



PENDIDIKAN DAN PROMOSI KESEHATAN

Ichsan Trisutrisno • Hasnidar • Sanya Anda Lusiana
Rohani Retnauli Simanjuntak • Sunomo Hadi • Efendi Sianturi
Tasnim • Laeli Nur Hasanah • Lusyana Gloria Doloksaribu
Niken Bayu Argaheni • Icca Stella Amalia • Janner Pelanjani Simamora
Hairuddin K • Santa Maria Pangaribuan • Octariana Sofyan

UV 29 tahun 2014 tentang Hukum Cipta

Pengaruh hukum cipta pada Pidulik II

Uraian mengenai pengaruh hukum cipta terhadap hak cipta yang tidak dimiliki oleh si pembuat

Pembuktian Pidulik pada Pidulik II

Kemudian mengapa dilakukan uji Pidulik II, Pidulik III dan Pidulik IV tidak berlaku sebaliknya

- a. pengaruh hukum cipta terhadap hak cipta yang tidak dimiliki hanya untuk keperluan pengembangan informasi teknologi;
- b. Pengaruh hukum cipta terhadap hak cipta hanya untuk keperluan pengembangan, keperluan penerapan dan keperluan yang tidak dilakukan pengembangan teknologi sains dan teknologi;
- c. pengaruh hukum cipta terhadap hak cipta yang dilakukan pengembangan teknologi sains dan teknologi;
- d. pengaruh hukum cipta terhadap hak cipta yang dilakukan pengembangan teknologi sains dan teknologi.

Analisa Pengaruh Pidulik II/III

1. Setiap orang yang dengan sengaja melanggar hak cipta tanpa izin Recepito atau pengguna Hukum Cipta melakukan pelanggaran hak cipta dengan pengaruh hukum cipta dilakukan uji Pidulik II (Hukum II), hasil uji uji Pidulik II adalah Penggunaan Sosial dan teknologi dengan teknologi jaringan termasuk teknologi 3D (tiga dimensi) teknologi pertama teknologi pertama Rp.500.000.000,00 (lima ratus lima puluh lima).
2. Setiap orang yang dengan sengaja melanggar hak cipta tanpa izin Recepito atau pengguna Hukum Cipta melakukan pelanggaran hak cipta dengan pengaruh hukum cipta dilakukan uji Pidulik II (Hukum II) hasil uji uji Pidulik II adalah Penggunaan Sosial dan teknologi dengan teknologi jaringan termasuk teknologi 3D (tiga dimensi) teknologi pertama teknologi pertama Rp.1000.000.000,00 (sepuluh miliar rupiah).

Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Ichsan Trisutrisno, Hasnidar, Sanya Anda Lusiana
Rohani Retnauli Simanjuntak, Sunomo Hadi, Efendi Sianturi
Tasnim, Laeli Nur Hasanah, Lusyana Gloria Doloksaribu
Niken Bayu Argaheni, Icca Stella Amalia
Janner Pelanjani Simamora, Hairuddin K
Santa Maria Pangaribuan, Octariana Sofyan



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Ichsan Trisutrisno, Hasnidar, Sanya Anda Lusiana
Rohani Retnauli Simanjuntak, Sunomo Hadi, Efendi Sianturi
Tasnim, Laeli Nur Hasanah, Lusyana Gloria Doloksaribu
Niken Bayu Argaheni, Icca Stella Amalia
Janner Pelanjani Simamora, Hairuddin K
Santa Maria Pangaribuan, Octariana Sofyan

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis
Web: kitamenulis.id
e-mail: press@kitamenulis.id
WA: 0821-6453-7176
IKAPI: 044/SUT/2021

Ichsan Trisutrisno., dkk.

Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Yayasan Kita Menulis, 2022

xvi; 222 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-401-1

Cetakan 1, Februari 2022

- I. Pendidikan dan Promosi Kesehatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa

Izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur, penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas berkah, rahmat, dan karunia-Nya penulisan dan penerbitan buku “Pendidikan dan Promosi Kesehatan” ini dapat diwujudkan. Buku ini mencoba memberikan gambaran tentang pendidikan dan promosi kesehatan secara umum.

Buku ini berisi tentang teori dasar promosi kesehatan, pendekatan promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, prinsip perubahan perilaku, komunikasi dan advokasi promosi kesehatan, konsep pendidikan kesehatan, konsep perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, model penyuluhan kesehatan, alat bantu dan media desain produk, strategi pendidikan kesehatan, strategi promosi kesehatan, komunikasi untuk pendidikan kesehatan, promosi kesehatan dan kebijakan publik, etika promosi kesehatan, dan penerapan prinsip dalam pelaksanaan promosi kesehatan.

Buku ini tersusun atas kolaborasi dari penulis dari beberapa institusi di Indonesia, baik dari negeri maupun swasta. Penulis mengucapkan terimakasih kepada Penerbit Yayasan Kita Menulis yang telah memfasilitasi penerbitan buku ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan secara moral dan material dalam penyusunan buku ini. Semoga Allah SWT membalas budi baik Bapak/Ibu sekalian.

Penulis menyadari bahwa buku ini merupakan satu dari sekian banyak tulisan yang membahas tentang pendidikan dan promosi kesehatan. Dengan demikian, buku ini dapat digunakan sebagai pelengkap atau sebagai bahan perbandingan. Penulis juga menyadari bahwa buku ini belum sempurna dan masih terdapat kekurangan, semoga di masa yang

akan datang menjadi semakin baik. Besar harapan kami, buku ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya pada pendidikan dan promosi kesehatan.

Bone, 11 Januari 2022
Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel	xv

Bab 1 Teori Dasar Promosi Kesehatan

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Promosi Kesehatan	2
1.3 Tujuan Promosi Kesehatan.....	3
1.4 Sejarah Promosi Kesehatan	4
1.4.1 Deklarasi Alma Ata (6-12 September 1978).....	5
1.4.2 The Ottawa Charter (17-21 November 1986)	5
1.4.3 Adelaide Recommendations (5-9 April 1988)	7
1.4.4 Sundsvall Statement on Supportive Environments For Health (9-15 Juni 1991).....	10
1.4.5 Jakarta Declaration (21-25 Juli 1997)	12
1.4.6 Mexico Ministerial Statement For The Promotion Of Health: From Ideas To Action (5-9 Juni 2000).....	15
1.4.7 The Bangkok Charter (7-11 Agustus 2005)	15
1.4.8 Nairobi Conference (26-30 Oktober 2009).....	16
1.4.9 The Helsinki Statement On Health In All Policies (10-14 Juni 2013)..	16
1.4.10 Global Conference On Health Promotion Shanghai (21-24 November 2016).....	17
1.5 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	17

Bab 2 Pendekatan Promosi Kesehatan

2.1 Pendahuluan.....	21
2.2 Defenisi Promosi Kesehatan.....	22
2.2.1 Piagam Ottawa.....	22
2.2.2 Who	22
2.2.3 Mubarak	23
2.2.4 Novita Dan Franciska.....	23
2.2.5 Notoatmodjo	23
2.3 Definisi Pendekatan Promosi Kesehatan.....	24

2.4 Pendekatan Promosi Kesehatan	24
2.4.1 Pendekatan Medik	25
2.4.2 Pendekatan Perubahan Perilaku	25
2.4.3 Pendekatan Pendidikan	27
2.4.4 Pendekatan Berpusat Pada Klien.....	30
2.5.5 Perubahan Sosial.....	30

Bab 3 Pemberdayaan Masyarakat

3.1 Pendahuluan	33
3.2 Pengertian Pemberdayaan.....	34
3.3 Pemberdayaan Masyarakat	36
3.3 Metode Pemberdayaan Masyarakat	40
3.3.1 Participatory Rapid Appraisal (Pra)	40
3.3.2 Rapid Rural Appraisal (Rra)	41
3.3.3 Participatory Learning And Action (Pla)	43

Bab 4 Prinsip Perubahan Perilaku

4.1 Perilaku.....	47
4.1.1 Proses Pembentukan Perilaku.....	48
4.1.2 Domain Perilaku	50
4.2 Perubahan Perilaku.....	51
4.2.1 Teori Perubahan Perilaku.....	52
4.2.2 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku	58

Bab 5 Komunikasi Dan Advokasi Promosi Kesehatan

5.1 Pendahuluan.....	61
5.2 Unsur Unsur Komunikasi	64
5.3 Komponen Hambatan Komunikasi	65
5.4 Komunikasi Kesehatan	68
5.4.1 Ruang Lingkup Komunikasi Kesehatan.....	68
5.4.2 Pencegahan Penyakit (Preventif).....	68
5.5 Strategi Promosi Kesehatan.....	69
5.6 Pengertian Dan Prinsip Advocasi.....	73
5.7 Advocasi Dalam Promosi Kesehatan.....	75

Bab 6 Konsep Pendidikan Kesehatan

6.1 Pendahuluan.....	79
6.2 Pengertian Pendidikan Kesehatan	80
6.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	83

6.4 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pendidikan Kesehatan.....	83
6.5 Metode Dan Teknik Pendidikan Kesehatan	84
6.6 Media Pendidikan Kesehatan	86
6.7 Prinsip-Prinsip Pendidikan Kesehatan	87

Bab 7 Konsep Perilaku Yang Berkaitan Dengan Kesehatan

7.1 Batasan Perilaku Kesehatan.....	89
7.1.1 Definisi Perilaku Kesehatan.....	89
7.1.2 Ruang Lingkup Perilaku Kesehatan.....	90
7.1.3 Klasisifikasi Perilaku Kesehatan	92
7.2 Faktor Penentu Perilaku Kesehatan	93
7.3 Teori Health Belief Model	96
7.4 Prosedur Pembentukan Perilaku Kesehatan	97

Bab 8 Model Penyuluhan Kesehatan

8.1 Pendahuluan	99
8.2 Jenis Metode Penyuluhan Kesehatan.....	100
8.3 Bentuk Model Penyuluhan Kesehatan.....	106

Bab 9 Alat Bantu Dan Media Desain Produk

9.1 Pendahuluan	111
9.2 Alat Bantu	112
9.2.1 Definisi Alat Bantu.....	112
9.2.2 Jenis-Jenis Alat Bantu	113
9.2.3 Manfaat Alat Bantu Pendidikan/ Promosi Kesehatan	114
9.2.4 Perencanaan Dalam Memilih Alat Bantu	114
9.2.5 Cara Menggunakan Alat Bantu	115
9.3 Media Desain Produk	115
9.3.1 Pengertian Media	115
9.3.2 Manfaat Media.....	115
9.3.3 Jenis-Jenis Media.....	116
9.3.4 Media Grafis (Grafika).....	119
9.3.5 Gambar Fotografi	122
9.3.6 Media Proyeksi	125
9.3.7 Media Audio	126

Bab 10 Strategi Pendidikan Kesehatan

10.1 Pendahuluan.....	127
10.2 Strategi Pendidikan Kesehatan	130
10.2.1 Pendidikan Kesehatan Di Daerah Bermasalah Kesehatan	131
10.2.2 Bina Suasana.....	133
10.2.3 Advokasi	135

Bab 11 Strategi Promosi Kesehatan

11.1 Pendahuluan.....	141
11.2 Strategi Menurut Who.....	142
11.2.1 Advokasi (Advocacy).....	142
11.2.2 Dukungan Sosial (Social Support)	143
11.2.3 Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)	143
11.3 Strategi Promosi Kesehatan Menurut Piagam Ottawa	145
11.3.1 Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Health Public Policy).....	146
11.3.2 Lingkungan Yang Mendukung (Supportive Environment)	146
11.3.3 Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service)....	146
11.3.4 Keterampilan Individu (Personel Skill)	147
11.3.5 Gerakan Masyarakat (Community Action)	147
11.4 Deklarasi Shanghai 2016	148
11.4.1 Kesehatan Dan Kesejahteraan Sangat Penting Untuk Mencapai Pembangunan Berkelanjutan	148
11.4.2 Mempromosikan Kesehatan Melalui Aksi Pada Semua Sdgs...	148
11.4.3 Politik Yang Berani Untuk Kesehatan.....	149
11.4.4 Tata Kelola Yang Baik Sangat Penting Untuk Kesehatan	149
11.4.5 Literasi Kesehatan Memberdayakan Dan Mendorong Pemerataan..	149
11.5 Penerapan Strategi Promosi Kesehatan	150
11.5.1 Kasus Perencanaan Strategi Promosi Kesehatan	150
11.5.2 Contoh Strategi Promkes Pada Masa Pandemic	151

Bab 12 Komunikasi Untuk Pendidikan Kesehatan

12.1 Pendahuluan.....	155
12.2 Definisi Komunikasi	156
12.2.1 Komponen Komunikasi	157
12.2.2 Bentuk Komunikasi.....	158
12.3 Komunikasi Kesehatan	159
12.3.1 Ruang Lingkup Komunikasi Kesehatan	160
12.4 Pendidikan Kesehatan.....	161
12.5 Peran Penting Komunikasi Untuk Pendidikan Kesehatan	163

Bab 13 Promosi Kesehatan Dan Kebijakan Publik

13.1 Pendahuluan.....	167
13.2 Promosi Kesehatan.....	169
13.3 Kebijakan Publik	171
13.4 Akselerasi Promosi Kesehatan Dengan Kebijakan Publik.....	172

Bab 14 Etika Promosi Kesehatan

14.1 Pendahuluan.....	177
14.2 Menetapkan Sasaran	182
14.3 Sasaran Tersier.....	183
14.3.1 Menetapkan Pesan Pokok	183
14.4 Menetapkan Metode Dan Saluran Komunikasi.....	184
14.5 Menetapkan Saluran Operasional	185
14.6 Menetapkan Monev (Monitoring Evaluasi)	186
14.7 Prinsip-Prinsip Etika Promosi Kesehatan.....	186

Bab 15 Prinsip Dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan

15.1 Pendahuluan.....	189
15.2 Promosi Kesehatan.....	190
15.2.1 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan.....	191
15.3 Prinsip Pelaksanaan Promosi Kesehatan	194
15.3.1 Adanya Sasaran Yang Tepat.....	194
15.3.2 Keaktifan Masyarakat	197
15.3.3 Pemberdayaan Masyarakat	197

Daftar Pustaka	201
Biodata Penulis	215

Daftar Gambar

Gambar 4.1 Kebutuhan Dasar Manusia yang Mempengaruhi Pembentukan Perilaku Menurut Maslow	49
Gambar 4.2: Teori Stimulus Organisme Respon (SOR)	52
Gambar 4.3: Teori Dissonace oleh Festinger.....	53
Gambar 4.4: Teori Perubahan Perilaku Kurt Lewin	54
Gambar 4.5: Teori Anteseden, Behaviour, Consequence (ABC)	55
Gambar 4.6: Theory of Reasoned Action (TRA).....	56
Gambar 4.7: Theory of Panned Behavior	57
Gambar 4.8: Health Belief Model	58
Gambar 7.1: Faktor Perilaku Kesehatan	96
Gambar 8.1: Bimbingan dan konseling	106
Gambar 8.2: Wawancara.....	106
Gambar 8.3: Ceramah	107
Gambar 8.4: Diskusi kelompok	107
Gambar 8.5: Curah pendapat	107
Gambar 8.6: Bola salju.....	108
Gambar 8.7: Panel	108
Gambar 8.8: Bermain peran.....	108
Gambar 8.9: Demonstrasi	109
Gambar 8.10: Permainan.....	109
Gambar 8.11: Seminar.....	109
Gambar 8.12: Talkshow	110
Gambar 10.1: Health Public Policy	128
Gambar 10.2: Konsep Dasar Promosi Kesehatan	129
Gambar 10.3: Praktik Promosi Kesehatan diadaptasi dari Goodstadt, 1997130	
Gambar 10.4: Ilustrasi Pemberdayaan Masyarakat.....	133
Gambar 10.5: Contoh Advokasi Kesehatan PHBS.....	135
Gambar 11.1: Perencanaan Program Promosi Kesehatan	142
Gambar 15.1: Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Pelayanan Kesehatan ..	192
Gambar 15.2: Contoh Skema Penerapan Ruang Lingkup Promosi Kesehatan ..	193

Daftar Tabel

Gambar 4.1 Kebutuhan Dasar Manusia yang Mempengaruhi Pembentukan Perilaku Menurut Maslow	49
Gambar 4.2: Teori Stimulus Organisme Respon (SOR)	52
Gambar 4.3: Teori Dissonace oleh Festinger.....	53
Gambar 4.4: Teori Perubahan Perilaku Kurt Lewin	54
Gambar 4.5: Teori Anteseden, Behaviour, Consequence (ABC)	55
Gambar 4.6: Theory of Reasoned Action (TRA).....	56
Gambar 4.7: Theory of Panned Behavior	57
Gambar 4.8: Health Belief Model	58
Gambar 7.1: Faktor Perilaku Kesehatan	96
Gambar 8.1: Bimbingan dan konseling	106
Gambar 8.2: Wawancara.....	106
Gambar 8.3: Ceramah	107
Gambar 8.4: Diskusi kelompok	107
Gambar 8.5: Curah pendapat	107
Gambar 8.6: Bola salju.....	108
Gambar 8.7: Panel	108
Gambar 8.8: Bermain peran.....	108
Gambar 8.9: Demonstrasi	109
Gambar 8.10: Permainan.....	109
Gambar 8.11: Seminar.....	109
Gambar 8.12: Talkshow	110
Gambar 10.1: Health Public Policy	128
Gambar 10.2: Konsep Dasar Promosi Kesehatan	129
Gambar 10.3: Praktik Promosi Kesehatan diadaptasi dari Goodstadt, 1997130	
Gambar 10.4: Ilustrasi Pemberdayaan Masyarakat.....	133
Gambar 10.5: Contoh Advokasi Kesehatan PHBS.....	135
Gambar 11.1: Perencanaan Program Promosi Kesehatan	142
Gambar 15.1: Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Pelayanan Kesehatan ..	192
Gambar 15.2: Contoh Skema Penerapan Ruang Lingkup Promosi Kesehatan ..	193

Bab 1

Teori Dasar Promosi Kesehatan

1.1 Pendahuluan

Promosi kesehatan yang ada pada saat ini merupakan bentuk perkembangan dari pendidikan kesehatan yang telah digunakan berpuluhan-puluhan tahun yang lalu. Secara umum pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya untuk memengaruhi masyarakat agar dapat berperilaku hidup sehat, sehingga terlihat bahwa target dari pendidikan kesehatan yaitu perilaku. Untuk merubah perilaku di masyarakat maka perlakuan yang diberikan tidak hanya sekedar memberikan pengetahuan, pemahaman dan informasi tentang kesehatan, namun diperlukan faktor lain yang berupa fasilitas atau sarana dan prasarana untuk mendukung terjadinya perilaku tersebut (enabling factors), serta dorongan dari luar yang memperkuat terjadinya perubahan perilaku ini atau disebut juga reinforcing factors (Green, 1980). Oleh sebab itu, penggunaan terminologi promosi kesehatan dianggap lebih tepat dibanding dengan pendidikan kesehatan.

Promosi kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan untuk memberikan informasi kesehatan kepada masyarakat agar dapat menerapkan pola hidup yang sehat. Pada prinsipnya promosi kesehatan menekankan pada suatu pendekatan untuk meningkatkan kemauan (willingness) dan kemampuan (ability) masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, sehingga promosi kesehatan tidak hanya sekedar menyampaikan pesan atau informasi

kesehatan agar masyarakat mengetahui dan berperilaku hidup sehat, tetapi juga bagaimana mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Pada aktivitas promosi kesehatan terdapat petugas promosi kesehatan yang ditempatkan disetiap instansi kesehatan. Petugas tersebut merupakan elemen penting dari kampanye gerakan kesehatan karena merupakan sosok yang berinteraksi langsung dengan masyarakat dan mengetahui kondisi di lapangan.

Program promosi kesehatan memiliki peran penting dalam menyaring informasi langsung dari tingkat masyarakat. Kegiatan promosi yang berlangsung di masyarakat dapat dijadikan media yang efektif untuk mengumpulkan data dan informasi yang kemudian dapat diolah, dianalisis dan digunakan sebagai informasi penunjang untuk merancang perencanaan dan pelaksanaan berbagai macam program promosi kesehatan selanjutnya.

1.2 Definisi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan pengembangan dari istilah pendidikan kesehatan, penyuluhan kesehatan, KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). Promosi kesehatan adalah cabang ilmu kesehatan yang tidak hanya sekedar memberikan pengetahuan kepada masyarakat, akan tetapi di dalamnya terdapat usaha untuk merubah perilaku masyarakat (Widyawati, 2020). Promosi kesehatan pada dasarnya mengombinasikan upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas (Green and Kreuter, 2005). Sedangkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merumuskan promosi kesehatan sebagai upaya untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan menginformasikan, memengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan memiliki gagasan yang menggabungkan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik berwawasan kesehatan, karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mampu mengontrol determinan kesehatan.

1.3 Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Tujuan dari penerapan promosi kesehatan pada dasarnya merupakan visi promosi kesehatan itu sendiri, yaitu menciptakan/membuat masyarakat yang (Widyawati, 2020):

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

Adapun tujuan promosi kesehatan dapat dilihat dari beberapa hal, yaitu (Indrayani and Syafar, 2020):

1. Tujuan Promosi Kesehatan menurut WHO
 - a. Tujuan Umum
 - b. Mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang Kesehatan
 - c. Tujuan Khusus
 - Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.
 - Menolong individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
 - Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
2. Tujuan Operasional
 - a. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien dan efektif.

