelurahan Siaga Aktif hingga Tahun 2014 baru mencapai 69,51% dari target Renstra RI 2015-2019 sebesar 80%. Untuk dapat mengidentifikasi masalah tersebut perlulah dilakukan pengkajian yang seksama.

Pengkajian komunitas merupakan suatu proses dan upaya untuk dapat mengidentifikasi dan mengenal masyarakat. Warga masyarakat merupakan mitra dan berkontribusi terhadap keseluruhan proses. Tujuan ketenaga kesehatan dalam mengkaji komunitas adalah mengidentifikasi faktor-faktor (baik positif maupun negatif) yang mempengaruhi kesehatan warga masyarakat agar dapat mengembangkan strategi promosi kesehatan.

Saat melakukan pengkajian promosi kesehatan, tenaga kesehatan perlu menentukan prioritas. Hirarki Maslow (1970) tentang kebutuhan merupakan metode yang sangat berguna untuk menentukan prioritas. Hirarki tentang kebutuhan manusia mengatur kebutuhan dasar dalam lima tingkat. Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow:

1. Tingkat pertama atau tingkat paling dasar mencakup kebutuhan seperti udara, air, dan makanan.
2. Tingkat kedua mencakup kebutuhan keselamatan dan keamanan.
3. Tingkat ketiga mengandung kebutuhan dicintai dan memiliki.
4. Tingkat keempat mengandung kebutuhan dihargai dan harga diri.
5. Tingkat kelima adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri.

Bradshaw (1972), secara umum menggunakan suatu taksonomi yang membedakan kebutuhan kesehatan dan sosial menjadi empat tipe kebutuhan, yaitu:

1. Kebutuhan normatif - Didasarkan pada pertimbangan ahli profesional. Contohnya perencanaan karir, keuangan, asuransi, dan liburan.
2. Kebutuhan yang dirasakan - Kebutuhan yang diidentifikasi sebagai apa yang mereka inginkan. Tergantung pada kesadaran dan pengetahuannya

3. Kebutuhan yang dinyatakan - Kebutuhan yang dirasakan yang telah diubah menjadi permintaan yang terungkap (demand), biasanya berupa keinginan. Kebutuhan ini bisa bertentangan dengan kebutuhan normatif.
4. Kebutuhan komparatif - Kebutuhan dengan membandingkan diantara kelompok yang sama.

Empat kunci yang perlu dipertimbangkan dalam mengidentifikasi kebutuhan:

1. Ruang lingkup tugas;
2. Reaktif atau proaktif;
3. Menempatkan kebutuhan klien lebih dulu;
4. Pendekatan pemasaran

Tujuan identifikasi Dalam Promosi Kesehatan

1. Untuk membantu intervensi langsung dengan sewajarnya.
2. Untuk mengidentifikasi respon tentang kebutuhan spesifik dari grup minoritas, komunitas, atau populasi yang membutuhkan promosi kesehatan. Misalnya promosi kesehatan yang dilakukan pada komunitas mantan penderita TBC tentu berbeda dengan promosi yang dilakukan pada orang normal.
3. Untuk menentukan risiko dari suatu komunitas, apa yang akan terjadi jika komunitas tersebut diberi atau tidak diberikan promosi kesehatan.
4. Alokasi sumber dana, prioritas dana dinas kesehatan diharapkan digunakan untuk proses pencegahan penyakit melalui promosi kesehatan bukan untuk biaya pengobatan.

Proses pengkajian dalam promosi kesehatan dapat dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan, yaitu tentang:

1. Apa yang ingin saya ketahui?
2. Mengapa saya ingin mengetahui hal ini?
3. Bagaimana saya bisa menemukan informasi ini?
4. Apa yang akan saya lakukan dengan informasi ini?
5. Apa kesempatan saya di sini untuk melakukan tindakan dengan informasi ini?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut berguna untuk mengetahui secara lebih detail tentang:

1. Kebutuhan individu
2. Riwayat komunitas

3. Pandangan masyarakat

Hal ini penting untuk dilakukan karena:

1. Tenaga kesehatan perlu mendorong masyarakat lokal untuk terlibat secara langsung dalam proses.
2. Tenaga kesehatan perlu memberi keyakinan bahwa tenaga kesehatan menyediakan informasi yang berguna dalam memenuhi kebutuhan dalam aktivitas masyarakat.

C. Mengidentifikasi kebutuhan promosi Kesehatan dan sumber-sumber yang dapat digunakan

Sumber data terdiri dari:

1. Data primer: secara langsung diambil dari objek/sasaran, baik perorangan, kelompok, organisasi maupun masyarakat.
2. Data sekunder: data yang didapat tidak secara langsung dari objek/sasaran. Data yang didapat sudah jadi, yang dikumpulkan oleh pihak lain.

Data yang dikumpulkan terdiri dari:

1. Data epidemiologi
2. Data sosial ekonomi
3. Pandangan profesional
4. Informasi Kualitas Kehidupan: diperoleh dengan melihat data sekunder (Strata keluarga) informasi ini hanya berfungsi sebagai latar belakang masalah saja.
5. Informasi tentang perilaku sehat: diperoleh dari kunjungan rumah atau di Posyandu
6. Informasi tentang faktor penyebab (predisposing, enabling dan reinforcing factors) diperoleh melalui survei cepat etnografi (Rapid ethnography assesment) yang dilakukan oleh tingkatan kabupaten atau kota.
7. Informasi tentang faktor internal (tenaga, sarana, dana promosi kesehatan) dan eksternal (peraturan, lingkungan di luar unit) diperoleh dari lapangan/tempat.

Dalam melakukan pengkajian dibutuhkan suatu metode yang bertujuan untuk mengumpulkan data yang terdiri dari:

a. Tes/ujian - Lisan maupun tertulis

- 1) **Observasi** - Diartikan pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada objek penelitian/sasaran. Jenis observasi yang lain:

- a) Catatan anekdot
 - b) Catatan berkala (Incidental record)
 - c) Daftar ceklis (Checklist)
 - d) Skala Penilaian (Rating Scale)
- 2) **Peralatan mekanis (Mechanical device)** - Pencatatan dengan alat ini tidak dilakukan pada saat observasi berlangsung, karena sebagian atau seluruh peristiwa direkam sesuai dengan keperluan. Jenis pengumpulan data ini, yaitu: angket, wawancara, teknik sampling.
- a) Informant Interviews, informasi yang diperoleh dari informan adalah kunci melalui wawancara atau focus group discussion sangat menolong dalam mengatasi masalah
 - b) Participant Observation, kita dapat mengkaji data objektif berdasarkan orang, tempat dan social system yang ada di komunitas. Informasi ini dapat membantu mengidentifikasi tren, kestabilan dan perubahan yang memberi dampak kesehatan individu di komunitas

D. Program Promosi Kesehatan

Program atau gerakan kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah merupakan sebuah upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Beberapa gerakan seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat atau Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dapat menjadi sebuah gerakan yang sukses dengan dukungan promosi kesehatan.

Kegiatan promosi kesehatan masyarakat dapat diwujudkan dalam berbagai bentuk; bahkan dapat berupa anjuran dari pemerintah melalui instansi ataupun pejabat yang berkaitan dengan bidang kesehatan. Melakukan aktivitas fisik telah menjadi bagian dari banyak kampanye kesehatan dari pemerintah; salah satunya sejak dicanangkannya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Kedua gerakan tersebut memasukkan poin melakukan aktivitas fisik dalam bentuk kegiatan olahraga ataupun kegiatan bekerja yang melibatkan aktivitas fisik.

Gaya hidup masyarakat modern yang minim aktivitas fisik hingga konsumsi makanan dengan gizi kurang seimbang menjadi

beberapa penyebab meningkatnya masalah kesehatan berupa penyakit tidak menular. Aktivitas Promosi Kesehatan dari Kementerian Kesehatan RI memasukkan poin ajakan melakukan aktivitas fisik setidaknya 30 menit setiap hari untuk mengurangi stres dan merangsang otak agar lebih bahagia dan santai.

E. Masalah masalah dalam promosi kesehatan

Promosi kesehatan merupakan sebuah upaya penting yang harus dilakukan tenaga kesehatan dengan kolaborasi bersama masyarakat untuk menciptakan masyarakat yang sehat baik secara fisik maupun mental. Namun hingga saat ini promosi kesehatan di Indonesia belum mencapai tahap yang maksimal. Masih banyak masyarakat yang tidak sadar kesehatan. Mencegah lebih baik dari mengobati juga masih sebatas semboyan dan belum bisa menjadi sebuah landasan kesadaran di masyarakat.

Promosi kesehatan merupakan sebuah proses untuk membuat masyarakat lebih mampu mengontrol, menjaga, dan memperbaiki kesehatan. Ada beberapa hal yang menghambat maksimalisasi promosi kesehatan di Indonesia. Pertama, karena tenaga kesehatan yang masih sedikit sehingga sumber daya manusia untuk melakukan promosi kesehatan seperti *Home Care*, penyuluhan, dan demonstrasi juga terbatas, masih dilakukan secara konvensional. Padahal di era ini media sosial sangat ampuh untuk mengedukasi masa. Terutama di daerah-daerah terpencil di Indonesia.

Hambatan kedua, masyarakat Indonesia masih banyak percaya pada mitos. Ini merupakan masalah terbesar dalam melaksanakan promosi kesehatan. Pola pikir masyarakat yang dekat dengan mitos, sering membuat masyarakat sulit penerima pendidikan kesehatan yang diberikan oleh para ahli kesehatan. Situasi ini berkaitan dengan budaya dan untuk merubah budaya juga tidak bisa secara revolusioner namun harus perlahan.

F. Perencanaan Kesehatan dan Model Pendekatan

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :

1. Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*Enabling factors*), yang terwujud dalam fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana, alat-alat kontrasepsi, jaman, dan sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong (*Reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan Perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Menurut Green (1980) penggunaan kerangka kerja PRECEDE and PROCEED adalah sebagai berikut:

1. PRECEDE terdiri dari: *Predisposing, Reinforcing, Enabling cause in educational diagnosis and evaluation*. Akan memberikan wawasan spesifik menyangkut evaluasi. Kerangka kerja ini menunjukkan sasaran yang sangat terarah untuk intervensi. PRECEDE digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas dan tujuan program.
2. PROCEED terdiri dari *Policy, Regulation, Organizational and environmental development*.

Menampilkan kriteria tahapan kebijakan dan implementasi serta evaluasi.

Salah satu tujuan dan prinsip panduan model PRECEDE-PROCEED adalah untuk mengarahkan perhatian awal pada hasil, bukan masukan. Ini memandu perencana melalui proses yang dimulai dengan hasil yang diinginkan dan kemudian bekerja mundur dalam rantai sebab akibat untuk mengidentifikasi campuran strategi untuk mencapai tujuan tersebut. Asumsi mendasar dari model ini adalah partisipasi aktif dari audiens yang dituju – yaitu, masyarakat akan mengambil bagian aktif dalam mendefinisikan masalah mereka sendiri, menetapkan tujuan mereka, dan mengembangkan solusi mereka.

Dalam kerangka ini, perilaku kesehatan dianggap dipengaruhi oleh faktor individu dan lingkungan, dan karenanya memiliki dua bagian yang berbeda. Pertama adalah "diagnosis pendidikan" – PRECEDE, singkatan dari **P**redisposing, **R**einforcing and **E**nabling **C**onstructs in **E**ducational **D**iagnosis and **E**valuation. Kedua adalah "diagnosis ekologis" – PROCEED, untuk Kebijakan, Peraturan, dan

Konstruksi Organisasi dalam Bidang Pendidikan dan Lingkungan perkembangan. Model ini multidimensi dan ditemukan dalam ilmu sosial/perilaku, epidemiologi, administrasi, dan pendidikan. Penggunaan kerangka kerja secara sistematis dalam serangkaian uji klinis dan lapangan menegaskan utilitas dan validitas prediktif model sebagai alat perencanaan. Adapun penjelasan dari tiap fase dalam kerangka Precede Proceed Theory adalah sebagai berikut:

1. Fase 1 (diagnosa sosial)

Adalah proses penentuan persepsi seseorang terhadap kebutuhan dan kualitas hidupnya dan aspirasi untuk lebih baik lagi, dengan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya. Partisipasi masyarakat adalah sebuah konsep pondasi dalam diagnosis sosial dan telah lama menjadi prinsip dasar bagi kesehatan dan pengembangan komunitas.

Hubungan sebab akibat dapat terjadi secara langsung melalui kebijakan sosial, intervensi pelayanan sosial, kebijakan kesehatan dan program kesehatan.

- a. Bagian atas yaitu kebijakan sosial atau keadaan sosial, mengindikasikan masalah kesehatan mempengaruhi kualitas hidup, sehingga kualitas hidup dapat memotivasi dan mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan.
- b. Kualitas hidup sulit diukur dan sulit didefinisikan; ukuran obyektif (indikator sosial), yaitu angka pengangguran, kepadatan hunian, kualitas air. Ukuran subyektif (informasi dari anggota masyarakat tentang kepuasan hidup, kejadian hidup yang membuat stress, individu dan sumber daya sosial).
- c. Bagian bawah yaitu intervensi kesehatan, mengindikasikan kondisi sosial dan kualitas hidup dipengaruhi oleh masalah kesehatan.

2. Fase 2 (diagnosa epidemiologi)

Masalah kesehatan merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, baik langsung maupun tidak langsung. Yaitu penelusuran masalah-masalah kesehatan yang dapat menjadi penyebab dari diagnosa sosial yang telah diprioritaskan. Untuk menentukan

prioritas masalah kesehatan, dilakukan dengan beberapa tahapan, diantaranya:

- a. Masalah yang mempunyai dampak terbesar pada kematian, kesakitan, lama hari kehilangan kerja, biaya rehabilitasi, dan lain-lain.
 - b. Apakah kelompok ibu dan anak-anak yang mempunyai resiko.
 - c. Masalah kesehatan yang paling rentan untuk intervensi.
 - d. Masalah yang merupakan daya ungkit tinggi dalam meningkatkan status kesehatan, *economic savings*.
 - e. Masalah yang belum pernah disentuh atau di intervensi.
 - f. Apakah merupakan prioritas daerah/ nasional.
3. Fase 3 (diagnosa perilaku dan lingkungan)
Pada fase ini terdiri dari 5 tahapan, antara lain:
- a. Memisahkan penyebab perilaku dan non perilaku dari masalah kesehatan.
 - b. Mengembangkan penyebab perilaku
 - 1) Preventive behaviour (primary, secondary, tertiary)
 - 2) Treatment behaviour
 - c. Melihat *important* perilaku
 - 1) Frekuensi terjadinya perilaku
 - 2) Terlihat hubungan yang nyata dengan masalah kesehatan
 - d. Melihat *changeability* perilaku
 - e. Memilih target perilaku
Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan, digunakan indikator perilaku seperti: pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi), upaya pencegahan (prevention action), pola konsumsi makanan (consumtion pattern), kepatuhan (compliance), upaya pemeliharaan sendiri (self care).
Untuk mendiagnosa lingkungan diperlukan lima tahap, yaitu: membedakan penyebab perilaku dan non perilaku; menghilangkan penyebab non perilaku yang tidak bisa diubah; melihat important faktor lingkungan, melihat changeability faktor lingkungan, memilih target lingkungan.
4. Fase 4 (diagnosa pendidikan dan organisasi)

Mengidentifikasi kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan yang status kesehatan atau kualitas hidup dengan memperhatikan faktor-faktor penyebabnya. Ada 3 kelompok masalah yang berpengaruh terhadap perilaku, yaitu:

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*): pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, dan lain-lain.
 - b. Faktor penguat (*reinforcing factor*): perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, dan lain-lain.
 - c. Faktor pemungkin (*enabling factor*): lingkungan fisik tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, dan lain-lain.
5. Fase 5 (diagnosa administrasi dan kebijakan)

Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan kejadian-kejadian dalam organisasi yang mendukung atau menghambat perkembangan promosi kesehatan.

Ada beberapa tahapan dalam administrative diagnose sebagai berikut :

- a. Memperkirakan atau menilai resources/ sumber daya yang dibutuhkan program
- b. Menilai resources yang ada didalam organisasi atau masyarakat
- c. Mengidentifikasi faktor penghambat dalam mengimplementasi program

Untuk tahapan evaluasi adalah kegiatan membandingkan tujuan standart object of interest, yakni dengan memperhatikan :

- a. Mengukur quality of life
- b. Indikator status kesehatan
- c. Faktor perilaku dan lingkungan
- d. Faktor predisposing, enabling dan reinforcing
- e. Aktivitas intervensi
- f. Perubahan kebijakan, regulasi atau organisasi
- g. Tingkat keahlian staff
- h. Kualitas penampilan dan pendidikan

Adapun tingkat evaluasi meliputi 3 hal yaitu :

- a. Evaluasi proses

Evaluasi dari program promosi kesehatan yang dilaksanakan.

b. Evaluasi impact

Menilai efek langsung dari program pada target perilaku (predisposing, enabling, reinforcing factors) dan lingkungan.

c. Evaluasi outcome

Evaluasi terhadap masalah pokok yang pada proses awal perencanaan yang akan diperbaiki status kesehatan dan quality of life.

DAFTAR PUSTAKA

Dignan, M.B., Carr, P.A. (1992). *Program Planning for Health Education and Promotion*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger.

Ewles, L., Simnett, I. (1994). *Promoting Health : A Practical Guide*. Emilia, O (Alih Bahasa). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

- French, J. (1990). *Boundaries and horizons, the role of health education within health promotion*. Health Education Journal 49: 7-10
- Green, L & Kreuter, M.W, (2005). *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, Second Edition, Mayfield Publishing Company.
- Naidoo, J & Wills, J, (2000). *Health Promotion, Foundation for Practice, Second Edition*, Bailliere Tindall, Elsevier Limited.
- Notoatmodjo Soekijo, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, (Jakarta: PT Rineka Cipta, 2003).
- Notoatmodjo, Soekidjo.(2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Perkins, E.R., Simnett, I., Wright, L. (1999). *Evidence-based Health Promotion*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Syafrudin, *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk mahasiswa kebidanan*, (Jakarta: CV Trans Info Media, 2009).
- Syafrudin, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, (Jakarta: CV Trans Info Media, 2015).
- Syafrudin, *Promosi Kesehatan untuk mahasiswa kebidanan*, (Jakarta: CV Trans Info Media, 2013).
- Tones, K & Green, J, (2004), *Health Promotion: Planning and Strategies*, Sage Publications.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glosarry*. Geneva: HPR- HEP WHO.

BIODATA PENULIS



Dr. Safrudin, SKM, M.Kes. lahir di Cirebon pada 27 Juli 1968. Pada tahun 1998 menamatkan S1 di FKM UI, tahun 2003 Meraih gelar Magister di FIK UI dan pada tahun 2019 meraih doktor di UNJ. Pak Saf merupakan sapaan akrabnya adalah dosen di Poltekkes Kemenkes Jakarta III Program Studi Promosi Kesehatan. **Safrudin** bukanlah orang baru di bidang penulisan. Banyak buku-buku yang telah dihasilkan dan telah diterbitkan oleh EGC, Trans info Media, Inmedia, Wineka Media dan Deepublis.

BAB 5

Perencanaan Promosi Kesehatan

Widdefrita, S.K.M, M.K.M

A. Pendahuluan

Siklus manajemen terstandar terdiri dari perencanaan, implementasi dan evaluasi, yang berlaku pada semua aplikasi manajemen. Sama halnya dengan unsur integral manajemen tersebut, perencanaan juga memiliki siklus tersendiri dalam pelaksanaannya. Perencanaan merupakan bagian dari fungsi manajemen yang menentukan keberhasilan tujuan yang akan dicapai. Pada prinsipnya perencanaan merupakan proses penetapan tujuan dan sasaran, serta penetapan strategi kegiatan yang diharapkan dapat dilakukan dalam jangka waktu tertentu. (Kurniati, 2016)

Tujuan utama promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan atau sikap masyarakat, meningkatkan perilaku masyarakat tentang hidup sehat sehingga pada akhirnya mampu meningkatkan status kesehatan masyarakat. Mencapai tujuan promosi kesehatan perlu di susun perencanaan promosi kesehatan sehingga dapat terlihat target tujuan sesuai jangka waktu yang telah ditetapkan. (Kementerian Kesehatan, 2015)

Dalam merencanakan suatu program promosi kesehatan, promotor kesehatan harus mengumpulkan data yang lengkap terkait masalah kesehatan, sehingga dapat dihasilkan suatu program promosi kesehatan yang realistis dan tepat sasaran. Selain itu, program kesehatan yang terukur dapat mendorong partisipasi masyarakat dan mengantisipasi reaksi dari perilaku masyarakat akibat promosi kesehatan.

B. Konsep Dasar Perencanaan Promosi Kesehatan

1. Pengertian Perencanaan

Perencanaan adalah serangkaian kegiatan dimana keputusan yang dibuat dituangkan dalam bentuk tindakan. Perencanaan merupakan salah satu siklus dari proses pemecahan

masalah untuk mengubah posisi yang ada saat ini kepada posisi yang diinginkan ((Notoatmodjo, 2010)

Perencanaan menurut Tjokroamidjojo mendefinisikan perencanaan sebagai suatu cara bagaimana mencapai tujuan sebaik-baiknya (maximum output) dengan sumber-sumber yang ada supaya lebih efisien dan efektif (Kementerian Kesehatan, 2015)

Perencanaan atau *planning* merupakan proses pengambilan keputusan tentang apa yang akan dilakukan pada masa yang akan datang, kapan, bagaimana dan siapa yang akan melakukannya. Perencanaan juga dapat memungkinkan pengambil keputusan untuk menentukan penggunaan sumber daya secara berdaya guna, baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya. Singkatnya, perencanaan merupakan suatu proses menghasilkan suatu uraian yang rinci dan lengkap tentang suatu program atau kegiatan yang akan dilaksanakan (Depkes, 2006)

Perencanaan Kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumberdaya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Kementerian Kesehatan, 2015).

2. Tujuan Perencanaan Promosi Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2015)
 - a. Tujuan Umum :
 - 1) Mengarahkan sumberdaya yang ada untuk upaya promosi kesehatan
 - 2) Mendukung pencapaian target program dan peningkatan kinerja puskesmas dalam waktu tertentu.
 - 3) Adanya kejelasan tentang upaya promosi kesehatan yang harus dilakukan secara sistematis
 - 4) Mengarah pada tujuan program yang akan dicapai dalam waktu tertentu.
 - b. Tujuan Khusus :

Adanya kejelasan tentang :

 - 1) Jenis-tahapan kegiatan promkes
 - 2) Sumberdaya untuk upaya promkes

- 3) Kebijakan publik dibutuhkan
 - 4) Media KIE - Promkes
 - 5) Waktu yang dibutuhkan untuk kegiatan promosi kesehatan
 - 6) Sasaran/ wilayah garapan promkes
 - 7) Peran mitra potensial promkes
 - 8) Indikator promkes di puskesmas
3. Manfaat Perencanaan Promosi Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2015)
 - a. Memusatkan perhatian pada tujuan yang ingin dicapai
 - b. Mengurangi resiko ketidakpastian terhadap proses pelaksanaan kegiatan promkes.
 - c. Mencegah pemborosan sumberdaya dan mengoptimalkan penggunaan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan promosi kesehatan.
 - d. Jangkauan kegiatan promosi kesehatan lebih luas dan terorganisir dengan baik.
 - e. Mencegah terjadinya tumpang tindih (over lapping).
 - f. Menjadi dasar bagi fungsi manajemen yang lain, yaitu pelaksanaan pengawasan, pemantauan dan penilaian upaya promosi kesehatan di puskesmas
 4. Ciri-ciri Perencanaan Promosi Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2015)
 - a. Disusun berdasarkan landasan yang tepat dari hasil analisis situasi, analisis masalah kesehatan yang ada, analisis perilaku penyebab masalah kesehatan, analisis kebijakan, analisis sosial budaya serta potensi masyarakat setempat.
 - b. Dibuat oleh seluruh program kesehatan secara terintegrasi dengan tugas pokok serta kewenangan pelayanan kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya.
 - c. Perencanaan promosi kesehatan mengakomodir strategi promosi kesehatan.
 - d. Memperhatikan karakteristik sasaran, kapasitas sumberdaya yang ada serta mengakomodir kearifan local
 - e. Melibatkan berbagai pihak potensial dalam mendukung upaya promosi kesehatan
 - f. Memiliki batas toleransi adanya penyimpangan dalam pelaksanaannya nanti.

- g. Bersifat fleksibel yang memungkinkan diadakan perubahan-perubahan di dalam rencana tanpa mengganggu hasil akhirnya.
 - h. Memperhatikan kendala-kendala dalam mencapai tujuan.
5. Jenis Perencanaan Promosi Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2015)
- a. Perencanaan berdasarkan alokasi waktu (jangka pendek, menengah dan panjang)
 - b. Perencanaan promosi kesehatan berdasarkan program prioritas
 - c. Perencanaan berdasarkan tatanan promosi kesehatan
 - d. Perencanaan berdasarkan kegiatan promosi disetiap jenjang administrasi, di pusat, provinsi, kabupaten/kota, puskesmas/kecamatan dan kelurahan/desa.
 - e. Perencanaan berdasarkan pencapaian indikator kinerja, misalnya: pencapaian PHBS di Rumah Tangga, PHBS di Sekolah, pencapaian Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, pencapaian target imunisasi lengkap pada bayi, peningkatan target persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan lain-lain
 - f. Perencanaan berdasarkan pada strategi promosi kesehatan (perencanaan advokasi, bina suasana, gerakan pemberdayaan masyarakat).
 - g. Perencanaan berdasarkan ruang lingkup program kesehatan, yaitu untuk satu program atau program terpadu
 - h. Perencanaan dalam menghadapi keadaan darurat
 - i. Perencanaan berdasarkan fungsi operasional, misalnya: keuangan, ketenagakerjaan dan lain-lain.

C. Langkah-Langkah Perencanaan Promosi Kesehatan

1. Menentukan kebutuhan promosi kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2015)
 - a. Analisis situasi

Analisis situasi merupakan tahap pengumpulan data yang ditempuh sebelum merancang dan merencanakan program. Analisis situasi bertujuan untuk mengumpulkan informasi mencakup jenis dan bentuk kegiatan, pihak atau publik yang terlibat, tindakan dan strategi yang akan diambil, taktik, serta anggaran biaya yang diperlukan dalam melaksanakan program. Kegiatan ini merupakan kegiatan awal suatu perencanaan. Kegiatan ini merupakan kegiatan

untuk mengetahui dimana kita (perencana/pembuat rencana) sekarang berada. Kegiatannya umumnya ialah berupa pengumpulan data berupa fakta dan informasi (objektif), termasuk opini (subjektif).

Dibidang kesehatan, analisa situasi dilakukan dengan mengumpulkna indikator Kesehatan yang sesuai dengan permasalahan serta indikator lainnya termasuk non Kesehatan yang terkait dengan permasalahan yang akan dipecahkan. Data yang dibutuhkan antara lain:

- 1) Data tentang penyakit dan kejadian sakit (diseases and illnesses).
- 2) Data kependudukan.
- 3) Data potensi organisasi kesehatan.
- 4) Keadaan lingkungan dan geografi.
- 5) Data sarana dan prasarana.

b. Analisis masalah kesehatan

Masalah kesehatan menentukan status kesehatan seorang individu atau kelompok. Status kesehatan merupakan suatu kondisi kesehatan seorang individu atau masyarakat dalam rentang sehat-sakit yang bersifat dinamis. masalah kesehatan harus digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik yang berasal dari data lokal, regional, maupun nasional. Analisis masalah kesehatan mengidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terpapar masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku, dll) dan kemudian diidentifikasi pula bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah tersebut (morbiditas, mortalitas, gejala, dll), serta bagaimana cara untuk menanggulangi masalah kesehatan tersebut (imunisasi, perawatan, pengobatan, perubahan lingkungan dan perilaku). (McKenzie, 2013)

Informasi ini sangat penting untuk menetapkan prioritas masalah yang didasarkan dengan pertimbangan besarnya masalah kesehatan, akibat yang ditimbulkan dan kemungkinan untuk diintervensi.

c. Analisis perilaku penyebab masalah kesehatan (Green, 1991)

Penilaian perilaku dilakukan untuk menilai faktor yang berkontribusi terhadap masalah yang diidentifikasi, seperti

gaya hidup individu, faktor lingkungan, atau pengaruh sosial. Masing-masing faktor yang memiliki kontribusi terhadap masalah kesehatan dipilih dan dievaluasi berdasarkan apakah itu dapat atau tidak dapat diubah. Faktor-faktor yang paling penting dan paling mudah untuk diubah kemudian dijadikan sebagai target prioritas. Penting bagi promotor kesehatan untuk dapat membedakan masalah perilaku yang dapat dikontrol secara individual maupun secara massal/institusi. (McKenzie, 2013)

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia berdasarkan tingkat kesehatannya dan mendapatkan temuan bahwa kesehatan manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavioral causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavioral causes*). (Green, 1991)

Sehubungan masalah kesehatan yang ada misalnya tentang diare. Maka data perilaku yang dimaksud adalah pengetahuan masyarakat tentang diare, penyebab, cara pencegahan, dan kebiasaan masyarakat yang berhubungan dengan diare dan lain-lain. Atas dasar hal tersebut diatas, petugas membantu membuat diagnosis masalah kesehatannya, membantu mencari cara yang tepat agar mempermudah mereka mengenali dan menggali potensi yang mereka miliki. Data perilaku mencakup: (Depkes, 2006)

- 1) Data perilaku kesehatan yang berkaitan dengan sakit, pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, pencarian pengobatan, pemulihan kesehatan.
 - 2) Data perilaku kesehatan terkait dengan lingkungan: penggunaan jamban, air bersih, rumah sehat, lingkungan sehat, buang sampah, pembuangan limbah, pemberantasan sarang nyamuk.
 - 3) Data perilaku kesehatan terkait dengan upaya peningkatan gizi masyarakat : penggunaan garam beryodium, makanan tinggi serat rendah lemak, menu aneka ragam makanan, cara mengolah makanan, kebersihan makanan dan lain-lain.
- d. Analisis sosial budaya serta potensi masyarakat setempat

Analisis sosial budaya proses terbentuknya perilaku ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah faktor sosial budaya, bila faktor tersebut telah tertanam dan terinternalisasi dalam kehidupan dan kegiatan masyarakat ada kecenderungan untuk merubah perilaku yang telah terbentuk tersebut sulit untuk dilakukan. Untuk itu, untuk mengatasi dan memahami suatu masalah kesehatan diperlukan pengetahuan yang memadai mengenai budaya dasar dan budaya suatu daerah. Sehingga dalam mensosialisasikan kesehatan pada masyarakat luas dapat lebih terarah yang implikasinya adalah naiknya derajat kesehatan masyarakat (Anderson, 1991)

Pengaruh sosial budaya dalam masyarakat memberikan peranan penting dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Perkembangan sosial budaya dalam masyarakat merupakan suatu tanda bahwa masyarakat dalam suatu daerah tersebut telah mengalami suatu perubahan dalam proses berfikir. Perubahan sosial dan budaya bisa memberikan dampak positif maupun negatif (Anderson, 1991)

Salah satu strategi promosi kesehatan dengan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk menggali dan memanfaatkan potensi yang ada dimasyarakat untuk membangun masyarakat sehat sesuai kultur budaya masyarakat setempat serta mengembangkan manajemen sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat secara terbuka dan transparan.

e. Analisis kebijakan

Kebijakan merupakan rangkaian konsep dan asa yang menjadi pedoman dan dasar dalam merencanakan dan melaksanakan suatu pekerjaan, kepemimpinan dan tindakan. Kebijakan berbeda dengan peraturan dan hukum. Jika peraturan dan hukum dapat memaksa atau melarang suatu perilaku, kebijakan hanya dapat menjadi pedoman tindakan yang paling mungkin memperoleh hasil yang diinginkan. Aspek kebijakan berkaitan dengan regulasi pendukung suatu program promosi kesehatan agar dapat berjalan dengan optimal. (McKenzie, 2013)

Kebijakan atau kajian kebijakan dapat pula merujuk pada proses pembuatan keputusan-keputusan penting organisasi, termasuk identifikasi berbagai alternatif seperti prioritas program atau pengeluaran dan pemilihannya berdasarkan dampaknya. Kebijakan juga dapat diartikan sebagai mekanisme politis, manajemen, finansial, maupun administratif untuk mencapai suatu tujuan eksplisit. Selanjutnya, regulasi merupakan suatu cara yang digunakan untuk mengendalikan masyarakat dengan aturan tertentu, sedangkan organisasi merupakan sekelompok orang dalam suatu wadah untuk tujuan tertentu. (McKenzie, 2013)

2. Menetapkan prioritas masalah

Hasil identifikasi kebutuhan promosi kesehatan terkait masalah kesehatan sangat penting untuk menetapkan prioritas masalah serta kemampuan untuk mengintervensi masalah tersebut. Pada fase ini, dilakukan identifikasi masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup individu/masyarakat (status kesehatan), yang kemudian akan diintervensi berdasarkan urgensi masalah tersebut. (Green, 1991)

Penentuan prioritas masalah bertujuan untuk mengetahui sejauh mana masalah itu penting dan apakah masalah tersebut dapat teratasi. Dalam menentukan prioritas masalah, perlu diketahui masalah apa saja yang perlu diprioritaskan, siapa yang melakukan prioritas masalah, serta bagaimana metode untuk melakukan identifikasi masalah (McKenzie, 2013).

a. Masalah yang perlu diprioritaskan

Menentukan prioritas merupakan sebuah proses individu atau kelompok dalam memberikan *ranking* pada *item* masalah. *Assessment Protocol for Excellence on Public Health* (APEXPH) menyebutkan bahwa prioritas merupakan proses generalisasi kelompok, dimana masalah dalam organisasi atau isu masalah kesehatan yang dianggap perlu dan penting bagi organisasi atau masyarakat. (McKenzie, 2013)

b. Siapa yang melakukan prioritas masalah

Setiap individu atau partisipan umumnya memberikan masukan dalam proses prioritas masalah. Hal yang penting dipahami dalam penentuan prioritas masalah

adalah orang yang menentukan prioritas masalah tidak terlibat langsung dalam upaya intervensi sehingga penentuan prioritas masalah terhindar dari kepentingan yang lain sehingga penentuan lebih objektif. Dalam kesehatan masyarakat penentuan prioritas dilakukan oleh organisasi yang memiliki kewenangan dalam intervensi pemecahan masalah kesehatan masyarakat seperti puskesmas atau dinas kesehatan. (Kementerian Kesehatan, 2015)

c. Metode melakukan identifikasi masalah

Penentuan metode dalam mengidentifikasi masalah kesehatan adalah analisis kekuatan dan kelemahan. Metode mana yang tepat untuk digunakan atau yang memungkinkan untuk dilakukan. Metode yang ada adalah item atau substansi yang memiliki nilai tertinggi dan isu yang paling penting dalam masyarakat. (Depkes, 2006)

Penentuan prioritas masalah berawal dari pendekatan kualitatif guna untuk mengumpulkan informasi tentang inventarisasi determinan prioritas. Dalam menentukan prioritas masalah, perlu diketahui/ditentukan determinan yang ada, kolaborasi dengan kalangan profesionalisme, pengguna pelayanan, dan pengambil kebijakan, mengetahui sumber daya apa yang dimiliki dalam intervensi masalah, serta menentukan berbagai opsi dalam pemecahan/intervensi masalah. Azwar (1996), menyebutkan bahwa menentukan prioritas masalah penting untuk dilakukan karena alasan berikut:

- 1) Terbatasnya sumber daya yang tersedia, sehingga tidak mungkin digunakan untuk menyelesaikan semua masalah.
- 2) Terdapat hubungan antara satu masalah dengan masalah lainnya, sehingga tidak perlu semua masalah diselesaikan.

Dalam menentukan prioritas masalah kita harus mempertimbangkan beberapa faktor seperti:

- a. Berat masalah dan akibat yang ditimbulkannya
- b. Pertimbangan politis

c. Sumber daya yang ada di masyarakat.

3. Menentukan Tujuan

Agar tujuan promosi kesehatan dapat dicapai dan dijalankan sesuai dengan apa yang diinginkan, maka tujuan harus dibuat dengan persyaratan sebagai berikut:

- a. Specific
- b. Measurable
- c. Appropriate
- d. Reasonable
- e. Time bound

Menurut Green (1990) tujuan promosi kesehatan terdiri dari tiga tingkatan yaitu:

- a. Tujuan program (*Program Objective*)
Merupakan pernyataan apa yang akan dicapai dalam periode tertentu dengan status kesehatan. Pada tujuan ini harus mencakup *who will do how much of what by when*. Tujuan program sering disebut dengan tujuan jangka panjang.
- b. Tujuan pendidikan (*Educaional Objective*)
Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada. Oleh sebab itu tujuan pendidikan sering disebut dengan tujuan jangka menengah.
- c. Tujuan perilaku (*Behavioral objective*)
Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus dicapai agar tercapai pperilaku yang diinginkan. Oleh sebab itu tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap dan disebut dengan tujuan jangka pendek.

4. Merumuskan Upaya Pemecahan Masalah

Intervensi promosi kesehatan yang akan dilakukan harus mengacu pada kegiatan terkait dengan strategi promosi kesehatan. Secara umum ada beberapa jenis kegiatan promosi kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan prioritas yaitu: (McKenzie, 2013)

- a. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)
KIE dapat dilakukan diberbagai tatanan pada level individu, keluarga, kelompok masyarakat menggunakan media dan metode yang tepat sesuai dengan karakteristik sasaran.
- b. Pemberdayaan masyarakat

Upaya pembangunan kesehatan memerlukan dukungan seluruh lapisan masyarakat. Dukungan aktif diwujudkan melalui pemberdayaan masyarakat. Wujud dukungan aktif dapat dilihat dari pembentukan dan pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Bentuk kegiatan memampukan dan memandirikan masyarakat dengan melakukan pelatihan pada kader dan tokoh masyarakat, Survey Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), pembentukan, mengaktifkan dan mengembangkan UKBM dengan menggunakan media KIE dan Metoda yang mendukung kegiatan pemberdayaan dibidang kesehatan.

c. Advokasi kesehatan

Advokasi merupakan proses terencana untuk mendapatkan dukungan dan komitmen dari pihak pengambil keputusan (tokoh masyarakat formal maupun informal) terhadap upaya kesehatan. Analisis kebijakan merupakan langkah awal untuk mengidentifikasi kebutuhan perlu Advokasi dalam perencanaan promosi kesehatan, langkah selanjutnya dilakukan penyusunan rencana advokasi, menetapkan sasaran, media dan metoda yang akan digunakan.

d. Kemitraan

Kemitraan merupakan strategi promosi kesehatan untuk membangun rasa tanggung jawab bersama semua pihak lintas program, lintas sector, swasta serta masyarakat umum. Pengembangan jejaring kemitraan dapat dilakukan dengan identifikasi mitra potensial, penyamaan persepsi, menggunakan media dan Metoda KIE yang tepat untuk mendukung kegiatan.

5. Menentukan sasaran promosi kesehatan

Sasaran promosi kesehatan dan sasaran pendidikan kesehatan tidak selalu sama, oleh sebab itu kita harus menetapkan sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Didalam promosi kesehatan yang dimaksud adalah kelompok sasaran yaitu individu, kelompok maupun keduanya. (Kementerian Kesehatan, 2015)

Sasaran promosi kesehatan adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Sasaran dalam promosi kesehatan terbagi menjadi tiga jenis, yaitu: (Depkes, 2006)

- a. Sasaran primer upaya promosi kesehatan adalah pasien, individu sehat dan keluarga atau rumah tangga yang diharapkan dapat mengubah perilakunya. Misalnya pengubah perilaku hidup tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
- b. Sasaran sekunder upaya promosi kesehatan yaitu para pemuka masyarakat baik pemuka informal seperti pemuka adat, dan pemuka agama, maupun pemuka formal seperti petugas kesehatan dan pejabat pemerintah, serta organisasi kemasyarakatan dan media massa yang diharapkan dapat turut serta dalam upaya peningkatan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga.
- c. Sasaran tersier upaya promosi kesehatan adalah para pembuat kebijakan publik berupa peraturan perundang-undang di bidang kesehatan, bidang lainnya yang berkaitan dan pihak yang memfasilitasi sumber daya.

6. Menentukan isi promosi kesehatan

Promosi kesehatan disesuaikan dengan upaya pemecahan masalah yang sudah direncanakan pada tahap sebelumnya. Pesan harus dibuat sesederhana mungkin sehingga mudah dipahami oleh sasaran. Bila perlu isi pesan dibuat dengan menggunakan gambar dan bahasa setempat sehingga sasaran merasa bahwa pesan tersebut memang benar-benar ditujuakn untuknya sebagai akibatnya sasaran mau melaksanakan isi pesan tersebut. (Kementerian Kesehatan, 2015)

7. Menentukan metode yang akan digunakan

Menentukan metode dalam promosi kesehatan harus dipertimbangkan tentang aspek yan akan dicapai. Bila mencakup aspek pengetahuan maka dapat dilakukan dengan cara penyuluhan langsung, pemasangan poster, spanduk, penyebaran leaflet. Untuk aspek sikap maka kit aperlu memberikan contoh konkret yang dapat menggugah emosi, perasaan dan sikap sasaran. Bila untuk kemampuan ketrampilan tertentu maka

sasaran harus diberi kesempatan untuk mencoba ketrampilan tersebut. (Green, 1991)

8. Menentukan media yang akan digunakan

Media atau alat peraga dalam promosi kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium, untuk memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi. Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronika, dan media luar ruang, sehingga pengetahuan sasaran dapat meningkat dan akhirnya dapat mengubah perilaku ke arah positif terhadap kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Alat peraga digunakan secara kombinasi, misalnya menggunakan papan tulis dengan foto dan sebagainya. Namun dalam menggunakan alat peraga, baik secara kombinasi maupun tunggal, ada dua hal yang harus diperhatikan, yaitu alat peraga harus mudah dimengerti oleh masyarakat sasaran dan ide atau gagasan yang terkandung didalamnya harus dapat diterima oleh sasaran. Alat peraga yang digunakan secara baik memberikan keuntungan-keuntungan, antara lain: (Kementerian Kesehatan, 2015)

- a. Dapat menghindari kesalahan pengertian/pemahaman atau salah tafsir.
- b. Dapat memperjelas apa yang diterangkan dan dapat lebih mudah ditangkap.
- c. Apa yang diterangkan akan lebih lama diingat, terutama hal-hal yang mengesankan.
- d. Dapat menarik dan memusatkan perhatian.
- e. Dapat memberi dorongan yang kuat untuk melakukan apa yang dianjurkan.

Adapun dalam pemanfaatannya, media promosi kesehatan memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Mempermudah penyampaian informasi.
- b. Menghindari kesalahan persepsi.
- c. Memperjelas informasi.
- d. Mempermudah pengertian.

- e. Mengurangi komunikasi yang verbalistis.
- f. Menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap mata.
- g. Memperlancar komunikasi.

9. Menyusun jadwal pelaksanaan

Merupakan penjabaran dari waktu tempat dan pelaksanaan yang biasanya dsajikan dalam bentuk *gant chart*. (Depkes, 2006)

10. Menentukan rencana evaluasi

Disini baru dijabarkan tentang kapan evaluasi akan dilaksanakan, dimana akan dilaksanakan, kelompok sasaran yang mana akan dievaluasi dan siapa yang akan melaksanakan evaluasi tersebut. (Kementerian Kesehatan, 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, G. M. F. a. B. G., 1991. *Medical Antropology*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Depkes, 2006. *Modul dan Materi Promosi Kesehatan Untuk D 3 Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.

- Green, L. & K. M., 1991. *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*. Second Edition ed. California : Mayfield Publishing Company.
- Kementerian Kesehatan, R., 2015. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Promosi Kesehatan Bagi Petugas Puskesmas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kurniati, D. P., 2016. *Bahan Ajar Perencanaan dan Evaluasi Program Promosi Kesehatan*. Denpasar : Univertsitas Udayana.
- McKenzie, J. F. N. B. L. a. T. R., 2013. *Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs: a Primer..* Washington: Pearson.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

BIODATA PENULIS



Widdefrita, SKM, M.KM. lahir di Pulau Punjung 19 Juli 1976. Istri dari Apfenus Ibu

dari Arrival Al Fajar, Tsaniyah Shakira, Trya Assyfa Zahra dan Qadrunada Zahiyyah. Menyelesaikan Sekolah Perawat Kesehatan Ranah Minang tahun 1994, Pendidikan D3 Kebidanan Depkes RI tahun 2002, S1 Kesehatan Masyarakat di PSIKM FK-Unand tahun 2006, Program Pasca Sarjana di FKM-UI tahun 2011. Bekerja Sebagai Bidan Di Desa tahun (1995-1998), Dosen Prodi Kebidan Poltekkes Kemenkes Padang tahun 2002-2017, Dosen Jurusan Promosi Kesehatan Tahun 2017 sampai sekarang. Beberapa Publikasi Nasional dan International berupa: *The need for information and education media in supporting self management of patient with diabetes mellitus (2020)*, *Factors Associated with Quality of life Among Diabetes Mellitus Patients in Prolanis (2018)*, Pengaruh Pendamping Persalinan terhadap APGAR Score Bayi Menit Pertama (2014), Peran Petugas Kesehatan dan status pekerjaan ibu dengan pemberian ASI Eksklusif (2013). Buku yang pernah ditulis tentang Perencanaan Program Promosi Kesehatan (2022).

BAB 6

Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Ns. Dhiya Urrahman, S.Kep.,M.P.H

A. Pengertian

Evaluasi merupakan langkah penilaian yang bersifat paralel terhadap suatu program, yang mana proses evaluasi ini terhubung dan merupakan bagian dari perencanaan program yg diawali dari *need assessment* (Dignan and Carr, 1992). Sementara itu, menurut Bartholomew *et al.*, (2006) menyatakan bahwa evaluasi merupakan step terakhir dari sebuah program yang proses pelaksanaannya paralel dengan perencanaan program tersebut.

B. Tujuan Evaluasi

Menurut Capwell, Butterfoss dan Francisco ada 6 tujuan utama mengapa stakeholder harus melakukan evaluasi pada program yang dilaksanakan (McKenzie, Neiger and Thackeray, 2011):

1. Menentukan pencapaian yang berkaitan dengan peningkatan derajat kesehatan
2. Meningkatkan pelaksanaan program
3. Memberikan akuntabilitas kepada penyandang dana, masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya
4. Meningkatkan dukungan dari masyarakat
5. Berkontribusi secara ilmiah dalam melakukan intervensi kesehatan masyarakat
6. Memberikan informasi dalam kebijakan kesehatan

Sementara itu, menurut Simon-Morton, Greene and Gottlieb, (1995) ada 4 tujuan mendasar dari evaluasi, yaitu:

1. Mengetahui efektivitas dari program yang dilaksanakan
2. Mengetahui implementasi apa saja yang dilakukan
3. Mengetahui sejauh mana tujuan dari program tersebut sudah dicapai

4. Mengetahui apakah program yang dilaksanakan berjalan sesuai dengan yang seharusnya.

Evaluasi dari program promosi kesehatan sangat penting dilakukan, hal ini sangat membantu para *stakeholder*, staf maupun peserta untuk dapat berpikir secara sistematis mengenai program yang dilaksanakan, mulai dari apa, siapa, dimana, mengapa serta bagaimana program yang dijalankan tersebut (Fertman and Allensworth, 2010).

1. Jenis Evaluasi

Menurut McKenzie, Neiger and Thackeray (2011) ada 5 jenis evaluasi yang bisa dilakukan untuk menilai sebuah program promosi kesehatan, yaitu: 1) *Formative valuation*, 2) *Summative evaluation*, 3) *Process evaluation*, 4) *Impact evaluation*, dan 5) *Outcoe evaluation*. Sementara itu, (Laverack, 2014) menyatakan ada 4 jenis evaluasi yang umumnya digunakan untuk mengukur ketercapaian program promosi kesehatan yang sudah dilaksanakan. Adapun perbedaan dari masing-masing jenis evaluasi dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 6.1 Perbedaan Jenis Evaluasi dan Pengukurannya

No.	Jenis Evaluasi	Deskripsi	Pengukuran
1.	Formative Evaluation	Digunakan untuk mengembangkan atau menguji materi dan metode.	Beberapa contoh evaluasi: uji coba selebaran poster untuk meningkatkan kesadaran tentang masalah kesehatan tertentu.
2.	Process Evaluation	Untuk menilai bagaimana program bekerja saat dimulai dan sejauh mana program tersebut tersampaikan secara efektif.	Pengetahuan, kemampuan, partisipasi masyarakat dan pengorganisasian, dsb.
3.	Impact Evaluation	Untuk menilai tujuan atau kemajuan dalam jangka pendek dari program yang dilaksanakan	Tujuan jangka pendek bisa termasuk gaya hidup, aktifitas fisik, kebutuhan kalori, dll. Kemudian bisa juga terkait pelayanan kesehatan, dsb.

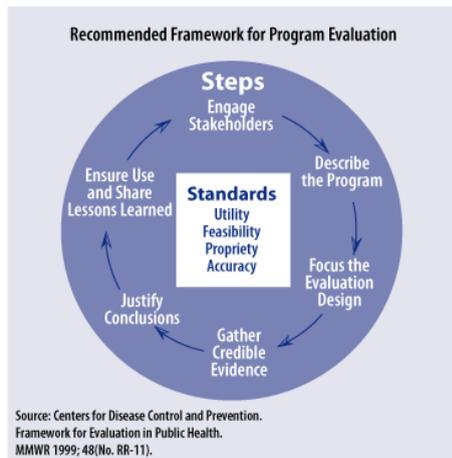
4.	Outcome Evaluation	Menilai apakah program yang dilaksanakan telah mencapai tujuannya atau terjadi perubahan jangka panjang.	Hasil yang dapat dilihat dalam jangka panjang, seperti: menurunnya angka kecacatan atau kematian, perubahan kebijakan kearah yang lebih sehat, dsb.
----	--------------------	--	---

2. Tahapan Evaluasi

Terdapat 5 tahapan evaluasi program promosi kesehatan (Hawe, Degeling and Hall, 1990), yaitu:

- a. Menentukan kriteria evaluasi yang ingin dilakukan
- b. Menentukan desain evaluasi yang sesuai
- c. Pengumpulan data
- d. Analisis data
- e. Pelaporan

Sementara itu, jika melihat berdasarkan CDC Framework ada 6 langkah yang harus dilewati dalam melakukan setiap jenis evaluasi (McKenzie, Neiger and Thackeray, 2011). Seperti pada gambar berikut:



Gambar 6.1 CDC Framework for Program Evaluation

- a. Steps 1 – Engaging Stakeholders
- b. Pada tahap awal ini harus menggandeng serta melibatkan stakeholder secara aktif.
- c. Steps 2 – Describing The Program

- d. Pada tahap ini, program yang akan dievaluasi harus bisa dideskripsikan secara jelas dan menyeluruh.
- e. Steps 3 – Focusing The Evaluation Design
- f. Pada tahap ini, tentukan desain evaluasi yang tepat agar proses evaluasi berjalan sesuai perencanaan.
- g. Steps 4 – Gathering Credible Evidence
- h. Pada tahap keempat ini, evaluator menentukan indikator pengukuran, bukti, kuantitas dan kualitas data, hingga pengorganisasian secara lebih spesifik.
- i. Steps 5 – Justifying Conclusions
- j. Tahap selanjutnya, yaitu membandingkan hasil temuan dengan bukti, menginterpretasikan hasil temuan, membuat kesimpulan hingga menyusun rekomendasi dari hasil evaluasi.
- k. Steps 6 – Ensuring Use and Sharing Lessons Learned
- l. Pada tahap akhir ini, difokuskan pada hasil evaluasi yang telah dilakukan dengan menyampaikan hasil temuan tersebut dan memberikan kewenangan kepada para stakeholder, apakah program tersebut dapat dilanjutkan atau tidak.

3. Desain Evaluasi

Secara umum, ada 3 Desain atau metode yang biasanya digunakan dalam melakukan evaluasi program promosi kesehatan, yaitu:

- a. Metode Kuantitatif
Pendekatan kuantitatif digunakan untuk melihat hubungan sebab akibat, menguji hipotesis hingga uji coba teori. Data yang dianalisis merupakan data numerik yang dihimpun melalui instrumen dan dilakukan pengujian statistik.
- b. Metode Kualitatif
Pendekatan kualitatif digunakan untuk menggali data yang bersifat naratif untuk melihat bagaimana gambaran dari program yang dilaksanakan. Biasanya dilihat dari perspektif dan pengalaman dari orang-orang yang terkait secara langsung dengan program yang dijalankan.
- c. Metode Campuran (Kuantitatif – Kualitatif)

Metode campuran merupakan kombinasi dari pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif. Biasanya desain ini digunakan untuk melihat atau mengevaluasi program promosi kesehatan secara lebih kompleks.

4. Model Evaluasi

Terdapat beberapa model evaluasi program, namun pada program promosi kesehatan ada 2 model yang biasanya sering digunakan, yaitu:

a. RE-AIM

RE-AIM merupakan model evaluasi yang menekankan pada semua level, baik individu maupun populasi. Fertman and Allensworth (2010) menjelaskan mengenai dimensi RE-AIM yang meliputi :

1) Reach

Merupakan komponen evaluasi pada level individu. Pada komponen ini, melihat dan mengevaluasi bagaimana persentase keterwakilan peserta yang terlibat serta cakupan prosesnya.

2) Efficacy and Effectiveness

Merupakan komponen evaluasi pada level individu juga, yang mana pada dimensi ini mengukur intervensi yang dilakukan secara jangka pendek dan menengah.

3) Adoption

Sama halnya seperti Reach, dimensi Adoption juga melihat peserta maupun staf yang terlibat, namun yang membedakannya pada dimensi ini berada pada level populasi.

4) Implementation

Pada dimensi ini, melihat bagaimana proses implementasi sudah berjalan sejauh mana, kemudian apakah program kegiatan yang dilaksanakan sudah berjalan sesuai perencanaan atau tidak.

5) Maintenance

Dimensi ini berada pada level individu maupun populasi, yang mana pada dimensi ini bertujuan untuk melihat seperti apa keberlangsungan program promosi kesehatan yang sudah dilaksanakan.

RE-AIM FRAMEWORK

Elements of the RE-AIM Framework

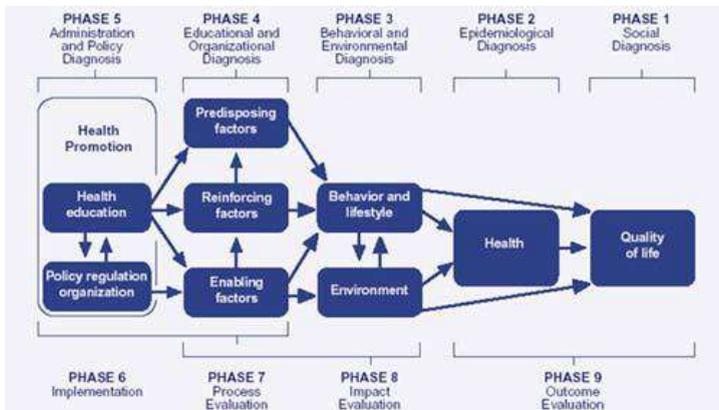


Gambar 6.2 RE-AIM Model

b. PRECEDE-PROCEED

PRECEDE sendiri merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/Environmental, Diagnosis and Evaluation*. PRECEDE ini digunakan pada fase diagnose masalah, prioritas masalah, dan tujuan program. Sementara itu PROCEED merupakan singkatan dari *Policy, Regulatory, Organizational, Construct, in Educationan and Environmental Development* yang mana digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, serta implementasi dan evaluasi.

Pada pelaksanaannya, model PRECEDE-PROCEED ini dilakukan secara bersamaan mulai dari tahap perencanaan hingga evaluasi. Ada 9 fase pada model ini yang mana masing-masing fase dilakukan pada kondisi dan situasi tertentu (Fertman and Allensworth, 2010).



Gambar 6.3 Model PRECEDE-PROCEED

- Fase 1: Melakukan penilaian sosial
- Fase 2: Melakukan penilaian epidemiologi
- Fase 3: Penilaian perilaku dan lingkungan
- Fase 5: Penilaian administrative, pengkajian kebijakan dan intervensi
- Fase 6: Implementasi yang dilakukan berdasarkan strategi intervensi
- Fase 7: Proses Evaluasi
- Fase 8: Melihat Dampak dari program (*Impact*)
- Fase 9: Melihat perubahan jangka panjang (*Outcome*)

DAFTAR PUSTAKA

- Bartholomew, L.K. *et al.* (2006) *Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach*. Second Edi. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Dignan, M.B. and Carr, P.A. (1992) *Program Planning for Health Education and Promotion*. Second Edi. Pennsylvania: Lea & Febiger.
- Fertman, C.I. and Allensworth, D.D. (2010) *Health Promotion Program From Theory to Practice*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Hawe, P., Degeling, D. and Hall, J. (1990) *Evaluating Health Program: A Health Worker's Guide*. Sydney: MacLennan & Petty Pty Limited.
- Laverack, G. (2014) *The Pocket Guide to Health Promotion*. New York: Open University Press.
- McKenzie, J.F., Neiger, B.L. and Thackeray, R. (2011) *Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs a Primer*. Sixth Edit.
- Simon-Morton, B., Greene, W.. and Gottlieb, N.H. (1995) *Introduction in Health Education and Health Promotion*. USA: Waveland Press.Inc.