- b. Agar klien/masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
- c. Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit.
- d. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang normal

Sedangkan menurut Green, tujuan promosi kesehatan terdiri dari tiga tingkatan, yaitu (Indrayani and Syafar, 2020):

1. Tujuan program

Tujuan program merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.

2. Tujuan pendidikan

Tujuan pendidikan merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.

3. Tujuan perilaku

Tujuan perilaku merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu, tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.

1.4 Sejarah Promosi Kesehatan

Perkembangan promosi kesehatan tidak terlepas dari perkembangan sejarah kesehatan masyarakat di dunia. Adanya perubahan tentang pandangan konsep promosi kesehatan tersebut dipengaruhi oleh tuntutan dan kebutuhan zaman. Berikut perkembangan promosi kesehatan dalam kurung waktu tertentu.

1.4.1 Deklarasi Alma Ata (6-12 September 1978)

Deklarasi Alma Ata adalah bentuk kesepakatan di antara 140 negara termasuk Indonesia pada konferensi internasional “Primary Health Care” di Kota Alma Ata, Kazakhstan (Rachmawati, 2019). Konferensi ini didukung oleh World Health Organization (WHO) dan organisasi PBB untuk Anak (UNICEF) dengan isi pokok deklarasi yaitu bahwa pelayanan kesehatan primer merupakan strategi utama untuk pencapaian kesehatan untuk semua (health for all), sebagai bentuk perwujudan hak asasi manusia (WHO, 2009).

Konsep Deklarasi Alma Ata menyebutkan bahwa pemerintah, pekerja kesehatan dan komunitas di dunia berperan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan untuk semua orang.

Selain itu, deklarasi ini juga menekankan bahwa (Rachmawati, 2019):

1. Kerja sama secara global dan perdamaian sangatlah penting
2. Kebutuhan lokal dan masyarakat harus mendorong kegiatan promosi kesehatan
3. Ekonomi dan sosial dibutuhkan untuk membentuk kesehatan
4. Pencegahan harus dijadikan bagian dari pelayanan kesehatan
5. Kebutuhan pemerataan status kesehatan dan
6. Berbagai sektor dan pelaku harus dilibatkan dalam upaya peningkatan kesehatan.

Deklarasi Alma Ata mengajukan banyak ide yang kemudian muncul di Piagam Ottawa.

1.4.2 The Ottawa Charter (17-21 November 1986)

Konferensi Internasional promosi kesehatan pertama kali dilaksanakan di Ottawa, Canada yang diselenggarakan oleh World Health Organization (WHO). Konferensi ini tidak terlepas dari Deklarasi Alma Ata tahun 1978 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar atau Primary Health Care” (Rachmawati, 2019). Konferensi Promosi Kesehatan yang pertama ini mengambil tema “Menuju Kesehatan Masyarakat Baru” (The Move Towards a New Public Health) yang diikuti sekitar kurang lebih 100 negara, baik yang berasal dari negara-negara maju maupun negara berkembang. Kesepakatan yang dicapai dalam konferensi ini merupakan dasar pembaharuan Promosi Kesehatan yang dituangkan dalam Piagam Ottawa (Ottawa Charter) (WHO, 2009).

Piagam Ottawa mendokumentasikan tanggung jawab lembaga non pemerintah dan pemerintah dalam menciptakan lingkungan yang mendukung dan kebijakan publik kesehatan. Piagam tersebut merumuskan upaya promosi kesehatan mencakup 5 butir, yaitu (Widyawati, 2020):

1. Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Health Public Policy)

Strategi ini ditujukan kepada para penentu kebijakan, agar dapat mengeluarkan kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan kesehatan.

2. Lingkungan yang Mendukung (Supportive Environment).

Strategi ini ditujukan kepada para pengelola tempat umum, termasuk pemerintahan kota, agar dapat menyediakan fasilitas yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat, seperti tersedianya tempat sampah, tempat buang air besar/kecil, tersedianya air bersih, dan lain-lain

3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service).

Para penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta harus melibatkan dan memberdayakan masyarakat agar mereka tidak hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan, tetapi juga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat

4. Keterampilan Individu (Personnel Skill).

Langkah awal dari peningkatan keterampilan dalam memelihara kesehatan adalah memberikan pemahaman kepada anggota masyarakat tentang cara-cara memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan, meningkatkan kesehatan, dan sebagainya. Metode dan teknik pemberian pemahaman ini lebih bersifat individual dari pada massa

5. Gerakan Masyarakat (Community Action)

Untuk mendukung perwujudan masyarakat yang mau memelihara dan meningkatkan kesehatannya, maka di dalam masyarakat harus ada gerakan atau kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan. Tanpa adanya kegiatan masyarakat di bidang kesehatan, maka perilaku kesehatan yang baik di masyarakat tidak akan optimal

Kelima strategi tersebut bertujuan untuk menyeimbangkan penerapan promosi kesehatan sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mengurangi angka kesakitan (Tiraihati, 2017)

1.4.3 Adelaide Recommendations (5-9 April 1988)

Konferensi Internasional promosi kesehatan kedua dilaksanakan di Adelaide, Australia Selatan dengan tema membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan “Building Health Public Policy” yang diikuti sekitar 220 peserta dari 42 negara . Konferensi ini masih mengadopsi Deklarasi Alma Ata yang merupakan tonggak utama dalam gerakan kesehatan untuk semua (health for all).

Hasil konferensi promosi kesehatan di Adelaide ini dituangkan dalam Rekomendasi Adelaide (Adelaide Recommendation) yaitu sebagai berikut (WHO, 2009):

1. Lingkungan dan perilaku kondusif bagi kesehatan

Konferensi kedua ini menghasilkan seperangkat strategi guna mendukung terciptanya masyarakat yang hidup dalam lingkungan yang sehat dan berperilaku sehat. Strategi tersebut meliputi:

- a. Kebijakan publik berwawasan kesehatan.
- b. Mendorong terwujudnya revitalisasi nilai-nilai asasi kesehatan.
- c. Pemerataan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.
- d. Akuntabilitas dalam program kesehatan.
- e. Meningkatkan program melampaui “pelayanan”.
- f. Kemitraan.

2. Mengembangkan Kebijakan Publik Berwawasan Kesehatan

Kebijakan publik berwawasan kesehatan merupakan seperangkat kebijakan, peraturan maupun regulasi yang menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan. Adanya kebijakan publik ini akan mendorong segera terwujudnya lingkungan fisik, maupun lingkungan sosial budaya yang mendukung, yang memungkinkan setiap insan hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat.

Kebijakan publik yang berwawasan kesehatan diharapkan mampu mendorong setiap sektor utamanya pada pemerintah untuk senantiasa

mengedepankan pentingnya kesehatan dalam setiap formulasi kebijakannya.

3. Revitalisasi Nilai Asasi Kesehatan

Kesehatan merupakan kondisi sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang produktif secara ekonomis. Pentingnya revitalisasi nilai asasi kesehatan menunjukkan bahwa kesehatan itu menjadi dasar untuk diakuinya derajat kemanusiaan.

Sebagai faktor yang berperan penting dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas, maka determinan kesehatan terdiri dari:

1. Aspek sosial budaya dan lingkungan
2. Kondisi kehidupan dan pekerjaan.
3. Jejaring sosial dan komunitas.
4. Gaya hidup perorangan
5. Umur, jenis kelamin dan faktor keturunan.

Perkembangan ilmu kesehatan di dunia diiringi dengan semakin kompleksnya masalah kesehatan. Menurut WHO, problematika kesehatan dapat di atasi melalui:

1. Penguatan kapasitas masyarakat.
2. Penguatan keterampilan individu.
3. Perluasan akses (masyarakat) terhadap fasilitas dan pelayanan.
4. Mendorong tumbuhnya kebijakan berwawasan kesehatan

Konferensi Internasional kedua ini mengidentifikasi empat bidang utama sebagai prioritas kebijakan publik kesehatan yaitu:

1. Dukungan Terhadap Program Kesehatan Perempuan

Perempuan adalah promoter kesehatan utama di dunia, khususnya dalam mewujudkan derajat kesehatan keluarga yang setinggi-tingginya, namun banyak di antara mereka mengalami berbagai diskriminasi, termasuk diantaranya upah yang rendah pada perempuan yang bekerja. Konferensi juga mengusulkan agar semua negara mengembangkan kebijakan dan program yang berwawasan kesehatan di mana perempuan menjadi fokusnya.

Untuk itu perlu ada:

- a. Keadilan memperoleh kesempatan ekonomi, atau mendapatkan pekerjaan.
 - b. Hak melahirkan kebutuhan dan preferensinya.
 - c. Kesempatan menjalankan fungsi mengasuh anak-anaknya.
 - d. Kebebasan menentukan pelayanan kesehatan.
2. Pangan dan Gizi
- Pangan dan gizi adalah tujuan fundamental kebijakan publik berwawasan kesehatan. Kebijakan ini harus menjamin bahwa pertanian, ekonomi dan lingkungan yang mempunyai dampak pada kesehatan harus menjadi prioritas pemerintah. Kebijakan pangan dan gizi yang diperlukan adalah yang menjamin terintegrasiya faktor produksi dan distribusi makanan oleh swasta dan publik, sehingga dicapai harga yang adil dan terjangkau.
3. Tembakau dan Alkohol
- Penggunaan tembakau (rokok) dan penyalahgunaan alkohol adalah dua bahaya kesehatan yang patut mendapat tindakan segera melalui pengembangan kebijakan publik yang sehat.
- Konsumsi tembakau tidak hanya merugikan perokok aktif, namun juga merugikan lingkungan sekitarnya (perokok pasif). Alkohol berkontribusi sangat besar pada kriminalitas, trauma fisik dan mental, termasuk juga memberikan sumbangan terhadap terjadinya perselisihan sosial.
4. Menciptakan Lingkungan yang Mendukung

Lingkungan adalah determinan utama status kesehatan. Untuk melaksanakan pengelolaan lingkungan hidup setidaknya terdapat prinsip dasar yang harus diperhatikan, yaitu dapat melindungi kesehatan manusia dari efek samping faktor biologi, kimia dan fisik, serta harus mengakui bahwa manusia adalah bagian dari ekosistem yang kompleks. Selain itu, dalam mengelola lingkungan, komitmen semua tingkat dan lini pemerintahan sangat diperlukan.

Agar kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dapat tercapai, maka diperlukan beberapa syarat, yaitu perdamaian, makanan bergizi, air bersih, pendidikan, perumahan, peran sosial yang jelas, pendapatan, serta dukungan ekosistem

1.4.4 Sundsvall Statement on Supportive Environments For Health (9-15 Juni 1991)

Konferensi Internasional ketiga dilaksanakan di Sundsvall, Swedia yang dihadiri oleh 318 peserta dari 81 negara dengan tema Menciptakan Lingkungan yang Mendukung Kesehatan (Supportive Environment for Health). Tema ini merupakan strategi yang kedua promosi kesehatan dan telah dirumuskan dalam piagam ottawa (ottawa charter).

Konferensi di Sundsvall merupakan penjabaran dari pengembangan lingkungan yang mendukung kesehatan. Hasil konferensi promosi kesehatan yang ketiga ini dirumuskan dalam pernyataan sundsvall (sundsvall statement) (Rachmawati, 2019).

Konferensi ini dimaksudkan untuk memfokuskan diri pada hal yang bersifat kegiatan “action”, sehingga peserta yang ikut dalam konferensi ini membawa dan menyajikan pengalaman mereka tentang upaya-upaya yang sudah berhasil dijalankan berkenaan dengan “lingkungan yang mendukung kesehatan”. Ada tujuh isu pokok tentang lingkungan yang mendukung ini dan didiskusikan melalui lokakarya antara lain pendidikan, makanan dan gizi, rumah, lingkungan rumah tangga, pekerjaan dan tempat kerja, transportasi, dan dukungan sosial.

Selain itu, konferensi ini juga mengupas empat dimensi dalam lingkungan yang mendukung kesehatan, yaitu (WHO, 2009):

1. Dimensi sosial budaya

Dimensi sosial mencakup nilai dan norma, adat kebiasaan serta proses-proses sosial di masyarakat yang memengaruhi kesehatan. Pada masyarakat tradisional berbagai praktik sosial budaya dapat mengancam kesehatan. Di sisi lain, terdapat juga budaya masyarakat yang berdampak positif terhadap kesehatan, misalnya kebiasaan bergotong-royong masyarakat.

2. Dimensi politik

Sejalan dengan tumbuh kembangnya demokrasi, terjadi pergeseran perspektif hubungan antara pemerintah dan rakyatnya dari suatu keadaan kewenangan mutlak pemerintah atas rakyatnya (the state society) menjadi partisipasi rakyat dalam mengelola negara (civil society). Untuk itu pemerintah harus menjamin peran serta masyarakat dalam mengambil keputusan, menumbuhkan tanggung jawabnya sekaligus mendesentralisasikan sumber daya yang diperlukan dalam pembangunan.

3. Dimensi ekonomi

Ekonomi adalah determinan utama kesehatan, untuk menjamin tercapainya kesehatan untuk semua dan pembangunan berkelanjutan diperlukan peningkatan dan redistribusi ekonomi, termasuk di dalamnya penggunaan teknologi yang aman dan terpercaya.

4. Dimensi gender

Sejalan dengan terjadinya perkembangan peradaban, berbagai pihak perlu melihat secara lebih berimbang tentang persoalan gender. Berbagai peran dalam pembangunan seharusnya terbebaskan dari diskriminasi gender. Perempuan mempunyai kemampuan yang tidak kalah dari laki-laki.

Untuk mewujudkan lingkungan yang mendukung kesehatan, konferensi sundsvall merumuskan pelaksanaan promosi kesehatan yang berdasarkan dua prinsip utama, yakni ekuitas (pemerataan) dan keseimbangan ekologis dan sustainabilitas.

Konferensi sundsvall mengidentifikasi empat strategi utama di tingkat masyarakat dalam mempromosikan terciptanya lingkungan yang mendukung kesehatan, yaitu (WHO, 2009):

1. Advokasi

Advokasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh dukungan politis dalam kebijakan dan implementasi program.

2. Pendidikan dan pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat harus melibatkan beberapa komponen yaitu pemberdayaan personal, pengembangan kelompok kecil, pengorganisasian masyarakat, kemitraan dan aksi sosial dan politik.

3. Kemitraan

Sejalan dengan adanya kesadaran dalam mengatasi berbagai persoalan, kemiskinan, hak asasi manusia, hingga kesehatan, maka diperlukannya kerja sama di berbagai jenjang dari tingkat lokal hingga internasional.

4. Mediasi

Promosi kesehatan juga mempunyai misi menjembatani antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra (social support) dengan pemerintah dan lembaga non pemerintah, dunia industri dan media, sehingga terjadi aksi terkoordinasi untuk kesehatan.

Promosi kesehatan adalah kegiatan yang besar, luas, sekaligus berat. Promosi kesehatan dilaksanakan dengan berpedoman pada 6 faktor:

1. Masalah
2. Nilai-nilai
3. Teori
4. Fakta
5. Strategi
6. Aksi

1.4.5 Jakarta Declaration (21-25 Juli 1997)

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang ke empat dilaksanakan di Jakarta dan dengan tema Pemeran Baru pada Era Baru atau "New Player for a New Era". Konferensi ini dihadiri oleh 250 orang peserta yang berasal dari negara-negara berkembang maupun negara - negara maju.

Hasil konferensi ini menghasilkan kesepakatan Deklarasi Jakarta yang merumuskan bahwa (Susilowati, 2016):

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

Deklarasi juga merumuskan prioritas-prioritas promosi kesehatan di abad 21 yaitu (WHO, 2009):

1. Meningkatkan tanggung jawab dalam kesehatan
Secara spesifik tanggung jawab sosial dalam kesehatan yang perlu direalisasikan oleh setiap pemangku kepentingan atau “stakeholder” kesehatan, termasuk sektor industri dan perdagangan adalah sebagai berikut:
 - a. Menghindari hal – hal yang dapat merugikan kesehatan orang lain (masyarakat).
 - b. Melindungi lingkungan dan menjamin terus dimanfaatkannya sumber daya.
 - c. Membatasi produksi dan perdagangan barang – barang yang berbahaya seperti tembakau dan senjata, termasuk juga membatasi praktik pemasarannya yang tidak sehat.
 - d. Menjaga keselamatan masyarakat, baik ditempat umum maupun di tempat kerja.
 - e. Memasukkan dampak kesehatan sebagai bagian integral dari kebijakan pembangunan.
2. Meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan
Program kesehatan adalah merupakan investasi untuk pengembangan sumber daya manusia. Oleh sebab itu kualitas sumber daya manusia sangat ditentukan oleh kesehatan, di samping pendidikan dan

ekonomi. Selain daripada itu investasi pembangunan kesehatan juga dapat diartikan memprioritaskan program-program kesehatan untuk kelompok-kelompok strategis. Kelompok-kelompok yang memperoleh prioritas dan yang sebagai upaya meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan adalah wanita dan anak-anak.

3. Meningkatkan Kemitraan untuk Kesehatan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, peningkatan gizi masyarakat, pengadaan air bersih dan sebagainya memerlukan kemitraan dengan sektor di luar kesehatan baik pemerintah maupun swasta. Kemitraan dengan semua sektor perlu dibangun, dikembangkan, dan ditingkatkan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

4. Meningkatkan kemampuan perorangan dalam memberdayakan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dimaksudkan agar masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Untuk mewujudkan kemampuan tersebut, maka promosi kesehatan harus dilaksanakan oleh dan dengan masyarakat, bukannya “untuk” dan “kepada” masyarakat. Di samping itu, untuk meningkatkan kemampuan masyarakat diperlukan juga pendidikan praktis, latihan keterampilan, dan akses ke sumber daya. Sedangkan untuk memberdayakan perorangan memerlukan akses yang lebih konsisten dan terpercaya dalam proses pembuatan keputusan.

5. Mengembangkan Infrastruktur untuk Promosi Kesehatan

Untuk mengembangkan infrastruktur promosi kesehatan harus dicari mekanisme pembiayaan baru baik lokal, nasional, regional maupun internasional. Incentif dan rangsangan serta upaya-upaya advokasi yang lain harus diciptakan untuk memperoleh dukungan pemerintah, swasta, lembaga swadaya masyarakat, institusi pendidikan dan sektor lain dalam program-program promosi kesehatan.

Berbagai tatanan kesehatan merupakan dasar kelembagaan untuk mengembangkan infrastruktur yang diperlukan dalam promosi

kesehatan. Pelatihan dan praktik kepemimpinan lokal pada setiap tatanan harus didorong untuk menunjang kegiatan promosi kesehatan.

1.4.6 Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action (5-9 Juni 2000)

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang ke lima diselenggarakan di Kota Meksiko (Mexico City) dengan tema Menjembatani kesenjangan pemerataan atau “Bridging the equity gap” yang dihadiri sekitar 100 negara, baik dari negara maju maupun negara berkembang.

Konferensi ini menghasilkan kerangka kerja rencana aksi (plan of action) program promosi kesehatan tingkat nasional yaitu menjembatani kesenjangan dalam kesetaraan merupakan tantangan terbesar bagi promosi kesehatan. Untuk mencapai kesehatan bagi semua, harus fokus pada upaya peningkatan kondisi yang kondusif pada kelompok-kelompok marginal di tiap lapisan masyarakat, baik di negara-negara berkembang maupun di negara maju (WHO, 2009).

1.4.7 The Bangkok Charter (7-11 Agustus 2005)

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang ke enam dilaksanakan di Bangkok, Thailand dengan tema Promosi Kesehatan dalam Dunia yang Mengglobal atau “Health Promotion in a Globalized World” dan diikuti oleh sekitar 90 negara baik negara berkembang maupun negara maju. Adapun tujuan dari konferensi ini yaitu menekankan bahwa kemitraan sebagai strategi vital untuk meningkatkan kesehatan, kesetaraan, dan keadilan di tengah arus pembangunan nasional dan global Konferensi ini memperbarui Piagam Ottawa (Ottawa Charter) agar promosi kesehatan menjadi agenda pembangunan global dan tanggung jawab bagi semua pemerintah.

Piagam Bangkok mengidentifikasi tindakan, komitmen, dan janji yang diperlukan untuk mengatasi determinan kesehatan di dunia global melalui promosi kesehatan. Piagam Bangkok menghasilkan empat komitmen utama, yaitu (Pakpahan et al., 2021):

1. Jadikan promosi kesehatan sebagai pusat agenda pembangunan global

2. Jadikan promosi kesehatan sebagai tanggung jawab inti bagi semua pemerintah
3. Jadikan promosi kesehatan sebagai fokus utama komunitas dan masyarakat sipil
4. Jadikan promosi kesehatan sebagai persyaratan untuk praktik korporasi yang baik

1.4.8 Nairobi Conference (26-30 Oktober 2009)

Konferensi Global Nairobi tentang Promosi Kesehatan diselenggarakan di Kenya dengan tema “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap dan diikuti oleh 100 negara baik negara maju maupun negara berkembang (Pakpahan et al., 2021).