BIOGRAFI PENULIS



Ns. Dhiya Urrahman, S.Kep., M.P.H. lahir di Teluk Pinang, Indragiri Hilir, Riau pada tanggal 11 April Tahun 1989. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) dan Profesi Ners di STIKes Hangtuah Pekanbaru pada tahun 2012. Pria yang akrab disapa **Dhiyar** ini kemudian melanjutkan pendidikan (S2) di Universitas Gadjah Mada dan berhasil memperoleh gelar *Master of Public Health* (M.P.H.) peminatan Perilaku dan Promosi Kesehatan pada tahun 2015 dengan predikat *Cumlaude*. Pada tahun 2016-2018 aktif bekerja di *Health Demographic and Surveillance System* (HDSS) FK-KMK UGM. Tahun 2019 mulai bekerja di Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta pada Prodi D4 Promosi Kesehatan dan juga aktif sebagai Fasilitator di Lotus Institute Yogyakarta. Semenjak tahun 2018 hingga sekarang, penulis juga aktif menjadi pengurus Organisasi Profesi Perkumpulan Pendidik dan Promotor Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Emilia Chandra, S.Pd, M.Si

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia, sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Berkaitan dengan hal itu, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa derajat kesehatan masyarakat yang seyogyanya dicapai melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan

Menciptakan hidup sehat sebenarnya sangatlah mudah serta murah, apabila dibandingkan dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan apabila mengalami gangguan kesehatan cukup mahal. Hidup sehat merupakan hal yang seharusnya diterapkan oleh setiap orang, mengingat manfaat yang ditimbulkan akan sangat banyak, mulai dari konsentrasi kerja, kesehatan dan kecerdasan anak sampai dengan keharmonisan keluarga (Rambe, Kusnadi and Suharno, 2019)

Upaya untuk mengubah perilaku masyarakat agar mendukung peningkatan derajat kesehatan dilakukan melalui program pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Program ini telah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan (dahulu : Departemen Kesehatan) sejak tahun 1996. Evaluasi keberhasilan pembinaan PHBS dilakukan dengan melihat indikator PHBS di tatanan rumah tangga. Namun demikian, karena tatanan rumah tangga saling berkait dengan tatanan-tatanan lain, maka pembinaan PHBS dilaksanakan tidak hanya di tatanan rumah tangga, melainkan juga di tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, dan tatanan fasilitas Kesehatan (Kementrian kesehatan RI, 2011)

Pembinaan PHBS juga merupakan bagian dari Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga menyatakan bahwa masyarakat di Desa atau Kelurahan Siaga itu wajib melaksanakan PHBS. Dengan demikian, maka salah satu kriteria dalam rangka pentahapan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga adalah persentase rumah tangga di desa atau kelurahan yang mendapat pembinaan PHBS (Kementrian kesehatan RI, 2011)

B. Pengertian PHBS

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah bentuk perwujudan orientasi hidup sehat dalam budaya perorangan, keluarga, dan masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan, memelihara, dan melindungi kesehatannya baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial. PHBS (Kemensos RI, 2020)

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan dapat berperan aktif dalam kegiatan - kegiatan kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat (Rambe, Kusnadi and Suharno, 2019)

C. Manfaat PHBS

Manfaat PHBS secara umum adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat agar mau dan mampu menjalankan hidup bersih dan sehat. Hal tersebut menjadi penting untuk dilakukan agar masyarakat sadar dan dapat mencegah serta mengantisipasi atau menanggulangi masalah-masalah kesehatan yang mungkin muncul. Selain itu, dengan menerapkan dan mempraktikkan PHBS diharapkan masyarakat mampu menciptakan lingkungan yang sehat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Dalam implementasinya, kebermanfaat PHBS ini dapat diterapkan di berbagai area, seperti sekolah, tempat kerja, rumah tangga, dan masyarakat.

Berikut adalah penjelasan mengenai kebermanfaat PHBS pada area-area tersebut:

1. Sekolah

PHBS merupakan kegiatan memberdayakan siswa, guru dan

masyarakat di lingkungan sekolah untuk mau menerapkan dan mempraktikkan pola PHBS dalam rangka menciptakan lingkungan sekolah yang bersih dan sehat. Manfaat menerapkan PHBS di sekolah mampu menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat sehingga dapat mendukung kelancaran proses belajar mengajar para siswa, guru serta masyarakat di sekitar lingkungan sekolah tersebut

2. Tempat Kerja

PHBS adalah kegiatan untuk memberdayakan para pekerja agar tahu dan mampu mempraktikkan PHBS dan berperan dalam menciptakan tempat kerja yang bersih dan sehat. Manfaat yang diperoleh dengan menerapkan pola PHBS di tempat kerja yaitu, para pekerja mampu menjaga dan meningkatkan kesehatannya sehingga tidak mudah sakit, serta meningkatkan citra tempat kerja yang positif, sehingga mendukung peningkatan semangat dan produktivitas kerja

3. Keluarga, Rumah tangga atau tempat tinggal lainnya seperti panti/LKSA dan tempat pengasuhan anak lain PHBS dapat menciptakan keluarga yang sehat dan mampu mencegah atau meminimalisir munculnya permasalahan kesehatan. Manfaat menerapkan dan mempraktikkan PHBS di rumah tangga termasuk di tempat pengasuhan anak lainnya antara lain, setiap anggota keluarga tidak mudah terkena penyakit, dapat meningkatkan kesejahteraan dikarenakan produktivitas anggota keluarga juga meningkat. Selain itu, dengan menerapkan PHBS secara konsisten akan menciptakan budaya hidup bersih dan sehat dalam keluarga. Selain itu seluruh anggota keluarga dapat tumbuh dan berkembang dengan sehat dan tercukupi asupan gizi

4. Masyarakat

PHBS merupakan upaya masyarakat untuk menerapkan serta mempraktikkan pola hidup bersih dan sehat dalam rangka menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat. Penerapan PHBS ini diharapkan dapat mencegah, meminimalisir munculnya serta penyebaran penyakit. Selain itu masyarakat mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan

dan mengembangkan kesehatan yang bersumber dari masyarakat.

D. Indikator PHBS

Penerapan PHBS dalam kehidupan sehari-hari memiliki tolok ukur yang dapat digunakan sebagai ukuran bahwa seseorang dikatakan sudah melakukan atau memenuhi kriteria menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat. Berikut adalah indikator-indikator PHBS:

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan.
Tenaga kesehatan yang dimaksud disini adalah dokter, bidan dan tenaga paramedis lainnya. Hal ini dikarenakan masih ada kelompok masyarakat yang masih mengandalkan tenaga non medis untuk membantu persalinan, seperti dukun bayi (paraji). Selain tidak aman dan penanganannya pun tidak steril, penanganan oleh dukun bayi (paraji) inipun dikhawatirkan berisiko
2. Memberi bayi ASI (Air Susu Ibu) Eksklusif.
Seorang ibu perlu memberikan ASI Eksklusif pada bayi, yaitu pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain, sejak kelahiran hingga usia enam bulan.
3. Menimbang bayi dan anak sampai dengan usia 6 tahun secara rutin setiap bulan.
Penimbangan bayi dan balita setiap bulan dimaksudkan untuk memantau pertumbuhan balita tersebut setiap bulan. Penimbangan ini dilaksanakan di Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) mulai usia 1 bulan hingga 5 tahun. Setelah dilakukan penimbangan, catat hasilnya di buku KMS (Kartu Menuju Sehat). Dari catatan KMS dapat diketahui dan dipantau perkembangan dari bayi dan balita tersebut.
4. Menggunakan Air Bersih.
Menggunakan air bersih dalam kehidupan sehari-hari seperti memasak, mandi, hingga untuk kebutuhan air minum. Air yang tidak bersih banyak mengandung kuman dan bakteri yang dapat menyebabkan berbagai macam penyakit.
5. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) dengan benar
Mencuci tangan di air mengalir dan memakai sabun dapat menghilangkan berbagai macam kuman dan kotoran yang menempel di tangan sehingga tangan bersih dan terbebas dari

kuman. Cucilah tangan setiap kali sebelum makan dan melakukan aktifitas yang menggunakan tangan, seperti memegang uang dan hewan, setelah buang air besar, sebelum memegang makanan maupun sebelum menyusui bayi. Pada situasi berkembangnya virus korona seperti saat ini, cuci tangan menggunakan sabun dengan air mengalir adalah keharusan. Mencuci tangan harus memperhatikan aturan dengan membersihkan seluruh bagian dari tangan.

6. Gunakan Jamban Sehat.

Jamban adalah suatu ruangan yang mempunyai fasilitas pembuangan kotoran manusia yang terdiri atas tempat jongkok atau tempat duduk dengan leher angsa atau tanpa leher angsa (cemplung) yang dilengkapi dengan unit penampungan kotoran dan air untuk membersihkannya. Ada beberapa syarat untuk jamban sehat, yakni tidak mencemari sumber air minum, tidak berbau, tidak dapat dijamah oleh hewan seperti serangga dan tikus, tidak mencemari tanah sekitarnya, mudah dibersihkan dan aman digunakan, dilengkapi dinding dan atap pelindung, penerangan dan ventilasi udara yang cukup, lantai kedap air, tersedia air, sabun, dan alat pembersih yang memadai.

7. Memberantas jentik nyamuk di rumah sekali seminggu secara rutin.

Lakukan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) di lingkungan rumah tangga. PJB adalah pemeriksaan tempat perkembangbiakan nyamuk yang ada di dalam rumah, seperti bak mandi, WC, vas bunga, tatakan kulkas, talang air, dan media penyimpanan lainnya yang menampung air. Kegiatan ini dianjurkan dilakukan secara teratur setiap minggu dan konsisten. Selain itu juga perlu dilakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan cara 3 M (Menguras, Mengubur, Menutup) dan melakukan fogging di tempat-tempat yang dimungkinkan adanya jentik nyamuk secara berkala.

8. Makan makanan yang sehat dan bergizi.

Dianjurkan agar keluarga mengkonsumsi jenis makanan yang bersih dan sehat seperti mengandung banyak vitamin, serat, mineral dan zat-zat yang dibutuhkan oleh tubuh serta bermanfaat bagi kesehatan.

9. Melakukan aktifitas fisik setiap hari

Melakukan aktifitas fisik, baik berupa olahraga maupun kegiatan lain yang mengeluarkan tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan fisik, mental, dan mempertahankan kualitas hidup agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari. Jenis aktifitas fisik yang dapat dilakukan dalam kehidupan sehari-hari yakni olahraga ringan, jalan kaki, jogging, berkebun, dan lain-lainnya.

10. Tidak merokok

Hindari merokok asap rokok dapat mencemari kualitas udara yang dihirup. Di dalam satu puntung rokok yang diisap, akan dikeluarkan lebih dari 4.000 bahan kimia berbahaya, diantaranya adalah nikotin, tar, dan karbon monoksida (CO) (Promkes, 2013)

E. Jenis-Jenis PHBS

Berikut adalah gambaran jenis-jenis perilaku hidup sehat yang harus dipahami, diterapkan dan dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari agar hidup sehat dan terjaga dari serangan penyakit, (Depkes RI, 2007): Perilaku mandi menggunakan sabun mandi dan air bersih dilakukan minimal 2x sehari pada pagi dan sore hari yang bertujuan untuk:

1. Menjaga kebersihan kulit.
2. Mencegah penyakit kulit/ gatal-gatal.
3. Menghilangkan bau badan.
4. Menghilangkan kuman dan virus.

Perilaku mencuci rambut dilakukan 2x seminggu menggunakan shampo dan air bersih, bertujuan untuk membersihkan rambut dan kulit kepala dari kotoran dan memberikan rasa segar.

1. Mandi
2. Mencuci rambut
3. Membersihkan hidung

Perilaku membersihkan lubang hidung perlu dilakukan pada setiap kali mandi guna membuang kotoran yang ada dan melancarkan jalan udara untuk bernafas. Namun demikian, saat situasi berjangkitnya virus korona, sebaiknya tidak sembarangan menyentuh atau membersihkan hidung, mata, mulut dan menyentuh muka dengan tangan yang tidak yakin

bersih. Hal-hal tersebut akan mempermudah masuknya virus ke dalam tubuh. Tutuplah mulut dan hidung dengan siku terlipat saat batuk atau bersin.

4. Membersihkan telinga

Sama halnya dengan hidung, telinga juga harus di bersihkan saat mandi. Bersihkan bagian daun telinga ataupun luar telinga. Hindari mengorek telinga terutama dengan menggunakan benda-benda yang tidak aman dan tajam seperti penjepet rambut. Jika ada kotoran yang mengeras, minta banduan dokter untuk membersihkannya. Batasi penggunaan headset untuk mendengar musik. Berilah waktu telinga Anda untuk beristirahat. Anda dapat mengikuti aturan 60/60 saat mendengarkan musik melalui headset. Artinya, batas volume musik Anda adalah tidak lebih dari 60 persen dan Andamenggunakannya tidak lebih dari 60 menit sehari.

5. Gosok gigi

Perilaku menggosok gigi dilakukan minimal 2 x sehari dengan memakai pasta gigi/odolyang dilakukan setelah makan dan sebelum tidur malam. Gosok gigi bertujuan untuk (Depkes RI, 2007):

- a. Menjaga kebersihan gigi dan mulut.
- b. Mencegah kerusakan pada gusi dan gigi.
- c. Mencegah bau mulut tidak sedap

6. Kesehatan mata

Perilaku membersihkan mata adalah salah satu upaya menjaga kesehatan mata. Salah satu cara menjaga kesehatan mata adalah memperhatikan intensitas cahaya pada saat membaca. Intensitas cahaya harus cukup terang, jarak pembaca dengan buku sepanjang penggaris (30 cm), yang dibaca tidak boleh bergerak/bergoyang.

7. Mencuci tangan pakai sabun

Perilaku mencuci tangan dilakukan untuk menjaga kebersihan tangan dari kotoran dan kuman yang dapat menyebabkan penyakit. Kotoran dan bakteri yang menempel pada tangan dapat menyebabkan berbagai macam penyakit seperti penyakit diare, kecacingan, dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), kurang gizi, dll.

8. Memotong kuku

Perilaku memotong dan membersihkan kuku dilakukan minimal 1x seminggu dengan tujuan untuk:

- a. Mencegah penyakit yang dapat ditularkan melalui sisa kotoran yang terselip pada kuku dan jari jemari tangan.
- b. Mencegah luka akibat garukan kuku. Perlu diperhatikan bahwa tidak boleh mengorek hidung dengan jari/ kuku tangan yang kotor, tidak memasukkan jari ke mulut atau menggigiti kuku. Anak-anak terkadang saat bermain tidak menggunakan alas kaki.

9. Menggunakan alas kaki

Personal hygiene merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Personal hygiene baik akan meminimalkan pintu masuk mikroorganisme penyebab sakit, sedangkan personal hygiene yang buruk akan menjadi faktor yang memfasilitasi transmisinya cacing ke dalam tubuh, salah satunya melalui kaki (Solehati, 2020)

10. Kebersihan pakaian

Pakaian anak-anak umumnya dapat dibedakan menjadi 3 jenis berdasar kegiatan mereka, yaitu pakaian sekolah, pakaian bermain dan pakaian tidur. Pakaian harus selalu bersih dan diganti setiap hari. Hal ini bertujuan agar kita terhindar dari penyakit kulit yang disebabkan pakaian basah atau kotor. Pada saat banyak virus korona begini, pakaian yang sudah digunakan dari luar sebaiknya langsung dicuci.

11. Makan makanan bergizi seimbang

Gizi seimbang adalah nutrisi dan zat gizi yang disesuaikan dengan kebutuhan tubuh, tidak berlebihan juga tidak kekurangan. Makanan gizi seimbang adalah mengonsumsi makanan yang mengandung nutrisi dan gizi disesuaikan dengan kebutuhan tubuh dengan tetap memperhatikan berbagai prinsip seperti keberagaman jenis makanan, aktifitas tubuh, berat badan ideal serta faktor usia.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemensos RI (2020) 'Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS), Pp. 1-14.
- Kementrian Kesehatan Ri (2011) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia', *Peraturan Menteri Kesehatan No. 2269 Tahun 2011 Tentang Pedoman Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat*, P. 4.
- Mundir (2013) *Metode Penelitian Kualitatif Dan Kuantitatif*, Stain Jember Press. Edited By Hisbiyatul Hasanah. Jember: Stain Jember Press.
- Notoatmodjo, S. (2007) *Teori Perilaku, Teori Perilaku*.
- Rambe, K.R., Kusnadi, N. And Suharno, S. (2019) 'Dinamika Kebijakan Pengembangan Biodiesel Berbahan Baku Kelapa Sawit Indonesia', *Jurnal Sosial Ekonomi Pertanian* [Preprint]. Available At: <https://doi.org/10.20956/jsep.v15i3.6578>.
- Solehati, T. (2020) 'Promosi Kesehatan Tentang Penggunaan Alas Kaki Terhadap Tingkat Pengetahuan Siswa Sekolah Dasar', *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(2), P. 94. Available At: <https://doi.org/10.31602/ann.v7i2.3456>.

BIODATA PENULIS



Emilia Chandra, S.Pd, M.Si lahir di Kerinci, pada 8 Maret 1979 Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Jambi. Wanita yang kerap disapa Emil ini adalah anak dari pasangan Kamaluddin Walad, ST (ayah) dan Mardiaty (ibu). Merupakan Istri dari Raden Rusdy Noprimana dan ibu dari Ratumas Cindy Adelia dan Ratumas Shaura Ramadhani. Penulis merupakan dosen Poltekkes Kemenkes Jambi jurusan Kesehatan Lingkungan merupakan dosen berprestasi Poltekkes Kemenkes Jambi tahun 2022, pernah menjabat sebagai Kepala unit Kemahasiswaan periode 2018 - 2022 dan Saat ini menjabat sebagai Sekretaris Jurusan periode 2022 - 2026

BAB 8

Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan

* Gusti Lestari Handayani, A.Per.Pend, M.Kes *

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan totalitas dari faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan yang saling mempengaruhi satu sama lain. Status kesehatan akan tercapai secara optimal, jika keempat faktor secara bersama-sama memiliki kondisi yang optimal pula. Melihat keempat faktor pokok yang mempengaruhi kesehatan masyarakat tersebut, maka dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat, hendaknya diperlukan intervensi yang juga diarahkan pada keempat faktor tersebut. Pendidikan atau promosi kesehatan merupakan bentuk intervensi terhadap faktor pelaku (Nurmala & KM, 2020).

Istilah dan pengertian promosi kesehatan adalah merupakan pengembangan dari istilah yang sudah dikenal selama ini, seperti : Pendidikan Kesehatan, Penyuluhan Kesehatan, KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). Promosi kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik.

Untuk itu upaya-upaya promosi kesehatan adalah penciptaan kondisi yang memungkinkan masyarakat berperilaku sehat dan membuat perilaku sehat sebagai pilihan yang mudah dijalankan (Whitehead, 2004).

B. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan

Prinsip promosi kesehatan menurut (World Health Organization (WHO), 1986) pada Ottawa Charter for health

promotion mengemukakan ada tujuh prinsip pada promosi kesehatan, antara lain :

1. Empowerment (pemberdayaan) yaitu cara kerja untuk memungkinkan seseorang untuk mendapatkan kontrol lebih besar atas keputusan dan tindakan yang memengaruhi kesehatan mereka.

Pemberdayaan mengacu pada kemampuan untuk berpartisipasi, mendapatkan kesempatan atau mengakses sumber daya dan layanan yang diperlukan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup (baik secara individu, kelompok dan masyarakat) (Dinar, 2017).

Pemberdayaan Masyarakat merupakan upaya promosi kesehatan yang berfokus pada masyarakat langsung. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah menciptakan kemampuan masyarakat untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka secara mandiri. Pemberdayaan masyarakat juga sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan control lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka, dengan tujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup mereka serta meningkatkan pengaruh mereka pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi (Rachmawati, 2019).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Haris, 2014).

Tujuan yang mendasar dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan menurut WHO adalah meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggitingginya. Berbagai bentuk pemberdayaan di masyarakat dapat diwujudkan melalui beberapa sektor. Salah satunya adalah sektor ekonomi seperti sistem koperasi, pelatihan untuk meningkatkan pendapatan keluarga. Peningkatan sektor ekonomi akan berdampak

langsung pada kemampuan masyarakat untuk memelihara kesehatan mereka. Dampak tersebut dapat terwujud dalam bentuk pos obat desa, Polindes, dan lain-lain (Rachmawati, 2019).

Ada beberapa model pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, sebagai berikut (Sapriya et al., 2021):

- a. Model pembangunan lokal, yaitu pemberdayaan masyarakat sebagai upaya pemecahan masalah masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan mengembangkan potensi dan sumber daya lokal;
- b. Model promosi kesehatan dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu persuasi kesehatan (persuasi/keyakinan), penyuluhan kesehatan perorangan, tindakan legislatif, dan pemberdayaan masyarakat;
- c. Model promosi kesehatan perspektif multidisiplin mempertimbangkan lima pendekatan termasuk medis, perilaku, pendidikan, pemberdayaan, dan perubahan sosial;
- d. Model pelayanan kesehatan primer berbasis pelayanan masyarakat. Masyarakat harus bertanggung jawab untuk mengidentifikasi kebutuhan dan menetapkan prioritas, merencanakan dan memberikan pelayanan kesehatan, serta memantau dan mengevaluasi pelayanan kesehatan.
- e. Model pemberdayaan masyarakat meliputi partisipasi, kepemimpinan, keterampilan, sumber daya, nilai, sejarah, jaringan, dan pengetahuan masyarakat;
- f. Model pengorganisasian masyarakat, yaitu hubungan antara pemberdayaan, kemitraan, partisipasi, daya tanggap budaya, dan kompetensi masyarakat;
- g. Model determinan sosial ekonomi kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan modal atau kekayaan yang berkaitan dengan kesehatan;
- h. Model kesehatan masyarakat dan interaksi ekosistem antara masyarakat, lingkungan, dan ekonomi dengan kesehatan;
- i. Model determinan lingkungan kesehatan individu dan masyarakat determinan lingkungan kesehatan individu

meliputi lingkungan psikososial, lingkungan mikro-fisik, lingkungan ras/kelas/gender, lingkungan perilaku, dan lingkungan kerja. Sedangkan determinan lingkungan kesehatan masyarakat meliputi lingkungan politik/ekonomi, lingkungan fisik makro, tingkat keadilan dan keadilan sosial dalam masyarakat, serta perluasan kontrol dan kekompakan masyarakat;

- j. Model koping yang dilakukan berbasis keluarga yaitu perawatan kesehatan mandiri dan oleh keluarga melalui peningkatan kesadaran, peningkatan pengetahuan, dan keterampilan pemeliharaan kesehatan;
 - k. Model pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD).
2. Partisipative (partisipasi) yaitu dimana seseorang mengambil bagian aktif dalam pengambilan keputusan.

Partisipasi masyarakat mempunyai pemahaman yang luas, salah satunya adalah berkaitan dengan keterlibatan masyarakat untuk mempertahankan kesehatannya secara mandiri, bertanggung jawab dengan memanfaatkan sumber daya dan dana yang ada. Partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan berkaitan dengan keterlibatan masyarakat secara aktif dalam melakukan penilaian permasalahan, penyusunan rencana, pelaksanaan kegiatan, memantau pelaksanaan kegiatan serta melakukan evaluasi. Namun seringkali partisipasi masyarakat dalam sebuah program diartikan secara sempit yang mengukur partisipasi masyarakat hanya dari tingkat penggunaan layanan atau melibatkan masyarakat dalam proses konsultasi penyusunan kegiatan. Namun sayangnya model partisipasi seperti ini tidak akan menjamin peran masyarakat dalam sebuah upaya promkes karena menunjukkan partisipasi yang pasif. Partisipasi memiliki pengertian yang lebih luas dan mendorong peran aktif masyarakat.

Partisipasi masyarakat sebagai distribusi kekuasaan oleh professional/pengambil keputusan kepada anggota masyarakat. Menurut Arstein, partisipasi masyarakat bukan sekedar kehadiran masyarakat dalam sebuah kegiatan namun juga dalam pelibatan masyarakat sebagai mitra pemerintah yang terlibat dalam pengawasan pelaksanaan program

pemerintah atau citizen control. Dengan pemahaman ini, masyarakat perlu berpartisipasi dalam proses assesmen, perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, hingga pengawasan (controlling) dan evaluasi program (Arnstein, 1969).

Namun terdapat berbagai faktor yang dapat menjadi penghambat masyarakat dalam berpartisipasi dalam promosi kesehatan maupun upaya kesehatan masyarakat secara umum. Kurangnya pengetahuan, kurangnya pengalaman dalam manajemen proyek, keterbatasan waktu, dana dan daya serta adanya gapsocial dan ekonomi antara masyarakat dan pemerintah merupakan beberapa hal yang menjadi penghambat partisipasi masyarakat. Misalnya, bahwa penggunaan dana desa masih belum terserap secara maksimal untuk kegiatan UKBM, oleh karena kurangnya pemahaman aparat pemerintahan desa, sebagai perwakilan masyarakat dalam menggunakan dana desa untuk UKBM.

Partisipasi masyarakat dalam promosi kesehatan juga dapat terhambat oleh karena norma sosial seperti stigma, khususnya pada kelompok-kelompok yang termarginalkan (Cornish, 2006). Ketimpangan sosial yang dihadapi oleh kelompok yang termarginalkan mengakibatkan terjadinya gap tingkat pendidikan, tingkat ekonomi serta stigma yang melekat pada komunitas ini (Dinar, 2017). Ketimpangan sosial yang mengakibatkan diskriminasi dan stigma turut mempengaruhi kemauan dan kemampuan mereka untuk mengakses layanan kesehatan dan keterlibatan dalam kegiatan promosi kesehatan. Akibatnya adalah walaupun fasilitas kesehatan sudah disediakan khusus untuk melayani kelompok marginal ini, mereka kemungkinan tidak akan secara otomatis mengakses layanan tersebut.

Untuk mengatasi hambatan ini, perlu ada upaya pemberdayaan masyarakat. Kegiatan pemberdayaan yang dapat dilakukan dapat berupa peningkatan pengetahuan masyarakat terhadap sebuah isu kesehatan hingga pelibatan masyarakat dalam program kesehatan sejak tahap perencanaan, pelaksanaan (organizing), actuating dan controlling (POAC) dan evaluasi

program kesehatan (Dinar, 2017). Salah satu contoh yang baik dalam pemberdayaan pada komunitas pekerja seks perempuan di India untuk menurunkan resiko HIV. Dengan adanya upaya pemberdayaan masyarakat, dirasakan adanya peningkatan partisipasi komunitas pekerja seks perempuan di Sonagachi dalam empat dimensi partisipasi yaitu 1) berpartisipasi dalam bentuk mengakses layanan, 2) partisipasi dalam menyediakan layanan proyek, 3) berpartisipasi dalam menyusun kegiatan dari proyek dan 4) berpartisipasi dalam menyusun tujuan kegiatan (Jana et al., 2004)

3. Holistic (menyeluruh) yaitu memperhitungkan hal-hal yang memengaruhi kesehatan dan interaksi dari dimensi-dimensi tersebut.
4. Equitable (kesetaraan) yaitu memastikan kesamaan atau kesetaraan hasil yang didapat oleh klien.
5. Intersectoral (antar sektor) yaitu bekerja dalam kemitraan dengan instansi terkait lainnya atau organisasi.
6. Sustainable (berkelanjutan) yaitu memastikan bahwa hasil dari kegiatan promosi kesehatan yang berkelanjutan dalam jangka panjang.
7. Multi Strategy yaitu bekerja pada sejumlah strategi daerah seperti program kebijakan.

Sedangkan menurut (Maulana, 2009), prinsip-prinsip promosi kesehatan anatara lain sebagai berikut:

1. Manajemen puncak harus mendukung secara nyata serta antusias program intervensi dan turut terlibat dalam program tersebut.
2. Pihak pekerja pada semua tingkat ini pengorganisasian harus terlibat dalam perencanaan dan implementasi intervensi.
3. Focus intervensi harus berdasarkan pada factor risiko yang dapat didefinisikan serta dimodifikasi dan merupakan prioritas bagi pekerja.
4. Intervensi harus disusun sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan pekerja.
5. Sumber daya setempat harus dimanfaatkan dalam mengorganisasikan dan mengimplementasikan intervensi.
6. Evaluasi harus dilakukan.

7. Organisasi harus menggunakan inisiatif kebijakan berbasis populasi maupun intervensi promosi kesehatan yang intensif dengan berorientasi pada perorangan dan kelompok.
8. Intervensi harus bersifat continue serta didasarkan pada prinsip pemberdayaan dan atau model yang berorientasi pada masyarakat dengan menggunakan lebih dari satu metode.

C. Hambatan promosi kesehatan

Penelitian mengenai kesehatan selama tahun 1990-an memperlihatkan semakin pentingnya promosi kesehatan. Kurangnya program promosi kesehatan tampaknya merupakan alasan masih banyaknya hambatan yang muncul. Menurut Taylor (1991) dalam (Maulana, 2009), hambatan dalam penyelenggaraan promosi kesehatan antara lain :

1. Struktur dan sikap medical establishment.

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

2. Individual

Hambatan individual ini biasanya berkaitan dengan kebiasaan dan persepsi risiko. Kebiasaan kesehatan yang dipeajari sejak kecil terkadang sulit diubah, demikian juga persepsi. Seperti penelitian yang dilakukan Pasek dan Satyawati (2013) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi dan kepatuhan pengobatan. Penderita TB yang memiliki persepsi positif mengenai TB memiliki kemungkinan untuk patuh dalam pengobatan 11, 93 kali lebih besar daripada penderita TB yang memiliki persepsi negatif. Persepsi positif mengenai penyakit TB meningkatkan kepatuhan penderita TB terhadap pengobatan TB. Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh penginderaan, yaitu suatu stimulus yang diterima oleh individu melalui alat reseptor yaitu indera. Alat indera merupakan penghubung antara individu dengan dunia luarnya. Persepsi merupakan stimulus yang diindera oleh

individu, diorganisasikan kemudian diinterpretasikan sehingga individu menyadari dan mengerti tentang apa yang diindera

3. Jaring operasi dan perencanaan yang rumit

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

D. Kompetensi Promosi Kesehatan

Berdasarkan The Galway Consensus Conference kompetensi yang dibutuhkan untuk terlibat dalam praktik promosi kesehatan antara lain (Fertman & Allensworth, 2016):

1. Mengkatalisis perubahan (Catalyzing Change)

Melakukan perubahan dan memberdayakan individu dan masyarakat untuk memperbaiki kesehatan mereka.

2. Kepemimpinan (Leadership)

Memberikan arahan strategis untuk mengembangkan masyarakat yang sehat kebijakan, memobilisasi dan mengelola sumber daya untuk promosi kesehatan, dan kapasitas bangunan

3. Penilaian (Assessment)

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

4. Perencanaan (Planning)

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

5. Implementasi (Implementation)

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

6. Evaluasi (Evaluation)

Menentukan keefektifan program dan kebijakan promosi kesehatan. Ini termasuk penggunaan metode evaluasi dan

penelitian yang sesuai untuk mendukung perbaikan, keberlanjutan, dan diseminasi program.

7. Advokasi (Advocacy)

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

8. Kemitraan (Partnership)

Bekerja secara kolaboratif lintas disiplin, sektor, dan mitra untuk meningkatkan dampak dan keberlanjutan program dan kebijakan promosi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the*

- American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Dinar, L. (2017). Mendorong Partisipasi Masyarakat Dalam Upaya Promosi Kesehatan. *Arc. Com Health*, 3 (1): Vii-Ix.
- Fertman, C. I., & Allensworth, D. D. (2016). *Health promotion programs: from theory to practice 2010*. Ca.: San Francisco: Jossey-Bass.
- Haris, A. (2014). Memahami Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat. *Jupiter*, 13(2).
- Maulana. (2009). *Promosi Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Nurmala, I., & KM, S. (2020). *Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Rachmawati, W. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku* (1st ed.). Wineka Media.
- Sapriya, S., Fitriyani, S., Syaifullah, S., Masyitoh, I. S., Fauzi, A., & Kurniaty, N. R. D. (2021). Community Empowerment Model to Develop Civic Virtue Towards Communal Health as an Effort to Tackle the Spread of Pandemic (A study on School Program ‘Siaga Covid’ at SMAN 7 Bandung). *1st International Conference on Character Education (ICCE 2020)*, 223–227.
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311–320.
- World Health Organization (WHO). (1986). Ottawa Charter for health promotion. *First International Conference on Health Promotion*, 17–21.

BIODATA PENULIS



Gusti Lestari Handayani, A.Per.Pend, M.Kes. Lahir di Jambi, 20 Agustus 1974, menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di PAM Keperawatan Depkes Jambi tahun 1995, Pendidikan Diploma IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara tahun 1999 dan Magister Kesehatan Ibu dan Anak - Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Tahun 2007. Saat ini sedang menyelesaikan pendidikan Doktor pada Prodi Pendidikan MIPA Universitas Jambi.

Sejak tahun 2001 bekerja sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Jambi. Pernah menjabat sebagai Wakil Direktur bidang Kemahasiswaan Akademi Keperawatan Telanai Bhakti Tahun 2002- 2004, dan di Poltekkes Kemenkes Jambi sebagai Sekretaris Jurusan Keperawatan Tahun 2011-2014, Ketua Prodi D III Keperawatan tahun 2014-2018, Ketua Jurusan Keperawatan tahun 2018-2022 dan saat ini sebagai Wakil Direktur Bidang kemahasiswaan, alumni dan kerjasama.

Penulis juga aktif dalam bidang penelitian, pengabdian masyarakat dan mengikuti seminar maupun workshop sesuai kompetensi serta melakukan publikasi pada jurnal nasional dan internasional.

BAB 9

Strategi Pembelajaran Dalam Promosi Kesehatan

* Winda Triana, S.Pd, M.Kes *

A. Pendahuluan

Tujuan promosi kesehatan adalah agar dapat tersosialisasinya program-program kesehatan demi terwujudnya masyarakat Indonesia baru yang dapat berbudaya hidup bersih dan sehat serta diharapkan masyarakat ikut berpartisipasi secara langsung dalam kegiatan promosi kesehatan yang diselenggarakan. Maka, untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan sebuah strategi sebelum melakukan kegiatan promosi kesehatan. Strategi merupakan cara yang digunakan guna mencapai apa yang ingin dicapai dalam kegiatan promosi kesehatan.

Untuk mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan seperti diuraikan di atas, diperlukan cara pendekatan yang strategis agar tercapai secara efektif dan efisien. Cara ini sering disebut "strategi". Jadi strategi ialah, cara untuk mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif dan efisien.

B. Strategi Global (Promosi Kesehatan) Menurut WHO, 1984

1. Advokasi (*Advocacy*)

- a. Advokasi merupakan kegiatan yang memberikan bantuan kesehatan kepada masyarakat melalui pihak pembuat keputusan dan penentu kebijakan dalam bidang kesehatan. Advokasi merupakan upaya atau sebuah proses yang strategis dan terencana dengan tujuan mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (stakeholders). Tujuan advokasi kesehatan ini adalah untuk meningkatkan jumlah kebijakan publik berwawasan kesehatan, untuk meningkatkan opini masyarakat dalam mendukung kesehatan, dan terpecahkannya masalah kesehatan secara bersama dan terintegrasi dengan

pembangunan kesehatan di daerah melalui kemitraan dan adanya dukungan serta kepedulian dari pimpinan daerah. Pelaku advokasi dapat berasal dari kalangan pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat atau agama, LSM dan tokoh yang berpengaruh. Advokasi kebijakan secara khusus berhubungan dengan apa yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah dengan menganjurkan kebijakan tertentu melalui diskusi, persuasi maupun aktivitas politik (Utami, 2015: 110-111). Advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan atau mendapat dukungan sosial yaitu dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerja sama.

- b. Advokasi adalah kegiatan yang ditujukan kepada pembuat keputusan (*decision makers*) atau penentu kebijakan (*policy makers*) baik di bidang kesehatan maupun sector lain diluar kesehatan, yang mempunyai pengaruh terhadap public. Tujuannya adalah agar para pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan - kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang - undang, instruksi, dan sebagainya yang menguntungkan kesehatan public. Sasaran advokasi kesehatan adalah para pengambil keputusan dan juga kebijakan para pejabat eksekutif, dan legislative, para pemimpin dan pengusaha, serta organisasi politik dan organisasi masyarakat, baik tingkat pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan maupun desa atau kelurahan.
- c. Metode atau cara dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan ada bermacam-macam, yaitu:
 - 1) Lobi Politik (*political lobbying*)

Lobi adalah: berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Tahap pertama lobi ini adalah: petugas kesehatan menyampaikan seriusnya masalah kesehatan yang dihadapi di wilayah kerjanya, dan dampaknya terhadap kehidupan masyarakat. Kemudian

disampaikan alternatif terbaik untuk memecahkan atau menanggulangi masalah tersebut. lobi yang paling efektif adalah melalui komunikasi interpersonal, atau langsung tatap muka dengan para pembuat keputusan. Dalam melakukan lobi harus disertai dengan data yang akurat (*evidence based*) dan sesuai dengan fakta yang ada mengenai masalah kesehatan tersebut

2) Seminar atau Presentasi.

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

d. Media Advokasi

Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa promosi kesehatan tidak dapat lepas dari media. Karena melalui media tersebut pesan-pesan kesehatan yang disampaikan menjadi menarik dan mudah dipahami, sehingga sasaran dapat dengan mudah menerima pesan yang disampaikan (Prasanti A dkk, 2022) Advokasi media (*media advocacy*) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media, khususnya media massa. Melalui media cetak maupun media elektronik permasalahan kesehatan disajikan baik dalam bentuk artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat, dan sebagainya. Seperti kita ketahui bersama, bahwa media massa mempunyai kemampuan yang kuat untuk membentuk opini publik (*public opinion*), dan selanjutnya opini publik ini dapat mempengaruhi bahkan merupakan tekanan (*pressure*) terhadap para penentu kebijakan dan para pengambil keputusan.

e. Output kegiatan advokasi adalah undang - undang, peraturan - peraturan daerah, instruksi - instruksi yang mengikat masyarakat dan instansi - instansi yang terkait dengan

masalah kesehatan. Oleh sebab itu sasaran advokasi adalah para pejabat eksekutif, dan legislative, para pemimpin dan pengusaha , serta organisasi politik dan organisasi masyarakat, baik tingkat pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan maupun desa atau kelurahan

2. Dukungan social (*Social support*)

Menurut Setyabudi dan Dewi (2017) beberapa bentuk dukungan sosial, antara lain: 1) Bina suasana individu dilakukan oleh individu tokoh masyarakat sebagai panutan dalam mempraktikkan program kesehatan. 2) Bina suasana kelompok dilakukan oleh para kelompok ada di dalam masyarakat seperti ketua RT, RW, karang taruna, dan lainnya. 3) Bina suasana publik dilakukan oleh masyarakat umum melalui pemanfaatan media komunikasi yang ada. Pemberdayaan masyarakat yaitu memampukan masyarakat melalui kegiatan penyuluhan dan konseling sehingga pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan dapat meningkat

- a. Pengertian dukungan sosial
Sebuah kegiatan dengan tujuan untuk mencari dukungan dari berbagai elemen (tokoh tokoh masyarakat) untuk menjembatani antara pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan tersebut. Strategi ini dapat disebut sebagai upaya bina suasana atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan.
- b. Sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah Para tokoh masyarakat diberbagai tingkat (sasaran sekunder), sedangkan untuk sasaran dukungan sosial atau bina suasana lainnya terdiri dari kelompok peduli kesehatan, para pemuka agama, tenaga profesional kesehatan, institusi pelayanan kesehatan, organisasi massa, tokoh masyarakat, kelompok media massa, dan lembaga swadaya masyarakat.
- c. Kegiatan ditujukan kepada para tokoh masyarakat, baik formal (guru, lurah, camat, petugas kesehatan, dan sebagainya) maupun informal (tokoh agama, dan sebagainya) yang mempunyai pengaruh di masyarakat.
- d. Tujuan dukungan sosial.

Agar kegiatan atau program kesehatan tersebut memperoleh dukungan dari para tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga). Selanjutnya toma dan toga diharapkan dapat menjembatani antar pengelola program kesehatan dengan masyarakat.

e. Bentuk kegiatan mencari dukungan social ini antara lain pelatihan - pelatihan para toma dan toga, seminar, lokakarya, penyuluhan, dan ceramah.

f. Media

Bina suasana adalah dengan memanfaatkan media komunikasi leaflet, brosur, majalah, x-banner, buku agenda ide, direktori, banner, spanduk, baliho, sticker, papan reklame, TV kabel, youtube, e-mail, website, instagram, twitter, facebook, fax, undangan, poster, dan bekerjasama dengan radio.

3. Pemberdayaan masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan masyarakat (empowerment). Berasal dari kata "power" yang artinya kekuasaan atau keberdayaan. Kekuasaan seringkali dikaitkan dengan orang lain mau menjalankan apa yang kita inginkan. Ilmu sosial tradisional menekankan bahwa kuasa berkaitan dengan peraruh atau control. Sehingga pemberdayaan adalah sebuah konsep yang menggerakkan masyarakat agar berdaya dalam mengendalikan factor-factor yang mempengaruhi kesehatan, dalam konsep masyarakat disini masyarakatlah yang proaktif dalam mengendalikan factor-factor kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat secara umum lebih efektif jika dilakukan melalui program pendampingan masyarakat, karena penglibatan masyarakat sejak perencanaan, (planning), pengorganisasian (organizing), pelaksanaan (Actuating), dan evaluasi atau pengawasan (controlling) program dapat dilakukan secara optimal (Halim, 2000).

Dalam mengupayakan agar klien tahu dan sadar kuncinya adalah pada keberhasilan membuat klien memahami suatu masalah dengan klien berpendapat bahwa suatu masalah itu masalah baginya dan masalah bagi masyarakatnya. Selama klien tidak menyadari bahwa sesuatu masalah tersebut tidak

bermasalah atau mengganggu maka klien tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut.

Perubahan dari tahu menjadi mau pada umumnya dicapai dengan menyajikan fakta-fakta dan mendramatisasi masalah. Tetapi selain itu juga dengan mengajukan harapan bahwa masalah tersebut bisa dicegah dan atau diatasi. Disini dapat dikemukakan fakta yang berkaitan dengan para tokoh masyarakat sebagai panutan, bila klien sudah akan berpindah dari mau ke mampu melaksanakan, bisa jadi akan terhalangi oleh ekonomi, dalam hal ini dapat dilakukan bantuan secara langsung pada yang bersangkutan. Namun dalam berpaktrik seringkali mengajak ke dalam proses pemberdayaan kelompok atau masyarakat melalui pengorganisasian masyarakat. Tidak jarang kelompok ini masih juga memerlukan bantuan dari luar seperti pemerintahan atau dermawan. Disinilah letak sinkronisasi promosi kesehatan dengan program kesehatan yang didukungnya dan program-prorgam sector lainnya yang berkaitan.

Pemberdayaan akan lebih berhasil jika dilaksanakan melalui kemitraan dan teknik yang tepat. Pada saat ini banyak dijumpai lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang bergerak dibidang kesehatan dan LSM ini harus digalangkan kerjasamanya baik antara mereka maupun antara mereka dengan pemerintahan. Untuk memperkuat proses pemberdayaan khususnya dalam upaya meingkatkan para individu perlu digunakan bina suasana

Pemberdayaan masyarakat ditujukan kepada masyarakat langsung sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pembangunan masyarakat dalam bentuk, misalnya, koperasi dan pelatihan keterampilan dalam rangka peningkatan pendapatan keluarga (latihan menjahit, pertukangan, perternakan, dan sebagainya). Melalui kegiatan-kegiatan tersebut diharapkan masyarakat memiliki kemampuan

untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (self reliance in health).

Kegiatan pemberdayaan masyarakat ini lebih pada kegiatan pergerakan masyarakat untuk kesehatan, misalnya adanya dana sehat, adanya pos obat desa, adanya gotong royong kesehatan, dan sebagainya, maka kegiatan ini sering disebut “gerakan masyarakat” untuk kesehatan. Meskipun demikian tidak semua pemberdayaan masyarakat itu berupa kegiatan gerakan masyarakat.

Prinsip pemberdayaan masyarakat:

- 1) Menumbuhkembangkan potensi masyarakat.
Dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebaiknya secara bertahap sedapat mungkin menggunakan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat. Jika diperlukan bantuan dari luar, maka bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata bertumpu pada bantuan tersebut.
- 2) Menumbuhkan dan mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan semakin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan Puskesmas, Pustu, dan Polindes; mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan; mau menjadi kader kesehatan; mau menjadi peserta tabulin (tabungan ibu bersalin); jaminan kesehatan; dan lainnya.
- 3) Mengembangkan semangat kegiatan gotongroyong dalam pembangunan kesehatan seperti meningkatkan sanitasi lingkungan.
- 4) Bekerja bersama dengan masyarakat. Pemerintah atau petugas kesehatan dapat menggunakan prinsip bekerja untuk dan bersama masyarakat. Sehingga akan meningkatkan motivasi dan kemampuan masyarakat karena adanya bimbingan, dorongan serta alih pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan kepada masyarakat.
- 5) Penyerahan pengambilan keputusan kepada masyarakat. Semua bentuk upaya pemberdayaan masyarakat termasuk di

bidang kesehatan apabila ingin berhasil dan berkesinambungan hendaknya bertumpu pada budaya dan adat setempat. Untuk itu, pengambilan keputusan khususnya yang menyangkut tata cara pelaksanaan kegiatan guna pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat hendaknya diserahkan kepada masyarakat. Adapun pemerintah atau tenaga kesehatan hanya bertindak sebagai fasilitator dan dinamisator. Dengan demikian, masyarakat merasa lebih memiliki tanggung jawab untuk melaksanakannya. Pada hakikatnya masyarakat adalah subjek dalam pembangunan kesehatan.

- 6) Menggalang kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan yang ada di masyarakat.
- 7) Promosi, pendidikan dan pelatihan dengan sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi setempat.
- 8) Upaya dilakukan secara kemitraan dengan berbagai pihak (Utami, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

Notoatmodjo, S. 2012. 'Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan', Jakarta: *rineka cipta*,

- Maulana, H. D. J. (2007). Promosi Kesehatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Mubarak dan Chayatin. 2008. Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Prasanti A dkk. 2022. *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Padang Sumatera Barat: PT Global Eksekutif Teknologi.
- Setyabudi, R. G. & Dewi, M. (2017). Analisis Strategi Promosi Kesehatan dalam Rangka Meningkatkan Kesadaran Hidup Sehat oleh Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Komunikasi*, 12(1), 81-100.
- Simpson-Hebert, M. & Wood, Sa. (1998). Sanitation Promotion. Geneva: WHO.
- Soemirat. (2011). Kesehatan Lingkungan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Utami, T. N., et al. (2015). Perspektif Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Budi Utama.
- Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatir, Khoirul Rozikin, Supradi. 2007. Promosi Kesehatan (Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan). Yogyakarta : Graha Ilmu.

BIODATA PENULIS



Winda Triana, S.Pd, M.Kes. dilahirkan di Jambi, 16 Nopember 1969 Menyelesaikan pendidikan Strata Satu Jurusan Bimbingan Konseling pada tahun 1998 di UNP Padang. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Promosi Kesehatan di Universitas Gajah Mada tahun 2002. Aktif mengajar pada program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan Poltekkes Jambi. Dari tahun 1996 sampai sekarang aktif mengajar di Poltekkes Jambi. Aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi.

A. Latar belakang

Pengembangan dan pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia yang telah dijalankan selama ini masih memperlihatkan adanya ketidaksesuaian antara pendekatan pembangunan kesehatan masyarakat dengan tanggapan masyarakat, manfaat yang diperoleh masyarakat, dan partisipasi masyarakat yang diharapkan. Meskipun di dalam Undang-undang No. 32 Tahun 2009 tentang Kesehatan telah ditegaskan bahwa tujuan pembangunan kesehatan masyarakat salah satunya adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya. Oleh karena itu pemerintah maupun pihak-pihak yang memiliki perhatian cukup besar terhadap pembangunan kesehatan masyarakat perlu mencoba mencari terobosan yang kreatif agar program-program tersebut dapat dilaksanakan secara optimal dan berkesinambungan.

Promosi Kesehatan membutuhkan upaya bersama dari semua pihak baik dari pemerintah, sektor kesehatan, sektor ekonomi, lembaga nonprofit, industri dan media. Artinya promosi kesehatan merupakan perekat kemitraan dibidang pelayanan kesehatan. Kemitraan dan kerja sama global adalah satu dari 17 Tujuan Global yang tersusun dalam Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030 (the 2030 Agenda for Sustainable Development atau SDGs). Keberhasilan pembangunan dibidang kesehatan tidak terlepas dari dukungan dan kerjasama pelaku pembangunan yang berasal dari lintas sektor, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, dan institusi pendidikan, baik yang ada di pusat maupun daerah.

Penggalangan kemitraan di bidang kesehatan merupakan salah satu strategi promosi kesehatan sebagaimana diisyaratkan Piagam Ottawa (WHO,1986) dan diperkuat oleh WHO pada konferensi internasional promosi kesehatan ke-4 di Jakarta pada tahun 1997 yang

dilakukan untuk melibatkan seluruh komponen masyarakat dalam pembangunan kesehatan.

Di sisi lain, keberhasilan suatu kerjasama sangat bergantung pada komitmen yang diberikan oleh pihak yang bermitra. Kerjasama ini diarahkan untuk menghasilkan sinergi dari upaya yang berkelanjutan untuk mendukung program-program kesehatan demi mewujudkan masyarakat yang berperilaku sehat.

B. Kemitraan

1. Pengertian

Istilah kemitraan masih relatif baru di Indonesia. Namun pada kenyataannya praktik kemitraan sudah terjadi sejak zaman dahulu di kehidupan masyarakat yang kita kenal dengan istilah gotong-royong. Kemitraan merupakan suatu hubungan kerjasama yang dilakukan baik oleh individu maupun kelompok. Menurut Notoatmodjo (2003), Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu

Kemitraan adalah kerjasama antara dua pihak atau lebih untuk mencapai tujuan bersama, dimana masing-masing pihak memiliki hak dan tanggung jawab sesuai dengan kesepakatan

Kemitraan adalah suatu bentuk ikatan bersama antara dua atau lebih pihak yang bekerjasama untuk mencapai tujuan dengan cara berbagikewenangan dan tanggung jawab dalam bidang kesehatan, salingmempercayai, berbagi pengelolaan, investasi dan sumber daya untuk program kesehatan, memperoleh keuntungan bersama dari kegiatan yang dilakukan

Kemitraan adalah upaya yang melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah maupun bukan pemerintah, untuk bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan bersama berdasarkan kesepakatan, prinsip dan peran masing-masing. Dengan demikian untuk membangun kemitraan harus memenuhi beberapa persyaratan yaitu persamaan perhatian, saling percaya dan saling menghormati, harus saling menyadari pentingnya kemitraan, harus ada kesepakatan misi, visi, tujuan dan nilai yang sama harus berpijak pada landasan yang sama, kesediaan untuk berkorban

Alasan pentingnya kemitraan di bidang kesehatan : Pembangunan kesehatan merupakan tanggung jawab Bersama, Kesehatan merupakan modal dasar bagi keberhasilan pembangunan sektor lain, Peningkatan kepedulian terhadap lingkungan dan masyarakat dalam bidang kesehatan, khususnya yang bersifat promotif dan preventif, Adanya peluang sumber daya dari mitra potensial

2. Syarat Kemitraan

- a. Kesamaan perhatian (common interest): Dalam membangun kemitraan, masing-masing anggota harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama. Tanpa adanya perhatian dan kepentingan yang sama terhadap suatu masalah niscaya kemitraan tidak akan terjadi. Sektor kesehatan harus mampu menimbulkan perhatian terhadap masalah kesehatan bagi sektor-sektor lain non kesehatan, dengan upaya-upaya informasi dan advokasi secara intensif.
- b. Saling mempercayai dan menghormati kepercayaan (trust) adalah modal dasar setiap relasi atau hubungan antar manusia, kesehatan harus mampu menimbulkan trust bagi partnernya
- c. Saling menyadari pentingnya arti kemitraan, artinya penting dari kemitraan adalah mewujudkan kebersamaan antar anggota untuk menghasilkan sesuatu yang menuju ke arah perbaikan kesehatan masyarakat pada khususnya, kesejahteraan masyarakat pada umumnya. Penting dilakukan advokasi dan informasi
- d. Kesepakatan Visi, misi, tujuan dan nilai : Visi, misi, tujuan dan nilai tentang kesehatan perlu disepakati bersama, dan akan sangat memudahkan untuk timbulnya komitmen bersama untuk menanggulangi masalah kesehatan bersama, hal ini harus meliputi semua tingkatan organisasi sampai petugas lapangan

3. Prinsip Kemitraan

- a. Kesetaraan: Setiap mitra harus menempatkan diri setara dengan pihak lain. Pengambilan keputusan dilakukan secara demokratis, mengutamakan musyawarah dan mufakat

dalam menyelesaikan masalah secara bersama, tanpa ada satu pihak pun yang memaksakan kehendak. Kesetaraan kedudukan juga akan memperkuat rasa kebersamaan, sehingga tercipta perasaan samasama bertanggung jawab dan sama-sama menanggung risiko, termasuk menghadapi tantangan yang mungkin terjadi.

- b. Keterbukaan: Melakukan kegiatan kemitraan secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan ada. Selain itu setiap kesepakatan yang telah dibuat dapat diimplementasikan secara transparan, jujur, dan tidak saling merahasiakan.
 - c. Saling menguntungkan: Setiap mitra mempunyai tujuan dan kepentingan yang sama dalam melaksanakan upaya pembangunan kesehatan akan mendapatkan keuntungan dan manfaat.
4. Langkah-langkah Kemitraan
- a. Penjajakan : Penjajakan perlu dilakukan dengan calon mitra kerja. Tahapan sebelum melakukan penjajakan adalah identifikasi calon mitra kerja. Tujuan penjajakan ini yaitu untuk mencari pihak-pihak yang memiliki potensi untuk mendukung program yang akan dilaksanakan.
 - b. Penyamaan persepsi: Penyamaan persepsi perlu dilakukan pertemuan awal guna menyamakan persepsi terhadap masalah kesehatan yang dihadapi agar keberhasilan mencapai tujuan bisa dilaksanakan dengan lebih efektif dan efisien. Tujuan lain juga agar masing-masing mitra memahami kedudukan serta tupoksi masing-masing secara terbuka.
 - c. Pembagian peran: Dalam mencapai tujuan kemitraan bersama, peran masing-masing mitra beragam namun sama pentingnya. Oleh karena itu perlu dibicarakan secara terbuka dan bersama sebelum menuangkan dalam kesepakatan tertulis.
 - d. Komunikasi intensif: Komunikasi intensif sangat diperlukan guna mengetahui perkembangan program kemitraan yang sudah terjalin. Komunikasi antarmitra dapat dilakukan secara

teratur dan terjadwal. Permasalahan yang muncul dapat segera dipecahkan dengan cara ini.

- e. Pelaksanaa: Pelaksanaan kegiatan haruslah dikerjakan sesuai dengan rencana yang telah disepakati bersama. Pelaksanaan kegiatan ini juga harus dikomunikasikan secara intensif pada waktu yang telah disepakati sehingga masalah yang dihadapi bisa segera dicari solusinya.
 - f. Monitoring dan evaluasi: Agar asas keterbukaan bisa dijaga, maka kegiatan ini juga disepakati sejak awal. Hal ini mencakup cara monitoring dan juga evaluasi terhadap jalannya kemitraan maupun dalam upayanya mencapai tujuan bersama. Bila dipandang perlu, hasil monev dapat dipergunakan sebagai penyempurnaan kemitraan.
5. Pilar-Pilar Kemitraan

Dalam mengembangkan kemitraan di bidang kesehatan ada tiga institusi kunci organisasi atau unsure pokok yang terlibat di dalamnya. Ketiga institusi tersebut yaitu:

- a. Unsur Pemerintah. Unsur pemerintah terdiri dari berbagai pemerintah yang terkait dengan dengan masalah kesehatan, antara lain kesehatan sebagai kuncinya, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan.
- b. Dunia usaha atau unsur swasta (private sector) atau kalangan bisnis, contohnya seperti : dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan. Salah satu kemitraan dengan dunia usaha/ usaha dapat berbentuk bantuan uang yang berasal dari dana corporate social responsibility (CSR). CSR merupakan suatu komitmen perusahaan untuk membangun kualitas hidup yang lebih baik, yang bekerjasama masyarakat dan lingkungan sosial dimana perusahaan itu berdiri.
- c. Unsur organisasi non pemerintah/ Non Government Organization (NGO). Unsur oraganisasi non pemerintah meliputi dua unsur pokok yakni: a) unsur Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Masa (Ormas) termasuk yayasan bidang kesehatan. b) Organisasi profesi seperti IDI,

PDGI, IAKMI, PPNI, HAKLI, PTGMI, PEKI, dan lain sebagainya.

6. Model dan jenis Kemitraan

Berbagai pengalaman pengembangan kemitraan di sektor kesehatan yang ada, secara umum dikelompokkan menjadi dua yaitu :

a. Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaring kerja (*networking*) atau *building linkages*. Kemitraan ini berbentuk jaringan kerja saja. Masing-masing mitra atau intitusi telah memiliki program tersendiri mulai dari perencanaannya, pelaksanaannya hingga evaluasi. Jaringan tersebut terbentuk karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik lainnya. Sifat kemitraan ini juga disebut koalisi. Contohnya Koalisi Indonesia Sehat.

b. Model II

Model kemitraan model II ini lebih baik dan solid dibandingkan model I. Hal ini karena setiap anggota mitra memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Oleh sebab itu visi, misi, dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama. Contohnya Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS), Gebrak Malaria (*Rollback Malaria*).

Menurut Beryl Levinger dan Jean Mulroy (2004), ada empat jenis atau tipe kemitraan yaitu:

a. Potential Partnership

Pada jenis kemitraan ini pelaku kemitraan saling peduli satu sama lain tetapi belum bekerja bersama secara lebih dekat.

b. Nascent Partnership

Kemitraan ini pelaku kemitraan adalah partner tetapi efisiensi kemitraan tidak maksimal.

c. Complementary Partnership

Pada kemitraan ini, partner/mitra mendapat keuntungan dan penambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada

ruang lingkup aktivitas yang tetap dan relatif terbatas seperti program delivery dan resource mobilization.

d. Synergistic Partnership

Kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistemik melalui penambahan ruang lingkup aktivitas baru seperti advokasi dan penelitian.

7. Etika Kemitraan

Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan perlu menerapkan etika kemitraan sebagai berikut :

- a. Kedua belah pihak saling menghormati, saling menghargai dan mentaati kesepakatan yang telah di buat bersama
- b. Kedua belah pihak mengadakan kemitraan secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan
- c. Kedua belah pihak menghargai hasil kerja mitranya dan melindungi hak cipta
- d. Kedua belah pihak memenuhi hak dan kewajibannya sesuai jangka waktu
- e. Kedua belah pihak melakukan kegiatan sesuai aturan dan perundangan yang berlaku
- f. Kedua belah pihak tidak mencampuri urusan internal organisasi masing-masing
- g. Kedua belah pihak mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama

8. Sistem Kemitraan

Menjalin kemitraan bukanlah suatu sebagai output atau tujuan, tetapi bukan sebuah proses, namun adalah sebuah sistem. Sistem adalah sekumpulan unsur atau elemen yang saling berkaitan dan saling mempengaruhi dalam melakukan kegiatan bersama untuk mencapai suatu tujuan. Dalam menjalin kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem yaitu:

a. Input

Input sebuah kemitraan adalah jenis dan jumlah sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang menjalin kemitraan meliputi sumber daya manusia, sumber daya

lainnya seperti dana, sistem informasi, teknologi dan lain sebagainya.

b. Proses

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya merupakan kegiatan-kegiatan untuk membangun hubungan kemitraan. Kegiatan membangun kemitraan dapat dilakukan melalui sebuah pertemuan dengan tahapan diantaranya:

- 1) Penjajakan
- 2) sosialisasi/advokasi
- 3) membangun kesepakatan
- 4) pertemuan mendalam dan penyusunan rencana kerja.

c. Output

Output yang dimaksud pada kemitraan yaitu terbentuknya jangrangan kerja atau networking, aliansi atau forum. Disamping itu pada output kemitraan juga terdapat penguraian tugas, fungsi dan tanggungjawab masing-masing anggota mitra.

d. Outcome

Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, outcome kemitraan dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat, yang merupakan akumulasi dampak dari upaya-upaya lain disamping kemitraan. Contoh dari outcome kemitraan yaitu meningkatnya status gizi balita, meningkatnya cakupan asi eksklusif di masyarakat.