Dalam konferensi Nairobi, dihasilkan strategi dan aksi yang dikelompokkan menjadi lima subtema, yaitu (Petersen and Kwan, 2010):

1. Pemberdayaan masyarakat
2. Literasi kesehatan dan perilaku kesehatan
3. Memperkuat sistem kesehatan
4. Kemitraan dan aksi lintas sektor
5. Membangun kapasitas untuk promosi kesehatan

1.4.9 The Helsinki Statement on Health in All Policies (10-14 Juni 2013)

Konferensi Global Promosi Kesehatan kedelapan diadakan di Helsinki, Finlandia. Pertemuan ini dibangun atas ide deklarasi Alma Ata tentang “Primary Health Care” (1978) dan Ottawa Charter for Health Promotion (1986). Konferensi bertemakan membangun warisan kita, mencari untuk masa depan “Health in all Policies (HiAP)” sebagai upaya pembangunan kesehatan di seluruh level nasional dengan menetapkan kebijakan kesehatan dan diimplementasikan pada level lokal sebagai wujud desentralisasi (WHO, 2014).

Konferensi ini merupakan aksi lintas sektoral dan kebijakan publik yang sehat sebagai elemen sentral untuk promosi kesehatan, pencapaian kesetaraan kesehatan, dan realisasi kesehatan sebagai hak asasi manusia. Selanjutnya

WHO sebagai badan konferensi promosi kesehatan global menetapkan prinsip dasar untuk tindakan promosi kesehatan (Tang et al., 2014)

1.4.10 Global Conference on Health Promotion Shanghai (21-24 November 2016)

Konferensi Promosi Kesehatan Internasional dilaksanakan di Shanghai International Convention Center. Lebih dari 1260 peserta dari 131 negara, termasuk 81 menteri dan 123 walikota datang ke Shanghai untuk memetakan jalur baru promosi kesehatan di era SDGs.

Hasil konferensi Global kesembilan tentang promosi kesehatan di Shanghai menegaskan bahwa promosi kesehatan sangat penting dilakukan untuk menanggapi tantangan dalam pembangunan berkelanjutan.

Dalam konferensi ini dihasilkan tiga pilar tematik antara lain(WHO, 2016):

1. Good Governance

Memperkuat tata kelola dan kebijakan dengan memperhatikan aspek kesehatan yang dapat diakses atau dijangkau oleh semua orang dan menciptakan sistem berkelanjutan dalam menciptakan kolaborasi di masyarakat

2. Healthy Cities

Menciptakan kota yang lebih hijau yang memungkinkan orang untuk hidup, bekerja dan bermain secara harmonis dan sehat

3. Health Literacy

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sosial untuk membantu orang membuat pilihan dan keputusan yang paling sehat bagi keluarga dan diri mereka sendiri

1.5 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan dapat ditelaah dari beberapa dimensi, yaitu dimensi sasaran, dimensi metode dan teknik , dimensi tingkat pelayanan, serta dimensi tempat pelaksanaan (Notoatmodjo et al., 2008)

1. Dimensi sasaran

Promosi kesehatan dapat dilaksanakan terhadap individu, terhadap kelompok dan komunitas.

2. Dimensi metode dan teknik

Promosi kesehatan dapat dilakukan dengan metode promosi kesehatan individual, metode promosi kesehatan terhadap kelompok, dan metode promosi kesehatan massal atau komunitas.

3. Dimensi tingkat pelayanan

Sebagaimana yang dikemukakan Leavell dan Clark, promosi kesehatan diarahkan untuk meningkatkan (mempromosikan) kesehatan, meningkatkan upaya perlindungan khusus (specific protection), mendorong agar penderita sakit segera mencari pertolongan sehingga segera memperoleh diagnosis dini dan pengobatan segera yang adekuat, mengurangi kecacatan dan ketidakmampuan penderita, serta mendorong upaya-upaya untuk merehabilitasi dan memulihkan penderita.

4. Dimensi tempat pelayanan

Promosi kesehatan dilaksanakan di komunitas dengan sasaran komunitas umum maupun komunitas spesifik berdasarkan segmentasi (segmented community), promosi kesehatan di tempat pelayanan kesehatan dengan sasaran pengguna pelayanan, keluarga atau kerabatnya, promosi kesehatan di tempat kerja, dan promosi kesehatan di sekolah.

Sesungguhnya, ruang lingkup sasaran promosi kesehatan dapat diketahui dari keempat determinan kesehatan dan kesejahteraan seperti yang terdapat dalam model klasik dari Bloom (Forcefield Paradigm of Health and Wellbeing), yaitu (Indrayani and Syafar, 2020):

1. Lingkungan

2. Perilaku

3. Pelayanan kesehatan, dan

4. Faktor genetik (atau diperluas menjadi faktor kependudukan).

Berdasarkan beberapa faktor di atas terdapat keterkaitan antara satu faktor dengan faktor yang lain yaitu perilaku memengaruhi lingkungan dan lingkungan memengaruhi perilaku. Faktor pelayanan kesehatan akan berperan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat bila pelayanan yang disediakan digunakan oleh masyarakat. Faktor genetik yang tidak menguntungkan akan berkurang risikonya bila seseorang berada dalam lingkungan yang sehat dan berperilaku sehat. Dengan demikian, perilaku memainkan peran yang penting bagi kesehatan. Oleh karena itu, ruang lingkup utama sasaran promosi kesehatan adalah perilaku dan akar-akarnya serta lingkungan, khususnya lingkungan yang berpengaruh terhadap perilaku.

Green mengkategorikan akar-akar perilaku ke dalam 3 kelompok faktor, yaitu faktor-faktor (Susilowati, 2016):

1. Predisposisi (predisposing)

Prasyarat terjadinya perilaku secara sukarela antara lain: pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan tradisi

2. Pemungkin (enabling)

Faktor yang memungkinkan faktor predisposisi yang sudah kondusif menjelma menjadi perilaku atau tindakan antara lain: prasarana, sarana, dan ketersediaan sumber daya manusia.

3. Penguat (reinforcing)

Faktor yang memperkuat perilaku atau mengurangi hambatan psikologis dalam berperilaku yang diinginkan, seperti sikap petugas kesehatan, sikap tokoh masyarakat, dukungan suami, dukungan keluarga, tokoh adat, dan lain-lain

Contoh: seorang ibu mau membawa anaknya ke posyandu untuk dilakukan penimbangan agar mengetahui pertumbuhannya. Jika Ibu tersebut tanpa dibekali pengetahuan, mungkin ibu tersebut tidak akan membawa anaknya ke posyandu. Kedua, faktor pemungkin (enabling factor), yaitu faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan, antara lain: prasarana, sarana, ketersediaan sumber daya manusia. Ketiga, faktor penguat (reinforcing factor), yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku, antara lain: sikap petugas kesehatan, sikap tokoh masyarakat, dukungan suami, dukungan keluarga, tokoh adat, dan sebagainya.

Bab 2

Pendekatan Promosi Kesehatan

2.1 Pendahuluan

Promosi Kesehatan adalah upaya atau proses pemberdayaan masyarakat agar masyarakat dapat memiliki perilaku memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya (Bambang, 2011). Istilah promosi kesehatan baru diadopsi oleh Indonesia sejak tahun 2000, meskipun pada tingkat dunia sudah digunakan sejak tahun 1980-an. Semula upaya membentuk perilaku kesehatan dikenal dengan pendidikan kesehatan, pada akhirnya promosi kesehatan. Tidak ada perubahan substansif antara penyuluhan, pendidikan, dengan promosi kesehatan. Promosi kesehatan memberikan penekanan kepada upaya advokasi, yang didukung oleh upaya publik. Namun pendidikan kesehatan dan penyuluhan kesehatan, sifatnya lebih luas. Pendidikan kesehatan lebih menekankan kepada pendekatan edukatif untuk perubahan perilaku kesehatan, maka promosi kesehatan lebih bersifat pro-aktif dan paripurna, karena tidak saja mencegah namun juga meningkatkan kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan juga menggunakan strategi ABG (Advokasi, Bina suasana dan Gerakan atau pemberdayaan masyarakat. Dalam promosi kesehatan, peran partnership atau kemitraan lebih ditekankan, terutama dengan pelaku-pelaku kesehatan di wilayah masing-masing (Achmadi, 2013).

Promosi kesehatan tidak hanya terfokus pada kesehatan saja, melainkan juga gaya hidup untuk lebih sehat (Keleher Helen, Colin MacDougall, 2007). Di sisi

lain Nutbeam dalam Kaher et al (2007) menyampaikan bahwa promosi kesehatan adalah proses sosial dan politis yang menyeluruh, yang tidak hanya menekankan pada kekuatan keterampilan dan kemampuan individu, tetapi juga perubahan sosial, lingkungan, dan kondisi ekonomi yang memengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Jadi, promosi kesehatan adalah proses untuk memungkinkan individu mengontrol faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan dan mengembangkan kesehatan individu dan masyarakat. Dengan demikian, kompetensi ideal dari seorang ahli advokasi adalah seseorang yang mengetahui seluk beluk masalah teknis seperti kesehatan lingkungan, gizi, maupun masalah-masalah kesehatan reproduksi sekaligus mengetahui metode dan teknologi advokasi. (Achmadi, 2013)

2.2 Defenisi Promosi Kesehatan

2.2.1 Piagam Ottawa

Promosi Kesehatan didefinisikan sebagai proses yang memungkinkan orang meningkatkan kendali atas, dan memperbaiki, kesehatan mereka. Untuk mencapai keadaan fisik, mental dan sosial yang lengkap kesejahteraan, individu, atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan dan mengubah atau mengatasi lingkungan. Oleh karena itu, kesehatan dipandang sebagai sumber daya untuk kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup (Hulu, 2020).

2.2.2 WHO

Promosi Kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri (Self empowerment). Proses pemberdayaan tersebut dilakukan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat serta sesuai dengan sosial budaya setempat. Promosi kesehatan tidak hanya meningkatkan "kesadaran" dan "kemauan " seperti yang dikonotasikan dalam pendidikan kesehatan. Demi mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik dari fisik, mental maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Lingkungan disini mencakup lingkungan fisik,

sosial budaya dan ekonomi, termasuk kebijakan, dan peraturan perundang-undangan. (Maulana, 2009a)

2.2.3 Mubarak

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan meliputi lingkungan fisik-nonfisik, sosial budaya, ekonomi, dan politik. Promosi kesehatan adalah perpaduan dari berbagai macam dukungan baik pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan (Mubarak, 2007).

2.2.4 Novita dan Franciska

Promosi kesehatan adalah proses peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan yang disertai dengan upaya memfasilitasi perubahan perilaku dan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa perbaikan dan perubahan dalam individu, masyarakat dan lingkungan (Novita, 2011).

2.2.5 Notoatmodjo

Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Undang-Undang Kesehatan RI No. 36 tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah "Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi". Promosi kesehatan sebagai bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: "Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya" (Notoatmodjo, 2007).

2.3 Definisi Pendekatan Promosi Kesehatan

Pendekatan medical yaitu pendekatan dengan pencegahan terhadap penyakit. Keberhasilannya dapat dilihat pada program imunisasi dan vaksinasi. Tujuan dari pendekatan ini adalah kebebasan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik, seperti penyakit infeksi, kanker, dan penyakit jantung. Adapun tujuan akhir ini untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dini. Pendekatan ini melibatkan kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin dengan metode persuasif maupun paternalistik. Sebagai contoh, memberitahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan klinik keluarga berencana dan pria umur pertengahan untuk dilakukan screening tekanan darah. Pendekatan ini memberikan arti penting dari tindakan pencegahan medik dan tanggung jawab profesi kedokteran untuk membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan (Nawas Syarif, 2021)

2.4 Pendekatan Promosi Kesehatan

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 bahwa nilai kita sebagai seorang promotor kesehatan dan kebutuhan klien disisi lain harus berada dalam suatu kesamaan persepsi agar tujuan dan kegiatan yang dilakukan dapat berfungsi optimal.

Beberapa model promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan adalah alat analisis yang berguna, yang dapat membantu memperjelas tujuan dan nilai-nilai yang melekat pada masing-masing pendekatan tersebut. Pendekatan itu meliputi pendekatan medik, perubahan perilaku, pendidikan, pendekatan berpusat pada klien dan perubahan sosial (Maulana, 2009b).

2.4.1 Pendekatan Medik

Tujuan pendekatan medik adalah membebaskan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik, seperti penyakit infeksi, kanker, dan penyakit jantung. Pendekatan ini melibatkan intervensi kedokteran untuk mencegah dan meringankan kesakitan, mungkin dengan menggunakan metode Persuasif dan paternalistic (misal, memberitahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan KB, dan pria umur pertengahan untuk melakukan screening tekanan darah). Pendekatan ini memberikan arti penting terhadap tindakan pencegahan medik, dan merupakan tanggung jawab profesi kedokteran membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan (Maulana, 2009a).

2.4.2 Pendekatan Perubahan Perilaku

Perilaku manusia merupakan aspek yang sangat penting dalam memengaruhi status kesehatan individu, selain lingkungan, generik dan pelayanan kesehatan. Beberapa ahli telah mendefinisikan tentang perilaku manusia itu sendiri. Salah satunya yaitu bahwa perilaku merupakan manifestasi individu dari interaksi dengan lingkungannya, di mana bentuk dari interaksi individu dengan lingkungannya yang merupakan hasil dari interaksi antara pengetahuan, sikap dan tindakannya. Selain itu, bahwa perilaku manusia tersebut juga merupakan tindakan yang bisa dilihat serta mempunyai tujuan, waktu dan kekhususan berkaitan dengan frekuensinya (Hasnidar et al, 2020).

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Oleh sebab itu, perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, berasksi, berpakaian, dan sebagainya. Bahkan kegiatan internal (internal activity) seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia. Untuk kepentingan kerangka analisis dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan ini merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia (Nawas Syarif, 2021).

Perilaku dibentuk oleh 3 faktor antara lain:

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 lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya sarana dan prasarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, 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.

Pendekatan perubahan perilaku yaitu dengan mendorong seseorang untuk menjalankan perilaku-perilaku kesehatan dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Tujuan dari pendekatan ini adalah mengubah sikap dan perilaku individu masyarakat, sehingga mereka mengambil gaya hidup sehat. Contohnya antara lain mengajarkan orang bagaimana menghentikan merokok, pendidikan tentang minum alkohol “wajar, mendorong orang untuk melakukan latihan olahraga, memelihara gigi, makan makanan yang baik dan seterusnya. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini akan merasa yakin bahwa gaya hidup “sehat” merupakan hal paling baik bagi kliennya dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka untuk mendorong sebanyak mungkin orang untuk mengadopsi gaya hidup sehat yang menguntungkan. Ada beberapa hal yang memengaruhi perilaku seseorang, sebagian terletak di dalam individu sendiri yang disebut faktor intern dan sebagian terletak di luar dirinya yang disebut faktor ekstern, yaitu faktor lingkungan. Tindakan nyata ditentukan tidak hanya oleh sikap, akan tetapi oleh berbagai faktor eksternal lainnya. Sikap tidaklah sama dengan perilaku, dan perilaku tidaklah selalu mencerminkan sikap seseorang, sebab seringkali terjadi bahwa seseorang memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya (Sarwono, 1993). Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Informasi merupakan hal yang utama

dalam promosi kesehatan, karena semua promosi kesehatan berupa informasi. Informasi merupakan salah satu sumber utama dari knowledge (pengetahuan) yang menjadi salah satu strategi dalam perubahan perilaku pada point fasilitas (penyediaan sarana dan prasarana). Dalam strategi merubah perilaku melalui point persuasi, informasi dapat diperoleh melalui diskusi yang menjadi salah satu media promosi kesehatan dalam strategi point paksaan juga berhubungan dengan promosi kesehatan lewat informasi, karena melalui promosi kesehatan tersebut masyarakat/seseorang dapat mengetahui ancaman berupa penyakit yang ditimbulkan jika tidak melaksanakan perilaku hidup sehat. Strategi perubahan perilaku pada point edukasi, informasi merupakan satu hal pada edukasi. Jadi promosi kesehatan memberikan informasi tentang perilaku hidup sehat yang mampu menjadi strategi dalam merubah perilaku (Maulana, 2009a)

Orang-orang yang menggunakan pendekatan ini akan merasa yakin bahwa gaya hidup sehat merupakan hal yang paling baik bagi klien, dan akan melihat sebagai tanggung jawab mereka untuk mendorong sebanyak mungkin orang guna mengadopsi gaya hidup sehat yang mereka anjurkan. Contoh penggunaan pendekatan perubahan perilaku antara lain, mengajari orang bagaimana menghentikan merokok, pendidikan tentang minum alkohol, mendorong orang melakukan kegiatan olahraga, memelihara kesehatan gigi, dan mengonsumsi makanan yang baik (Maulana, 2009a)

2.4.3 Pendekatan Pendidikan

Pendekatan educational yaitu dengan memfasilitasi individu untuk proses pembelajaran dan memberikan fasilitas penunjang. Pendekatan edukatif adalah serangkaian kegiatan untuk membantu masyarakat: mengenali dan menemukan masalah mereka sendiri, dan kemudian atas dasar rumusan masalah kesehatan yang telah mereka sepakati dikembangkanlah rencana penanggulangannya. (Maulana, 2009a)

Tujuan dari pendekatan ini adalah memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perihal kesehatan dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Informasi tentang kesehatan disajikan dan orang dibantu untuk menggali nilai dan sikap, dan membuat keputusan mereka sendiri. Bantuan dalam melaksanakan keputusan-keputusan itu dan mengadopsi praktik kesehatan baru dapat pula ditawarkan, program pendidikan kesehatan sekolah, misalnya menekankan membantu murid mempelajari keterampilan hidup sehat, tidak hanya memperoleh pengetahuannya. orang-orang yang mendukung pendekatan ini akan memberi

arti tinggi bagi proses pendidikan, akan menghargai hal individu untuk memilih perilaku mereka sendiri, dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka mengangkat bersama persoalan-persoalan kesehatan yang mereka anggap menjadi hal yang paling baik bagi klien mereka (Nawas Syarif, 2021).

Pendekatan pendidikan lebih dikenal sebagai pendidikan kesehatan yang bertujuan 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. Bantuan dalam melaksanakan keputusan itu dan mengadopsi praktik kesehatan baru dapat pula ditawarkan. Program pendidikan kesehatan, sekolah, misalnya menekankan upaya membantu murid mempelajari keterampilan hidup sehat, tidak hanya memperoleh pengetahuan saja. Orang-orang yang mendukung pendekatan ini akan memberi arti tinggi proses pendidikan, menghargai hak individu untuk memilih perilaku mereka sendiri, dan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka mengangkat bersama persoalan-persoalan kesehatan yang mereka anggap menjadi hal yang paling baik bagi klien mereka (Nawas Syarif, 2021).

Selain itu, tujuan utama pendekatan edukatif adalah untuk mengembangkan kemampuan masyarakat sehingga masyarakat yang bersangkutan dapat memecahkan masalah yang dihadapi atas dasar swadaya sebatas kemampuan mereka. Untuk mencapai tujuan tersebut, strategi dasar yang ditempuh adalah mengembangkan provider dan masyarakat. Yang dimaksud dengan provider adalah para petugas yang peduli terhadap kesehatan, utamanya petugas kesehaan yang terlibat langsung dengan masalah kesehatan masyarakat. Pengembangan provider ini bertujuan agar mereka mempunyai persamaan pandangan atau sikap positif terhadap kesehatan dan pendekatan edukatif. Secara lebih rinci pengembangan provider ini diharapkan akan menciptakan suatu kerja sama lintas sektor yang terkoordinir.

Dalam rangka mewujudkan kerjasama antar provider, dilakukan langkah-langkah (Nawas Syarif, 2021):

1. Pendekatan terhadap para pejabat penentu kebijakan:

Para pejabat lintas sektor baik tingkat pusat, daerah dan lokal, terutama pejabat pemerintahan (gubernur, bupati, camat, dsb) adalah merupakan kunci kerja sama. Oleh sebab itu dalam menggalang kerja sama dalam rangka pendekatan edukatif ini, harus dilakukan pendekatan terhadap

mereka ini. Tujuan pendekatan kepada para pejabat ini adalah untuk memperoleh dukungan politis. Dalam perkembangan selanjutnya pendekatan semacam ini disebut "advocacy".

2. Pendekatan terhadap para pelaksanaan dari berbagai sektor dan tingkat:

Pendekatan ini bertujuan agar para pelaksanaan di lapangan dari berbagai sektor memperoleh pemahaman yang sama terhadap program atau pendekatan yang akan dilakukan. Pendekatan ini dapat dilakukan baik secara horizontal (antar sektor pada tingkat sektor yang sama), maupun secara vertikal, antara sektor yang sama ditingkat administrasi yang berbeda (di atas atau di bawahnya).

3. Pengumpulan data oleh provider tingkat kecamatan

Data adalah fakta empiris dari lapangan atau masyarakat, dan merupakan bukti bahwa masalah memang ada di masyarakat secara riil (faktual). Dari data inilah masalah ada, dan dari masalah inilah program atau kegiatan akan dimulai, karena program merupakan upaya pemecahan masalah. Oleh sebab itu, para petugas atau provider harus mengumpulkan sendiri data dan memahaminya sendiri. Manfaat data bagi provider di samping untuk mengenal masalah yang ada di masyarakat, juga merupakan pembanding (data awal) yang dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil kegiatan. Jenis data yang diperlukan antara lain: (Nawas Syarif, 2021)

- a. Data umum, yakni data tentang kondisi geografi wilayah, demografi, pemuka masyarakat, media komunikasi yang ada, sejenisnya, dan sebagainya
- b. Data khusus, yakni data dari masing-masing sektor, antara lain: data pertanian, pendidikan, kesehatan (jamban keluarga, sumber air bersih, saluran air limbah, tempat pembuangan sampah, status gizi anak balita, dan sebagainya.
- c. Data perilaku, khususnya perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, misalnya: kebiasaan buang air besar, kebiasaan mandi, kebiasaan makan, perilaku pencegahan penyakit, dan sebagainya.