C. Kemitraan dalam Promosi Kesehatan

Penggalangan kemitraan di bidang kesehatan merupakan salah satu strategi promosi kesehatan yang dilakukan untuk melibatkan seluruh komponen masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Di sisi lain, keberhasilan suatu kerjasama sangat bergantung pada komitmen yang diberikan oleh pihak yang bermitra.

1. Langkah-Langkah Menggalang Kemitraan Promosi Kesehatan

Kemitraan di bidang kesehatan tidak dapat datang dengan sendirinya. Kemitraan itu harus digalang agar kerjasama yang terbentuk tidak mengabaikan prinsip-prinsip kemitraan. Dengan demikian kemitraan dan kerjasama akan berlangsung secara efektif dan bertahan lama.

Agar kemitraan dan kerjasama berlangsung secara efektif dan bertahan lama, upaya menggalang kemitraan harus dilaksanakan dengan langkah-langkah yang benar dan sistematis diatas landasan yang kuat (saling hubung, struktur keterbukaan kapasitas, imbalan kedekatan, dan sinergi).

Adapun langkah-langkah menggalang kemitraan dibidang kesehatan:

a. Menyusun Gagasan Kemitraan

Langkah pertama dalam menggalang kemitraan tentu saja adalah menyusun gagasan kemitraan, yaitu program kesehatan yang akan dimintakan kontribusi positifnya dari satu atau beberapa pihak lain. Misalnya saja program Promosi ASI Eksklusif program Imunisasi Hepatitis, program Pembinaan PHBS di institusi Pendidikan, dan lain-lain. Tidak mungkin kemitraan dapat digalang dengan baik, jika gagasan kemitraan belum ada atau belum disusun dengan baik dan jelas. Dalam rangka percepatan pencapaian sasaran strategi pembangunan kesehatan, maka penetapan dan penyusunan gagasan kemitraan harus mengacu kepada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014.

Mengacu kepada landasan kemitraan tersebut diatas, gagasan kemitraan harus disusun dengan memperhatikan segi-segi saling-hubungnya, strukturnya, keterbukaannya, kapasitasnya, imbalannya, kedekatannya, dan sinerginya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa gagasan kemitraan yang baik adalah:

- 1) Relevan dengan visi atau misi pihak-pihak yang bermitra, tidak hanya visi atau misi pihak yang berinisiatif, tetapi juga pihak yang diajak bermitra.
- 2) Memiliki payung hukum yang berlaku dan acuan ilmu pengetahuan yang sesuai
- 3) Mengandung manfaat/keuntungan bagi semua pihak yang bermitra. Tidak hanya manfaat atau keuntungan bagi pihak yang berinisiatif, tetapi juga pihak yang diajak bermitra.

- 4) Memiliki kesamaan atau setidaknya kemiripan dengan upaya yang sedang dilakukan oleh masing-masing pihak yang bermitra.
- 5) Meyakinkan dan berbobot, baik dari segi keilmuan maupun dari segi program
- 6) Dihasilkan dari kerja keras dan dengan investasi sumber daya yang memadai.
- 7) Disusun secara sistematis, yaitu dirancang, disusun, dan dikemas dengan baik sesuai dengan kaidah-kaidah keilmuan dan program.
- 8) Dikemas dengan teknologi canggih dalam berbagai bentuk.
- 9) Dapat diujicoba dalam skala kecil atau terbatas untuk mengetahui kelayakannya.
- 10) Dapat dimodifikasi dan atau dipecah-pecah tanpa kehilangan esensinya, apabila diperlukan (misalnya karena perlunya dilakukan pentahapan dalam pelaksanaan).

b. Mengidentifikasi Calon Mitra

Langkah ini bertujuan untuk mengenali dan menetapkan pihak-pihak yang sesuai diajak bermitra dalam rangka melaksanakan gagasan kemitraan. Dengan demikian keluaran dari langkah ini adalah daftar pihak-pihak yang akan diajak bermitra.

Dari gagasan kemitraan yang sudah disusun sebenarnya sudah tersirat pihak-pihak yang perlu diajak bermitra demi suksesnya program kemitraan. Akan tetapi, mengacu kepada landasan kemitraan tersebut diatas, seyogianya dicari calon mitra yang:

- 1) Peduli terhadap masalah yang dihadapi dan pemecahan masalah tersebut melalui gagasan bermitra.
- 2) Bersedia mengembangkan komunikasi dua arah.
- 3) Memiliki pemikiran dan cara kerja yang sistematis.
- 4) Secara internal memiliki pembagian kerja dan koordinasi yang baik.
- 5) Memiliki kesediaan yang tulus untuk membantu melalui kemitraan.

- 6) Siap memberikan saran-saran yang konstruktif dan dukungan bagi terlaksananya gagasan kemitraan.
 - 7) Fleksibel, informal dan mudah dihubungi.
 - 8) Bersedia dan dapat menyediakan waktu, tenaga, dan sumber daya lain untuk kepentingan kemitraan.
 - 9) Mengetahui cara-cara bermitra, lebih baik lagi jika memiliki pengalaman bermitra.
 - 10) Bersedia dan dapat memberikan kontribusi untuk gagasan atau “proyek kemitraan” sesuai dengan kesepakatan.
 - 11) Memiliki atau bersedia membangun kedekatan (setidaknya secara sosial psikologis) dan kesiapan akses.
 - 12) Dalam tim yang kompak, satu konsep dan satu bahasa.
 - 13) Kontribusinya berkelanjutan dan taat kepada kesepakatan yang telah dirumuskan bersama.
- c. Merumuskan Tujuan dan Peran

Jika sudah didapat calon atau sejumlah calon mitra dan mengetahui seluk-beluk mitra tersebut (bidang garapan, visi, misi, kegiatan, dan lain-lain), selanjutnya dirumuskan tujuan kemitraan (tujuan umum) dan peran (kontribusi) yang diharapkan dari mitra atau para mitra. Peran mitra atau para mitra ini kelak akan menjadi acuan dalam merumuskan tujuan-tujuan khusus kemitraan.

Setelah dirumuskan nya tujuan kemitraan dan peran yang diharapkan dari para mitra, gagasan kemitraan disempurnakan dengan menambahkan usul mengenai tujuan kemitraan dan peran-peran tersebut. Dengan demikian, gagasan kemitraan menjadi lengkap dan lebih konkrit, siap untuk ditawarkan kepada para calon mitra.

d. Menyiapkan Diri

Agar dapat mengawali upaya advokasi untuk menggalang kemitraan, sebaiknya pihak yang berinisiatif melakukan konsolidasi dulu. Persiapan diri yang kurang matang tidak jarang dapat menimbulkan kegagalan upaya menggalang kemitraan. Banyak masalah atau hambatan yang

timbul ditengah perjalanan menggalang kemitraan yang datang dari dalam diri pihak yang berinisiatif

Persiapan diri atau konsolidasi dilakukan dengan mengacu kepada landasan kemitraan, dengan tujuan untuk mengupayakan agar pihak yang berinisiatif:

- 1) Dapat mengembangkan komunikasi dua arah dengan calon mitra
- 2) Dapat lebih memahami masalah atau hambatan yang mungkin dihadapi oleh calon mitra(jika ada) dan pemecahan masalah tersebut dikaitkan dengan gagasan kemitraan.
- 3) Memiliki rencana kerja yang sistematis berkaitan dengan pelaksanaan gagasan kemitraan.
- 4) Secara tim memiliki pembagian kerja dan koordinasi yang baik.
- 5) Tidak merasa superior dan memiliki kesediaan untuk dibantu oleh pihak-pihak lain.
- 6) Siap untuk menerima saran perbaikan dari pihak lain dan bersedia berubah ke arah perbaikan.
- 7) Fleksibel, informal dan mudah dihubungi.
- 8) Memiliki kemampuan mengerahkan berbagai sumber daya yang diperlukan dan bersedia menginvestasikan sumber daya tersebut dalam “proyek kerjasama”.
- 9) Mengetahui cara-cara bermitra yang baik.
- 10) Bersedia dan dapat memberikan imbalan kepada pihak-pihak yang diajak bermitra, apakah dalam bentuk uang, atau materi, pengakuan atau penghargaan, atau bentuk-bentuk lainnya.
- 11) Memiliki atau bersedia membangun kedekatan (setidak-tidaknya secara sosial psikologis) dan kesiapan akses dengan pihak-pihak yang diajak bermitra.
- 12) Dapat membina kekompakan, kesamaan konsep, dan kesatuan bahasa berkaitan dengan gagasan kemitraan.
- 13) Dapat menjamin upaya-upaya dalam menggalang kerjasama dilakukan secara berkelanjutan dan sinkron satu sama lain.

e. Menumbuhkan Kesepakatan

Tujuan dari langkah ini adalah dapat diperolehnya kesepakatan dan ikatan antara pihak yang berinisiatif dengan pihak-pihak yang diajak bermitra. Untuk bersama-sama mendukung pelaksanaan gagasan kemitraan. Hasil dari langkah ini sebaiknya tidak dinyatakan dalam bentuk lisan atau ucapan-ucapan saja. Kesepakatan sebaiknya dinyatakan dan dirumuskan dalam bentuk perjanjian tertulis atau nota kesepahaman (memorandum of understanding). Bentuk tertulis ini memiliki dua keuntungan yaitu:

- 1) Menjadi landasan atau payung hukum resmi yang dapat menjamin kelangsungan kerjasama atau kemitraan.
- 2) Sebagai titik tolak untuk merumuskan rencana kerjasama atau kemitraan.

f. Merumuskan Rencana Kerjasama

Setelah kesepakatan dicapai dan dinyatakan secara tertulis, kesepakatan ini digunakan sebagai titik awal untuk menyusun rencana kerjasama. Rencana kerjasama ini sangat penting karena merupakan acuan bagaimana mencapai tujuan-tujuan kerjasama.

Hal-hal penting yang perlu diperhatikan dan ditentukan dengan baik dalam merumuskan rencana kerjasama adalah:

1) Kejelasan Tujuan

Tujuan umum kerjasama memang sudah tercantuk dalam dokumen gagasan kemitraan. Namun demikian, selama proses advokasi atau upaya menumbuhkan kesepakatan, tujuan umum tentu dibahas agar diperoleh pemahaman bersama. Dengan proses pembahasan ini tidak tertutup kemungkinan terbentuknya pemahaman baru tentang tujuan umum kerjasama. Jika hal ini terjadi, maka tujuan umum sesuai dengan pemahaman baru itulah yang dirumuskan sebagai tujuan umum kerjasama.

2) Kejelasan dan Sinkronisasi kegiatan

Setelah tujuan-tujuan khusus dirumuskan, maka langkah selanjutnya adalah menetapkan kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan-tujuan khusus tersebut. Karena tujuan-tujuan khusus berasal dari rumusan

peran-peran, maka menjadi tugas masing-masing pihak untuk menetapkan kegiatan-kegiatan yang tepat untuk mencapai tujuan khusus yang merupakan jelmaan dari perannya.

Penetapan kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan khusus dilakukan oleh masing-masing pihak agar kegiatan-kegiatan ini merupakan bagian (tidak terlepas) dari program internal masing-masing pihak sangat penting, agar bagi pihak yang bermitra kegiatan-kegiatan kemitraan bukan merupakan benda asing yang terlepas dari system internal.

3) Kejelasan Alokasi Sumber Daya

Kegiatan-kegiatan yang telah ditetapkan akan dapat terlaksana dengan baik apabila sumber daya (tenaga, dana, sarana dan prasarana) untuk kegiatan-kegiatan tersebut dialokasikan secara memadai. Oleh karena itu, dalam rangka merumuskan rencana kerjasama, kejelasan alokasi sumber daya untuk setiap kegiatan sangat diperlukan.

Masing-masing pihak yang telah menetapkan kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan khusus yang menjadi tanggung jawabnya harus menetapkan pula siapa dan dari mana pelaksana kegiatan, berapa besar dana dialokasikan dan sumber dananya, sarana dan prasarana apa saja yang dialokasikan oleh bagaimana pengadaannya.

4) Kejelasan Waktu Pelaksanaan

Sering kali program kemitraan tidak berjalan karena tidak kunjung dimulai akibat tidak jelasnya waktu pelaksanaan. Oleh sebab itu, masing-masing pihak harus menetapkan jadwal pelaksanaan kegiatannya untuk kemudin dibahas bersama agar diperoleh sinkronisasi dalam hal waktu pelaksanaan kegiatan, hasil sinkronisasi ini digunakan untuk membuat jadwal keseluruhan program kerjasama yang diinformasikan kepada semua pihak, sehingga masing-masing dapat

menjaga ketepatan waktu pelaksanaan kegiatannya demi menjaga sinkronisasi.

g. Melaksanakan Kerjasama

Sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, kegiatan-kegiatan dilaksanakan. Kerap kali sebagai tanda dimulainya kegiatan-kegiatan proyek kemitraan dilakukan semacam peresmian atau pencanangan. Acara ini tidak sekedar bersifat seremonial, tetapi yang penting adalah sebagai pengingat kembali atas kesepakatan-kesepakatan yang telah dicapai dan penegasan tekad untuk memulai kerjasama (kemitraan).

h. Menyelenggarakan Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dilakukan selama program kemitraan berlangsung untuk mengetahui dengan segera (1) kemajuan-kemajuan yang dicapai, (2) penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Sedangkan evaluasi dilakukan secara cross sectional pada saat-saat tertentu setelah program kemitraan berjalan beberapa waktu, termasuk setelah berakhirnya program kemitraan. Jika program kemitraan direncanakan selama lima tahun, evaluasi dilaksanakan setelah tahun kelima selesai. Kerap kali juga dilakukan evaluasi tengah periode, yaitu misalnya pada saat program kemitraan sudah berjalan selama 2,5 tahun. Evaluasi dilakukan untuk melihat apakah program kemitraan (khususnya strateginya) masih efektif dilihat dari sisi perkembangan lingkungan strategis.

2. Potensi Mitra dalam Promosi dan Pembangunan Kesehatan

a. Pemerintah

- 1) Penetapan prioritas dan alokasi anggaran
- 2) Pengembangan program
- 3) Penyediaan kebijakan dan aturan yang mendukung Kemitraan Multi Pihak (KMP)
- 4) Penyediaan data pembangunan (capaian dan deficit)
- 5) Lebih mengetahui konteks dan melokalkan
- 6) Mengelola dana dan personalia
- 7) Terbiasa melaksanakan program sendiri atau pengadaan barang dengan swasta.

b. Akademisi

- 1) Penelitian pemantauan

- 2) Penguatan kapasitas
 - 3) Menjadi provider penelitian untuk pemerintah dan swasta
 - 4) Pendampingan pemerintah
 - 5) Pendidikan TPB (Tujuan Pembangunan Berkelanjutan)
 - 6) Fasilitator kemitraan.
- c. Masyarakat / Komunitas
- 1) Target sasaran kemitraan yang memahami konteks lokalitas dan kebutuhan di lapangan
 - 2) Dukungan pelaksanaan kerja sama di lapangan
- d. CSO (Chief Strategy Officer}
- 1) Diseminasi informasi membangun pemahaman publik
 - 2) Kemampuan teknis program delivery
 - 3) Kemampuan pendampingan dan capacity building untuk kemitraan yang melibatkan masyarakat
 - 4) Pemantaun program
 - 5) Pemantauan proses kemitraan-akuntabilitas
 - 6) Mengelola advokasi dan kampanye sosial
 - 7) Pengalaman advokasi perubahan kebijakan
 - 8) Fasilitator kemitraan
- e. Sektor Swasta
- 1) Kemampuan delivery
 - 2) Kemampuan jaringan dan pemahaman value chains untuk kemitraan pelaksanaan
 - 3) Advokasi dan diseminasi
 - 4) Penguatan kapasitas
 - 5) Dukungan dana dan mengelola dana CSR
 - 6) Berkaitan dan bekerja sama dengan berbagai pihak
- f. Organisasi Internasional / Development partners
- 1) Dukungan dana
 - 2) Penguatan kapasitas melalui pendampingan, pemahaman isu dan jaringan
 - 3) Penguatan organisasi kemitraan
 - 4) Fasilitator kemitraan

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z, (2011), Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat Dan Promosi Kesehatan Jakarta:Trans Info Media
- Fatmawati.(2011). Kemitraan Dalam Pelayanan Publik : Sebuah Penjelajahan Teoritik. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar Jl. Sultan Alauddin No. 259 Makassar
- Kemenkes RI, 2016, Modul Bahan Ajar Cetak “Promosi Kesehatan, BPPSDM, Jakarta
- Kuswanti. (2008). Gambaran Umum Kemitraan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Universitas Indonesia
- Mardiah, Siti, (2018), Modul Mata Ajar Promosi Kesehatan, Prodi D3Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.
- Maulana, Herry.(2007). Promosi Kesehatan. Jakarta : EGC
- Mubarok, Cahayatin, (2007), Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan ,Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Notoatmodjo, Soekidjo.(2010). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta :Jakarta.
- Restuastuti, Tuti. (2017). Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan. Jurnal Kelompok Jabatan Fungsional (KJF) Ilmu Kesehatan Masyarakat-Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Riau
- Siregar, Putra Apriadi, (2020), Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori Dan Aplikasi, Edisi Pertama Jakarta: PT. Kencana
- Zulkarnain, Febri. 2017. Pelaksanaan Kemitraan Pemerintah Dan Swasta Dalam Pengelolaan Sampah Di Kota Makassar. Universitas Hasanuddin Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Departemen Ilmu Administrasi Program Studi Administrasi Negara.

BIODATA PENULIS



Gusman Arsyad, SST, M.Kes, Lahir di desa Pakuli Kecamatan Gumbasa Kabupaten Sigi Sulawesi Tengah pada 06 Agustus 1967. Pendidikan tinggi dimulai dari Diploma III Akademi Penilik Kesehatan Teknologi Sanitasi (APK-TS) Surabaya lulus tahun 1989, Diploma IV Teknik Lingkungan pada Fakultas Teknik Lingkungan dan Sistem Perencanaan Institut Teknologi 10 Nopember Surabaya lulus tahun 2001 dan Magister Prodi Kesehatan Kerja Minat Kesehatan Lingkungan pada Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2007. Pengalaman mengajar di SPPH Depkes Palu tahun 1991 - 2004. AKL Depkes Palu 1999 - 2003, STIK-IJ Palu tahun 2002 - 2017, pernah pula mengajar beberapa tahun di FKM Unismuh Palu dan Akademi Kebidanan Palu Yayasan Pendidikan Cendrawasih. Sejak tahun 2003 hingga sekarang merupakan dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Palu. Karya ilmiah yang dihasilkan beberapa artikel ilmiah nasional dan Buku seri kesehatan Lingkungan "Penyehatan Pemukiman" bersama beberapa kawan dan diterbitkan oleh Gosyen Publishing Yogyakarta, Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MPASI) Penerbit Adab Indramayu Jabar, Dasar Kesehatan Lingkungan Penerbit Pradina Purstaka, Dasar-Dasar Kesehatan Lingkungan, Penerbit Tahta Media Group. Motto penulis " Mencoba lebih baik dari pada diam"

BAB 11

Langkah-Langkah Promosi Kesehatan Dalam Keperawatan

* Yellyanda, Ners, M.Kep *

A. Pendahuluan

Dewasa ini telah terjadi pergeseran dalam pelayanan perawatan kesehatan dan keperawatan, dimana sebelumnya pelayanan berorientasi pada penyembuhan dan pengobatan mengarah pada pelayanan yang berorientasi pada pencegahan penyakit, cedera, dan ketidakmampuan. Pergeseran ini fokus pada pemeliharaan dan mempertahankan status kesehatan, dimana pelayanan ini dikenal sebagai program promosi kesehatan (Green & Kreuter, 1991). Terdapat beberapa teori keperawatan yang telah membahas materi yang berfokus tentang promosi kesehatan, dan memberikan kesempatan bagi perawat untuk berperanserta terhadap upaya peningkatan status kesehatan. Pergeseran ini memberikan ruang bagi perawat untuk meningkatkan eksistensitas profesi dalam promosi kesehatan, desiminasi informasi kesehatan, membantu klien (individu dan komunitas) merubah perilaku hidup sehat.

Perawat melakukan program promosi kesehatan ini dalam praktik keperawatan komunitas pada area lingkungan seperti klinik sekolah, puskesmas dan klinik pratama, dinas kesehatan, dan di tatanan perawatan kesehatan tradisional atau klinik perawatan kontemporer (Tones, 1992). Sementara itu, sasaran atau objek dalam promosi kesehatan dalam keperawatan biasanya disebut klien sebagai *core*, baik sebagai individu, keluarga maupun kelompok atau komunitas. Perawat berperan sebagai advokat, konsultan, pendidik dan koordinator layanan. Perawat dapat bekerja dengan klien sebagai individu dari semua kelompok umur dan keluarga, populasi tertentu seperti anak usia sekolah, atau lansia. Namun, peran utama perawat

pada tatanan ini adalah sebagai fasilitator dalam pelaksanaan proses keperawatan.

B. Peran Perawat Dalam Promosi Kesehatan

Menurut Blais et.al (2007) peran perawat dalam promosi kesehatan antara lain:

1. Menjadi *role model* dalam perilaku dan sikap gaya hidup sehat.
2. Memfasilitasi peran serta klien dalam proses keperawatan.
3. Memberikan pendidikan terkait manajemen kesehatan diri.
4. Membantu klien dalam meningkatkan derajat kesehatannya.
5. Mendidikan klien lebih efektif sebagai konsumen perawatan kesehatan.
6. Membantu klien mengembangkan dan memilih metode promosi kesehatan.
7. Membimbing klien dalam menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan terkait masalah kesehatan secara lebih efektif.
8. Meningkatkan dan mempertahankan perilaku promosi kesehatan klien dengan mandiri.
9. Mengajak dan mengarahkan adanya perubahan di komunitas dalam meningkatkan lingkungan yang sehat.

C. Proses Keperawatan Dalam Promosi Kesehatan

Proses keperawatan merupakan pedoman bagi perawat dalam menjalankan peran promosi kesehatan, dengan lebih berfokus pada pendidikan kesehatan klien terkait manajemen kesehatan diri secara mandiri. Klien dewasa dapat memutuskan tujuan, memilih intervensi/ rencana promosi kesehatan dan bertanggung jawab pada keberhasilan pencapaian tujuan (Blais et.al, 2007)

1. Pengkajian Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama proses keperawatan, dimana pengkajian dilakukan untuk mengetahui masalah kesehatan dan kebutuhan klien atau komunitas untuk menjadi sehat. Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang sistematis berupa pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien, baik individu maupun komunitas (Potter & Perry, 2009).

Pengkajian merupakan dasar dalam memberikan promosi kesehatan sesuai dengan kebutuhan klien (Berry, 1986). Pengkajian

yang lengkap, akurat dan tepat sangat penting dalam menetapkan masalah promosi kesehatan dan sebagai informasi yang dibutuhkan untuk perubahan dan pemberdayaan (Deswani, 2011, Hancock & Minkler, 2012).

Pengkajian di komunitas merupakan suatu proses untuk dapat mengenal masyarakat. Masyarakat adalah mitra yang terlibat dan berkontribusi terhadap keseluruhan proses tersebut atau dalam keperawatan disebut *core/ klien* Craven & Hirnle, 2009). Tujuan keperawatan dalam mengkaji komunitas adalah mengidentifikasi faktor-faktor (positif maupun negatif) yang dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat agar dapat mengembangkan strategi promosi kesehatan (Hancock & Minkler, 2012).

a. Tujuan Pengkajian

Adapun tujuan dari pengkajian promosi kesehatan adalah:

- 1) Untuk membantu intervensi langsung dengan sewajarnya.
- 2) Untuk mengidentifikasi respon tentang kebutuhan spesifik dari kelompok minoritas, komunitas, atau populasi yang membutuhkan promosi kesehatan.
- 3) Untuk menentukan risiko dari suatu komunitas.
- 4) Alokasi sumber dana dan prioritas dana kesehatan digunakan untuk proses pencegahan penyakit.

b. Proses Pengkajian Dalam Promosi Kesehatan

Proses dimulai dari pengkajian kualitas hidup, masalah kesehatan, masalah perilaku, faktor penyebab, sampai keadaan internal dan eksternal. Output pengkajian ini adalah pemetaan masalah perilaku, penyebabnya, dan lain-lain (Berry, 1986; Tones & Tilford, 1994). Proses pengkajian dalam promosi kesehatan dapat dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan, yaitu tentang:

- 1) Apa yang ingin saya ketahui?
- 2) Mengapa saya ingin mengetahui hal ini?
- 3) Bagaimana saya bisa menemukan informasi ini?
- 4) Apa yang akan saya lakukan dengan informasi ini?
- 5) Apa kesempatan saya di sini untuk melakukan tindakan dengan informasi ini?

c. Informasi Penting dalam Pengkajian Promosi Kesehatan

Berry (1986) mengungkapkan bahwa informasi yang perlu diketahui pada pengkajian promosi kesehatan antara lain:

- 1) Kebutuhan individu, yaitu informasi ini sangat penting untuk diketahui agar dapat meningkatkan partisipasi klien dalam proses keperawatan.
- 2) Riwayat komunitas, yaitu mengetahui profil komunitas dapat menjadikan pengkajian lebih objektif daripada melakukan pengamatan subjektif.
- 3) Pandangan masyarakat, penting untuk dilakukan karena:
 - a) Untuk mendorong masyarakat lokal untuk terlibat secara langsung dalam proses.
 - b) Untuk memberi keyakinan bahwa petugas kesehatan menyediakan informasi yang berguna dalam memenuhi kebutuhan dalam aktivitas masyarakat.

Proses ini tidak akan berhasil jika masyarakat pasif dalam penyediaan informasi dan tidak berpartisipasi secara langsung dalam proses promosi kesehatan. Hal ini dapat disiasati dengan melakukan dengan pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat, seperti:

- a) Tokoh yang memiliki pengetahuan tentang isu umum dalam masyarakat, misalnya guru, kader kesehatan, dsb.
- b) Tokoh agama dan tokoh masyarakat
- c) Tokoh yang penting dalam jaringan informal dan memiliki peranan dalam komunikasi lokal seperti penjaga warung.

d. Sumber Data

Sumber data pada pengkajian promosi kesehatan terdiri dari:

- 1) Data primer: secara langsung diambil dari objek/sasaran, baik individu, kelompok, organisasi maupun masyarakat.
- 2) Data sekunder: data yang didapat tidak secara langsung dari objek/sasaran. Data yang didapat sudah jadi, yang dikumpulkan oleh pihak lain dengan berbagai cara/metode, baik komersial maupun non komersial, misalnya melalui media cetak maupun elektronik.

e. Jenis data

Data yang dikumpulkan terdiri dari:

- 1) Data epidemiologi
 - 2) Data sosial ekonomi
 - 3) Pandangan profesional
 - 4) Informasi Kualitas Kehidupan: diperoleh dengan melihat data sekunder (Strata keluarga) informasi ini hanya berfungsi sebagai latar belakang masalah saja.
 - 5) Informasi tentang perilaku sehat: diperoleh dari kunjungan rumah atau di Posyandu
 - 6) Informasi tentang faktor penyebab (*predisposing, enabling dan reinforcing factors*) diperoleh melalui survei cepat etnografi (*Rapid ethnography assesment*) yang dilakukan oleh tingkatan kabupaten atau kota.
 - 7) Informasi tentang faktor internal (tenaga, sarana, dana promosi kesehatan) dan eksternal (peraturan, lingkungan di luar unit) diperoleh dari lapangan/tempat.
- f. Teknik pengumpulan data
- Pengumpulan data yang dapat dilakukan dengan cara:
- 1) *Key informant approach*
Informasi yang diperoleh dari informan kunci melalui wawancara mendalam/ focus group discussion (FGD), sangat menolong untuk memahami masalah yang ada.
 - 2) *Community forum approach*
Melalui forum diskusi, disini health promotor bersama-sama masyarakat mendiskusikan masalah yang ada.
 - 3) *Sample survey approach*
Cara ini yang paling valid dan akurat, karena estimasi kesalahan bisa diseleksi, namun cara ini cara yang paling mahal, metode yang diterapkan wawancara dan observasi.
- g. Alat pengumpulan data
- Dalam melakukan pengkajian dibutuhkan suatu metode yang bertujuan untuk mengumpulkan data yang terdiri dari:
- 1) Tes/ujian, lisan maupun tulisan.
 - 2) Observasi, berupa pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada objek penelitian/sasaran. Observasi merupakan metode yang cukup mudah dilakukan untuk pengumpulan data. Banyak gejala yang hanya dapat diamati dalam kondisi lingkungan tertentu sehingga dapat terjadi gangguan yang menyebabkan

observasi tidak dapat dilakukan. Contoh observasi adalah dengan Survey Langsung kita dapat melihat karakteristik tentang gaya hidup, tempat tinggal dan tipe rumah dan lingkungan rumah. Jenis observasi yang lain:

- a) Catatan anekdot - Alat untuk mencatat gejala-gejala khusus atau luar biasa menurut urutan kejadian, catatan dibuat segera setelah peristiwa terjadi. Pencatatan ini dilakukan terhadap bagaimana kejadiannya, bukan pendapat pencatat tentang kejadian tersebut.
 - b) Catatan berkala (Incidental record) - Pencatatan berkala walaupun dilakukan berurutan menurut waktu munculnya suatu gejala tetapi tidak dilakukan terus menerus, melainkan pada waktu tertentu dan terbatas pula pada jangka waktu yang telah ditetapkan untuk tiap kali pengamatan.
 - c) Daftar ceklis (Checklist) - Penataan data dilakukan dengan menggunakan sebuah daftar yang memuat nama observer dan jenis gejala yang diamati.
 - d) Skala Penilaian (Rating Scale): Pencatatan data dengan alat ini dilakukan seperti ceklis. Perbedaannya terletak pada kategorisasi gejala yang dicatat. Dalam rating scale tidak hanya terdapat nama objek yang diobservasi dan gejala yang diselidiki akan tetapi tercantum kolom-kolom yang menunjukkan tingkatan/jenjang setiap gejala tersebut.
- 3) Peralatan mekanis (*Mechanical device*), pencatatan dengan alat ini tidak dilakukan pada saat observasi berlangsung, karena sebagian atau seluruh peristiwa direkam sesuai dengan keperluan. Jenis pengumpulan data ini, yaitu: angket, wawancara, teknik sampling.
- a) *Informant Interviews*, informasi yang diperoleh dari informan adalah kunci melalui wawancara atau focus group discussion sangat menolong dalam mengatasi masalah
 - b) *Participant Observation*, pengkajia data objektif berdasarkan orang, tempat dan *social system* yang ada di komunitas. Informasi ini dapat membantu

mengidentifikasi tren, kestabilan dan perubahan yang memberi dampak kesehatan individu di komunitas.