2.4.4 Pendekatan Berpusat pada Klien

Proses pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses yang bertitik tolak untuk memandirikan masyarakat agar dapat meningkatkan taraf hidupnya sendiri dengan menggunakan dan mengakses sumber daya setempat sebaik mungkin. Proses tersebut menempatkan masyarakat sebagai pihak utama atau pusat pengembangan (people or community centered development).

Tujuan dari 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 dengan kepentingan dan nilai mereka. Peran promotor kesehatan adalah bertindak sebagai fasilitator, membantu orang mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan serta keterampilan yang mereka butuhkan agar memungkinkan terjadi perubahan. Pemberdayaan diri sendiri klien dilihat sebagai sentral dari tujuan ini. Klien dihargai sama yang mempunyai pengetahuan, keterampilan dan kemampuan berkontribusi dan siapa yang mempunyai hak absolut untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri (Nawas Syarif, 2021).

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. Pemberdayaan diri sendiri klien menjadi sentral tujuan ini. Klien dihargai sebagai individu yang mempunyai pengetahuan, keterampilan, kemampuan berkontribusi, dan memiliki hak absolut untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri (Maulana, 2009b).

2.5.5 Perubahan Sosial

Ruang lingkup perubahan sosial Menurut William F. Ogburn 1992 dalam (Maulana, 2009b) meliputi pengaruh besar unsur-unsur kebudayaan material terhadap unsur-unsur immaterial. 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 prinsipnya mengubah masyarakat, bukan perilaku setiap individu. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka mengubah masyarakat, memiliki komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik di berbagai tingkat dan pada pentingnya pembentukan lingkungan yang sehat daripada pembentukan kehidupan sehari-hari individu yang tinggal ditempat itu (Maulana, 2009b)

Bab 3

Pemberdayaan Masyarakat

3.1 Pendahuluan

Pemberdayaan atau pemberkuasaan (empowerment), berasal dari kata power yang berarti kekuasaan atau keberdayaan. Konsep pemberdayaan masyarakat adalah pemindahan kekuasaan melalui penguatan modal kelompok sosial agar kelompok produktif mencapai kesejahteraan sosial. Modal sosial yang kuat akan menambah rasa kepercayaan dalam anggota kelompok di masyarakat (Husaini and Marlinae, 2016). Pemberdayaan dapat dipahami dengan mengetahui konsep kekuasaan dan ketiadaan kekuasaan. Ada dua cara untuk mengkonseptualisasikan kekuasaan. Pertama, kekuasaan dapat disebut sebagai kemampuan untuk melakukan tindakan. Kedua, kekuasaan adalah sesuatu yang dapat dimiliki oleh individu atau kelompok. Jika satu tingkat individu, organisasi, dan komunitas menerima kekuasaan, tidak berarti bahwa yang lain akan kehilangannya. Kekuatan ini disebut sebagai 'kekuatan di dalam' dan 'kekuatan dengan'. 'Kekuatan dalam' mengacu pada kekuatan dalam diri seseorang untuk mengembangkan kemandirian dengan tidak bergantung pada orang lain dan harga diri. 'Kekuatan dengan' menjelaskan bahwa tindakan atau hal lain dapat dicapai jika dilakukan secara kolektif dan tidak individual. Secara tidak langsung hal ini menjelaskan bahwa kekuasaan tidak selamanya dimiliki oleh individu atau kelompok manapun, melainkan milik masyarakat secara keseluruhan (Fauziah et al., 2017).

Hal ini juga mencerminkan bahwa kekuasaan tidak serta merta memberikan dampak negatif karena juga dapat memberikan momentum positif pada individu karena dapat menghasilkan tindakan yang baik dan bermanfaat bagi dirinya dan lingkungannya. Kekuasaan memungkinkan seseorang untuk menggunakan sumber-sumber yang tersedia seperti keterampilan, pengetahuan, uang dan tindakan kolektif untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam konteks pembangunan masyarakat, mengimplementasikan kemampuan melalui partisipasi aktif di antara anggota masyarakat secara tidak langsung dapat meningkatkan daya dalam masyarakat untuk mencapai kesejahteraan dan cara hidup yang lebih baik (Fauziah et al., 2017).

3.2 Pengertian Pemberdayaan

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) (Soebiato and Mardikanto, 2017). Pemberdayaan dapat didefinisikan sebagai proses pembelajaran di mana individu mendapatkan kendali atas faktor dan keputusan yang membentuk kehidupan, dengan meningkatkan aset dan membangun kapasitas untuk mendapatkan kendali. Dengan mendapatkan kontrol ini, individu benar-benar dapat mengambil keputusan sendiri dan menahan kendali atas situasinya. Kemampuan individu untuk memilih dan melakukan kontrol tergantung pada elemen yang saling terkait yaitu sumber daya, instansi, dan prestasi (Petesque, Cipriani and Arriaza, 2020).

Pemberdayaan umumnya dipandang sebagai proses yang dimulai dengan tindakan individu dan kemudian pengembangan kecil kelompok, organisasi masyarakat, kemitraan, dan akhirnya tindakan sosial dan politik (Jackson, Mitchell and Wright, 1989). Pemberdayaan tidak dilakukan selamanya tetapi sampai masyarakat sasaran dapat mandiri dan juga ketika ditinggalkan sudah dapat mandiri dan berdaya untuk tetap menjalankan program yang telah dilaksanakan.

Proses pembelajaran akan berlangsung secara bertahap, yaitu (Sulistyani, 2004):

1. Tahapan penyadaran dan perilaku menuju terbentuknya perilaku sadar dan peduli sehingga merasa membutuhkan peningkatan kapasitas bagi dirinya;
2. Tahapan transformasi kemampuan wawasan pengetahuan;
3. Tahapan meningkatkan pengetahuan intelektual

Prinsip-prinsip dasar pemberdayaan telah dikemukakan oleh sebagai berikut (Fahrudin and Artyasa, 2011):

1. Pemberdayaan merupakan usaha kolaborasi bersama antara pekerja sosial dan mitra;
2. Klien harus mampu memengaruhi perubahan karena merupakan agen penyebab;
3. Pengalaman hidup dapat memberikan kompetensi yang mendukung;
4. Hasil yang kompleks dari faktor-faktor yang memengaruhi dapat menjadikan solusi dalam mengatasi pemecahan suatu masalah;
5. Informasi jaringan sosial merupakan sumber dukungan yang penting untuk membangun kompetensi serta pengendalian diri;
6. Masyarakat harus berpartisipasi untuk memberdayakan diri sendiri dalam mencapai tujuan, pemahaman dan hasil untuk mengekspresikan diri;
7. Masalah utama dalam pemberdayaan adalah tingkat kesadaran dan pengetahuan mengenai kegiatan melakukan perubahan;
8. Pemberdayaan merupakan upaya memperoleh sumberdaya sedangkan kemampuan adalah bagaimana menggunakan sumberdaya tersebut secara efektif;
9. Proses pemberdayaan adalah proses yang dinamis, dapat berubah dan berkembang karena setiap permasalahan akan mempunyai penyelesaian tersendiri;
10. Struktur pengembangan pribadi, sosial maupun ekonomi dapat mencapai pemberdayaan;

Pemberdayaan tidak hanya dilihat dari satu sudut pandang saja, tetapi dilihat dari berbagai sudut pandang yang berbeda dan cara penyelesaiannya juga berbeda.

Pemberdayaan merupakan tanggung jawab bersama tidak hanya pada yang mengelola program tetapi semua lapisan masyarakat yang menikmati pembangunan tersebut. Secara umum strategi dan teknik pemberdayaan dilihat dari tiga bentuk yaitu intervensi mikro (biasanya ditujukan kepada individu serta keluarga), intervensi mezzo (untuk kelompok-kelompok kecil) dan intervensi makro (organisasi dan masyarakat) (Teturan and Tajuddin, 2015). Inti dari pemberdayaan adalah tidak dapat diberikan oleh orang lain tetapi harus diperoleh oleh yang mencarinya, yang memiliki kekuatan atau memiliki akses, seperti praktisi kesehatan, dan yang menginginkannya, seperti klien, harus bekerja sama untuk menciptakan kondisi yang diperlukan untuk melakukan pemberdayaan (Laverack, 2006).

3.3 Pemberdayaan Masyarakat

Konsep pengembangan masyarakat membutuhkan kolaborasi, keterlibatan semua pihak termasuk kementerian, departemen, pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, sektor swasta, dan yang lebih penting adalah keterlibatan aktif serta partisipasi anggota masyarakat yang merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi dan menetapkan tonggak untuk pengembangannya. Dasar keberhasilan proses pengembangan masyarakat adalah kemampuan masyarakat itu sendiri. Kemampuan suatu komunitas akan muncul ketika semua anggota berpartisipasi aktif dalam program-program pembangunan. Sejak saat itu, potensi dapat dikembangkan untuk memastikan bahwa masyarakat mampu merencanakan, melaksanakan, membuat keputusan dan lebih mengembangkan pembangunan sesuai dengan kebutuhan masyarakat sendiri dan tanpa intervensi dari pihak luar (Fauziah et al., 2017).

Karena kebutuhan dan keyakinan akan potensi masing-masing anggota masyarakat, orientasi pembangunan awal dengan pendekatan top-down telah diminimalkan dan sebaliknya, memperhatikan pendekatan bottom-up dengan menyoroti peran anggota masyarakat sebagai aktor kunci dalam pembangunan proses pengembangan masyarakat. Proses penemuan, peningkatan, dan perluasan kemampuan manusia inilah yang disebut dengan pemberdayaan masyarakat. Individu atau anggota masyarakat yang memiliki kemampuan dapat secara langsung berdampak pada pemberdayaan suatu komunitas (Fauziah et al., 2017).

Partisipasi adalah dasar dari pemberdayaan masyarakat. Keterlibatan individu anggota masyarakat dalam kelompok kecil dan dalam organisasi yang lebih besar harus terjadi jika konsep ini ingin berkembang. Ada banyak tumpang tindih antara konsep partisipasi masyarakat dan pemberdayaan masyarakat dan keduanya telah dimasukkan sebagai bagian dari sejumlah kerangka yang menjelaskan partisipasi. Namun, meskipun individu dapat memengaruhi arah dan pelaksanaan suatu program melalui masukan dan partisipasi aktifnya, hal ini saja tidak merupakan pemberdayaan masyarakat. Perbedaan antara pendekatan partisipatif dan pemberdayaan berada dalam agenda dan tujuan (Laverack, 2001)

Partisipasi adalah proses di mana individu, kelompok, dan organisasi memiliki kesempatan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi, atau di mana memiliki kepentingan (Smith, 2003). Partisipasi merupakan komponen penting dalam proses kebangkitan kemandirian dan pemberdayaan. Partisipasi mendorong orang untuk terlibat dalam proses sehingga dapat lebih memperhatikan kehidupan untuk mendapatkan kepercayaan diri, harga diri dan memiliki pengetahuan untuk mengembangkan keahlian baru (Hikmat, 2013). Kepercayaan masyarakat masih sangat kurang sehingga perlu ditingkatkan kepercayaan dan harga diri masyarakat demi terciptanya kehidupan yang layak (Teturan and Tajuddin, 2015). Proses pemberdayaan tercapai ketika di satu sisi kemampuan individu untuk membuat keputusan dan tindakan telah meningkat, dan di sisi lain, ketika mampu mengubah lingkungan yang penting untuk pelaksanaan. Oleh karena itu, pemberdayaan dapat dilihat sebagai proses dan hasil (Petesque, Cipriani and Arriaza, 2020).

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses di mana masyarakat yang memiliki sumber daya rendah mampu meningkatkan kesejahteraannya secara mandiri (Soebiato and Mardikanto, 2017). Pemberdayaan masyarakat juga sebagai proses negosiasi ulang kekuasaan bagi masyarakat agar mendapatkan lebih banyak kendali atas hidupnya. Perubahan dapat terjadi dalam dimensi yang berbeda, tergantung pada konteksnya, ada perubahan sosial, politik atau ekonomi di antara bentuk-bentuk perubahan lainnya. Komunitas yang menjadi berdaya memperoleh kemampuan untuk membuat pilihan dalam hidup untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi, untuk mengidentifikasi kebutuhan dan untuk melihat sumber daya serta kapasitas yang tersedia untuk mengatasi situasinya (Petesque, Cipriani and Arriaza, 2020) dengan memanfaatkan potensi

lokal, prasarana yang tersedia, baik dari lintas sektor maupun LSM serta tokoh masyarakat (Sapriya et al., 2021).

Pemberdayaan masyarakat merupakan proses dua arah, terjadi di luar dan di dalam masyarakat. Pemberdayaan masyarakat di luar komunitas, terkait dengan lembaga eksternal dan lingkungan yang lebih luas dan menyiratkan peningkatan kekuatan atau kontrol masyarakat dalam kaitannya dengan lingkungan yang lebih luas. Masyarakat yang berdaya memiliki kesadaran akan hak, tanggung jawab, dan kemampuannya sendiri untuk berinteraksi bernegosiasi dan membuat tuntutan pada dunia luar (Petesque, Cipriani and Arriaza, 2020).

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

1. Model pembangunan lokal, yaitu pemberdayaan masyarakat sebagai upaya pemecahan masalah masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan mengembangkan potensi dan sumber daya lokal;
2. Model promosi kesehatan dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu persuasi kesehatan (persuasi/keyakinan), penyuluhan kesehatan perorangan, tindakan legislatif, dan pemberdayaan masyarakat;
3. Model promosi kesehatan perspektif multidisiplin mempertimbangkan lima pendekatan termasuk medis, perilaku, pendidikan, pemberdayaan, dan perubahan sosial;
4. 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.
5. Model pemberdayaan masyarakat meliputi partisipasi, kepemimpinan, keterampilan, sumber daya, nilai, sejarah, jaringan, dan pengetahuan masyarakat;
6. Model pengorganisasian masyarakat, yaitu hubungan antara pemberdayaan, kemitraan, partisipasi, daya tanggap budaya, dan kompetensi masyarakat;
7. Model determinan sosial ekonomi kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan modal atau kekayaan yang berkaitan dengan kesehatan;

8. Model kesehatan masyarakat dan interaksi ekosistem antara masyarakat, lingkungan, dan ekonomi dengan kesehatan;
9. 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;
10. Model coping yang dilakukan berbasis keluarga yaitu perawatan kesehatan mandiri dan oleh keluarga melalui peningkatan kesadaran, peningkatan pengetahuan, dan keterampilan pemeliharaan kesehatan;
11. Model pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD).

Pemberdayaan membawa partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan pelayanan, penyampaian, dan evaluasi, dan membantu dalam membentuk layanan manfaat untuk masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dapat dipandang baik sebagai proses dan sebuah hasil. Sebagai sebuah proses, pemberdayaan masyarakat merupakan proses sosial menuju peningkatan individu dan kontrol masyarakat, kemanjuran politik, peningkatan kualitas hidup serta keadilan sosial melalui partisipasi, organisasi dan kelompok masyarakat (Wallerstein, 1992). Sebagai sebuah hasil, pemberdayaan masyarakat adalah interaksi antara individu dan perubahan masyarakat yang biasanya memakan waktu lama dan mengakibatkan perubahan dalam kebijakan pemerintah atau undang-undang mendukung yang terlibat dalam program dan tindakan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat paling sering dilihat sebagai lima poin yang terdiri dari (Labonte, 1994):

1. Tindakan pribadi,
2. Pengembangan kelompok kepentingan kecil,
3. Organisasi masyarakat,
4. Kemitraan, dan
5. Aksi sosial dan politik

Inisiatif pemberdayaan berbasis masyarakat yang mengarah peningkatan hasil kesehatan sebagian besar difokuskan pada perubahan lingkungan. Ini berdampak pada perilaku yang dapat diukur selama periode waktu intervensi (Laverack, 2006). Tindakan masyarakat telah mampu menyebabkan perubahan berkelanjutan dalam sosial dan organisasi lingkungan yang terkait dengan peningkatan kesehatan, misalnya, penyalahgunaan alkohol dan pencegahan cedera (Brehm and Rahn, 1997).

3.3 Metode Pemberdayaan Masyarakat

Metode adalah suatu cara yang digunakan untuk untuk mencapai suatu maksud dan tujuan yang hendak dicapai setelah melalui proses pemikiran. Beberapa metode yang digunakan dalam proses pemberdayaan masyarakat adalah:

3.3.1 Participatory Rapid Appraisal (PRA)

Participatory Rural Appraisal (PRA) pada awalnya digunakan sebagai prosedur dan instrumen strategi pembangunan yang memfasilitasi konsultan kebijakan untuk mengumpulkan informasi dan bukti dari masyarakat lokal. Melalui PRA, masyarakat umum dapat menyampaikan kebutuhan atau masalahnya kepada administrasi dan terhubung dengan badan atau lembaga pembuat kebijakan secara jelas. Ini merupakan cara pertumbuhan yang berpusat pada warga untuk memberdayakan masyarakat dalam proses mengklasifikasikan masalah, menggunakan resolusi, dan pemantauan dan evaluasi (Chambers, 1994).

PRA terdiri dari peneliti yang belajar bersama dengan penduduk tentang desanya. Selain itu, bertujuan untuk membantu dan memperkuat kapasitas anggota masyarakat. Metode PRA dianggap layak apabila dilaksanakan oleh suatu kelompok yang terdiri dari tim atau individu interdisipliner yang memiliki kualifikasi khusus. Karena komunikasi yang tidak memadai dengan penduduk, banyak petugas dan administrator mencoba menelusuri masalah dengan memperoleh pengetahuan atau informasi yang tepat dari masyarakat untuk mengidentifikasi atau memahami masalah yang ada dan persaratannya. PRA mengizinkan penyelenggara untuk mengatasi masalah ini dengan mengikutsertakan warga langsung dalam prosedur evaluasi dan identifikasi masalah. Selain itu, perannya dalam PRA biasanya menginspirasi masyarakat

lokal untuk melakukan analisis sendiri, mengambil asumsi sendiri dan menjalankan pembangunan sendiri (Heaver, 1992).

Metode PRA sangat berharga karena memungkinkan individu yang rentan dalam suatu komunitas untuk memiliki pendapat dan menyampaikan visi tentang masalah akses dan layanan yang sebagian besar sering diabaikan. PRA terkadang dipandang sebagai implementasi yang menyerahkan peran pengambilan keputusan dan perencanaan, yang secara konvensional diambil oleh lembaga pemerintah dan organisasi pembangunan, kepada komunitas atau kelompok sasaran itu sendiri (Heaver, 1992).

PRA merupakan aplikasi efektif yang mendorong evaluasi dan studi kondisi aktual di ruang pedesaan dan perkotaan untuk pembentukan strategi pembangunan. PRA adalah proses interaktif, yang memungkinkan orang untuk belajar dan menganalisis masalah dan potensi sendiri. Metode yang digunakan bersifat fleksibel yang memberikan kebebasan kepada praktisi dan masyarakat untuk meningkatkan kualitas interaksi dan pembelajaran dari penerima manfaat yang nyata. Metode PRA lebih mudah beradaptasi karena dapat dimodifikasi agar sesuai dengan kondisi dan situasi lokal dan membantu memberdayakan masyarakat lokal saat pengetahuan dan ide digabungkan. PRA adalah gerakan semi-terstruktur yang dilakukan di lapangan oleh tim multidisiplin untuk secara cepat memperoleh bukti baru dan asumsi baru tentang kehidupan pedesaan (Chambers, 1994).

Metode ini sebagian besar memungkinkan kelompok-kelompok yang terpapar dalam suatu komunitas untuk memiliki suara dan menyampaikan pendapat tentang perselisihan. Saat melakukan PRA, gaya hidup, cara menyelesaikan masalah, cara berpikir dan kemampuan mengamati anggota masyarakat dapat diekspos dengan mudah. Di sisi lain, PRA juga merupakan instrumen penelitian untuk mengekspos kapasitas individu atau kelompok dalam menjalankan misi di masyarakat. Fungsi fasilitator atau peneliti adalah untuk mulai dan menginstruksikan percakapan tetapi tidak untuk menyesatkan atau mengintervensi pilihan pengikut komunitas (Heaver, 1992).

3.3.2 Rapid Rural Appraisal (RRA)

Teknik RRA dikembangkan dari ketidakpuasan dengan skala survei kuesioner yang memberi penundaan dan hasil yang meragukan; dan, di sisi lain, karena ketidakpuasan yang sama terhadap tidak dapat diandalkannya data yang diperoleh selama kunjungan lapangan singkat. RRA merupakan metode

penilaian keadaan desa yang secara cepat yang lebih banyak dilakukan oleh di luar desa dengan melibatkan sedikit masyarakat atau bahkan tidak melibatkan sama sekali masyarakat setempat. RRA merupakan teknik yang efisien dan efektif jika dibandingkan teknik lain yang hanya sekedar datang survey dan wawancara singkat kepada salah satu masyarakat saja (Mardiana, Heriningsih and Sleman, 2018).

Teknik RRA meliputi, antara lain, tinjauan data sekunder; pengamatan langsung di situasi lapangan; mengambil bagian dalam kegiatan pedesaan; wawancara semi-terstruktur; curah pendapat; melintasi pedesaan daerah melalui jalan-jalan kelompok; pemetaan dan fotografi udara; peringkat dan penilaian (daripada mengukur dengan statistik); mengembangkan kronologi peristiwa lokal; dan membuat potret atau studi kasus orang atau situasi. Karena teknik ini sistematis, sehingga hasil yang diberikan tidak hanya lebih cepat dan lebih murah daripada metode sebelumnya, tetapi menghasilkan jangkauan informasi dan akurasi yang lebih besar.

Beberapa teknik penilaian dalam RRA yang merupakan gabungan dari beberapa teknik yaitu (Mardiana, Heriningsih and Sleman, 2018):

1. Review/telaahan data sekunder, termasuk peta wilayah dan pengamatan lapang secara ringkas.
2. Observasi/ pengamatan lapang secara langsung
3. Wawancara dengan informan kunci dan lokakarya
4. Pemetaan dan pembuatan diagram/grafik
5. Studi kasus, sejarah lokal, dan biografi
6. Kecenderungan-kecenderungan
7. Pembuatan kuesioner sederhana yang singkat
8. Pembuatan laporan lapang secara cepat

Untuk itu, terdapat beberapa prinsip yang harus diperhatikan, yaitu (Mardiana, Heriningsih and Sleman, 2018):

1. Efektifitas dan efisiensi, yang berkaitan dengan biaya, waktu, perolehan informasi terpercaya dan dapat digunakan dibandingkan jumlah ataupun ketetapan
2. Melakukan introspeksi, mendengarkan, menanyakan berulang-ulang untuk menghindari bias

3. Melibatkan tim multidisiplin agar mendapatkan sumber informasi dalam perspektif yang beragam dalam hal bertanya sebuah informasi
4. Belajar dari dan bersama masyarakat
5. Melakukan eksplorasi secara cepat, pemeriksaan ulang serta tidak terpaku hanya pada hal yang telah dipersiapkan.

Kekurangan dari pelaksanaan kegiatan RRA adalah ketika hanya melakukan kegiatan pengamatan ataupun wawancara kepada informan setempat dan hal tersebut dianggap sebagai praktik partisipatif masyarakat (Mardiana, Heriningsih and Sleman, 2018).

3.3.3 Participatory Learning and Action (PLA)

Participatory Learning and Action (PLA) digunakan untuk mendapatkan pemahaman mendalam tentang komunitas atau situasi. PLA adalah metodologi partisipatif, dan harus selalu dilakukan dengan partisipasi penuh dan aktif dari anggota masyarakat. Tujuan utama PLA adalah untuk mendukung orang-orang dalam komunitas untuk menganalisis situasi sendiri, daripada dianalisis oleh orang luar, dan untuk memastikan bahwa setiap pembelajaran kemudian diterjemahkan ke dalam tindakan (Beal et al., 2018).

PLA dapat dijelaskan dalam dua cara yang berbeda dan saling melengkapi. Pertama, filosofi dan cara berpikir yang menekankan pada elasi antara masyarakat dan pihak luar (seperti peneliti, evaluator atau perencana program). Kedua, mencakup berbagai alat dan pendekatan partisipatif yang dapat digunakan untuk bekerja, merencanakan dan berefleksi dengan dan bersama masyarakat (Beal et al., 2018).

PLA sebagai filosofi terletak dalam bidang yang lebih luas dari pendekatan partisipatif, yang dapat digambarkan sebagai pendekatan keluarga, metode, sikap dan perilaku untuk memberdayakan orang untuk berbagi, menganalisis dan meningkatkan pengetahuan tentang kehidupan dan kondisi, dan untuk merencanakan, bertindak , memantau, mengevaluasi, dan merefleksikan. PLA adalah filosofi yang menekankan perlunya orang luar untuk belajar tentang situasi dari orang dalam (Beal et al., 2018).

Ide dasar PLA adalah masyarakat diberikan dukungan untuk dapat menganalisis situasinya sendiri, membuat keputusan yang terbaik untuk dapat mengatasi masalah sehingga masyarakat merasa diberdayakan untuk mengambil tindakan.

PLA sering salah jika digunakan untuk studi yang mengambil data dari masyarakat, tetapi tidak memberdayakan masyarakat untuk menggunakan data itu.

Beberapa prinsip PLA, yang diturunkan dari filosofi partisipatif (Beal et al., 2018):

1. PLA dirancang untuk mencari berbagai perspektif dan merangkul keragaman;
2. Dirancang untuk menjadi fleksibel, adaptif dan inovatif;
3. PLA dirancang untuk mendorong orang mendiskusikan masalah, dan kesalahan dalam lingkungan yang tidak menghakimi;
4. Standar etika yang tinggi harus selalu diterapkan dalam PLA;
5. Fasilitator PLA harus bertindak sebagai katalis daripada sebagai pelatih atau guru;
6. Bahasa dan konsep PLA harus mencerminkan cara berpikir masyarakat, bukan mencerminkan cara berpikir yang mencari informasi. Ini berarti bahasa dan konsep PLA harus sesuai dengan budaya dan konteks lokal;
7. PLA dirancang untuk mencari suara dan pendapat dari komunitas dan orang-orang yang paling terpinggirkan, seperti anak-anak, perempuan, orang-orang dari kasta atau status yang lebih rendah, atau penyandang disabilitas;
8. PLA didasarkan pada triangulasi. Ini berarti mengakses informasi tentang hal yang sama dengan cara yang berbeda, dan dari sumber yang berbeda, untuk memastikan bahwa informasi tersebut dapat diandalkan, dan bahwa sudut pandang yang berbeda diakui;
9. PLA difasilitasi oleh tim multi-disiplin, termasuk orang-orang dengan keterampilan dan pandangan yang berbeda. Tim harus mencakup anggota masyarakat serta orang luar;
10. PLA dirancang untuk memberikan wawasan dan pemahaman yang membantu memandu pengembangan masyarakat
11. Analisis dan validasi dilakukan secara real-time dengan komunitas. Di PLA, tim meninjau temuan dengan komunitas secara teratur, dan memvalidasi data dengan komunitas sebelum melanjutkan.

PLA dirancang untuk menjadi proses yang benar-benar partisipatif, di mana masyarakat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap bagaimana pekerjaan dilakukan. PLA mendukung pemberdayaan dan mobilisasi komunitas lokal dan orang-orang di dalamnya, sementara pada saat yang sama memberikan informasi kepada pihak luar, termasuk staf proyek atau program. Salah satu manfaat utama PLA adalah bahwa analisis dan hasil segera tersedia dalam bentuk yang dapat dijadikan umpan balik, dan didiskusikan dengan, masyarakat. Namun, PLA juga bisa memakan waktu, paling tidak untuk anggota masyarakat. Oleh karena itu penting bahwa manfaat pekerjaan bagi masyarakat lebih besar daripada biayanya. Inilah salah satu alasan mengapa PLA tidak boleh hanya dilakukan untuk pengambilan data (Beal et al., 2018).

Pendekatan partisipatif pada dasarnya tidak 'baik', dan seperti halnya pekerjaan pembangunan lainnya, pendekatan tersebut dapat dilakukan dengan cara yang ceroboh, bias, terburu-buru, tidak kritis, atau mementingkan diri sendiri. Elemen penting untuk PLA yang baik adalah keterampilan fasilitasi yang baik. PLA dapat mengekspos ketegangan di masyarakat, dan dapat menimbulkan harapan palsu jika tidak ditangani dengan baik. Oleh karena itu, peran fasilitator sangat penting. Fasilitator perlu memastikan bahwa PLA dilaksanakan dengan standar kualitas dan etika yang tinggi, memastikan bahwa sikap dan perilaku kondusif untuk pembelajaran, dan bahwa kebutuhan masyarakat ditempatkan di atas kebutuhan orang luar (Beal et al., 2018).

Salah satu kelemahan dari PLA adalah bahwa hasilnya khusus untuk komunitas lokal. Ini berarti tidak selalu dapat dilakukan generalisasi yang lebih luas. PLA dapat menjadi cara yang sangat efektif untuk memperoleh pemahaman mendalam tentang situasi di dalam masyarakat, dan dapat menjadi metodologi monitoring dan evaluasi yang sangat efektif. Pada intinya PLA adalah metodologi partisipatif yang berupaya memberdayakan masyarakat. Hal ini tidak boleh diabaikan dalam upaya mengambil informasi dan program monitoring dan evaluasi (Beal et al., 2018).

Bab 4

Prinsip Perubahan Perilaku

4.1 Perilaku

Kata perilaku berasal dari dua kata yaitu “peri” dan “laku”. Peri artinya cara berbuat suatu kelakuan atau perbuatan dan laku berarti perbuatan, kelakuan, cara menjalankan (Irwan, 2017). Sumber lain mengartikan perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati dari luar. Menurut Skinner, perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap suatu rangsangan dari luar (Rachmawati, 2019), sehingga bisa disimpulkan bahwa perilaku baru berwujud bila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan tanggapan (aksi/ reaksi/ respon) yang disebut rangsangan. Rangsangan yang berbeda akan menimbulkan perilaku yang berbeda. Perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya (Irwan, 2017). Perilaku dapat diamati dan dipelajari dan merupakan hasil totalitas penghayatan serta aktifitas yang berasal dari pengaruh faktor internal dan eksternal (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan sumber perilaku, Skinner dalam (Irwan, 2017) membedakan perilaku menjadi dua, yakni

1. Perilaku yang alami (innate behaviour)

Perilaku yang dibawa sejak organisme dilahirkan yang berupa refleks-refleks dan insting-insting (Irwan, 2017) .

2. Perilaku operan (operant behaviour)

Perilaku yang lebih dominan pada manusia karena dibentuk melalui proses belajar dan dikendalikan oleh pusat kesadaran atau otak (kognitif) (Irwan, 2017).

Berdasarkan bentuk respons/ aksi/ reaksi terhadap rangsangan, perilaku dapat dibagi menjadi dua yakni

1. Perilaku tertutup (Covert Behavior) terjadi apabila respon/ aksi/ reaksi dari suatu rangsangan/ stimulus belum/ tidak dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respon/ aksi/ reaksi terhadap rangsangan/ stimulus yang dimaksud masih terbatas pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus tersebut. Perilaku ini disebut juga perilaku pasif atau respon internal (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018; Rachmawati, 2019).
2. Perilaku terbuka (Overt Behavior) terjadi apabila respon/ aksi/ reaksi dari suatu rangsangan/ stimulus dapat diamati dengan jelas oleh orang lain karena sudah berupa tindakan atau praktik yang memang dengan mudah terlihat oleh orang lain. Perilaku ini disebut juga perilaku aktif atau respon eksternal (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018; Rachmawati, 2019).

4.1.1 Proses Pembentukan Perilaku

Abraham Maslow mengemukakan bahwa perilaku manusia dibentuk dan dipengaruhi oleh tingkat kebutuhan pada setiap jenjang atau hirarki kebutuhan dasar manusia (Irwan, 2017). Pada Gambar 4.1 terlihat ada lima jenjang atau tingkat kebutuhan dasar manusia, yaitu

1. Kebutuhan Fisiologis

Merupakan kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik seperti kebutuhan akan makanan, minuman, tempat berteduh, seks, tidur dan oksigen. Individu akan menekan semua kebutuhan lain selama kebutuhan fisiologis ini belum terpenuhi (Irwan, 2017).

2. Kebutuhan akan rasa aman

Kebutuhan ini tidak bisa terpenuhi secara total karena manusia/ individu tidak dapat melindungi dirinya dari ancaman-ancaman yang akan datang sepenuhnya. Banyak hal yang tidak bisa dihindari. Kebutuhan akan rasa aman ini antara lain rasa aman terhindar dari pencurian, perampokan, konflik, tawuran, sakit penyakit, serta rasa aman dalam perlindungan hukum (Irwan, 2017).

3. Kebutuhan akan rasa memiliki dan kasih sayang

Merupakan kebutuhan akan rasa dicintai dan mencintai serta dimiliki dan memiliki. Kebutuhan akan sahabat, pasangan hidup dan keturunan merupakan contoh dari kebutuhan ini. Selain itu kebutuhan diterima di lingkungan atau kelompok tempat seorang individu hidup juga merupakan salah satu dari kebutuhan akan kasih sayang (Irwan, 2017).



Gambar 4.1: Kebutuhan Dasar Manusia yang Mempengaruhi Pembentukan Perilaku Menurut Maslow (Irwan, 2017)

4. Kebutuhan akan penghargaan atau harga diri

Beberapa kebutuhan yang termasuk dalam kebutuhan ini antara lain rasa ingin dihargai, rasa ingin diperhatikan oleh orang lain dan adanya toleransi dalam hidup berdampingan (Irwan, 2017).

5. Kebutuhan aktualisasi diri

Merupakan kebutuhan yang tidak melibatkan keseimbangan tetapi melibatkan keinginan yang terus menerus untuk memenuhi potensi diri. Kebutuhan ini adalah hasrat individu untuk sepenuhnya menjadi diri sendiri dengan kemampuan yang dimilikinya. Beberapa yang

termasuk dalam kebutuhan ini antara lain : kebutuhan ingin dipuji atau disanjung orang lain, keinginan untuk sukses atau berhasil mencapai cita-cita dan ingin menonjol atau lebih dari orang lain dalam karir/usaha dan aspek kehidupan lainnya (Irwan, 2017).

4.1.2 Domain Perilaku

Bila dikaitkan dengan pendidikan, Bloom mengkategorikan perilaku individu dalam tiga domain yaitu domain kognitif, domain afektif dan domain psikomotor yang ketiganya berkembang dan menjadi alat ukur dalam pendidikan kesehatan (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018).

Berikut penjelasan masing-masing domain perilaku :

1. Domain Kognitif / Pengetahuan

Domain kognitif atau pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan perilaku individu. Pengetahuan terbentuk setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, baik melalui indra penglihatan, indra pendengaran, indra penciuman, indra perasa maupun indra peraba (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018)

2. Domain Afektif/ Ranah Sikap/ Attitude

Sikap digunakan sebagai alat untuk memprediksi perilaku individu, karena sikap merupakan respon individu ketika menerima stimulus atau rangsanga dari lingkungan (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018)

3. Domain Psikomotor/ Praktik/ Tindakan

Praktik atau tindakan yang merupakan domain psikomotor memiliki beberapa tingkatan yaitu

- a. Respon terpimpin merupakan tindakan atau praktik yang dilakukan individu mengikuti aturan atau sesuai dengan panduan
- b. Mekanisme merupakan tindakan yang dilakukan individu tanpa melihat panduan karena sudah menjadi suatu kebiasaan

- c. Adopsi merupakan tindakan yang sudah dengan baik dilakukan individu sehingga individu bisa memodifikasi tindakan tersebut sesuai dengan situasi yang dihadapi

4.2 Perubahan Perilaku

Beberapa faktor dari dalam individu yang mempengaruhi proses perubahan perilaku yaitu

1. Susunan syaraf pusat

Susunan syaraf pusat berperan dalam meneruskan stimulus atau rangsangan yang diterima dari satu syaraf ke syaraf lainnya dan perpindahannya terlihat pada perilaku individu (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018). Perpindahan pesan dari satu syaraf ke syaraf yang lain dilakukan oleh susunan syaraf pusat dengan unit-unit dasarnya yang disebut neuron. Neuron memindahkan energi dalam impuls-impuls syaraf (Irwan, 2017).

2. Persepsi

Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi ini adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra pendengaran, penciuman, penglihatan dan indra lainnya (Irwan, 2017).

3. Motivasi

Motivasi atau motif merupakan salah satu faktor yang akan menciptakan suatu perubahan perilaku. Motivasi individu melakukan suatu tindakan akan menjadi landasan perilaku individu tersebut (Irwan, 2017).

4. Emosi

Emosi berupa perasaan senang atau tidak senang atau setuju dan tidak setuju tentang suatu hal akan membentuk perilaku individu (Irwan, 2017).

5. Belajar

Hasil belajar individu dari pengalaman, observasi atau pengamatan dan komunikasi dengan individu lain akan membentuk suatu perubahan perilaku (Irwan, 2017).

4.2.1 Teori Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku terutama perubahan perilaku dalam bidang kesehatan merupakan tujuan dari program-program kesehatan yang ada. Beberapa teori perubahan perilaku yang bisa diaplikasikan untuk mencapai keberhasilan dalam sebuah program kesehatan antara lain

1. Teori Stimulus Organisme Respon (SOR)

Berdasarkan teori Stimulus Organism Respon (SOR) yang terlihat pada Gambar 4.2 dapat dikatakan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh adanya stimulus/ rangsangan dari luar. Teori SOR ini diungkapkan oleh Skinner yang mengatakan bahwa respon yang berupa perilaku merupakan proses dari stimulus/ rangsangan terhadap organisme (Notoatmodjo, 2012)

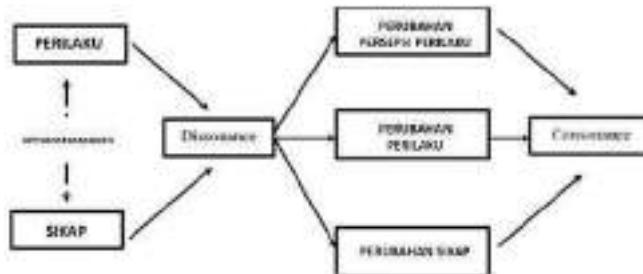


Gambar 4.2: Teori Stimulus Organisme Respon (SOR) menurut Skinner (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

2. Teori Festinger (Dissonance Theory)

Konsep yang dikemukakan oleh Festinger dalam teori dissonance ini adalah konsep ketidakseimbangan, dimana ada ketidakseimbangan atau pertentangan pada diri individu tentang pengetahuan, pendapat atau keyakinan akan sesuatu. Ketidakseimbangan ini akan menyebabkan terjadinya perubahan perilaku individu tersebut. Pada Gambar 4.3 terlihat bahwa ketidakseimbangan menyebabkan

perubahan perilaku dan sikap yang akhirnya menghasilkan keseimbangan (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).



Gambar 4.3:Teori Dissonace oleh Festinger (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

3. Teori Fungsi

Menurut Katz (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019) perilaku individu dilatarbelakangi kebutuhan, dimana masing-masing perilaku bisa memenuhi fungsi yang berbeda. Katz beramsumsi bahwa

- a. Perilaku memiliki fungsi instrumental yaitu memberikan pelayanan bagi kebutuhan
- b. Perilaku berfungsi sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungan
- c. Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti
- d. Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif individu terhadap situasi

Teori ini meyakini bahwa perilaku mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu sehingga individu senantiasa berperilaku menyesuaikan lingkungan menurut kebutuhan nya (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).

4. Teori Kurt Lewin

Seperti terlihat pada Gambar 4.4 bahwa ketiga komponen yaitu penahan, pendorong dan perilaku saling berinteraksi, yang artinya masing-masing komponen bisa saling mempengaruhi. Ada tiga penyebab perubahan perilaku yang mungkin terjadi pada teori Kurt Lewin, yaitu :

a. Kekuatan pendorong meningkat

Pemberian stimulus/ rangsangan yang berupa penyuluhan atau pemberian edukasi dan informasi akan merubah perilaku individu. Contohnya adalah pemberian penyuluhan tentang pentingnya program Keluarga Berencana (KB) akan mengubah perilaku individu yang sebelum penyuluhan tidak mengerti tentang KB

b. Kekuatan penahan menurun

Adanya informasi baru yang mematahkan atau melemahkan informasi atau keyakinan yang sudah ada sehingga menciptakan perubahan perilaku individu. Contohnya pemberian informasi bahwa semboyan banyak anak banyak rejeki sudah tidak lagi tepat untuk kondisi saat ini akan membuat individu berperilaku tidak ingin memiliki banyak anak.

c. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun

Merupakan gabungan kedua kondisi sebelumnya yang mempengaruhi dan semakin memperkuat individu untuk melakukan perubahan perilaku. Contoh pada kasus sebelumnya bisa digunakan seperti penyuluhan/ informasi atau edukasi mengenai pentingnya KB (meningkatkan kekuatan pendorong) dan tidak tepatnya semboyan banyak anak banyak rejeki (menurunkan kekuatan penahan) akan memperkuat perubahan perilaku individu untuk mengikuti program KB



Gambar 4.4: Teori Perubahan Perilaku Kurt Lewin

5. Teori Kognisi Sosial

Awalnya teori ini dikenal dengan nama Teori Pembelajaran Sosial atau Social Learning Theory yang diperkenalkan oleh Albert Bandura. Teori ini mengungkapkan bahwa perubahan perilaku individu sangat ditentukan oleh lingkungan dan lingkungan sangat dipengaruhi juga oleh perilaku individu. Selain lingkungan dan perilaku, pengalaman psikologis individu juga akan mempengaruhi dan dipengaruhi keduanya. Contohnya adalah perilaku merokok, seorang remaja akan merokok bila lingkungannya penuh dengan perokok dan sebaliknya akan berhenti merokok bila tidak ada perokok di lingkungannya (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

6. Teori Anteseden, Behaviour, Consequence (ABC)

Anteseden adalah kejadian yang mendahului atau melatarbelakangi sebuah perilaku. Consequenc atau konsekuensi adalah kejadian yang mengikuti sebuah perilaku. Pada beberapa kasus, konsekuensi bisa mempengaruhi perilaku dan sebaliknya perilaku juga bisa mempengaruhi konsekuensi. Pada Gambar 4.5 terlihat jelas bahwa anteseden akan mempengaruhi perilaku dan perilaku bisa mempengaruhi konsekuensi namun bisa juga perilaku dipengaruhi konsekuensi. Contoh konsekuensi bisa mempengaruhi perilaku adalah adanya hukuman atau hadiah bila berperilaku tertentu. Hukuman dan hadiah dalam kasus ini merupakan konsekuensi (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).