Informasi yang terkandung dalam pengkajian menjadi dasar dalam menyusun diagnosis keperawatan. Setelah mengumpulkan data dari pengkajian, perawat merumuskan masalah keperawatan yang diawali dengan analisis data berupa pengelompokan data sejenis yang akan menghasilkan masalah keperawatan.

Beberapa kemungkinan masalah keperawatan yang dapat perawat rumuskan adalah:

- 1) Koping tidak efektif
- 2) Defisit kesehatan komunitas
- 3) Defisit pengetahuan
- 4) Resiko Penularan
- 5) Kesiapan Peningkatan Koping Komunitas
- 6) Koping komunitas tidak efektif

2. Tahap Diagnosis Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Diagnosa keperawatan memberikan dasar-dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat (Kozier, 2010). Adapun persyaratan dari diagnosa keperawatan adalah perumusan harus jelas dan singkat dari respons klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada asuhan keperawatan, dapat dilaksanakan oleh perawat dan mencerminkan keadaan kesehatan klien (Potter & Perry, 2009).

a. Menetapkan diagnosis/ masalah keperawatan

Informasi yang terkandung dalam pengkajian menjadi dasar dalam menyusun diagnosis keperawatan. Setelah mengumpulkan data dari pengkajian, perawat merumuskan masalah keperawatan yang diawali dengan analisis data berupa pengelompokan data sejenis yang akan menghasilkan masalah keperawatan.

Beberapa kemungkinan masalah keperawatan yang dapat perawat rumuskan adalah:

- 1) Koping tidak efektif
- 2) Defisit kesehatan komunitas
- 3) Defisit pengetahuan
- 4) Resiko Penularan

- 5) Kesiapan Peningkatan Koping Komunitas
 - 6) Koping komunitas tidak efektif
- b. Menetapkan prioritas diagnosis/ masalah
- Adapun proses dalam penetapan diagnosis prioritas adalah sebagai berikut:
- 1) Menentukan status kesehatan klien (individu atau masyarakat)
 - 2) Menentukan pola pelayanan kesehatan masyarakat yang ada
 - 3) Menentukan hubungan antara status kesehatan dengan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.
 - 4) Menentukan faktor-faktor yang menimbulkan masalah kesehatan pada masyarakat (seperti tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, ras, letak geografis, kebiasaan/prilaku dan kepercayaan yang dianut)

Pertimbangan yang dapat digunakan dalam menentukan prioritas masalah adalah:

- 1) Beratnya masalah dan akibat yang ditimbulkannya.
- 2) Pertimbangan politis.
- 3) Sumber daya yang ada dimasyarakat.

3. Intervensi Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Leavell & Clark (1965) menyatakan ada tiga tingkat pencegahan kesehatan yaitu primer, sekunder dan tersier. Pencegahan ini dapat diuraikan tingkatannya dalam tahapan berikut:

- a. Pencegahan primer, fokus pada promosi kesehatan dan perlindungan terhadap masalah kesehatan khusus.
- b. Pencegahan sekunder, fokus pada indentifikasi dini masalah kesehatan dan intervensi untuk mengatasi masalah kesehatan.
- c. Pencegahan tersier, fokus pada pemulihan dan rehabilitasi kesehatan ketingkat yang optimal.

Adapun upaya yang dapat dilaksanakan dalam upaya pencegahan terkait status kesehatan adalah:

- a. Upaya pencegahan primer, antara lain:
 - 1) Pendidikan kesehatan pada klien atau sasaran.
 - 2) Perlindungan khusus terhadap penyakit tertentu, seperti penyakit-penyakit tidak menular (diabetes, hipertensi, kanker dsb).

- 3) Melatih tentang teknik komunikasi, cara menyelesaikan masalah, dan membuat keputusan.
 - 4) Memberikan dukungan pada klien, seperti membentuk kelompok swabantu kesehatan.
 - 5) Vaksinasi penyakit tertentu (penyakit infeksi dan menular)
- b. Upaya pencegahan sekunder, seperti deteksi dini, tindakan perawatan segera yang dilanjutkan dengan pembinaan atau layanan konsultasi, pengobatan tepat untuk mengobati penyakit.
 - c. Upaya pencegahan tersier, seperti melakukan rehabilitasi, pembinaan lanjutan atau melakukan rujukan.

4. Tahap Implementasi Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2009). Rencana promosi kesehatan yang diberikan kepada klien terkait dengan pendidikan kesehatan, tindakan untuk mempertahankan status kesehatan dan mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Elwest & Simnet, 2003).

Untuk keberhasilan pelaksanaan implementasi promosi kesehatan harus disesuaikan dengan rencana promosi kesehatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Kozier, 2010).

Tahap implementasi atau pelaksanaan adalah tindakan penyelesaian yang diperlukan untuk memenuhi tujuan. Yakni untuk mencapai kesehatan yang optimal, implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana perawatan terhadap perilaku yang digambarkan dalam hasil individu yang diusulkan. Pemilihan intervensi keperawatan tergantung pada beberapa faktor:

- a. Hasil yang diinginkan klien.
- b. Karakteristik dari diagnosa keperawatan.

- c. Penelitian yang berkaitan dengan intervensi.
- d. Kelayakan pelaksanaan intervensi.
- e. Penerimaan intervensi oleh individu.
- f. Kemampuan perawat.

5. Tahap Evaluasi Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Meskipun proses keperawatan mempunyai tahap-tahap, namun evaluasi berlangsung terus menerus sepanjang pelaksanaan proses keperawatan (Alfaro-LeFevre, 2013). Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Menurut Craven dan Hirnle (2009) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampak. Tujuan dari evaluasi antara lain:

- a. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien.
- b. Untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- c. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan. d. Mendapatkan umpan balik.
- d. Sebagai tanggungjawab dan tanggungjawab dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.

Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain. Jika setiap langkah dari proses keperawatan tidak dilaksanakan secara keseluruhan maka proses keperawatan tidak akan berjalan dengan baik, dimana satu saja langkah atau tahap itu tidak dilakukan maka akan mempengaruhi tahap yang lain karena mereka saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan (Blais et. al, 2007).

Tahap evaluasi pada promosi kesehatan pada dasarnya memiliki kesamaan dengan tahap evaluasi pada proses keperawatan secara umum. Didalam tahapan evaluasi hal penting yang harus diperhatikan adalah standar ukuran yang digunakan untuk dijadikan suatu pedoman evaluasi. Standar ini diperoleh dari

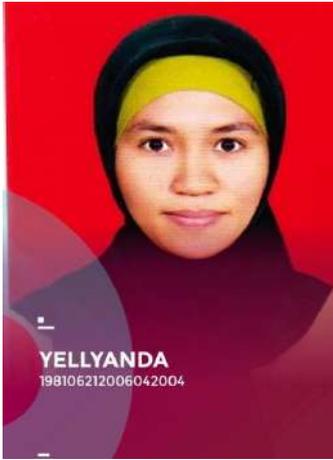
tujuan dan hasil yang diharapkan diadakannya suatu kegiatan tersebut. Kedua standar ini selalu dirumuskan ketika kegiatan ataupun tindakan keperawatan belum diberikan. Selain itu, dalam tahapan evaluasi juga dilakukan pengkajian lagi yang lebih dipusatkan pada pengkajian objektif dan subjektif klien atau objek kegiatan setelah dilakukan tindakan promosi kesehatan (Craven & Hirnle, 2009).

DAFTAR PUSTAKA

Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, And Clinical Judgment A Practical Guide (5th Ed.)*. St. Louis, MO Elsevier Saunders.

- Berry, J. (1986). *Project health: A Step-By-Step Planning Guide For Health Promotion And Preventive Medicine Programmes*. Health Educational Journal. Volume 45. Issues 2.
- Blais, K.K. et. al. (2007). *Professional Nursing Practice: Concept and Perspectives*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Craven, Ruth F. , Hirnle, Constance J. . (2009). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Deswani. (2011). *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ewles L, & Simnett I. (2003). *Promoting Health; A Practical Guide*. London: Bailliere Tindall Elsevier Limited
- Green, L. and Kreuter, M. (1991) *Health Promotion Planning*. Mayfield Publishing Co., Mountain View, 2-20.
- Hancock, T. & Minkler, M. (2012). *Community Health Assessment Or Healthy Community Assessment: Whose Community? Whose Health? Whose Assessment?* In M. Minkler (Ed.), *Community organizing and community building for health* (3rd ed., pp. 153-170). Brunswick, NJ: Rutgers University Press
- Kozier, B. (2010). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. edisi 5. Jakarta: EGC
- Leavell, H.R dan Clark, E.G., (1965). *Preventive Medicine For Doctor In His Community*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Potter & Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan Buku 1 Edisi 7*. Jakarta : EGC.
- Tones, B. K. (1992). *Empowerment And The Promotion Of Health*. *Journal Of The Institute Of Health Education*, 26,17-26.
- Tones, B. K. and Tilford, S. (1994). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chapman & Hall, London.

BIODATA PENULIS



Yellyanda, Ners, M.Kep. Lahir di Padang, 21 Juni 1981 menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Prodi Keperawatan Universitas Andalas tahun 2004 dan 2005, dan Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Tahun 2013. Penulis aktif mengajar, melakukan penelitian, pengabdian masyarakat dan mengikuti seminar maupun workshop sesuai kompetensi serta melakukan publikasi pada jurnal nasional dan internasional.

BAB 12

Peran Tenaga Kesehatan Dalam Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Ervon Veriza, SKM, MKM

A. Pendahuluan

Tenaga Kesehatan memiliki peranan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga masyarakat dapat meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat sehingga terwujud derajat kesehatan yang optimal. Masyarakat yang sehat merupakan investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif baik secara sosial, ekonomi serta sebagai unsur kesejahteraan bagi masyarakat. (Kemenkes RI, 2020)

Petugas Kesehatan terutama di garis depan (*front line*) pelayanan kesehatan seperti di RS baik negeri maupun swasta, puskesmas, balai kesehatan masyarakat, poliklinik dan praktik swasta adalah sebagai pelaksana promosi kesehatan atau pendidik kesehatan. Petugas kesehatan seperti dokter, dokter gigi, perawat, bidan, petugas laboratorium, petugas di ruang obat/apotek dan sebagainya dalam tugasnya melayani pasien sehari-hari berkewajiban untuk menyampaikan informasi-informasi kepada pasien atau yang dilayani (klien) terkait dengan penyakit atau masalah kesehatan yang dialami oleh pasien tersebut. (Notoatmodjo, dkk, 2012)

Semua petugas kesehatan dimanapun berada dalam masyarakat, berperan sebagai promotor kesehatan karena perilaku petugas kesehatan di lingkungan tempat tinggal ataupun di masyarakat seharusnya sesuai dengan nilai-nilai kesehatan yaitu bersih, rapi, tidak merokok, tidak minuman keras, membuang sampah pada tempat yang benar, tidak memakai narkoba dan sebagainya, hal tersebut merupakan bentuk promosi kesehatan bagi masyarakat lingkungannya. (Notoadmodjo dkk, 2012)

B. Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan

Bangsa Indonesia mewujudkan kesejahteraan hidupnya, saat ini menghadapi transisi epidemiologi dimana prevalensi penyakit menular masih tinggi diiringi bertambahnya prevalensi penyakit tidak menular juga tinggi, (Setyaningsih, A, 2020) hal tersebut dikarenakan perilaku dan gaya hidup tidak sehat (*Unhealthy life style*) seperti merokok, penyalahgunaan obat-obatan, rendahnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, perilaku seks yang tidak aman, cedera akibat kecelakaan lalu lintas dan kekerasan sehingga mengakibatkan penyakit-penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung koroner dll. Oleh karena itu peran tenaga kesehatan sangat penting untuk melakukan promosi dan pendidikan kesehatan dengan metode, teknik dan upaya pencegahan penyakit menular dan tidak menular di masyarakat.

Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan di semua tatanan harus bisa dilaksanakan secara maksimal. Beberapa pendekatan dalam promosi kesehatan yang bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan yaitu: (Notoatmodjo, 2012)

1. Pendekatan pencegahan penyakit atau disebut pendekatan medik adalah upaya untuk menurunkan kesakitan dan kematian dini, sasarannya adalah masyarakat yang beresiko tinggi. Upaya tersebut dibagi dalam 3 kategori yaitu
 - a. Upaya pencegahan tingkat primer agar individu tidak terjangkit penyakit contoh imunisasi BCG, mendorong seseorang agar tidak merokok, mendorong mengkonsumsi makanan bergizi dsb,
 - b. Upaya pencegahan tingkat sekunder adalah upaya untuk mencegah agar penyakit tidak berkembang melalui skrining dan diagnosis dini.
 - c. Upaya pencegahan tingkat tersier adalah upaya mengurangi ketidakmampuan (kecacatan) dan penderitaan karena pemyakit-penyakit yang diderita seseorang melalui program rehabilitasi maupun pendidikan untuk pasien.
2. Pendekatan perubahan perilaku adalah untuk memberikan dukungan terhadap individu dalam mengadopsi perilaku sehat

- untuk meningkatkan kesehatannya. Seseorang dapat memilih perilaku untuk mencapai taraf kesehatan yang diinginkan.
3. Pendekatan Pendidikan adalah untuk melengkapi sasaran promosi kesehatan dengan kelengkapan pengetahuan. Informasi, sikap dan keterampilan agar sasaran mampu menentukan pilihan perilaku yang tepat untuk meningkatkan kesehatannya. Pendekatan ini disebut KAP (*Knowledge, attitude, dan Practice*) yaitu :
 - a. Aspek kognitif yaitu tersedia informasi, bahan belajar dan kemampuan memahami.
 - b. Aspek afektif adalah sikap yang positif dan perasaan senang terhadap apa yang dipelajari.
 - c. Aspek perilaku berupa keterampilan yang harus dikuasai.
 4. Pendekatan pemberdayaan adalah upaya menumbuhkan kemampuan orang untuk mengontrol berbagai faktor yang memengaruhi kesehatannya. Pendekatan pemberdayaan ciri nya adalah melakukan kegiatan dari masyarakat ke pemerintah (*Bottom up*) dimana masyarakat berperan sebagai pelaku sedangkan tenaga kesehatan sebagai fasilitator. Pemberdayaan ada dua yaitu pemberdayaan diri (*self empowerment*) dan pemberdayaan komunitas (*Community empowerment*). upaya pemberdayaan komunitas dilakukan melalui aktivitas pengorganisasian dan pengembangan masyarakat serta menumbuhkan peran serta masyarakat dalam mengatasi masalah di masyarakat.
 5. Pendekatan perubahan sosial adalah suatu kesadaran akan penting dan besarnya faktor sosial ekonomi sebagai determinan kesehatan. Pendekatan yang diambil harus memenuhi asas efisiensi biaya, ketersediaan fasilitas dan kemudahan menjangkaunya. Untuk itu tenaga kesehatan harus dibekali keterampilan dalam lobbying, negosiasi, pemahaman politik agar perubahan sosial bisa dilakukan.

C. Kemampuan Tenaga Kesehatan Dalam Promosi Kesehatan

Tenaga kesehatan harus memiliki kemampuan dalam melaksanakan promosi dan pendidikan kesehatan, kemampuan tersebut yaitu keterampilan teknis promosi kesehatan dan landasan

kesehatan masyarakat. Kemampuan keterampilan teknis promosi kesehatan yaitu : (Kemenkes RI, 2020)

1. Mampu memanfaatkan teknologi informasi komunikasi dan informasi kesehatan agar dapat melakukan diseminasi informasi kesehatan
2. Melaksanakan pemberdayaan masyarakat dengan mengidentifikasi agen penggerak di masyarakat, meningkatkan kemampuan masyarakat dan memfasilitasi masyarakat agar dapat menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat dengan penerapan teori perubahan perilaku.
3. Melakukan kemitraan dengan kerjasama yang saling menguntungkan dan menumbuhkan tanggung jawab dalam bentuk kolaborasi dengan kelompok-kelompok potensial untuk mengatasi masalah kesehatan.
4. Melakukan advokasi untuk peraturan yang mendukung perilaku sehat dengan menggunakan pengambilan keputusan berbasis bukti ilmiah.
5. Menerapkan ilmu komunikasi dan edukasi serta psikologi untuk merancang dan melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi)
6. Menerapkan ilmu psikologi, sosial budaya dan pendidikan untuk memfasilitasi pemberdayaan masyarakat
7. Menerapkan ilmu psikologi dan komunikasi untuk membangun jejaring kemitraan di masyarakat
8. Menerapkan ilmu komunikasi dan promosi kesehatan dalam upaya advokasi untuk menciptakan kebijakan berwawasan sehat.

Sedangkan Kemampuan Landasan Kesehatan masyarakat yaitu :

1. Melakukan analisis situasi dan kajian kebutuhan sumber daya dan pembiayaan di bidang promosi kesehatan
2. Melakukan analisis data dan menginterpretasi masalah kesehatan masyarakat.
3. Melakukan analisis situasi dan meninterpretasi hambatan dan kekuatan di masyarakat
4. Melakukan perencanaan dengan menetapkan prioritas masalah kesehatan masyarakat terkait perilaku sehat secara komprehensif

5. Melakukan intervensi perubahan perilaku berbasis ilmiah
6. Melakukan monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan
7. Melakukan analisis kebijakan berwawasan kesehatan.

D. Peran Tenaga Kesehatan Dalam Transformasi Kesehatan

Kementerian Kesehatan melakukan transformasi sistem kesehatan Indonesia melalui 6 pilar transformasi yang dilakukan yaitu: (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2022)

1. Transformasi Layanan primer
2. Transformasi layanan rujukan
3. Transformasi sistem Ketahanan kesehatan
4. Transformasi sistem pembiayaan kesehatan
5. Transformasi SDM kesehatan
6. Transformasi teknologi kesehatan.

Salah satu peran tenaga kesehatan adalah pada pilar pertama yaitu transformasi layanan primer dimana tenaga kesehatan, memperkuat aktivitas promotif preventif untuk dapat membuat orang sehat tetap sehat, memperbaiki skrining kesehatan serta meningkatkan kapasitas layanan primer.

Tenaga kesehatan melakukan perubahan mendasar dalam transformasi kesehatan layanan primer yaitu:

1. Memperhatikan siklus daur hidup manusia sebagai platform integrasi pelayanan kesehatan sekaligus penguatan promosi dan pencegahan penyakit (mulai dari ibu hamil, anak, remaja, usia produktif dan lansia)
2. Mendekatkan pelayanan kesehatan melalui jejaring hingga tingkat desa dan dusun, RT/RW (di tingkat dusun, RW, dan kecamatan)
3. Memperkuat pemantauan wilayah setempat (PWS) dengan dasbord situasi data, mencakup dasbord pola penyakit dan cakupan imunisasi

Tiga program utama penguatan upaya preventif pada layanan primer adalah imunisasi rutin untuk mencegah penyakit. Tahapan screening kesehatan perlu dilakukan di tiap pelayanan masyarakat terkait penyakit penyebab kematian tertinggi di setiap sasaran usia, serta pembiayaan kesehatan yang berkaitan dengan layanan primer

adalah layanan kesehatan yang berkualitas agar dapat dirasakan oleh seluruh kalangan masyarakat.



Gambar 12.1 (Transformasi Kesehatan)

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, Rita, and dkk. 2020. *Standar Profesi Tenaga Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Sumatera Selatan. 2022. "Transformasi Enam Pilar Sistem Kesehatan Dan Layanan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan." in *Dinas Kesehatan Sumatera Selatan*.
- Kemendes R.I. 2023. "Ini Capaian Kinerja Kementerian Kesehatan Di Tahun 2022." *Biro Komunikasi Dan Pelayanan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI*. Retrieved (<https://www.kemkes.go.id/article/print/23010600002/ini-capaian-kinerja-kementerian-kesehatan-di-tahun-2022.html>).
- Notoatmodjo, S., and Dkk. 2012. *Promosi Kesehatan Di Sekolah*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Setyaningsih, Aryanti, and Nastitie Cinintya Nurzihan. 2020. "Peningkatan Pemahaman Risiko Penyakit Tidak Menular Pada Remaja Melalui Deteksi Dini Dengan Pemeriksaan Komposisi Tubuh Di Smk Pgri 2 Surakarta." *Jurnal Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Indonesia (Indonesian Journal of Independent Community Empowerment)* 2(3):63-68. doi: 10.35473/jpmmi.v2i3.34.

BIODATA PENULIS



Ervon Veriza, SKM, MKM, dilahirkan di Kenali Asam, Jambi 1 Februari 1974. Istri dari H. Kusman Juhasa, SE dan memiliki dua anak yaitu Ghaliza Nisa Azahra Kusman dan Muhammad Fathir Kusman Arrum. Menyelesaikan SPRG Depkes RI Jambi (1992),Diploma III Akademi Perpustakaan YARSI Jakarta, Selanjutnya S1 PKIP (Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku) di FKM UI (2003). Kemudian melanjutkan Program Pasca Sarjana Promosi Kesehatan FKM UI (2009). Mulai bekerja di SPRG Depkes RI Jambi sebagai asisten guru (1995-2001), Mengajar di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi, (2001- 2018), Mengajar di Jurusan Promosi Kesehatan program Sarjana Terapan (2019-sekarang). Aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi seperti melaksanakan pengajaran, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, seminar maupun publikasi ilmiah. Penulis juga sebagai Pengurus ketua Bidang Humas Persatuan Pendidik dan Promotor Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) Pengda Jambi.

A. Pendahuluan

Tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan swadaya masyarakat melalui edukasi, serta menciptakan inisiatif berbasis masyarakat yang sejalan dengan norma sosial budaya daerah dan didukung oleh kebijakan kesehatan masyarakat (Kemenkes, 2011).

Pelayanan kesehatan sebaik apapun tidak akan memiliki dampak terhadap meningkatnya kesehatan. Tiga faktor risiko yang menjadi penyebab masalah kesehatan di masyarakat yaitu bibit penyakit, lingkungan yang menyebabkan timbulnya bibit penyakit dan perilaku manusia yang tidak peduli akan lingkungan sekitar (Snelling, 2014).

Dalam promosi kesehatan, tidak ada satu pun tujuan dan pendekatan atau serangkaian kegiatan yang benar. Hal terpenting adalah bahwa kita harus mempertimbangkan tujuan dan kegiatan yang kita miliki, sesuai dengan nilai-nilai dan penilaian kita terhadap kebutuhan klien. Hal ini berarti sebagai promotor kesehatan dan kebutuhan klien harus berada dalam suatu kesamaan persepsi agar tujuan dan kegiatan yang dilakukan dapat berfungsi optimal. Berbagai model promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan adalah alat analisis yang berguna, yang dapat membantu memperjelas tujuan dan nilai-nilai yang dianut.

B. Pendekatan promosi kesehatan

Menurut Ewles dan Simnett (1994) dalam (Maulana, 2009) menyatakan ada 5 pendekatan promosi kesehatan yaitu:

1. Pendekatan medik

Bebas dari penyakit dan kecacatan yang diakui secara medis, seperti kanker, penyakit jantung, dan infeksi menular,

adalah tujuan dari pendekatan medis. Strategi ini melibatkan penggunaan obat untuk mencegah atau mengobati penderitaan, mungkin melalui persuasi atau paternalisme (seperti menasihati orang tua agar anak mereka diimunisasi atau wanita menggunakan alat kontrasepsi). Metode ini mengutamakan tindakan pencegahan medis, dan merupakan tugas komunitas medis untuk memastikan bahwa pasien mengikuti praktik yang disarankan.

2. Perubahan perilaku

Perilaku merupakan hasil pengamatan dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Pendekatan perubahan perilaku bertujuan mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat sehingga mereka mengadopsi gaya hidup sehat.

3. Pendidikan

Pendekatan pendidikan lebih dikenal dengan pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perilaku kesehatan dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Pendekatan ini menyajikan informasi mengenai kesehatan dan membantu individu menggali nilai dan sikap dan membuat keputusan mereka sendiri. Misalnya program pendidikan kesehatan sekolah menekankan upaya membantu murid mempelajari keterampilan sehat tidak hanya memperoleh pengetahuan saja.

4. Pendekatan berpusat pada klien

Tujuan pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka. Promotor berperan sebagai fasilitator, membantu individu mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan supaya memungkinkan terjadi perubahan.

5. Perubahan sosial

Menurut Ogburn (1992) dalam Maulana (2009) ruang lingkup perubahan sosial meliputi pengaruh besar unsur-unsur kebudayaan material terhadap unsur-unsur imaterial. Kecenderungan terjadi perubahan-perubahan sosial merupakan gejala wajar yang timbul dari pergaulan hidup manusia. Tujuan pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, sosial dan ekonomi dalam upaya membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat, bukan perilaku setiap individu.

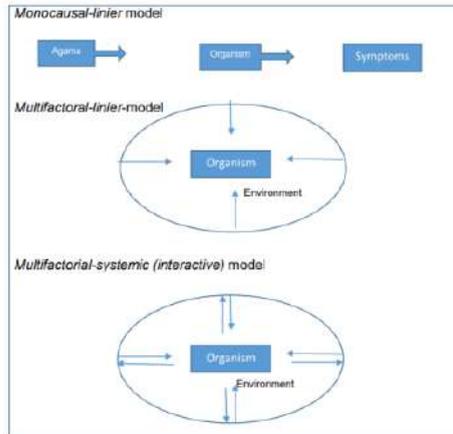
6. Model promosi kesehatan

Dalam memahami kontribusi perilaku manusia untuk mengembangkan dan memelihara kesehatan dan kesakitan terjadi perubahan dari pendekatan faktor tunggal (model linier/model medis) menjadi pendekatan yang lebih interaktif serta komprehensif (multifactorial-systemic model) (Lihat Gambar 9.1 Perubahan Model Linier ke multifactorial-systemic model).

Para ahli kesehatan setuju bahwa kita perlu mengadopsi sebuah model yang mampu mengenal hubungan timbal balik dan interaksi dinamis antara faktor fisiologis, kognitif, perilaku dan lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan. Banyak upaya mengubah promosi kesehatan menjadi konsep yang lebih operasional. Secara umum dikategorikan menjadi model kesehatan terapan dan model PRECEDE-PROCEDE.

Model kesehatan ini dibagi menjadi :

- a. Tingkat Intrapersonal atau individu
- b. Tingkat Interpersonal
- c. Tingkat komunitas



Gambar 13.1 Perubahan Model Linier ke multifactorial-systemic model

C. Model promosi kesehatan

1. Tingkat Intrapersonal atau individu
 - a. Health Belief Model

Health Belief Model (HBM) dikembangkan sejak tahun 1950 oleh kelompok ahli psikologi sosial dalam pelayanan kesehatan masyarakat Amerika, terinspirasi oleh sebuah studi tentang mengapa orang mencari pemeriksaan sinar X untuk TB. Model ini menjelaskan dan memprediksi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan diberikan dari pola-pola tertentu dari keyakinan tentang perilaku kesehatan yang dianjurkan dan masalah kesehatan bahwa perilaku itu dimaksud untuk mencegah atau mengendalikan. Belief dalam bahasa Inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti belief adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu.

Health belief model adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. Health belief model ini sering digunakan untuk

memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini teori Health belief model digunakan sebagai prediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Individu mempresentasikan penindaklanjutan perilaku berdasarkan keyakinan individu yang dapat diprediksi dan menghasilkan sebuah perilaku, sehingga dapat meneliti nilai yang melekat pada hasil perilaku. Untuk mempermudah memahami gambaran Health belief model (lihat gambar 9.2)



Gambar 13.2 Health Belief Model

Ada enam dimensi dalam Health Belief Model, diantaranya :

1) Perceived Susceptibility

Perceived susceptibility merupakan persepsi atau keyakinan individu tentang kerentanannya untuk mengalami atau menderita suatu penyakit. Kerentanan setiap individu berbeda. Kerentanan individu dipengaruhi oleh riwayat penyakit (misalnya penyakit jantung), demografi, usia (misalnya alzheimer dan lain-lain). Orang-orang yang yakin bahwa mereka adalah kelompok rentan terhadap suatu penyakit mungkin lebih cenderung mengubah perilaku untuk mengubahnya dibandingkan dengan mereka yang merasa tidak rentan, memiliki motivasi yang lemah untuk mengubah perilaku tertentu. Sebagai

contoh penelitian yang dilakukan oleh (Sirait & Sarumpaet, 2013) mengenai hubungan komponen Health Belief Model dengan penggunaan kondom pada Anak Buah Kapal (ABK) di Pelabuhan Belawan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi berisiko tertular HIV dengan perilaku penggunaan kondom. Hal ini menunjukkan semakin merasa berisiko seseorang terhadap suatu penyakit maka tindakan pencegahan yang dilakukan akan semakin baik pula.