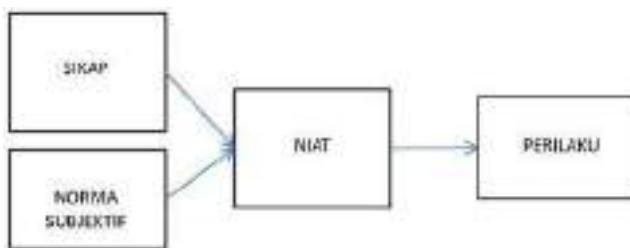
Gambar 4.5:Teori Anteseden, Behaviour, Consequence (ABC)

(Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

7. Teori Theory of Reasoned Action (TRA)

Theory of Reasoned Action (TRA) digunakan untuk melihat hubungan sikap dan perilaku manusia secara umum, namun banyak digunakan untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku

kesehatan. Pada teori ini, seperti terlihat pada Gambar 4.6 dijelaskan bahwa yang mempengaruhi niat/ minat individu untuk berperilaku tertentu adalah sikap dan norma subjektif. Niat/ minat dapat diprediksi dari sikap dan bagaimana individu berpikir tentang orang lain bila dia berperilaku tertentu (norma subjektif) (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)



Gambar 4.6: Theory of Reasoned Action (TRA) (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

Theory of Reasoned Action (TRA) berkembang untuk melihat hubungan antara sikap, keyakinan, persepsi, niat dan perilaku individu. Theory of Reasoned Action berfokus pada 3 hal yaitu

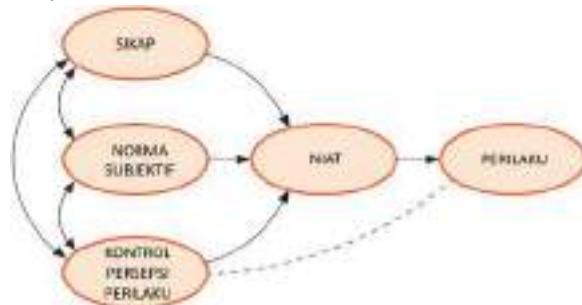
- a. Keyakinan tentang keberhasilan perilaku (behavioral beliefs) yaitu keyakinan individu bahwa perubahan perilaku mendatangkan kebaikan
- b. Keyakinan tentang norma (normative beliefs) yaitu keyakinan individu bahwa perubahan perilaku didukung oleh norma yang berlaku
- c. Keyakinan akan adanya faktor pendukung atau penghambat perubahan perilaku (control beliefs).

Ketiga keyakinan ini akan membentuk suatu niat/ minat yang nantinya akan merubah perilaku individu. Theory of Reasoned Action mengatakan bahwa perubahan perilaku dibentuk dari adanya niat, sedangkan niat dipengaruhi oleh sikap, norma dan adanya kontrol perilaku. Secara sederhana perubahan perilaku individu akan terjadi bila individu memandang positif terhadap perubahan yang diharapkan dan meyakini bahwa lingkungannya juga

mengharapkan perubahan perilaku tersebut (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).

8. Teori Perilaku Berencana (Theory of Planned Behaviour)

Theory of Planned Behaviour tidak jauh berbeda dengan Theory of Reasoned Action, yang membedakan keduanya adalah pada Theory of Planned Behaviour ada kontrol persepsi perilaku yang mempengaruhi niat dan perubahan perilaku individu. Kontrol persepsi perilaku bisa langsung membentuk niat tanpa perantaraan sikap dan norma subjektif. Selain itu kontrol persepsi perilaku juga bisa langsung mempengaruhi perubahan perilaku individu, seperti terlihat pada Gambar 4.7 Pada Theory of Planned Behaviour ada tiga hal yang membentuk niat yaitu sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).



Gambar 4.7: Theory of Panned Behavior (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

9. Health Belief Model (HBM)

Teori perubahan perilaku ini didasari bahwa persepsi pada ancaman dalam hal ini ancaman penyakit menjadi suatu prekursor penting dalam tindakan pencegahan.

Pada Gambar 4.8 terlihat bahwa ada enam hal yang menyebabkan individu berperilaku tertentu dalam hal ini melakukan pengobatan terhadap penyakit, yaitu :

- Kerentanan yaitu agar seorang individu sadar bahwa dirinya atau keluarganya rentan terhadap suatu penyakit. Bila ada kerentanan maka individu akan melakukan pencegahan (perilaku pencegahan)

- b. Keseriusan yaitu agar seorang individu merasa bahwa penyakit yang diderita merupakan masalah serius, baik masalah klinis/medis dan masalah sosial seperti kehilangan pekerjaan ataupun hubungan sosial (Skinner, 2008).
- c. Manfaat yaitu agar seorang individu merasakan manfaat dari suatu perilaku terhadap penyakit yang diderita sehingga terjadi perubahan perilaku (Skinner, 2008).
- d. Hambatan yaitu agar seorang individu merasakan bahwa akan banyak rintangan atau kesulitan yang dirasakan bila tidak melakukan perubahan perilaku (Skinner, 2008).
- e. Cues to action adalah signal yang menyebabkan individu bergerak kearah perilaku pencegahan. Biasanya tanda/ signal itu berasal dari luar seperti dari media masa atau kegiatan penyuluhan (Skinner, 2008).
- f. Efikasi diri yaitu kepercayaan individu bahwa mampu melakukan suatu perubahan perilaku (Skinner, 2008).



Gambar 4.8: Health Belief Model (Skinner, 2008)

4.2.2 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut WHO (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019), bentuk perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga yaitu :

1. Perubahan Alamiah

Perubahan perilaku pada individu yang disebabkan karena kejadian alamiah. Misalnya kebiasaan masyarakat pada jaman dulu yang

menggunakan tanaman dari pekarangan sebagai jamu alami. Seiring berjalannya waktu karena kebutuhan hidup, pekarangan digunakan untuk menanam bahan makanan sehingga saat membutuhkan obat masyarakat membeli jamu instant di warung obat.

2. Perubahan Terencana

Perubahan perilaku pada individu yang memang direncanakan karena adanya keuntungan bila melakukan perubahan perilaku atau adanya kerugian bila tidak melakukan perubahan perilaku. Contoh perubahan terencana adalah seorang individu berhenti merokok karena merasakan gangguan kesehatan bila terus melanjutkan kegiatan merokok.

3. Kesediaan untuk Berubah

Adanya perbedaan perubahan perilaku antar individu yang menerima stimulus atau rangsangan yang sama. Ada individu yang langsung menerima stimulus sehingga terjadi perubahan perilaku ada individu yang lambat dalam menerima stimulus sehingga perubahan perilaku juga lambat terjadi. Kecepatan perubahan perilaku yang terjadi ini tergantung kesediaan individu untuk berubah.

Bab 10

Strategi Pendidikan Kesehatan

10.1 Pendahuluan

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran yang dilakukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang dilakukan untuk merubah perilakunya yang tidak sehat ke pola yang lebih sehat. Proses pendidikan kesehatan ini melibatkan beberapa komponen, antara lain menggunakan strategi belajar mengajar, mempertahankan keputusan untuk membuat perubahan tindakan/perilaku, dan pendidikan kesehatan berfokus kepada perubahan perilaku untuk meningkatkan status kesehatan mereka.

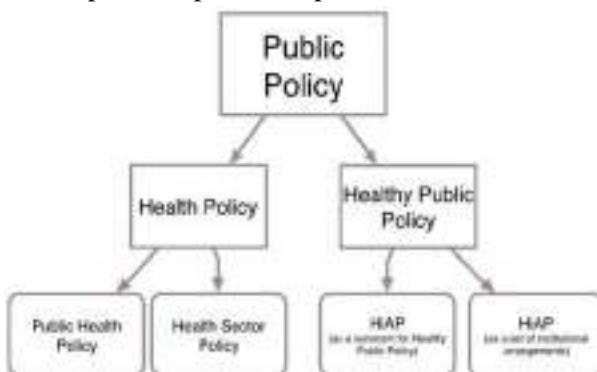
Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan dirinya dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan jika sakit dan sebagainya.

Strategi pendidikan kesehatan adalah cara-cara yang dipilih untuk menyampaikan materi dalam lingkungan pendidikan kesehatan yang meliputi sifat, ruang lingkup dan urutan kegiatan yang dapat memberikan pengalaman belajar kepada klien. Strategi pendidikan kesehatan tidak hanya terbatas pada

prosedur kegiatan, melainkan juga termasuk di dalamnya materi atau paket pendidikan kesehatannya

Strategi promosi kesehatan merupakan langkah untuk mencapai tujuan promosi kesehatan. Langkah untuk membangun strategi promosi kesehatan yang baik, WHO (1986) menyebutkan lima sarana aksi dari Ottawa Charter. Sarana aksi dalam piagam Ottawa Charter yaitu membangun kebijakan berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat gerakan masyarakat, mengembangkan keterampilan individu, dan reorientasi pelayanan kesehatan.

1. Kebijakan berwawasan kesehatan (Health Public Policy) merupakan suatu kegiatan yang ditujukan kepada para pembuat kebijakan publik (lintas sektor dan lintas program), agar mereka membuat atau mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang dapat mendukung program kesehatan, utamanya masyarakat berperilaku sehat. Kebijakan-kebijakan ini dapat dituangkan dalam bentuk undang-undang, surat keputusan, peraturan-peraturan daerah, dan sebagainya.



Gambar 10.1: Health Public Policy (Sumber: researchgate.net)

2. Lingkungan yang Mendukung (Supportive Environment) merupakan suatu kegiatan yang ditujukan kepada para pengelola tempat-tempat umum, termasuk pemerintah kota agar menyediakan sarana atau fasilitas yang mendukung atau memungkinkan masyarakat untuk berperilaku sehat.
3. Reorientasi pelayanan kesehatan ini mencakup dua pengertian, atau dua sisi pelayanan, yakni dari sisi provider dan dari sisi jenis

pelayanan. Dari sisi provider atau penyelenggara pelayanan kesehatan, perlu reorientasi dari provider (pemerintah) sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dan masyarakat sebagai penerima pelayanan (consumer), digeser ke arah bahwa masyarakat juga berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

4. Keterampilan Individu (Personal Skills). Masyarakat yang sehat akan terbangun dari individu-individu yang sehat. Setiap individu yang sehat dihasilkan oleh keterampilan individu tersebut dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri (personal skills).
5. Gerakan Masyarakat (Community Action). Gerakan masyarakat yang dapat mendukung terwujudnya masyarakat yang mau dan mampu hidup sehat antara lain tercermin dalam bentuk gotong-royong memelihara lingkungan sehat, adanya pos obat desa atau RT/RW, adanya arisan membuat jamban, berjalannya kegiatan Posyandu, dan sebagainya.

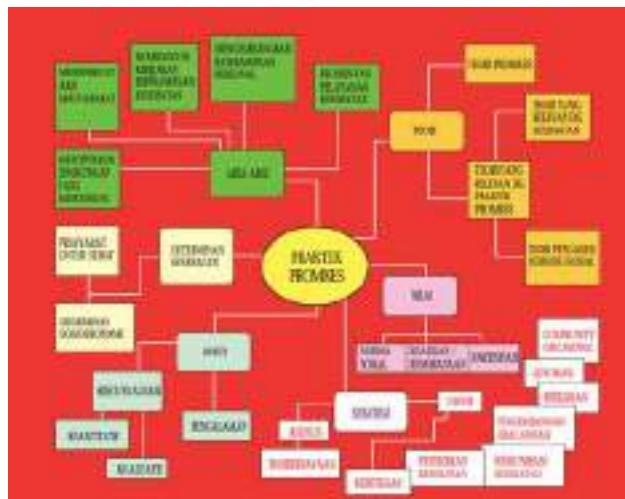


Gambar 10.2: Konsep Dasar Promosi Kesehatan (Sumber: permataindonesia.ac.id)

10.2 Strategi Pendidikan Kesehatan

Dalam melakukan upaya pendidikan kesehatan, maka diperlukan strategi pendidikan yang efektif, disesuaikan dengan masalah yang dihadapi. Strategi terdiri dari strategi umum dan strategi khusus. Strategi umum meliputi pendidikan kesehatan, komunikasi, pengembangan organisasi, pengorganisasian masyarakat, pengembangan kebijakan, advokasi, dan kolaborasi intersektoral. Adapun strategi khusus meliputi pemberdayaan masyarakat. Wilayah aksi promosi kesehatan meliputi penguatan aksi masyarakat, membangun kebijakan berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, mengembangkan keterampilan personal, dan reorientasi pelayanan kesehatan.

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



Gambar 10.3: Praktik Promosi Kesehatan diadaptasi dari Goodstadt, 1997
(Sumber: (Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI, 2006)

10.2.1 Pendidikan Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan

Strategi promosi kesehatan paripurna yang terdiri dari

(1) pemberdayaan, yang didukung oleh (2) bina suasana dan (3) advokasi, serta dilandasi oleh semangat (4) kemitraan. Pemberdayaan adalah pemberian informasi dan pendampingan dalam mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan, guna membantu individu, keluarga atau kelompok-kelompok masyarakat menjalani tahap-tahap tahu, mau dan mampu mempraktekkan PHBS. Bina suasana adalah pembentukan suasana lingkungan sosial yang kondusif dan mendorong diperaktikkannya PHBS serta penciptaan panutan-panutan dalam mengadopsi PHBS dan melestarikannya.

Sedangkan advokasi adalah pendekatan dan motivasi terhadap pihak-pihak tertentu yang diperhitungkan dapat mendukung keberhasilan pembinaan PHBS baik dari segi materi maupun non materi (Kementerian Kesehatan, 2019).

1. Pemberdayaan

Prinsipnya pemberdayaan masyarakat adalah menumbuhkan kemampuan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat bukan sesuatu yang ditanamkan dari luar. Pemberdayaan masyarakat adalah proses memampukan masyarakat dari oleh dan untuk masyarakat itu sendiri, berdasarkan kemampuan sendiri. Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan:

- a. Menumbuh kembangkan potensi masyarakat
- b. Mengembangkan gotong royong masyarakat
- c. Menggali kontribusi masyarakat
- d. Menjalin kemitraan
- e. Desentralisasi

Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek knowledge), dari tahu menjadi mau (aspek attitude) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek practice). Oleh sebab itu, sesuai dengan sasaran (klien)nya dapat dibedakan

adanya (a) pemberdayaan individu, (b) pemberdayaan keluarga dan (c) pemberdayaan kelompok/masyarakat.



Gambar 10.4: Ilustrasi Pemberdayaan Masyarakat (Sumber: m.lampost.co)

Indikator hasil pemberdayaan masyarakat terdiri dari:

1. Input

Input meliputi SDM, dana, bahan-bahan, dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat.

2. Proses

Proses, meliputi jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat, dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan.

3. Output

Output, meliputi jumlah dan jenis usaha kesehatan yang bersumber daya masyarakat, jumlah masyarakat yang telah meningkatkan pengetahuan dari perilakunya tentang kesehatan, jumlah anggota keluarga yang memiliki usaha meningkatkan pendapatan keluarga, dan meningkatnya fasilitas umum di masyarakat.

4. Outcome

Outcome dari pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan angka kelahiran serta meningkatkan status gizi kesehatan.

10.2.2 Bina Suasana

Bina Suasana adalah upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial di manapun ia berada (keluarga di rumah, organisasi siswa/mahasiswa, serikat pekerja/ karyawan, orang-orang yang menjadi panutan/idola, kelompok arisan, majelis agama dan lain-lain, dan bahkan masyarakat umum) menyetujui atau mendukung perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk memperkuat proses pemberdayaan, khususnya dalam upaya meningkatkan para individu dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan bina suasana.

Terdapat tiga kategori proses bina suasana, yaitu (a) bina suasana individu, (b) bina suasana kelompok dan (c) bina suasana publik.

1. Bina suasana individu dilakukan oleh individu-individu tokoh masyarakat. Dalam kategori ini tokoh-tokoh masyarakat menjadi individu-individu panutan dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan. Yaitu dengan mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan tersebut (misalnya seorang kepala sekolah atau pemuka agama yang tidak merokok). Lebih lanjut bahkan mereka juga bersedia menjadi kader dan turut menyebarluaskan informasi guna menciptakan suasana yang kondusif bagi perubahan perilaku individu.
2. Bina suasana kelompok dilakukan oleh kelompok-kelompok dalam masyarakat, seperti pengurus Rukun Tetangga (RT), pengurus Rukun Warga (RW), majelis pengajian, perkumpulan seni, organisasi Profesi, organisasi Wanita, organisasi Siswa/mahasiswa, organisasi pemuda, serikat pekerja dan lain-lain. Bina suasana ini dapat dilakukan bersama pemuka/tokoh masyarakat yang telah peduli. Dalam kategori ini kelompok-kelompok tersebut menjadi kelompok yang peduli terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan dan menyetujui atau mendukungnya. Bentuk dukungan ini dapat berupa kelompok tersebut lalu bersedia juga mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan, mengadvokasi pihak-pihak yang terkait dan atau melakukan kontrol sosial terhadap individu-individu anggotanya.

3. Bina suasana publik dilakukan oleh masyarakat umum melalui pengembangan kemitraan dan pemanfaatan media-media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, situs internet dan lain-lain, sehingga dapat tercipta pendapat umum. Dalam kategori ini media-media massa tersebut peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Dengan demikian, maka media-media massa tersebut lalu menjadi mitra dalam rangka menyebarluaskan informasi tentang perilaku yang sedang diperkenalkan dan menciptakan pendapat umum atau opini publik yang positif tentang perilaku tersebut. Suasana atau pendapat umum yang positif ini akan dirasakan pula sebagai pendukung atau “penekan” (social pressure) oleh individu-individu anggota masyarakat.

Adapun metode dalam strategi bina suasana antara lain:

1. Pelatihan
2. Konferensi pers
3. Dialog terbuka
4. Penyuluhan
5. Pendidikan
6. Pertunjukkan tradisional.
7. Diskusi meja bundar (Round table discussion)
8. Pertemuan berkala di desa
9. Kunjungan lapangan
10. Studi banding
11. Traveling seminar.

Untuk menjaga kelanggengan dan keseimbangan bina suasana diperlukan:

1. Forum komunikasi
2. Dokumen dan data yang up to date (selalu baru)
3. Mengikuti perkembangan kebutuhan masyarakat
4. Hubungan yang terbuka, serasi dan dinamis dengan mitra
5. Menumbuhkan kecintaan terhadap kesehatan

6. Memanfaatkan kegiatan dan sumber-sumber dana yang mendukung upaya pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat
7. Adanya umpan balik dan penghargaan

10.2.3 Advokasi

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (stakeholders). Pihak-pihak yang terkait ini berupa tokoh-tokoh masyarakat (formal dan informal) yang umumnya berperan sebagai narasumber (opinion leader), atau penentu kebijakan (norma) atau penyandang dana. Juga berupa kelompok-kelompok dalam masyarakat dan media massa yang dapat berperan dalam menciptakan suasana kondusif, opini publik dan dorongan (pressure) bagi masyarakat.



Gambar 10.5: Contoh Advokasi Kesehatan PHBS (Sumber: bangkatengahkab.go.id)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain agar membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkat sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan dapat berupa kebijakan–kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang–undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi dan sebagainya. Kegiatan advokasi ini ada bermacam–macam bentuk, baik secara formal atau informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin diharapkan dukungan

dari pejabat terkait. Kegiatan advokasi secara informal, misalnya mengunjungi pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal minta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, dana atau fasilitas lain. Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah para pejabat baik eksekutif dan legislatif di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan.

Ada 5 pendekatan utama dalam advokasi:

1. Melibatkan para pemimpin

Para pembuat undang-undang, mereka yang terlibat dalam penyusunan hukum, peraturan maupun pemimpin politik, yaitu mereka yang menetapkan kebijakan publik sangat berpengaruh dalam menciptakan perubahan yang terkait dengan masalah sosial termasuk kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu sangat penting melibatkan mereka semaksimum mungkin dalam isu yang akan diadvokasikan.

2. Bekerja dengan media massa

Media massa sangat penting berperan dalam membentuk opini publik. Media juga sangat kuat dalam memengaruhi persepsi publik atas isu atau masalah tertentu. Mengenal, membangun dan menjaga kemitraan dengan media massa sangat penting dalam proses advokasi.

3. Membangun kemitraan

Dalam upaya advokasi sangat penting dilakukan upaya jaringan, kemitraan yang berkelanjutan dengan individu, organisasi-organisasi dan sektor lain yang bergerak dalam isu yang sama. Kemitraan ini dibentuk oleh individu, kelompok yang bekerja sama yang bertujuan untuk mencapai tujuan umum yang sama / hampir sama.

4. Memobilisasi massa

Memobilisasi massa merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok-kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan mobilisasi dimaksudkan agar termotivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif.

5. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas disini dimaksudkan melembagakan kemampuan untuk mengembangkan dan mengelola program yang komprehensif dan membangun critical mass pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kelompok ini dapat diidentifikasi dari LSM tertentu, kelompok profesi serta kelompok lain.

Metode atau cara dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan itu semua ada bermacam-macam, antara lain:

1. Lobi Politik (political lobbying)

Lobi adalah bincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang dilaksanakan

2. Seminar / Presentasi

Seminar / presentasi yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan sektoral. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan diwilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya. Kemudian dibahas bersama-sama, yang akhirnya diharapkan memperoleh komitmen dan dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan tersebut.

3. Media

Advokasi media (media advocacy) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan mengumpulkan media, khususnya media massa.

4. Perkumpulan (asosiasi) Peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau interest terhadap permasalahan tertentu atau perkumpulan profesi, juga merupakan bentuk advokasi.

Advokasi adalah proses atau kegiatan yang hasil akhirnya adalah diperolehnya dukungan dari para pembuat keputusan terhadap program kesehatan yang ditawarkan atau diusulkan.

Oleh sebab itu, proses ini antara lain melalui langkah-langkah sebagai berikut:

a. Tahap persiapan

Persiapan advokasi yang paling penting adalah menyusun bahan (materi) atau instrumen advokasi.

b. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan advokasi sangat tergantung dari metode atau cara advokasi. Cara advokasi yang sering digunakan adalah lobi dan seminar atau presentasi.

c. Tahap penilaian

Seperti yang disebutkan di atas bahwa hasil advokasi yang diharapkan adalah adanya dukungan dari pembuat keputusan, baik dalam bentuk perangkat lunak (software) maupun perangkat keras (hardware). Oleh sebab itu, untuk menilai atau mengevaluasi keberhasilan advokasi dapat menggunakan indikator-indikator seperti di bawah ini:

a. Software (piranti lunak): misalnya dikeluarkannya:

- Undang-undang
- Peraturan pemerintah
- Peraturan pemerintah daerah (perda)
- Keputusan menteri
- Surat keputusan gubernur/bupati
- Nota kesepahaman (MOU), dan sebagainya

b. Hardware (piranti keras): misalnya:

- Meningkatnya anggaran kesehatan dalam APBN atau APBD
- Meningkatnya anggaran untuk satu program yang di prioritaskan
- Adanya bantuan peralatan, sarana atau prasarana program dan sebagainya.

5. Semangat Kemitraan

Kemitraan harus digalang baik dalam rangka pemberdayaan maupun bina suasana dan advokasi guna membangun kerjasama dan mendapatkan dukungan. Dengan demikian kemitraan perlu digalang antar individu, keluarga, pejabat atau instansi pemerintah yang terkait

dengan urusan kesehatan (lintas sektor), pemuka atau tokoh masyarakat, media massa dan lain-lain. Kemitraan harus berlandaskan pada tiga prinsip dasar, yaitu (a) kesetaraan, (b) keterbukaan dan (c) saling menguntungkan.

a. Kesetaraan

Kesetaraan berarti tidak diciptakan hubungan yang bersifat hirarkis. Semua harus diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada dalam kedudukan yang sama (berdiri sama tinggi, duduk sama rendah).

b. Keterbukaan

Setiap usul/saran/komentar harus disertai dengan alasan yang jujur, sesuai fakta, tidak menutup-nutupi sesuatu. Pada awalnya hal ini mungkin akan menimbulkan diskusi yang seru layaknya “pertengkaran”. Akan tetapi kesadaran akan kekeluargaan dan kebersamaan, akan mendorong timbulnya solusi yang adil dari “pertengkaran” tersebut.

c. Saling Menguntungkan

Solusi yang adil ini terutama dikaitkan dengan adanya keuntungan yang didapat oleh semua pihak yang terlibat. PHBS dan kegiatan-kegiatan kesehatan dengan demikian harus dapat dirumuskan keuntungan-keuntungannya (baik langsung maupun tidak langsung) bagi semua pihak yang terkait. Termasuk keuntungan ekonomis, bila mungkin.

6. Pendidikan Kesehatan di Sekolah

WHO mencanangkan lima strategi promosi kesehatan di sekolah, yang terdiri dari (Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI, 2006):

a. Advokasi

Kesuksesan program promosi kesehatan di sekolah sangat ditentukan oleh dukungan dari berbagai pihak. Guna mendapat dukungan tersebut, perlu ada upaya-upaya untuk menyadarkan berbagai pihak, seperti sektor terkait, donor, LSM nasional dan internasional, sehingga terjalin kemitraan untuk mengembangkan program promosi kesehatan di sekolah.

b. Kerjasama

Kerjasama dengan berbagai pihak sangat bermanfaat bagi penanggungjawab program kesehatan di sekolah karena mereka dapat belajar dan berbagi pengalaman tentang cara menggunakan berbagai sumberdaya yang ada, memaksimalkan investasi dalam pendidikan dan pemanfaatan sekolah untuk melakukan promosi kesehatan.

c. Penguatan kapasitas nasional

Berbagai sektor yang terkait harus memberikan dukungan untuk memperkuat program promosi kesehatan di sekolah. Salah satu bentuk dukungan yang diberikan adalah pengembangan kebijakan dan strategi nasional, menyusun rencana kegiatan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan di sekolah.

d. Penelitian

Penelitian merupakan salah satu komponen dari pengembangan dan penilaian program promosi kesehatan di sekolah yang akan dilakukan dan dikembangkan. Bagi sektor terkait penelitian merupakan akses untuk mengembangkan program promosi kesehatan di sekolah secara nasional, disamping untuk melakukan evaluasi peningkatan perilaku hidup sehat siswa sekolah. WHO telah mengembangkan Rapid Assessment and Planning Process (RAPP) untuk membantu melakukan penilaian kapasitas untuk pengembangan program promosi kesehatan di sekolah.

e. Kemitraan

WHO menganjurkan untuk menjalin kemitraan dengan berbagai organisasi pemerintah dan swasta untuk:

- Revitalisasi dan mendapatkan dukungan dari berbagai pihak untuk meningkatkan status kesehatan melalui sekolah
- Mengembangkan penelitian dan berbagi pengalaman dari berbagai negara maupun lokal tentang upaya-upaya yang telah dilakukan sekolah untuk mengembangkan promosi kesehatan di sekolah
- Mendorong mobilisasi guna meningkatkan kesehatan di sekolah.

Bab 11

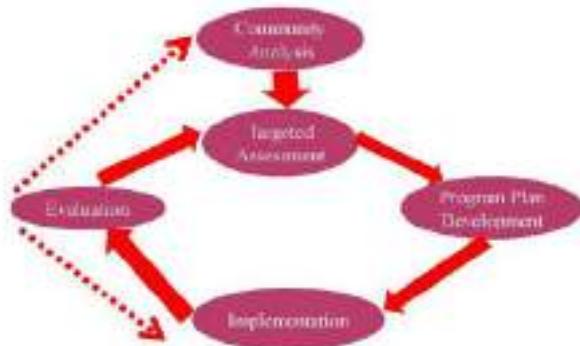
Strategi Promosi Kesehatan

11.1 Pendahuluan

Strategi promosi kesehatan sangatlah besar perannya dalam menentukan keberhasilan suatu program dan untuk menciptakan sumber daya manusia (SDM) yang berintegritas dan mempersiapkan generasi yang sehat. Keberhasilan promosi kesehatan (Promkes) tersebut memerlukan strategi yang lebih dinamis, solutif dan produktif dengan didasari oleh hasil kajian dari indentifikasi dan analisis penyebab masalah serta semua sektor harus ikut terlibat termasuk swasta dan masyarakat. Strategi promkes bertujuan untuk meningkatkan keberhasilan tingkat kesadaran, kemauan, kemampuan dan evaluasi diri, untuk hidup sehat bagi setiap orang agar tercipta derajat kesehatan masyarakat yang tinggi dan optimal. Maka daripada itu perlu pendekatan penyelesaian masalah berbasis masyarakat secara terpadu, berkesinambungan dan menyeluruh. Dalam rangka memajukan kesehatan masyarakat maka diperlukan strategi dalam pelaksanaan promosi kesehatan baik kepada pihak pemerintah, pihak swasta, tokoh masyarakat, dan khususnya kepada masyarakat.

Dalam menentukan strategi promosi kesehatan perlu memperhatikan beberapa hal diantaranya, target sasaran peserta (audiens), tujuan, media dan metode yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi tempat dilaksanakannya promosi kesehatan. Perlu diperhatikan juga penilaian atau evaluasi dari pelaksanaan

promosi kesehatan sebelumnya serta pengembangan model promosi kesehatan. Strategi promosi dapat direncanakan dengan mengikuti alur sebagai berikut.



Gambar 11.1: Perencanaan Program Promosi Kesehatan (Prabandari, 2017)

11.2 Strategi Menurut WHO

Berdasarkan rumusan dalam sidang WHO tahun 1994 strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari 3 hal, antara lain sebagai berikut.

11.2.1 Advokasi (Advocacy)

Advokasi adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang untuk mengajak orang lain supaya membantu dan mendukung usulan/ gagasan yang diinginkannya. Dalam konteks promosi kesehatan (PromKes), advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan (stakeholder, penyelenggara negara serta tokoh publik) di berbagai sektor, agar mau mendukung program kesehatan yang kita gagas atau ajukan (Hulu et al., 2020).

Dukungan yang diharapkan berupa tindak lanjut dengan mengeluarkan kebijakan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan atau surat instruksi maupun dukungan lain yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program seperti dana, sarana prasarana, Sumber Daya Manusia maupun yang lainnya. Kegiatan advokasi disampaikan secara formal maupun informal (Siswanto, 2017). Penyampaian secara formal seperti, presentasi atau penyajian hasil kajian, seminar tentang isu terkini atau gagasan program yang perlu

dimintakan dukungan dari para pejabat ataupun pihak yang terkait. Kegiatan advokasi secara informal seperti melakukan kunjungan kepada para pejabat ataupun pihak yang dianggap memiliki kekuatan ataupun kekuasaan yang bidangnya sesuai dengan program yang digagas, untuk secara informal meminta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, atau mungkin dalam bentuk dana atau fasilitas lain. Maka dari itu sasaran advokasi adalah para tokoh publik, pejabat publik baik eksekutif maupun legislatif, di berbagai tingkat dan sektor, yang terkait dengan masalah kesehatan (dengan kata lain sasaran tersier).

11.2.2 Dukungan Sosial (Social support)

Strategi dukungan sosial ini dilakukan di tingkat lokal untuk mencari dukungan dari masyarakat melalui tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat informal maupun formal. Dengan tujuan utamanya agar masyarakat bisa menerima program dari pelaksana program kesehatan sebagai penyelenggara layanan kesehatan dengan masyarakat melalui para tokoh masyarakat sebagai penghubungnya (Hulu et al., 2020). Dengan kata lain toma mensosialisasikan program kesehatan yang dipromosikan, supaya masyarakat mau menerima dan mau berpartisipasi terhadap program yang dipromosikan tersebut. Oleh sebab itu, strategi ini sangat bermanfaat untuk menciptakan suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Adapun bentuk kegiatan dukungan sosial yang dapat dilakukan antara lain: pelatihan para toma, seminar, lokakarya, bimbingan kepada toma, dan sebagainya. Dengan demikian maka sasaran utama bina suasana (dukungan sosial) adalah para tokoh masyarakat (toma) di semua berbagai tingkat daerah lokal (sasaran sekunder).

11.2.3 Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan masyarakat merupakan sebuah strategi promosi kesehatan yang kegiatannya langsung ditujukan kepada masyarakat. Dengan tujuan utamanya mewujudkan kemampuan masyarakat dalam menjaga serta meningkatkan kesehatan yang mengacu pada visi promosi kesehatan itu sendiri (Kasjono, Widayantoro dan Pujiyati, 2017). Strategi promosi kesehatan dengan pemberdayaan masyarakat ini juga bertujuan agar masyarakat mampu mengenali, memelihara, melindungi dan meningkatkan kualitas kesehatannya sehingga tercipta kemandirian masyarakat.

Ada beberapa model pemberdayaan masyarakat, diantaranya yaitu sebagai berikut.

1. Community leaders, sebuah sistem klasifikasi kepemimpinan telah terbukti menjadi pendekatan yang efektif untuk menyediakan model kepemimpinan yang sesuai secara kontekstual (Perkins, 1995). Misalnya, dalam menangani pengorganisasian komunitas yang dapat memberikan kejelasan pada banyak sudut pandang yang berbeda minat. Kepemimpinan komunitas memiliki karakteristik yang mirip dengan kepemimpinan opini di mana para pemimpin memengaruhi jaringan dan kontak, walaupun mereka tidak memiliki peran kepemimpinan formal sehingga pemberdayaan masyarakat dengan model kepemimpinan ini diharapkan dapat memberikan dampak yang baik untuk pencapaian tujuan kegiatan.
2. Community organizations, ketika tingkat kesadaran para pemimpin masyarakat dalam upaya memindahkan fase keterlibatan dan partisipasi atau mendirikan organisasi sponsorship untuk merencanakan dan mengatur dengan tepat untuk memberikan ketertiban, kejelasan dan struktur (Lamm dan Ph, 2017).
3. Community fund, setelah perencanaan yang memadai, untuk membangun hubungan yang terpenting adalah memanfaatkan reputasi dan sumber daya dalam merangsang keterlibatan lebih lanjut dan partisipasi. Dalam proses ini komunitas mencari partisipan sebanyak-banyaknya untuk keperluan pendanaan dalam melaksanakan program. Dalam hal ini pendanaan juga diperoleh dari hibah atau penghasilan lain (Susilowati, 2016).
4. Community material, untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan setiap daerah tentu memiliki potensi yang berbeda-beda. Misalnya, desa dekat dengan pabrik produksi (perusahaan) memiliki potensi untuk memberikan CSR untuk program kesehatan (Susilowati, 2016).
5. Community knowledge, setelah itu terbentuklah pengetahuan di masyarakat yang merupakan hasil dari penggabungan serta proses pada 4 tahap di atas. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan tentang penyakit, gizi dan makanan, perumahan dan sanitasi, serta

- semua hal yang ada dalam program untuk mencegah timbulnya gangguan kesehatan.
6. Community technology berkaitan dengan pemberdayaan teknologi di mana pada model pemberdayaan ini ada adopsi teknologi yang digunakan ataupun pengembangan teknologi sehingga dapat menghasilkan luaran yang berkualitas dan memiliki kemanfaatan serta adaptasi penggunaan teknologi.

Bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat ini diciptakan dengan berbagai bentuk kegiatan, antara lain: penyuluhan kesehatan, pengembangan dan pengorganisasian masyarakat dalam bentuk kelompok, iuran masyarakat bulanan, maupun pelatihan dalam meningkatkan kemampuan dan keterampilan menambah pendapatan keluarga (income generating skill). Dengan meningkatnya kemampuan ekonomi keluarga akan berdampak terhadap kemampuan dalam menjaga kesehatan mereka, seperti terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes, dan lain sebagainya yang merupakan program kesehatan berbasis masyarakat (Sulistyaningsih et al., 2020). Kegiatan semacam ini di kalangan warga sering disebut gerakan masyarakat (germas). Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah ujung tombak yang harus dilakukan secara terus-menerus dan berkesinambungan, dalam hal ini masyarakat sebagai sasaran primer.

11.3 Strategi Promosi Kesehatan menurut Piagam Ottawa

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa - Canada pada tahun 1986 menghasilkan piagam Ottawa (Ottawa Charter). Di dalam piagam Ottawa tersebut dirumuskan pula strategi baru promosi kesehatan, yang mencakup 5 butir, yaitu:

11.3.1 Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Health Public Policy)

Strategi promosi kesehatan ini ditujukan kepada para pemangku atau pembuat kebijakan, agar mereka mengeluarkan kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan bagi sektor kesehatan. Dengan perkataan lain, pembuatan peraturan, perundangan, surat keputusan dan sebagainya, selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan publik (Bahjuri et al., 2017). Contohnya, peraturan atau undang- undang yang mengatur tentang vaksinasi, penanggulangan wabah penyakit, dan lain sebagainya. Artinya, setiap aturan atau kebijakan yang dibuat oleh pejabat publik harus memperhatikan serta dapat menjaga kesehatan masyarakat.

11.3.2 Lingkungan yang mendukung (Supportive Environment)

Penyelenggaraan lingkungan yang mendukung ini ditujukan kepada semua pengelola tempat umum, termasuk pemerintah daerah, agar menyediakan sarana-prasarana atau fasilitas yang mendukung terciptanya perilaku hidup sehat. Fasilitas atau sarana-prasarana yang dapat berdampak baik pada kesehatan di tempat-tempat umum antara lain: tersedianya tempat sampah, tersedianya tempat buang air besar/kecil, tersedianya air bersih, tersedianya ruangan bagi perokok dan non-perokok, dan sebagainya. Maka dari itu para pengelola tempat umum seperti, stasiun kereta api, pasar, bandara, pelabuhan, terminal, pusat perbelanjaan dan tempat umum lainnya harus menyediakan sarana dan prasarana tersebut untuk mendukung dan memfasilitasi pengunjung agar berperilaku hidup sehat dan bersih (Öcal dan Önsüz, 2020).

11.3.3 Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service)

Dalam pelayanan kesehatan itu ada penyelenggara (provider) dan pengguna (consumer) sudah menjadi keadaan yang pasti yang telah diketahui masyarakat umum. Penyelenggara pelayanan kesehatan dalam hal ini diselenggarakan oleh pemerintah dan swasta, sedangkan masyarakat adalah sebagai pengguna atau konsumen dalam pelayanan kesehatan (Widiastuti, 2018). Pengertian seperti ini haruslah diorientasikan kembali, bahwasannya masyarakat bukanlah sekedar konsumen atau pemakai pelayanan kesehatan, tetapi haruslah juga sebagai

penyelenggara, dalam batas lingkup keluarga dan masyarakat sekitarnya. Realisasi dan reorientasi layanan kesehatan ini, yaitu penyelenggaraan pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun swasta harus melibatkan serta harus diberdayakan masyarakatnya agar mereka dapat berperan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan bukan hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan. Dalam hal ini meorientasikan pelayanan kesehatan peran promosi kesehatan sangat penting (Prabandari, 2017).

11.3.4 Keterampilan Individu (Personel Skill)

Derajat Kesehatan masyarakat yang tinggi akan tercipta dimulai dengan meningkatkan kesehatan setiap individu, keluarga sampai kelompok dimasyarakat. Oleh sebab itu, strategi keterampilan individu (personel skill) dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan sangatlah penting untuk diwujudkan. Sebagai langkah pertama dari upaya peningkatan keterampilan dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka ini salah satunya dengan memberikan pemahaman dan pengertian kepada anggota masyarakat tentang cara menjaga kesehatan secara individu, mengenal penyakit, mencegah penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas layanan kesehatan profesional, meningkatkan kesehatan, dan lain sebagainya yang mendukung kesehatan individu. Metode dan teknik pemberian pemahaman ini lebih bersifat individu daripada kepada kelompok dan memerlukan perlakuan berbeda kepada setiap individu (Mohebi et al., 2018).

11.3.5 Gerakan masyarakat (Community Action)

Gerakan atau kegiatan masyarakat ini bertujuan untuk visi promosi kesehatan yaitu mendukung terciptanya masyarakat yang mau dan mampu menjaga serta meningkatkan kesehatannya. Oleh karena itu, promosi kesehatan haruslah mendorong dan mendukung kegiatan di masyarakat dalam menciptakan kesehatan mereka yang optimal. Dengan adanya kegiatan masyarakat tersebut, perilaku yang kondusif untuk kesehatan menciptakan masyarakat yang mau dan mampu menjaga serta meningkatkan kesehatan mereka akan terwujud. Bentuk gerakan masyarakat ini dilaksanakan di semua tingkatan mulai dari penyelenggara negara, stakeholder, sampai masyarakat umum baik yang berada di perkotaan sampai ke pelosok desa (Indrayani dan Syafar, 2020).

11.4 Deklarasi Shanghai 2016

Di dalam Deklarasi Shanghai pada tahun 2016 tersebut dirumuskan 5 point penting dalam strategi promosi, diantaranya adalah sebagai berikut.

11.4.1 Kesehatan dan kesejahteraan sangat penting untuk mencapai pembangunan berkelanjutan

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah salah satu terobosan yang ditetapkan Kemenkes RI dalam upaya meningkatkan keberhasilan pembangunan kesehatan. Program ini merupakan program utama dalam pembangunan kesehatan yang berkelanjutan dengan sasarannya adalah seluruh rakyat Indonesia. Pengembangan program ini terus dilaksanakan melalui penerapan konsep pelayanan kesehatan dasar (primary health care)(Ferdiansyah, 2016). Pembangunan Indonesia berkisar di antara kedua teori pembangunan pertama dan keduanya pernah digunakan dalam perjalanan pembangunan pemerintah. Pembangunan pertama disebut “Teori Pembangunan yang Eropasentris”, dengan memandang negara-negara di Eropa sebagai gambaran ideal masyarakat yang maju. Kedua adalah “Teori pembangunan liberal” yang memandang kondisi perekonomian terbaik hanya dapat tercapai saat negara membiarkan masyarakat serta individu di dalamnya menggunakan sumber daya sebebas mungkin (Ayuningtyas, 2009).

11.4.2 Mempromosikan kesehatan melalui aksi pada semua SDGs

Penguatan upaya kesehatan dasar (primary health care) saat ini masih belum menjangkau seluruh penduduk, terutama di daerah tertinggal, terpencil, dan kepulauan. Pelayanan kesehatan dasar sangat diperlukan untuk pencapaian target Sustainable Development Goals (SDGs) 2030 dan Standar Pelayanan Minimum (SPM). Keberhasilan pelayanan kesehatan dasar yang utamanya promotif dan preventif akan mengurangi beban pelayanan lanjutan. Salah satu contohnya dengan menekankan puskesmas pada program promotif dan preventif (Gani et al., 2018).