2) Perceived Severity

Perceived severity atau disebut juga persepsi keseriusan atau keparahan merupakan keyakinan individu tentang keseriusan kondisi atau penyakit tertentu dan bagaimana akhirnya kondisi atau penyakit tersebut akan mempengaruhi kehidupan individunya. Keseriusan ini merupakan dampak atau yang akan ditanggung oleh penderitanya. Resiko yang dialami tidak hanya risiko secara fisik tetapi tetap resiko yang didapat dari lingkungan sekitarnya misalnya pandangan moral, agama, norma masyarakat, keuangan dan lain-lain. Sebagai contoh hasil penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom. Semakin individu mempersepsikan bahwa penyakit yang dialami semakin memburuk, mereka akan merasakan hal tersebut sebagai ancaman dan mengambil tindakan preventif.

3) Perceived Benefits

Perceived benefits merupakan keyakinan individu terhadap khasiat suatu intervensi tertentu. Disamping manfaat kesehatan individu tersebut akan mempertimbangkan manfaat lain

dari perubahan perilakunya di kemudian hari misalnya hemat biaya, dukungan teman-teman dan keluarga, dan sebagainya. Misalnya, minum air mineral sebanyak dua liter sehari dapat mencegah resiko penyakit ginjal. Dengan meyakini manfaat dari manfaat minum air cukup, seseorang akan lebih bersemangat dalam menerapkan pola hidup tersebut. Sebagai contoh hasil penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi positif dengan perilaku penggunaan kondom. Semakin baik persepsi positif seseorang terhadap perilaku pencegahan penularan HIV, semakin besar kemungkinan dia akan melakukan tindakan tersebut.

4) Perceived Barriers

Perceived barriers atau persepsi hambatan merupakan keyakinan individu tentang hal-hal yang dapat menghambatnya untuk melakukan perilaku sehat seperti biaya, waktu, efek samping, kenyamanan dan persetujuan mereka. Misalnya, melakukan medical check up rutin perlu dilakukan agar dapat mendeteksi gejala penyakit lebih cepat. Akan tetapi, untuk melakukan hal tersebut, dibutuhkan biaya yang tidak sedikit. Persepsi kita terhadap hambatan semacam ini harus diminimalkan agar dapat melakukan perilaku hidup sehat secara maksimal. Agar lebih mudah, kita perlu menanamkan persepsi baru bahwa kita akan lebih banyak mengeluarkan biaya apabila sudah terserang penyakit parah. Contoh lain perceived barriers pada penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) adalah persepsi negatif penggunaan kondom. Hasil ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang menyatakan bahwa pelanggan PSK sangat sulit untuk memakai kondom, mereka berpendapat bahwa memakai

kondom itu tidak enak, kurang praktis dan susah ejakulasi.

5) Cues to action

Cues to action isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya.

6) Self-Efficacy

Self efficacy keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu. Seperti hasil penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) yang menemukan bahwa ABK yang memiliki kemampuan diri yang tinggi akan menggunakan kondom dengan baik (39,6%), lebih besar jika dibandingkan dengan dengan ABK yang memiliki kemampuan diri rendah (3%). Persepsi kemampuan diri mempengaruhi tindakan seseorang dalam berperilaku menggunakan kondom. Hal ini didasarkan pada keyakinannya untuk mampu melakukan perilaku pencegahan tersebut, semakin tinggi keyakinan diri untuk selalu menggunakan kondom maka perilaku penggunaan kondom akan semakin baik pula.

b. Theory of Planned Behavior

Theory of planned behavior atau teori perilaku terencana adalah teori tentang hubungan antara sikap dan perilaku. Teori ini dicetuskan oleh Icek Ajzen yang merupakan kelanjutan dari teori tindakan beralasan (Theory of Reasoned Action) yang diusulkan oleh Martin Fishbein bersama dengan Icek Ajzen pada tahun 1975 yang didasarkan pada berbagai teori sikap.

Perilaku manusia dipandu oleh tiga macam pertimbangan yaitu: personal attitude (perilaku), subjective norm (keyakinan normatif) dan perceived control (keyakinan kontrol). Perilaku yang diinginkan dibentuk oleh diri sendiri namun ada faktor-faktor di luar kendali individu yang mungkin mengganggu tujuan yang sedang dikejar (Lihat Gambar 13.3). Dalam agregat masing-masing, keyakinan perilaku menghasilkan sikap terhadap perilaku menguntungkan atau tidak menguntungkan; keyakinan normatif mengakibatkan norma subjektif dan keyakinan kontrol menimbulkan kontrol perilaku yang dirasakan.

- 1) Behavioral belief yang memengaruhi attitude toward behavior.

Behavioral belief adalah hal-hal yang diyakini individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku. Sedangkan attitude toward behavior yaitu sikap individu terhadap suatu perilaku diperoleh dari keyakinan terhadap konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku tersebut. Behavior belief akan mempengaruhi sikap terhadap perilaku (attitude toward behavior).

- 2) Normative belief yang memengaruhi subjective norms.

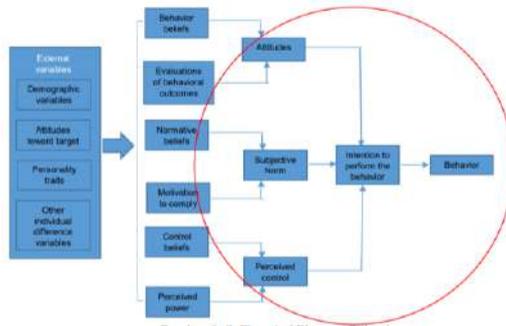
Normative belief adalah norma yang dibentuk orang-orang disekitar individu yang akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Sedangkan subjective norms didefinisikan sebagai adanya persepsi individu terhadap tekanan sosial yang ada untuk menunjukkan atau tidak suatu perilaku. Subjective norms ini identik dengan belief dari seseorang tentang reaksi atau pendapat orang lain atau kelompok lain tentang apakah individu perlu, harus, atau tidak boleh melakukan suatu perilaku, dan memotivasi individu untuk mengikuti pendapat orang lain tersebut.

- 3) Control belief yang memengaruhi perceived behavior control.

Control belief adalah pengalaman pribadi, atau orang disekitar akan mempengaruhi pengambilan keputusan individu. Control belief membentuk variabel persepsi kontrol berperilaku (perceived behavior control) yang diperoleh dari berbagai hal, pertama adalah pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain (misalnya teman atau keluarga dekat) melaksanakan perilaku itu sehingga ia memiliki keyakinan bahwa ia pun akan dapat melaksanakannya. Selain pengetahuan, ketrampilan, dan pengalaman, keyakinan individu mengenai suatu perilaku akan dapat dilaksanakan. Selain itu ditentukan juga oleh ketersediaan waktu untuk melaksanakan perilaku tersebut, tersedianya fasilitas untuk melaksanakannya, dan memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku. Perceived behavioral control adalah keyakinan bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu.

Dalam keadaan ekstrim, mungkin sama sekali tidak terdapat kemungkinan untuk mengendalikan suatu perilaku karena tidak adanya kesempatan, karena tidak adanya sumber daya atau ketrampilan. Faktor-faktor pengendali tersebut terdiri atas :

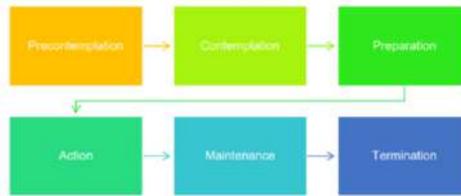
- a) Faktor-faktor internal Faktor internal antara lain keterampilan, kemampuan, informasi, emosi, stres, dan sebagainya.
- b) Faktor-faktor eksternal meliputi situasi dan faktor-faktor lingkungan.



Gambar 13.3 Theori of Planned Behavior

4) Transtheoretical model of behavior change

Perubahan perilaku Transtheoretical Theory Model (TTM) menilai kesiapan individu untuk bertindak pada perilaku sehat dan menyediakan strategi-strategi atau proses-proses perubahan untuk membimbing individu melalui tahapan perubahan dan pemeliharaan. James O. Prochaska dari Universitas Rhode Island dan rekan mengembangkan awal model transtheoretical pada tahun 1977. Hal ini didasarkan pada analisis teori yang berbeda dari psikoterapi sehingga diberi nama "Transtheoretical." TTM sudah terbukti efektif dalam perilaku diet dan manajemen berat badan. Menurut teori ini, individu yang paling mungkin untuk mengalami kesuksesan dalam mengubah perilaku bila dilakukan dalam strategi yang sesuai dengan tahap kesiapan untuk berubah. Penelitian Frenn & Malin dalam Leslie Spencer (2007) membuktikan bahwa persentase lemak dalam makanan berkurang secara bermakna pada seluruh tahapan, sementara akses terhadap keinginan untuk diet rendah lemak meningkat pada setiap tahapan. Akses terhadap olah raga juga meningkat secara bermakna pada seluruh tahapan. Dalam TTM, perubahan adalah sebuah proses yang melibatkan kemajuan melalui serangkaian tahapan berikut :



Gambar 13.4 Transtheoretical Model : Tahapan Perubahan

a) Precontemplation (Tidak siap)

Orang-orang pada tahap ini tidak berniat untuk memulai perilaku sehat dalam waktu dekat (dalam waktu 6 bulan) dan mungkin tidak menyadari kebutuhan untuk berubah.

b) Contemplation (Niat)

Pada tahap ini peserta berniat untuk memulai perilaku sehat dalam 6 bulan ke depan.

c) Preparation (Persiapan)

Orang-orang pada tahap ini siap untuk mulai mengambil tindakan dalam 30 hari ke depan. Mereka mengambil langkah-langkah kecil yang mereka percaya dapat membantu perilaku sehat menjadi bagian dari hidup mereka. Misalnya, mereka memberitahu teman dan keluarga yang ingin merubah perilaku mereka. Selama tahap ini peserta didorong untuk mencari dukungan dari teman mereka yang percaya, memberitahu orang tentang rencana mereka untuk mengubah cara bertindak dan berpikir tentang bagaimana mereka akan merasa jika mereka berperilaku dengan cara yang sehat.

d) Action (Aksi)

Orang pada tahap ini telah mengubah perilaku mereka dalam 6 bulan terakhir dan harus bekerja keras untuk maju. Para peserta perlu belajar bagaimana memperkuat komitmen mereka untuk berubah dan untuk melawan dorongan menyelinap kembali. Di sini orang diajarkan untuk

mengganti kegiatan yang berkaitan dengan perilaku tidak sehat dengan yang positif, penghargaan diri untuk mengambil langkah-langkah menuju perubahan dan menghindari orang dari situasi yang menggoda mereka untuk berperilaku dengan cara tidak sehat.

e) Maintenance (Perawatan)

Pada tahap ini orang telah mengubah perilaku mereka lebih dari 6 bulan yang lalu. Tahap ini berlangsung diperkirakan dari 6 bulan sampai 5 tahun. Hal ini penting bagi orang di tahap ini untuk menyadari situasi yang dapat menggoda mereka untuk menyelinap kembali melakukan perilaku terutama terutama yang tidak sehat atau situasi stres. Orang yang berada pada tahap ini berusaha mencari dukungan dari dan berbicara dengan orang yang berperilaku dan ingat untuk terlibat dalam kegiatan alternatif untuk mengatasi stres bukan mengandalkan perilaku tidak sehat.

f) Termination (Pemutusan)

Pada tahap ini perilaku sehat yang dilakukan orang tersebut sudah permanen. Individu memiliki godaan nol dan 100% efektivitas diri mereka yakin mereka tidak akan kembali ke kebiasaan lama mereka yang tidak sehat sebagai cara untuk mengatasi.

2. Tingkat Inter personal

Teori Kognitif Sosial (Social Cognitive Theory) merupakan penamaan baru dari Teori Belajar Sosial (Social Learning Theory) yang dikembangkan oleh Albert Bandura. SCT menganut gagasan bahwa manusia tidak hidup dalam keterasingan dan belajar dan berperilaku tidak hanya sesuai dengan proses pemikiran mereka sendiri, tetapi juga sebagai respons terhadap lingkungan yang mengelilinginya dalam lingkungan lingkungan kelompok (misalnya tempat kerja) atau masyarakat. Disamping itu, teori ini menjelaskan bahwa perilaku yang baru

dan kompleks dapat diciptakan dengan observasi terhadap model yang dihadirkan secara langsung ataupun tidak langsung serta melalui mental rehearseal. Oleh karena itu, teori ini juga disebut *observational learning theory*. Sebagai contoh, ketika seorang ibu mengajarkan anaknya bagaimana cara mengikat sepatu dengan memeragakannya berulang kali sehingga si anak bisa mengikat tali sepatunya, maka proses ini disebut proses modeling. Sebagai tambahan bagi proses peniruan interpersonal, proses modeling dapat juga terlihat pada narasumber yang ditampilkan oleh media. Misalnya orang bisa meniru bagaimana cara memasak kue bika dalam sebuah acara kuliner di televisi.

3. Tingkat Komunitas

Inisiatif melayani masyarakat dan populasi, bukan hanya individu, merupakan jantung pendekatan kesehatan masyarakat untuk mencegah dan mengendalikan penyakit. Model tingkat masyarakat mengeksplorasi fungsi sistem bagaimana sosial dan perubahan dan bagaimana memobilisasi anggota dan organisasi masyarakat. Mereka menawarkan strategi yang bekerja di berbagai pengaturan, seperti lembaga perawatan kesehatan, sekolah, tempat kerja, kelompok masyarakat, dan lembaga pemerintah. Mewujudkan perspektif ekologi, model tingkat masyarakat mengatasi masalah individu, kelompok, lembaga, dan masyarakat. Komunitas sering dipahami dalam pengertian geografis, namun bisa juga didefinisikan oleh kriteria lain. Misalnya, ada komunitas yang memiliki minat bersama (mis., Komunitas seniman) atau identitas kolektif (mis., Komunitas African American). Saat merencanakan intervensi tingkat masyarakat, sangat penting untuk mengetahui karakteristik unik masyarakat. Hal ini terutama berlaku saat menangani masalah kesehatan di masyarakat yang beragam secara etnik atau budaya. Kerangka konseptual dalam bagian ini menawarkan strategi untuk melakukan intervensi di tingkat masyarakat:

- a. Model Organisasi Masyarakat dan partisipasif (*Community Organization and Other Participatory Models*) menekankan

pendekatan berbasis masyarakat untuk menilai dan memecahkan masalah kesehatan dan sosial.

- b. Difusi Teori Inovasi (Diffusion of Innovations Theory) membahas bagaimana gagasan, produk, dan praktik sosial baru menyebar dalam organisasi, masyarakat, atau masyarakat, atau dari satu masyarakat ke masyarakat lainnya.
- c. Teori Komunikasi (Communication Theory) menjelaskan bagaimana berbagai jenis komunikasi mempengaruhi perilaku kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Department of Health and Human Services-USA. 2005. *Theory at A Glance : A Guide For Health Promotion Practice*. USA : National Institute Of Health
- https://lms-paralel.esaunggul.ac.id/pluginfile.php?file=/61992/mod_resource/content/1/3_7518_KMS112_092018_pdf.pdf
- Kemenkes, R. I. (2011). *Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan: Panduan bagi petugas kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kholid, A. 2015. *Promosi Kesehatan Dengan endekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Komasari, D & Helmi, F.A. Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja. *Jurnal Psikologi* No. 1, 37-47, 2000.
- Maulana. (2009). *Promosi Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Sirait, L. M., & Sarumpaet, S. (2013). Hubungan Komponen Health Belief Model (HBM) Dengan Penggunaan Kondom Pada Anak Buah Kapal (ABK) Di Pelabuhan Be-lawan. *Pre Cure*, 1.
- Snelling, A. M. (2014). *Introduction to health promotion*. John Wiley & Sons.

BIODATA PENULIS



Marieta Kristina Sulastiawati Bai S.SiT, M. Kes lahir di Ende, pada 29 Maret 1975. Lulusan SPK Depkes Ende tahun 1993, Program Pendidikan Bidan St. Vint. A. Paulo Surabaya tahun 1994, bekerja sebagai Bidan PPT tahun 1994 - 1997, menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan Depkes Kupang tahun 2001, DIV Bidan Pendidik di Universitas Gadjah Mada tahun 2005 dan S2 Promkes Universitas Diponegoro tahun 2011. Wanita yang kerap disapa Selvi ini, berkarir di dunia kesehatan tepatnya sebagai pengajar di Prodi D3 Keperawatan Ende, Poltekkes Kupang sejak tahun 2003. Pernah menyusun Buku Panduan Praktek MIKIM, aktif sebagai peneliti dibidang kepekeran KIA, aktif dalam kegiatan Tri Darma Perguruan Tinggi dan aktif di Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Tahun 2015-2021 sebagai Wakil Ketua II IBI Ende, sejak 31 Oktober 2021 sebagai Ketua IBI Kabupaten Ende, dan juga sebagai anggota PERINASIA dari tahun 2006 hingga saat ini.

BAB 14

Issue Prioritas Promosi Kesehatan Dalam Masyarakat

Anafirin Yugistiyowati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An

A. Pendahuluan

Kesehatan masyarakat adalah bidang yang menarik dan dinamis di mana para profesional memiliki potensi untuk membuat perbedaan yang nyata dan bertahan lama setiap hari. Melalui pekerjaan mereka, profesional kesehatan masyarakat mengatasi kesenjangan perawatan kesehatan, mempromosikan kesetaraan, dan secara umum bekerja untuk meningkatkan hasil kesehatan yang positif bagi anggota komunitas yang mereka layani.

Profesi kesehatan masyarakat akan menghadapi tantangan dan peluang yang belum pernah terjadi sebelumnya dalam beberapa dekade mendatang. Untuk membantu praktisi kesehatan masyarakat, peneliti, dan pendidik dapat mempersiapkan perubahan saat ini dan masa depan yang akan mempengaruhi kesehatan masyarakat. Penting bagi para pemimpin kesehatan masyarakat dan pembuat kebijakan untuk mempertimbangkan tren dan implikasi dalam kesehatan masyarakat dalam merencanakan dan memprioritaskan pendekatan pencegahan penyakit dan promosi kesehatan di masa depan.

Dari melacak tren penyakit hingga mengorganisir upaya mempromosikan kualitas hidup yang lebih lama dan lebih tinggi, individu yang bekerja dalam kesehatan masyarakat memiliki tujuan besar yang secara khusus berhubungan dengan masyarakat. Salah satu aspek kesehatan masyarakat yang paling menarik adalah cara masuknya yang berubah dari waktu ke waktu. Kekhawatiran di awal abad ke-20 sangat berbeda dengan kekhawatiran di abad ke-21, tetapi tujuan dari profesional kesehatan dalam belajar dan bekerja di lapangan adalah sama yaitu kesehatan yang lebih baik untuk banyak

orang dan tentunya banyak tantangan yang dihadapi petugas kesehatan masyarakat.

Hal ini membuat pengawasan kesehatan masyarakat menjadi lebih luas dan kompleks, meskipun mungkin akan lebih percaya pada kecakapan teknologi yang dapat mengurangi ancaman kesehatan, keahlian manusia tetap penting dalam diagnosis penyakit, interpretasi data, komunikasi, dan lainnya untuk memastikan bahwa kesehatan masyarakat terlindungi.

B. Tantangan Profesi Kesehatan Masyarakat

Faktor kekurangan tenaga kerja tampaknya akan terus berlanjut, baik karena tekanan anggaran maupun berkurangnya keterlibatan. Area yang berhubungan dengan pengawasan, keperawatan, pekerjaan laboratorium, kesehatan lingkungan dan sejenisnya semuanya membutuhkan lebih banyak pekerja. Karena teknologi terus berkembang dengan kecepatan yang cepat, kebutuhan pendidikan petugas kesehatan masyarakat juga berkembang. Dari tetap mengikuti tren pengawasan hingga memanfaatkan perangkat lunak baru untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasikan data, teknologi melihat peningkatan reguler dalam kebutuhan untuk melanjutkan pendidikan di seluruh sektor kesehatan masyarakat (Fertman & Allensworth, 2017).

Bukan hanya kemajuan teknologi yang membuat pendidikan berkelanjutan begitu penting bagi kesehatan masyarakat. Penelitian terus mengubah apa yang kita ketahui tentang obat-obatan, dan pejabat kesehatan masyarakat perlu mengikutinya. Selain itu, ketika undang-undang berubah, penegakan juga bergeser. Pendidikan berkelanjutan adalah tantangan yang perlu dan sulit dipenuhi baik saat ini maupun di masa depan.

Tanpa infrastruktur yang dipahami, berfungsi, dan dilaksanakan dengan baik, pejabat kesehatan masyarakat tidak dapat berharap untuk menangani kebutuhan kesehatan yang sangat besar di tingkat nasional, provinsi, kabupaten, dan lingkung lainnya yang lebih kecil. Ancaman akut dan berkelanjutan harus terus dievaluasi dan ditanggapi. Infrastruktur adalah bagaimana pekerjaan kesehatan masyarakat diselesaikan. Kebutuhan akan tenaga kerja yang berkualitas, terdidik dan cakap, perlunya sistem pengumpulan dan

analisis data terkini dan lembaga operasional yang menilai publik, maka manusia akan cenderung melakukan penelitian kebutuhan kesehatan dan memberikan solusi adalah bagian dari apa yang membuat sistem kesehatan masyarakat berjalan, dan ketiga bidang ini sedang dalam masa transisi, atau dalam bahaya kekurangan dana sehingga secara efektif dapat dihilangkan.

Kesehatan masyarakat adalah bidang kebutuhan berkelanjutan yang perjuangannya untuk memenuhi kebutuhan tersebut berbeda dari hari-hari sebelumnya. Dari tekanan pemotongan anggaran pada tenaga kerja dan infrastruktur hingga tuntutan terus-menerus bahwa teknologi menempatkan kebutuhan pendidikan, masa depan kesehatan masyarakat perlu menjadi lebih fleksibel dan hemat, terutama jika diharapkan tetap vital (Nurmala *et al.*, 2018).

C. Promosi Kesehatan Pada Berbagai Setting

Snelling (2014) menguraikan berbagai situasi atau setting terkait promosi kesehatan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Keluarga

Keluarga merupakan dasar untuk dilakukannya promosi kesehatan, dimana di dalam keluarga ini menjadi lingkungan utama dan pertama kalinya untuk memperkenalkan gaya hidup sehat kepada anggota keluarga lainnya. Terdapat beberapa kegiatan promosi kesehatan di lingkungan keluarga yang dapat dipraktikkan diantaranya promosi GERMAS seperti konsumsi buah dan sayur, menjaga kebersihan lingkungan, tidak mengkonsumsi minuman beralkohol, menggunakan jamban sehat, aktif melakukan aktivitas fisik, larangan merokok di dalam rumah, melakukan pengecekan kesehatan secara berkala, dan lain-lain.

2. Komunitas

Komunitas berfungsi sebagai tempat yang sangat baik untuk mempromosikan kesehatan. Strategi dan program yang dapat dikembangkan adalah:

- a. Pendidikan kesehatan melalui pameran dan seminar kesehatan masyarakat.
- b. Kesempatan baru untuk melakukan aktivitas fisik melalui jalan sehat dan fun run, Kawasan ruang hijau yang diperluas,

jalur sepeda, dan trotoar untuk pejalan kaki yang lebih banyak digunakan.

- c. Akses yang lebih mudah untuk mendapatkan makanan sehat yang ditanam di kebun masyarakat atau dijual di pasar oleh petani setempat.

3. Pusat Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)

Pusat pendidikan untuk anak usia dini juga dapat menawarkan kesempatan bagus dalam hal memberikan model dan kesempatan untuk melakukan berbagai kegiatan yang menyehatkan, sehingga menghasilkan kebiasaan hidup positif. Karakteristik program anak usia dini pada komponen promosi kesehatan meliputi:

- a. Validasi status kesehatan anak saat ini sebelum memasuki program PAUD termasuk riwayat kesehatan dan imunisasi yang tepat.
- b. Kepemimpinan dari anggota staf yang mengajar dan memberikan contoh perilaku kesehatan positif termasuk kebersihan dan keamanan yang tepat misalnya cuci tangan pakai sabun, gosok gigi, dan lain-lain.
- c. Kesempatan bermain dengan melakukan aktivitas fisik yang tertanam dalam pengalaman program anak usia dini.
- d. Menyajikan makanan sehat dan bergizi.
- e. Kesempatan untuk pemeriksaan kesehatan secara berkala termasuk penilaian terhadap kesehatan penglihatan dan pendengaran, pengukuran tinggi badan, berat badan, dan lainnya.
- f. Aktifitas fisik ringan seperti penyelenggaraan senam mingguan atau bulanan.

4. Sekolah

Penggunaan setting sekolah dasar, menengah, dan tinggi secara positif memengaruhi kebiasaan kesehatan dan kesuksesan masa depan yang luar biasa bagi siswa, serta guru, dan anggota masyarakat sekolah. Perkembangan awal perilaku kesehatan yang positif akan mengarahkan pada kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik sehingga memberikan keuntungan bagi pelajar dalam banyak hal termasuk kemampuan mereka untuk belajar dan

berprestasi secara akademis. Karakteristik program promosi kesehatan berbasis afektif antara lain:

- a. Dukungan dari kepala sekolah dan dewan pengurus yang berkomitmen terhadap kesehatan, pendidikan dan pembangunan masing-masing anak melalui pengembangan kebijakan kesehatan dan kesejahteraan, struktur kurikulum, dan dana program beasiswa.
 - b. Bimbingan dan dukungan dari para guru saat mengajar dan memperkuat kebiasaan kesehatan positif sepanjang hari di sekolah.
 - c. Menerapkan program pendidikan jasmani progresif yang mengajarkan keterampilan kebugaran dan istirahat yang cukup.
 - d. Menyediakan makanan sehat di kantin sekolah.
 - e. Keterlibatan aktif oleh perawat sekolah atau tim perawatan kesehatan untuk memastikan bahwa anak telah melakukan pemeriksaan yang sesuai dan telah diidentifikasi untuk ditindaklanjuti berdasarkan Riwayat kesehatan atau hasil tes fisik mereka.
 - f. Penggunaan bangunan sekolah dan waktu setelah jam sekolah selesai atau libur sekolah (malam hari dan akhir pekan) untuk mendukung program ekstrakurikuler, seperti: olah raga, rekreasi, dan sebagainya.
5. Perguruan Tinggi

Siswa yang masuk perguruan tinggi atau universitas menghadapi banyak peluang baru termasuk keputusan tentang kesehatan pribadi mereka, dan pihak perguruan tinggi menyadari tanggung jawab mereka dan kesempatan untuk membimbing siswa menuju pilihan gaya hidup yang positif. Karakteristik promosi kesehatan komprehensif berbasis kualitas di lingkungan perguruan tinggi meliputi:

- a. Komitmen dari pihak perguruan tinggi untuk mengembangkan, mendanai, melaksanakan, dan mengevaluasi program dan layanan promosi kesehatan.
- b. Adanya kerjasama dari semua aspek kehidupan kampus termasuk pusat kesehatan siswa, ruang makan, klub dan kegiatan, dan olah raga serta rekreasi dalam

mengembangkan pendekatan kolaboratif untuk memperbaiki dan mendukung kebiasaan sehat di lingkungan perguruan tinggi.

- c. Pengembangan kampus untuk mendorong aktivitas fisik melalui fasilitas rekreasi, olah raga, trotoar yang aman, jalur sepeda, dan sebagainya.

6. Tempat Kerja

Karakteristik promosi kesehatan di tempat kerja meliputi:

- a. Dukungan terus menerus dari pimpinan organisasi, termasuk identifikasi kesehatan karyawan sebagai prioritas dan adanya alokasi dana, ruang, dan sumber daya lainnya untuk menjalankan program promosi kesehatan yang efektif.
- b. Penciptaan budaya kesehatan yang mempromosikan kesehatan yang dapat meminimalkan risiko kesehatan di tempat kerja (pencegahan kecelakaan industrial, perlindungan terhadap paparan lingkungan kerja dan materi yang tidak sehat, peluang untuk istirahat, dan lain-lain).
- c. Kesempatan untuk berpartisipasi dalam program dan kegiatan yang efektif seperti olah raga, konseling gizi, penghentian merokok, manajemen stress, dan pencegahan cedera punggung bawah.
- d. Sistem penilaian kesehatan termasuk panduan kesehatan oleh pelatih kesehatan untuk memastikan program yang ditargetkan hasilnya dapat diukur untuk mengecek status kesehatan.

7. Tempat-Tempat Umum

Tempat umum adalah fasilitas yang dapat digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat, misalnya saran pariwisata, tempat ibadah, transportasi, olah raga, perdagangan, dan lain-lain. Strategi dalam penerapan promosi kesehatan di tempat-tempat umum yaitu penerapan kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan penetapan penanggung jawab atau sumber daya terhadap penerapan kebijakan tersebut. Selain itu menyediakan infrastruktur atau sarana dan prasarana yang mendukung promosi kesehatan, tidak hanya bangunan fisik seperti ruang menyusui, ruang kesehatan, fasilitas cuci tangan,

air bersih, tempat sampah, jamban sehat dan sebagainya; tetapi juga materi sosialisasi promosi kesehatan.

8. Pelayanan Kesehatan

Promosi kesehatan pada pelayanan kesehatan mengacu pada pengertian promosi kesehatan yang tercantum di dalam piagam Ottawa kemudian diperbaharui di WHO, yaitu proses pemberdayaan masyarakat yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan-determinan kesehatan agar dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Promosi kesehatan di pelayanan kesehatan akan bermanfaat untuk memberikan informasi bagi masyarakat dalam meningkatkan kualitas kesehatan baik pada tingkat individu maupun masyarakat.

Promosi kesehatan pada pelayanan kesehatan dapat dilakukan di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan rumah sakit. Promosi kesehatan di puskesmas merupakan upaya puskesmas untuk memberdayakan masyarakat dalam mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan setiap individu, keluarga, dan juga lingkungan melalui empat kegiatan yaitu penyuluhan, pemberdayaan masyarakat, pelatihan, dan advokasi. Sedangkan promosi kesehatan yang diterapkan di rumah sakit disebut promosi kesehatan rumah sakit (PRKS) yang berganti nama menjadi Health Promoting Hospital. Tujuannya untuk meningkatkan kemampuan pasien, keluarganya, dan masyarakat umum sehingga dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya. Selain itu juga dapat mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah masalah kesehatan, dan mengembangkan upaya-upaya kesehatan melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

D. Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Individu, Keluarga dan Masyarakat

Promosi kesehatan menjadi bagian penting dalam upaya untuk mendukung masyarakat melakukan perubahan perilaku melalui program-program kesehatan yang didesain untuk perbaikan perilaku secara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Hal ini sesuai visi dan misi serta tujuan dari promosi kesehatan, yaitu memampukan, menyadarkan, meningkatkan kemauan dan

kemandirian masyarakat untuk meningkatkan kesehatannya (Hulu *et al.*, 2020).

Upaya pencegahan penyakit serta mengendalikan faktor risiko dengan sasarannya individu yang sehat melalui promosi kesehatan (*health promotion*) dan adanya upaya perlindungan khusus pencegahan penyakit tertentu (*specific protection*) yang bertujuan untuk memutuskan mata rantai penularan penyakit. Pencegahan perlu dilakukan mulai dari upaya kesehatan primer (*primer prevention*), upaya pencegahan sekunder (*secondary prevention*) dan upaya pencegahan tersier (*tertiary prevention*). Pencegahan primer dilakukan oleh individu sebelum masa sakit; pencegahan sekunder dilakukan pada masa individu mulai sakit meliputi diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*) serta pembatasan kecacatan (*disability limitation*); dan pencegahan tersier yaitu usaha yang dilakukan akibat dari penyakit yang diderita seperti adanya kecacatan tidak menjadi penghambat dalam menjalankan aktifitas dan berfungsi maksimal secara fisik, mental dan sosial (Adriani *et al.*, 2020).

Keluarga menjadi bagian dari masyarakat dimana sekelompok individu ini hidup bersama dengan adanya ikatan emosional yang sama dan kuat secara psikologis. Sekelompok individu di sini yaitu dua atau lebih dari individu yang bergabung karena adanya hubungan darah, pernikahan atau karena adopsi dalam satu rumah tangga dan berinteraksi satu dengan yang lainnya. Promosi kesehatan keluarga merupakan bentuk perawatan kesehatan keluarga (*family health nursing*) yang dilakukan di masyarakat dan menjadi sasaran promosi kesehatan. Keluarga mempunyai peranan penting dalam melakukan promosi kesehatan seperti gaya hidup bersih dan sehat, stop merokok, aktifitas fisik dan olah raga, imunisasi dan lain-lain. (Adriani *et al.*, 2020).

Pelayanan kesehatan masyarakat menjadi sasaran yang terakhir dan biasanya penyelenggaraannya dalam sebuah organisasi dengan melibatkan masyarakat yang mempunyai potensi untuk berubah. Promosi kesehatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat melalui upaya promotif dan preventif yang bersifat terintegrasi, menyeluruh, berkesinambungan, berjenjang, profesional, berkualitas dengan memperhatikan kaidah ilmiah, norma, budaya, moral dan etika profesi. Dalam pelaksanaannya para pengambil keputusan menjadi sasaran

tersier untuk memberikan dukungan baik materiil dan moril (Hulu *et al.*, 2020).

E. Issue Prioritas Promosi Kesehatan Dalam Kesehatan Masyarakat

1. Populasi Lanjut Usia Membutuhkan Lebih Banyak Layanan Kesehatan Masyarakat

Menurut target kesehatan 2030, sebuah program yang dirancang untuk memandu secara inisiatif kesehatan masyarakat untuk dekade berikutnya, hampir seperempat populasi di dunia akan berusia 65 tahun atau lebih pada tahun 2060. Saat generasi *Baby Boom* terus menua hingga pensiun dan hidup lebih lama, kebutuhan mereka diharapkan sangat mempengaruhi hampir semua bidang kesehatan termasuk kesehatan masyarakat.

Orang yang lebih tua menghadapi tantangan dan risiko kesehatan tertentu karena usia lanjutnya. Kondisi ini mencakup beberapa penyakit, seperti penyakit kronis (hipertensi, diabetes, hiperlipidemia, dan osteoporosis); tingkat kanker yang lebih tinggi; tingkat serangan jantung dan stroke yang lebih tinggi; cedera yang lebih tinggi (misalnya karena jatuh); isolasi sosial; gangguan kesehatan mental; dan lain-lain.

Individu yang lebih tua juga lebih cenderung mengalami kesulitan bergerak karena berbagai masalah seperti kehilangan penglihatan, kurang keseimbangan, masalah persendian, nyeri, dan lainnya. Aspek utama kesehatan masyarakat untuk populasi yang menua adalah memastikan bahwa lingkungan ramah terhadap usia lanjut.

Selain itu, individu yang lebih tua biasanya mengembangkan perilaku yang telah tertanam selama hidup mereka, contohnya: diet, olahraga, dan pantangan penggunaan zat-zat berbahaya seperti alkohol dan tembakau. Oleh karena itu, layanan kesehatan masyarakat harus bekerja untuk mendidik orang-orang ini untuk menghentikan atau mengubah kebiasaan ini demi hasil yang lebih sehat. Individu yang lebih tua juga lebih mungkin mengalami kesulitan ini (Fertman & Allensworth, 2017).

Oleh karena itu, populasi yang menua diharapkan dapat meningkatkan tuntutan pada sistem kesehatan masyarakat. Populasi yang menua juga berdampak pada bidang kesehatan masyarakat dengan cara lain yang kurang jelas: Pensiunnya

petugas kesehatan masyarakat. Karena profesional kesehatan masyarakat yang sudah pensiun, mereka menciptakan peluang pekerjaan yang harus diisi. Pertimbangan ini dapat memacu pertumbuhan permintaan yang luar biasa terhadap kebutuhan petugas kesehatan masyarakat di semua tingkatan (kabupaten, provinsi, maupun nasional).

2. Populasi yang Lebih Beragam Memerlukan Komunikasi yang Sensitif Secara Budaya

Beberapa negara di belahan dunia telah tumbuh semakin beragam selama beberapa decade dan tren ini diperkirakan akan berlanjut di tahun-tahun mendatang. Sementara keragaman yang meningkat ini memperkaya budaya dan komunitas kita, itu juga dapat menghadirkan tantangan tertentu bagi profesional kesehatan masyarakat seperti kapasitas bahasa, pemahaman tentang berbagai norma budaya, dan memfasilitasi akses perawatan.

Hambatan bahasa dapat, dan seringkali memang ada antara populasi yang mencari layanan kesehatan masyarakat dan layanan masyarakat. Hambatan bahasa ini dapat menyebabkan individu untuk melupakan pemeriksaan rutin dan melewatkan janji temu, dan dapat secara langsung menyebabkan hasil kesehatan yang merugikan ketika instruksi atau arahan disalahkomunikasikan.

Mengingat hal ini, profesional kesehatan masyarakat diharapkan semakin membutuhkan pelatihan kepekaan budaya dan kerendahan hati yang akan memberdayakan mereka untuk berkomunikasi dengan populasi target secara lebih efisien.

3. Kemunculan dan Perkembangan *Telehealth*

Telehealth telah muncul sebagai alternatif perawatan pribadi selama beberapa tahun. Meskipun demikian, pandemi COVID-19 dengan cepat meningkatkan kepentingannya dengan cara yang tidak terduga bagi banyak orang. Saat ini, dengan berakhirnya pandemi COVID-19 menjadi kenyataan, kunjungan *telehealth* tetap jauh lebih tinggi daripada sebelum pandemi, karena orang semakin terbiasa dengan perawatan online dan kenyamanan yang ditawarkannya.

Telehealth menawarkan kesempatan luar biasa bagi para profesional kesehatan masyarakat untuk menjangkau lebih banyak

orang, dan berpotensi terbukti menjadi pengubah dalam mengatasi masalah ketidaksetaraan. Beberapa area di mana hal ini mungkin terjadi meliputi:

- a) Individu dengan tantangan mobilitas fisik, mereka dengan disabilitas fisik dan lansia, yang mobilitasnya dapat menjadi perhatian.
- b) Individu tanpa sumber transportasi yang handal, individu yang tidak memiliki kendaraan dan tidak memiliki pilihan transportasi umum yang handal.
- c) Individu dengan sistem kekebalan yang lemah, mereka yang berisiko lebih tinggi tertular penyakit menular.
- d) Individu dengan kewajiban pekerjaan atau pengasuhan anak. Orang tua dari anak kecil dan mereka dengan jadwal kerja yang sulit mungkin tidak dapat menerima perawatan rutin jika bukan karena opsi *telehealth* (Fertman & Allensworth, 2017).

Tentu saja, munculnya *telehealth* juga menimbulkan pertanyaan tentang ekuitas itu sendiri. Karena *telehealth* menjadi semakin umum, orang-orang yang tidak memiliki koneksi internet yang terjangkau dan handal dapat tertinggal.

4. Peningkatan Fokus Pada Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan adalah salah satu alat paling penting dan ampuh yang dimiliki oleh para profesional kesehatan masyarakat dalam perjuangan untuk meningkatkan kesehatan komunitas. Hal ini karena akan membantu mengintegrasikan persimpangan layanan perawatan kesehatan dan kesehatan masyarakat. Hal ini membuat lebih mudah untuk berfokus pada pencegahan bukan hanya pengobatan cedera dan penyakit.

Hal ini telah membuka sejumlah pekerjaan potensial dan jalur karir di bidang kesehatan masyarakat. Setiap tren yang diuraikan di atas kemungkinan memiliki dampak yang signifikan di bidang kesehatan masyarakat, secara langsung memengaruhi cara profesional kesehatan masyarakat dilatih serta layanan yang mereka berikan. Tren ini dapat membantu profesional kesehatan masyarakat memposisikan diri saat di lapangan, dan memungkinkan untuk mengantisipasi kebutuhan dan tuntutan yang akan ada.

DAFTAR PUSTAKA

Adriani *et al.* (2020). *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Padang: PT. Global

Eksekutif Teknologi

- Fertman, C.I & Allensworth, D.D. (2017). *Health Promotion Programs From Theory to Practice. Second Edition*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Brand
- Hulu *et al.* (2020). *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Nurmala *et al.* (2018). *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Snelling, A. (2014). *Introduction to Health Promotion. 1st edition*. United States of America: Jossey-Bass A Wiley Brand.

BIODATA PENULIS



Anafrin Yugistyowati, S. Kep., Ns., M.Kep.Sp.Kep.An., lahir di Gunungkidul, 22 Februari 1986. Penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata. *Area of Interest* penelitian dibidang *Maternal, Child Health and Nutrition* khususnya masalah perinatal, tumbuh kembang anak dan kesehatan reproduksi remaja. Kegiatan pengabdian masyarakat yang terus ditekuni yaitu upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat terkait masalah BBLR, stunting, dan tumbuh kembang anak. Jalin kerja sama dengan penulis via surel berikut ini: anafrin.yugistyowati@almaata.ac.id

Media Dalam Promosi Kesehatan

Dr. Pahrur Razi, SKM, MKM

A. Pendahuluan

Seorang tenaga kesehatan dalam melakukan edukasi kesehatan memerlukan media promosi kesehatan. Media promosi kesehatan merupakan semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik (TV, radio, komputer, dll) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatannya.

B. Media Promosi Kesehatan

1. Pengertian

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak dan elektronik, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang kemudian diharapkan menjadi perubahan pada perilaku ke arah positif di bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

2. Tujuan Penggunaan Media Promosi Kesehatan

Adapun tujuan dari penggunaan media promosi kesehatan adalah (Notoatmodjo, 2005)

- a. Mempermudah penyampaian informasi
- b. Menghindari kesalahan persepsi
- c. Memperjelas informasi yang disampaikan
- d. Mempermudah pengertian
- e. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
- f. Menampilkan objek yang dapat ditangkap dengan mata
- g. Memperlancar komunikasi, dan lain-lain.

3. Jenis Media

Media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yaitu: (Notoatmodjo, 2005)

- a. Media cetak
Media cetak suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Fungsi utama media cetak ini adalah memberi informasi dan menghibur. Adapun macam-macamnya adalah poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, lembar balik, sticker, dan pamflet.
- b. Media elektronik
Media elektronik merupakan suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Contoh dari media elektronik adalah TV, radio, film, video film, cassette, CD, dan VCD.
- c. Media luar ruangan
Media luar ruangan yaitu media yang menyampaikan pesannya diluar ruangan

4. Media Cetak

Media cetak merupakan istilah yang seringkali digunakan untuk istilah umum dari media yang berasal dari barang cetak. Pembelajaran berbasis teks mulai dikenal sejak tahun 1960-an. Seiring berjalannya waktu, media berbasis teks menjadi lebih interaktif. Berbagai cara digunakan untuk menarik perhatian pada media berbasis teks seperti bagian warna, huruf dan kotak.

Media cetak memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan yaitu kelebihan media cetak:

- a. Membutuhkan sedikit tenaga dalam pembuatannya
 - b. Biaya produksi murah
 - c. Ruang penyimpanan pesan tak terbatas
 - d. Kesan yang diperoleh pembaca lebih mendalam
- Kekurangan media cetak
- a. Modal yang tidak sedikit untuk digunakan
 - b. Kekuatan pesan memiliki resiko tidak konkret
 - c. Cakupan khalayak terbatas.

Media cetak memiliki karakteristik yaitu

- a. Bersifat lebih fleksibel, mudah dibawa kemana-mana bisa disimpan
- b. Bisa dibaca kapan saja
- c. Tidak terikat waktu
- d. Dalam penyajian iklan lebih informatif,tegap dan spesifik untuk memenuhi kebutuhan konsumen
- e. Dalam hal penyampaian kritik, media cetak lebih berbobot dan lebih efektif karena diulas lebih mendalam dan bisa menampung banyak opini.

Media cetak dapat sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan, beberapa contohnya seperti booklet, leaflet, flyer, flipchart, poster, foto dan cerita bergambar. Booklet adalah media untuk menyampaikan pesan kesehatan dalam bentuk buku baik berupa tulisan maupun gambar. Leaflet adalah media penyampaian informasi yang berbentuk selebaran yang dilipat, sedangkan flyer adalah selebaran yang tidak memiliki lipatan.

Flip chart adalah media yang berbentuk buku namun memiliki lembar balik. Poster adalah media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan yang umumnya ditempel di tembok, tempat umum atau kendaraan umum. Sedangkan foto merupakan media yang berbentuk dua dimensi (Notoatmodjo, 2005).

Media cetak sebagai alat bantu penyampaian pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut :

- a. Booklet

Booklet, ialah suatu media berbentuk buku yang digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar. Booklet juga biasa digunakan untuk mempromosikan barang atau produk jasa oleh suatu perusahaan. Kini booklet sudah banyak digunakan di Indonesia.

Booklet memiliki beberapa karakteristik, diantaranya yaitu:

- 1) Dapat dibaca dimana pun dan kapan pun
- 2) Dapat dibaca berulang-ulang
- 3) Biaya operasional relatif lebih murah

- 4) Daya jangkau populasi terbatas
- 5) Daya pengaruh kurang atau rendah

Kelebihan dari menggunakan media booklet adalah

- 1) Biaya produksi yang digunakan terjangkau
- 2) Informasi yang dicantumkan lengkap dan mudah dipahami
- 3) Desain lebih menarik sehingga dapat membuat seseorang tertarik dan tidak bosan untuk membaca
- 4) Mudah dibawa kemanapun dan dimanapun

Kekurangan dari menggunakan media booklet adalah

- 1) Membutuhkan tempat penyimpanan yang khusus
- 2) Membutuhkan keterampilan dan kreatifitas untuk membuatnya
- 3) Membutuhkan keahlian mendesain atau menggambar

b. Leaflet

Leaflet ialah media cetak berbentuk selebaran yang memiliki fungsi untuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam kalimat maupun gambar, atau kombinasi. Lembaran leaflet hanya dilipat kemudian diberi desain yang menarik dan menggunakan bahasa yang sederhana agar mudah dipahami oleh pembaca.

Leaflet umumnya digunakan sebagai media promosi, baik berupa barang, produk atau jasa. Leaflet biasanya terdiri dari tiga sampai empat lipatan dalam selebarannya. Jumlah lipatan tersebut disesuaikan dengan kebutuhan yang diinginkan. Leaflet memiliki beberapa karakteristik, diantaranya yaitu:

- 1) Dapat dibaca dimana pun dan kapan pun
- 2) Dapat dibaca berulang-ulang
- 3) Biaya operasional relative lebih murah
- 4) Daya jangkau populasi terbatas
- 5) Daya pengaruh kurang atau rendah

Kelebihan dari menggunakan media leaflet adalah

- 1) Mudah dibawa kemanapun dan dimanapun
- 2) Biaya produksi relatif terjangkau
- 3) Dapat disimpan lama

- 4) Merupakan media promosi yang memiliki desain yang menarik dan unik.

Kekurangan dari menggunakan media leaflet adalah

- 1) Membutuhkan tempat penyimpanan yang khusus
- 2) Membutuhkan keterampilan untuk membuatnya
- 3) Membutuhkan keahlian mendesain atau menggambar

c. Flyer

Flyer adalah media yang berupa selebaran, memiliki bentuk seperti leaflet, tetapi tidak berlipat. Flyer lebih umum disebut selebaran oleh masyarakat, biasanya sering ditemukan di jalan atau tempat-tempat umum untuk mempromosikan acara, pelayanan, produk atau ide.

Flyer memiliki beberapa karakteristik, diantaranya yaitu

- 1) Berukuran kecil dan tidak memiliki lipatan
- 2) Dapat dibaca dimanapun dan kapanpun
- 3) Biaya operasional relatif lebih murah
- 4) Daya jangkau populasi terbatas
- 5) Daya pengaruh kurang atau rendah.

Kelebihan dari menggunakan media flyer adalah

- 1) Mudah dibawa kemanapun dan dimanapun
- 2) Biaya produksi relatif terjangkau
- 3) Informasi singkat dan mudah dipahami

Kekurangan dari menggunakan media flyer adalah

- 1) Cakupan khalayak terbatas
- 2) Media terbuat dari bahan yang tidak tahan lama atau membutuhkan tempat penyimpanan khusus

d. Flip chart

Flip chart adalah (lembar balik), media penyimpanan pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.

Flip chart memiliki beberapa karakteristik, diantaranya yaitu:

- 1) Dapat dibaca dimana pun dan kapan pun
- 2) Dapat dibaca berulang-ulang

- 3) Biaya operasional relatif lebih murah
- 4) Daya jangkau populasi terbatas
- 5) Daya pengaruh kurang atau rendah

Kelebihan dari menggunakan media flip chart adalah

- 1) Mudah dipahami
- 2) Memiliki tata letak desain yang sederhana, dengan perbedaan antara lay out depan dan belakang
- 3) Mudah dibawa kemanapun
- 4) Biaya produksi relatif murah

Kekurangan dari menggunakan media flip chart adalah

- 1) Cakupan khalayak terbatas
- 2) Membutuhkan tempat penyimpanan yang khusus
- 3) Membutuhkan keterampilan dan kreatifitas untuk membuatnya
- 4) Membutuhkan keahlian mendesain atau menggambar

e. Poster

Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel ditembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau kendaraan umum. Poster memiliki beberapa karakteristik, diantaranya yaitu:

- 1) Dinamis dan menonjolkan kualitas
- 2) Desain sederhana dan menggunakan kata-kata yang singkat
- 3) Konten dan desain poster sederhana, sehingga tidak diperlukan pengamatan yang kuat bagi pembaca poster.

Kelebihan dari media poster adalah

- 1) Biaya produksi relatif murah
- 2) Memiliki desain yang menarik hingga mudah dipahami
- 3) Mudah ditemukan di tempat-tempat umum

Kekurangan dari media poster adalah

- 1) Cakupan khalayak terbatas
- 2) Membutuhkan tempat penyimpanan yang khusus
- 3) Membutuhkan keterampilan dan kreatifitas untuk membuatnya
- 4) Membutuhkan keahlian mendesain atau menggambar

f. Foto

Foto dapat digunakan dengan tujuan pembelajaran individu, kelompok kecil atau kelompok besar. Foto juga dapat mengungkapkan informasi kesehatan melalui dua dimensi. Foto dapat menerjemahkan konsep atau gagasan yang abstrak menjadi lebih realistik. Foto memiliki beberapa karakteristik, diantaranya yaitu:

- 1) Mudah dimanfaatkan dan praktis untuk menyampaikan pesan kesehatan
- 2) Menarik perhatian pengamat
- 3) Dapat menerjemahkan gagasan yang abstrak menjadi lebih realistik.

Kelebihan dari media foto adalah

- 1) Mudah dipahami
- 2) Mudah dibawa kemana pun
- 3) Memiliki desain visual yang menarik

Kekurangan dari media foto adalah

- 1) Cakupan khalayak terbatas
- 2) Membutuhkan keterampilan dan ketrampilan untuk membuatnya
- 3) Membutuhkan perawatan khusus untuk menyimpannya.

g. Cerita bergambar

Cerita bergambar merupakan salah satu dari sastra anak. Sastra anak adalah sastra yang ditulis untuk anak. Pada sastra anak berisi cerita mengenai kehidupan di sekeliling mereka. Ciri khas dari cerita anak yaitu adanya fantasi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kreatif pada anak tersebut. Kelebihan dari media cerita bergambar adalah:

- 1) Mudah dibawa kemanapun
- 2) Memiliki desain media yang menarik sehingga banyak diminati anak-anak
- 3) Mempengaruhi emosional anak sehingga memudahkan anak untuk menerima pesan yang disampaikan pada cerita

Kekurangan dari media cerita bergambar adalah

- 1) Biaya produksi tidak murah
- 2) Membutuhkan orang dewasa untuk anak-anak dapat memahaminya

3) Membutuhkan kreatifitas yang tinggi untuk membuatnya
Cerita bergambar memiliki beberapa karakteristik,
diantaranya yaitu:

- 1) Buku cerita bergambar memiliki seri konsep yang unik dan menarik.
- 2) Konsep yang dibuat harus mudah dipahami oleh anak-anak
- 3) Gaya penulisan sederhana.

C. Media Audio Visual (AVA)

AVA atau audio visual aids adalah media yang dapat dilihat dan didengar, yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) dan telinga pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Media visual memiliki beberapa manfaat, diantaranya

1. Memudahkan seseorang mengingat
2. Penggunaan gambar juga dapat membuat seseorang lebih fokus, karena gambar dapat memusatkan perhatian.
3. Gambar dapat mempengaruhi gairah dan emosional pembaca, selain itu juga menambah kreatifitas

Media visual yang menggabungkan penggunaan suara atau alat bantu AVA contohnya yaitu televisi, video, dan film.

1. Televisi

Televisi banyak menampilkan berbagai program, salah satunya adalah iklan layanan masyarakat. Iklan adalah salah satu strategi pemasaran yang masih sangat populer digunakan untuk mengkomunikasikan produk atau nilai. Iklan berfungsi untuk memberikan informasi agar membuat konsumen atau khalayak sadar akan nilai yang disampaikan. Kelebihan dari televisi sebagai media komunikasi adalah:

- a. Memiliki sifat audio visual
- b. Memiliki kemampuan untuk menyebarkan informasinya secara langsung
- c. Pesan yang disampaikan konkret
- d. Cepat dan tepat dalam menyampaikan informasi secara langsung

Meskipun demikian, televisi tetap memiliki kelemahan. Kelemahan televisi yaitu

- a. Komunikasi yang terjadi hanya komunikasi satu arah, sehingga penonton menjadi pasif
 - b. Informasi yang disampaikan tidak dapat diulang, kecuali menggunakan alat perekam
 - c. Membutuhkan biaya untuk memilikinya
 - d. Memiliki ruang penyimpanan pesan yang terbatas
2. Video

Video merupakan media untuk menyampaikan pesan atau informasi yang mengarah kesosialisasi program dalam bidang kesehatan, mengutamakan pendidikan dan penerangan serta komunikasi kesehatan yang bersifat persuasiv. Kadang-kadang diselipi iklan layanan masyarakat atau iklan perusahaan obat atau alat-alat laboratorium. Selain sebagai media penyampaian pesan, video merupakan segala sesuatu yang memungkinkan sinyal audio dapat dikombinasikan dengan gambar gerak. Kelebihan dari video adalah

- a. Pesan yang disampaikan dikemas secara menarik sehingga akan mudah diingat oleh penonton
- b. Tidak terbatas jarak dan waktu
- c. Dapat di ulang-ulang
- d. Format dapat disajikan dengan berbagai bentuk, seperti kaset, CD dan DVD.

Kekurangan dari video adalah

- a. Pada proses pembuatannya membutuhkan biaya yang tidak sedikit
 - b. Membutuhkan peralatan-peralatan lain, seperti vidioplayer, LCD dan lain-lain
 - d. Lebih menekankan isi materi daripada proses dari materi tersebut
 - e. Tidak dapat menampilkan objek dengan ukuran yang sebenarnya
 - f. Pengambilan gambar yang kurang tepat akan mengakibatkan salah penafsiran oleh penonton
3. Film

Film merupakan media audio visual, yang ditampilkan di publik. Film memiliki daya tarik universal dan meluas yang dikuasai oleh gambar fiksi. Kini film memiliki karakter internasional yang regulasinya ditentukan oleh publik. Pada film,

karakter ideologis sangat kuat sehingga diharapkan pesan yang ditampilkan akan dapat diterima oleh penonton. Kelebihan dari film adalah:

- a. Tidak terbatas ruang dan waktu
 - b. Dapat mempengaruhi emosional penontonnya, sehingga tanpa disadari dapat mempengaruhi pola pikir penontonnya
 - c. Pesan dikemas secara menarik dengan latar belakang
- Kekurangan dari film sebagai media komunikasi adalah
- a. Pada proses pembuatannya membutuhkan biaya yang tidak sedikit
 - b. Membutuhkan peralatan-peralatan lain, seperti vidioplayer, LCD dan lain-lain
 - c. Memiliki durasi yang panjang

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulistyoy,. 2015. Pemberian Pendidikan Kesehatan Melalui Media Leaflet Efektif Dalam Peningkatan Pengetahuan Perilaku Pencegahan Tuberkulosis Paru Di Kabupaten Ponorogo. Prosiding Seminar Nasional Pendidikan
- Daryanto. 2016. Media Pembelajaran Perannya Sangat Penting Dalam Mencapai Tujuan Pembelajaran Edisi ke 2 Revisi. Gava Media. Yogyakarta
- Darwanto. 2011. Televisi Sebagai Media Pendidikan. Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Eliyawati, C. 2005. Pemilihan dan Pengembangan Sumber Belajar Untuk Anak Usia Dini. Depublikasi. Jakarta
- Jatmika, S.E.D., Etc.al. 2019. *Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan*. Penerbit: K-Media. Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S. 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. PT Rineka Cipta. Jakarta
- Notoatmodjo,S. 2014. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. PT Rineka Cipta. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. PT Rineka Cipta. Jakarta
- Sarumpaet, Riris K., 2012, Struktur bacaan anak: Kreatif Menulis Cerita Anak, Penerbit Nuansa, Bandung
- Sudjana, N dan Rivai,A. 2009. Media Pembelajaran. Sinar Baru Algensiondo. Bandung
- Sumartono dan Astuti, Hani,. 2018. Penggunaan Poster Sebagai Media Komunikasi Kesehatan. Jurnal Komunikasi Vol.15 No.1 Hal 8-13
- Yaumi, Muhammad. 2018. Media dan Teknologi Pembelajaran. Prenadamedia Group. Jakarta
- Zualekah. 2012. Pendidikan Gizi Dengan Media Booklet Terhadap Pengetahuan Gizi. Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol.7 No.2 Hal 128-132

BIODATA PENULIS



Dr. Pahrur Razi, SKM, MKM., dilahirkan di Tanjung Pauh, 16 April 1980. Menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Kesehatan Gigi pada tahun 2002 di Poltekkes Kemenkes Jambi. Selanjutnya menyelesaikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di STIKES HI Jambi tahun 2005. Kemudian menyelesaikan Program Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Biostatistik di Universitas Indonesia Tahun 2015. Selanjutnya menyelesaikan Program Doktor Pendidikan MIPA Peminatan Pendidikan Kesehatan Masyarakat di Universitas Jambi tahun 2023. Tahun 2016 sampai sekarang aktif mengajar di Poltekkes Kemenkes Jambi.

Penerbit PT. PENA PERSADA KERTA UTAMA
Jl. Gerilya No. 292 Purwokerto Selatan Kab. Banyumas
Telepon: (0281) 7771388
Website: www.penapersada.com
Anggota IKAPI: 178/JTE/2019