11.4.3 Politik yang berani untuk kesehatan

Politik identik dengan pendekatan kebijakan yang merupakan bagian integral dari promosi kesehatan. Selain itu politik memerlukan kerja lintas sektor sebagai tulang punggungnya promosi kesehatan dengan prinsip “Kesehatan dalam Semua Kebijakan”. Strategi ini bertujuan untuk memasukkan kesehatan dalam pertimbangan pembuatan kebijakan di berbagai sektor yang memengaruhi kesehatan. Karena politik yang berwawasan kesehatan bertujuan untuk menciptakan infrastruktur dan lingkungan yang berkelanjutan dan mendukung gaya hidup sehat (Samara, Andersen dan Aro, 2019).

11.4.4 Tata kelola yang baik sangat penting untuk kesehatan

Tata kelola perangkat daerah bidang kesehatan di lingkungan pemerintah daerah masih perlu disinkronkan. Beberapa strategi untuk penguatan tata kelola manajemen kesehatan dan teknologi digital adalah memperkuat tata kelola Dinas Kesehatan dan membangun dan memperkuat sistem e-kesehatan (Wibisana, 2019). Peningkatan tata kelola didorong dengan adanya akreditasi, perampingan birokrasi serta tuntutan mutu pelayanan yang lebih baik.

11.4.5 Literasi kesehatan memberdayakan dan mendorong pemerataan

Literasi kesehatan sangat penting untuk mengembangkan pengetahuan terkait kesehatan, mengadopsi gaya hidup sehat dan mendapatkan layanan kesehatan (Siswati, Prayogi dan Olfah, 2021). Keberlangsungan kegiatan ini membutuhkan dukungan yang terus menerus dilakukan dan berkesinambungan serta penyediaan sarana penunjang program seperti jaringan dan ketersediaan akses untuk mendapatkan literasi kesehatan tersebut. Literasi kesehatan dewasa ini sudah banyak tersedia di berbagai media, tidak hanya melalui penyuluhan atau informasi dari petugas kesehatan dan puskesmas. Media literasi bisa berbentuk buku, konten digital, artikel kesehatan dan lain sebagainya.

11.5 Penerapan Strategi Promosi Kesehatan

Dalam penerapan strategi promosi kesehatan di lapangan, kita perlu melakukan analisis komunitas dari hasil evaluasi kegiatan sebelumnya. Tahapan perencanaan strategi dapat dilihat pada poin pendahuluan. Berikut adalah beberapa contoh kasus dan situasi dalam menerapkan strategi promosi.

11.5.1 Kasus Perencanaan Strategi Promosi Kesehatan

Promosi mengenai gerakan masyarakat hidup sehat dilakukan di daerah perkotaan dengan sasaran populasi yang individualis berbeda dengan sasaran yang berada di desa yang populasinya bersifat sosialis.

Perencanaan strategi promosi kesehatan yang dilakukan:

1. Evaluasi program sebelumnya, mencari tahu hasil kegiatan sebelumnya mengenai media yang digunakan, metode penyampaian, respon/tanggapan sasaran, dan lain sebagainya.
2. Analisis komunitas, diketahui sasaran berada di perkotaan maka perlu himbauan dari stakeholder sekitar dan melakukan bina suasana dengan melibatkan tokoh publik
3. Melakukan Advokasi untuk mencapai tujuan dari penerapan promosi kesehatan tersebut membutuhkan faktor-faktor yang dapat mendukung keberhasilannya. Seperti sumber daya yang memadai dan sesuai dengan kebutuhan, sumber daya yang dibutuhkan seperti halnya metode dan media yang tepat, serta beberapa sarana/prasarana yang dipakai dalam kegiatan promosi kesehatan diantaranya peralatan multimedia, komputer/laptop, dan lain- lain.
4. Melakukan Bina suasana sebagai upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk melakukan sesuatu apabila lingkungan sosialnya memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut.

Penerapan promosi kesehatan pada dasarnya menerapkan keseluruhan rancangan promosi kesehatan secara integratif, khususnya dengan memperhatikan kategori klien serta pada tatanan kelompok apa promosi kesehatan tersebut dilakukan. Konsep perubahan yang terjadi pada individu dan masyarakat juga dipengaruhi oleh kebijakan maupun perubahan organisasi, dan politik bahkan faktor ekonomi, maka lingkungan yang mendukung perubahan perilaku menjadi penting.

11.5.2 Contoh Strategi Promkes Pada Masa Pandemic

Pada saat pandemi, ada banyak sekali bentuk penerapan strategi promosi yang dilakukan. Beberapa diantaranya dideskripsikan sebagai berikut.

1. Kader Covid Cilik /KOCIL (Bina Suasana). Kader Covid Cilik atau KOCIL dilaksanakan di Desa Nusaherang kec. Nusaherang. Kegiatan ini merupakan sebuah program dengan membentuk sekelompok anak sekolah dasar sebagai duta kesehatan baik di sekolah maupun di lingkungan tempat tinggalnya. Kegiatan yang dilakukan oleh KOCIL ini dalam rangka mengkampanyekan pembiasaan perilaku hidup bersih dan sehat kepada teman-temannya melalui pembiasaan positif melakukan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Karena kegiatan ini dilakukan hanya kepada sekelompok anak yang kemudian anak tersebut mengkampanyekannya kepada orang lain, maka dari itu kegiatan ini termasuk dalam strategi promosi bina suasana. Tujuan dalam pembentukan KOCIL ini adalah mencegah terjadinya kasus Covid-19 di Desa Nusaherang terutama dikalangan anak-anak yang masih rentan terkena penyakit. Dalam hal ini KOCIL secara tidak langsung menggiatkan literasi kesehatan (pada strategi promosi Deklarasi Shanghai tahun 2016), melalui himbauan serta ajakan KOCIL dalam menerapkan PHBS. Hasilnya program ini mendapat antusiasme dari anak-anak yang tinggi karena sifat anak yang akan merasakan kebanggaan tersendiri jika terpilih sebagai kader, sehingga mereka bersemangat dalam mengkampanyekan PHBS tersebut.
2. Rumah Cegah Penularan Covid-19 (RUMPI). Kegiatan Rumah Cegah Covid-19 ini diimplementasikan dari mulai Kantor desa, tempat ibadah, pos kamling hingga ke rumah-rumah warga. Tujuan dari

Kegiatan yang digagas oleh Kel. KKNT desa Cimaranten ini adalah mampunya masyarakat dalam mencegah penularan Covid-19 (minimal di keluarganya sendiri) dengan menyediakan masker, handsanitaizer, tissue, ataupun membatasi tamu yang datang (jaga jarak, tidak bersentuhan, selalu memakai masker dll). Pada tingkat desa, promotor melakukan advokasi dengan kepala dan perangkat desa agar membatasi tamu atau pendatang dari luar desanya. Selain itu desa juga menyebarluaskan poster ajakan hidup sehat dan gerakan 3M, menyediakan tempat isolasi dan penjagaan akses keluar masuk desa. Dalam konteks ini, strategi promosi yang digunakan adalah advokasi serta gerakan masyarakat (Community Action) dalam upaya pencegahan penyakit.

3. Pelatihan pembuatan Makanan dan Minuman Sehat (Mie Bayam, Teh Sereh, Eueut Senja, dll). Pelatihan pembuatan makanan dan minuman sehat ini dilakukan oleh kelompok Kuliah Kerja Nyata Tematink (KKNT) mahasiswa S1-Kesehatan Masyarakat STIKKu. Ada beragam produk makanan dan Minuman Sehat yang dibuat oleh mahasiswa, seperti minuman Soft drink rempah (SoRe) dari Kel. Cirendang, Eueut Senja dari Desa Tinggar dan Makanan Bayam Mie (YamMie) dari Desa Babatan. Kegiatan pelatihan ini dilakukan dengan melibatkan serta mengajak seluruh masyarakat untuk mengikuti membuat minuman dan makanan tersebut. Sebagai bentuk pemberdayaan masyarakat, maka tujuan utama promotor adalah mengajak semua lapisan masyarakat meniru apa yang telah diajarkan kepada masyarakat secara langsung guna mendapatkan keterampilan individu pada strategi menurut deklarasi shanghai (2016). Hasil evaluasi yang dilaporkan, masyarakat senantiasa menyambut baik program yang dibawakan oleh mahasiswa dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari sebagai salahsatu cara untuk menjaga imunitas tubuh dan menjaga kesehatan disaat pandemi.
4. Kegiatan pembentukan Panitian Penggiling (Pemuda Penggerak Kesehatan Lingkungan). Kegiatan ini dilakukan bersama karang taruna Desa Sindanghayu, dengan tujuan tersedianya Sumber Daya

Manusia (SDM) untuk membantu pengelolaan sampah dan masyarakat yang peduli lingkungan. Hasilnya kegiatan ini mendorong masyarakat untuk lebih peduli terhadap lingkungan dimulai dari pengumpulan sampah penggabungan dan pemisahan sampah sesuai dengan jenisnya, sampai proses daur ulang. Kegiatan seperti ini termasuk kedalam strategi promosi kategori pemberdayaan masyarakat yang berbasis aksi pada semua SDG's pada strategi menurut deklarasi Shaanghai (2016).

5. Kegiatan promosi kesehatan mengenai pencegahan Covid-19 dan CTPS dengan media Powerpoint kepada anak Sekolah Dasar Negeri 2 Jambar. Kegiatan ini lebih bersifat mengajak sasaran untuk giat literasi kesehatan, karena bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang istilah mencegah lebih baik daripada mengobati dalam masa pandemi Covid-19. Materi yang diberikan diantaranya aspek PHBS, CTPS, menerapkan 5M (memakai masker, menjaga jarak, mencuci tangan dengan benar, menghindari kerumunan dan mengurangi mobilitas), serta melaksanakan program vaksinasi dalam rangka pencegahan Covid-19. Kegiatan ini berhasil menciptakan gerakan masyarakat yang menerapkan pencegahan penyakit yang kemudian menciptakan suasana lingkungan yang mendukung kesehatan.

Bab 15

Prinsip Dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan

15.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan keadaan di mana kondisi fisik dan mental dapat dikatakan seimbang. Menurut Undang-Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009 sehat atau kesehatan adalah keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial dan tidak hanya terbebas dari penyakit dan cacat, serta produktif secara ekonomi dan sosial. Proses peningkatan kesehatan masyarakat dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan. Pergeseran pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan dilakukan dengan cara pendekatan dari berbagai aspek, baik itu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Para pelaku pendidikan kesehatan telah berupaya dalam memberikan informasi kesehatan melalui berbagai macam media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat. Informasi kesehatan tersebut bertujuan agar masyarakat dapat berperilaku hidup bersih dan sehat sehingga kesehatan dapat terjaga. Namun pada kenyataannya, perilaku hidup bersih dan sehat tersebut masih sangat sulit dicapai sehingga peran promosi kesehatan masih sangat dibutuhkan dimasyarakat.

Berdasarkan hasil studi yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan para ahli pendidikan kesehatan, mendapatkan hasil bahwa

pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, tetapi praktik mereka masih rendah. Hal ini berarti bahwa perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan tidak diimbangi dengan peningkatan atau perubahan perilakunya. Sebagai contoh, berdasarkan penelitian-penelitian yang telah dilakukan yaitu mendapatkan hasil sebesar 80% masyarakat mengetahui cara mencegah penyakit demam berdarah dengan melakukan 3 M (menguras, menutup, dan mengubur) barang-barang yang dapat menampung air, tetapi hanya 35% dari masyarakat tersebut yang benar-benar melakukan atau mempraktikkan 3 M (Notoatmodjo, 2010). Selain ini dapat dicontohkan pula kebiasaan merokok di masyarakat yang mana masyarakat sudah sangat paham mengenai bahaya merokok namun tidak sesuai dengan perilaku yang masih merokok. Pelaksanaan promosi kesehatan juga sejalan dengan program pemerintah yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan yaitu PHBS atau perilaku hidup bersih dan sehat. Program tersebut merupakan program yang sangat terkait dengan kegiatan promosi kesehatan di mana masyarakat diharapkan mampu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.

15.2 Promosi Kesehatan

Menurut WHO, promosi kesehatan merupakan suatu proses atau suatu upaya pemberdayaan masyarakat untuk dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya. 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.

Berdasarkan definisi tersebut maka pelaksanaan promosi kesehatan memiliki tujuan-tujuan, antara lain:

1. Mensosialisasikan program-program kesehatan
2. Mewujudkan masyarakat yang berbudaya hidup bersih dan sehat
3. Mewujudkan gerakan hidup sehat untuk menuju daerah yang sehat dan MDG's
4. Meningkatkan derajat kesehatan di masyarakat

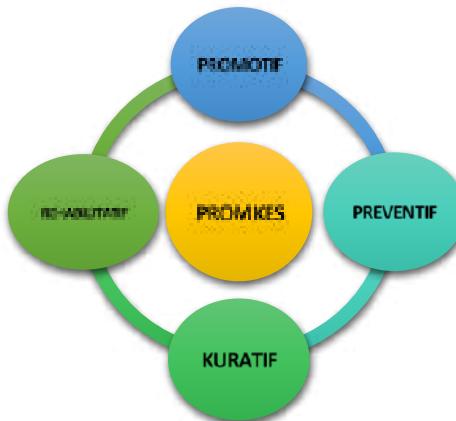
Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan RI No.36 Tahun 2009" disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah "Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi". Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan "Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2010).

15.2.1 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan didasarkan atas berbagai aspek, salah satunya yaitu aspek pelayanan kesehatan. Pada deklarasi Alma Ata (1978) menghasilkan konsep Pelayanan Kesehatan dasar (Primary Health Care), yang meliputi: (1) Acute primary care; (2) Health education; (3) Health promotion; (4) Disease surveillance and (5) monitoring; Community Development. Kategori upaya-upaya seperti hal tersebut dibagi menjadi 4 tingkat pelayanan dan menyebutnya sebagai fungsi kedokteran (Tones and Green, 2004)

1. Peningkatan derajat kesehatan (health promotion)
2. Pencegahan penyakit (prevention of disease)
3. Perawatan/pengobatan penyakit (curation of disease)
4. Pemilihan dari sakit (rehabilitation)

Gambaran berbagai ruang lingkup promosi kesehatan dari aspek pelayanan kesehatan mencakup 4 hal yang tersaji pada gambar 15.1



Gambar 15.1: Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Pelayanan Kesehatan

1. Promotif

Pada lingkup promotif, sasaran promosi kesehatan yaitu masyarakat atau kelompok dengan keadaan sehat. Tujuan dari lingkup ini yaitu agar sasaran mampu meningkatkan kesehatannya. (Notoatmodjo, 2010) mengatakan dalam suatu survei di negara-negara berkembang, suatu populasi yang dikatakan sehat sebesar 80% - 85%. Apabila populasi tersebut tidak mendapatkan promosi kesehatan mengenai bagaimana cara memelihara kesehatan maka populasi tersebut akan menurun jumlahnya dan populasi yang sakit dapat meningkat jumlahnya.

2. Preventif

Pada lingkup preventif, sasaran promosi kesehatan yaitu kelompok orang sehat yang berisiko tinggi. Sebagai contoh yaitu kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas (kegemukan), para pekerja seks, dan sebagainya. Tujuan utama dari promosi kesehatan ini yaitu untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak terkena sakit (primary prevention)

3. Kuratif

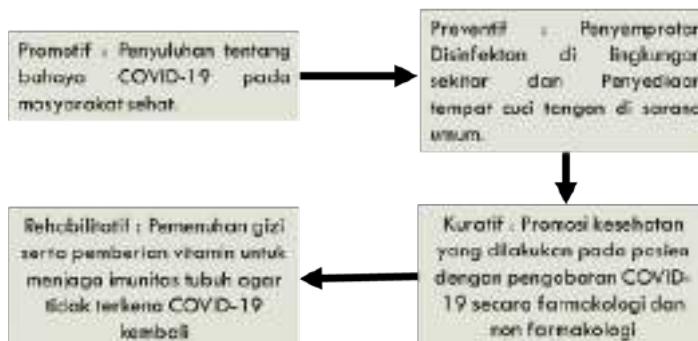
Pada lingkup kuratif, sasaran promosi kesehatan yaitu individu atau kelompok dalam keadaan sakit, terutama individu atau kelompok

dengan penyakit-penyakit kronis seperti: asma, diabetus melitus (gula), tubercolosis, rematik, hipertensi, dan sebagainya. Tujuan promosi kesehatan pada lingkup kuratif ini yaitu agar sasaran mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (secondary prevention) atau mencegah keberlanjutan penyakit yang sedang dialami.

4. Rehabilitatif

Promosi kesehatan pada lingkup ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat penyakitnya (tertiary prevention). Pada lingkup rehabilitatif, sasaran promosi kesehatan yaitu kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada lingkup ini adalah agar sasaran dapat segera pulih kesehatannya dan atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin akibat penyakit yang diderita.

Pada era pandemi COVID-19, aplikasi ruang lingkup promosi kesehatan dari aspek pelayanan kesehatan dapat digambarkan sesuai gambar 15.2



Gambar 15.2: Contoh Skema Penerapan Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

15.3 Prinsip Pelaksanaan Promosi Kesehatan

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

1. Adanya sasaran yang tepat.
2. Keaktifan masyarakat
3. Pemberdayaan masyarakat

15.3.1 Adanya Sasaran Yang Tepat

Sasaran merupakan bagian awal yang terpenting dalam sebuah pelaksanaan promosi kesehatan. Menentukan sasaran tergantung dari bagaimana isi dari promosi kesehatan yang dilakukan. Sasaran yang tepat akan meningkatkan keberhasilan dari sebuah tujuan. Sasaran promosi kesehatan dapat dilakukan di keluarga, fasilitas pelayanan kesehatan, tempat kerja, sekolah dan tempat umum.

1. Prinsip Promosi Kesehatan di Keluarga

Prinsip yang harus diperhatikan dalam sasaran keluarga yaitu pemberian promosi kesehatan harus lebih spesifik sehingga pelaksanaannya diharapkan akan lebih efektif karena fokus pada satu keluarga sebagai satu sasaran, promosi kesehatan yang dilakukan harus dapat merubah perilaku pada masing-masing anggota keluarga, pelaksanaan promosi kesehatan harus mampu menyesuaikan diri dengan aturan yang terdapat dalam suatu keluarga agar promosi kesehatan dapat diterima dengan baik.

2. Prinsip Promosi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai prinsip-prinsip dasar antara lain: 1) ditujukan untuk individu yang memerlukan pengobatan dan atau perawatan, pengunjung, keluarga pasien; 2) memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga atas masalah kesehatan yang diderita pasien; 3) memberdayakan pasien dan

keluarga dalam kesehatan; 4) menerapkan “proses belajar” di fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Prinsip Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa promosi kesehatan di tempat kerja dapat dilakukan oleh pimpinan perusahaan atau pihak lain yang terkait agar karyawan atau pekerjanya dapat berperilaku sehat. Dalam ruang lingkup tempat kerja, promosi kesehatan juga mempunyai prinsip-prinsip, diantaranya:

a. Komprehensif,

Tujuan yang ingin dicapai harus disamakan dengan sasaran yaitu berkembangnya tempat kerja yang sehat, aman dan nyaman sehingga dengan lingkungan kerja yang mendukung diharapkan terjadi perubahan perilaku individu dan kelompok kearah yang positif sehingga lingkungan dapat terjaga agar tetap sehat.

b. Partisipasi

Para peserta atau sasaran promosi kesehatan hendaknya terlibat secara aktif mengidentifikasi masalah kesehatan yang dibutuhkan untuk pemecahan masalah kesehatan dan meningkatkan kondisi lingkungan kerja yang sehat. Pelaksanaan promosi kesehatan ini bertujuan agar para pekerja dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam merubah gaya hidup dan mengembangkan kemampuan pencegahan dan peningkatan terhadap penyakit.

c. Keterlibatan berbagai sektor terkait

Kesehatan yang baik adalah hasil dari berbagai faktor yang mendukung. Berbagai upaya untuk meningkatkan kesehatan pekerja hendaknya harus melalui pendekatan yang terintegrasi yang baik.

d. Kelompok organisasi masyarakat

Program pencegahan dan peningkatan kesehatan hendaknya melibatkan semua anggota pekerja. Kebutuhan promosi kesehatan dengan melibatkan berbagai organisasi masyarakat yang mempunyai pengalaman atau tenaga ahli dalam membantu mengembangkan promosi kesehatan di lingkungan kerja.

e. Berkesinambungan atau Berkelanjutan

Promosi kesehatan di tempat kerja yang berhubungan erat dengan kesehatan dan keselamatan kerja mempunyai arti penting pada lingkungan tempat kerja dan aktivitas manajemen sehari-hari. Program promosi kesehatan dan pencegahan hendaknya terus menerus dilakukan dan memiliki tujuan jangka panjang. Apabila pelaksanaan promosi kesehatan di tempat kerja ingin lebih baik maka program promosi kesehatan hendaknya sesuai dan responsif terhadap kebutuhan pekerja dan masalah yang berhubungan dengan kondisi lingkungan kerja.

1. Prinsip Promosi Kesehatan di Sekolah

Peran guru dalam pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah sangatlah penting. Sekolah merupakan tempat di mana perpanjangan tangan keluarga yang artinya sekolah merupakan tempat lanjutan untuk mendasari dasar-dasar perilaku anak, termasuk perilaku kesehatan. Promosi kesehatan di sekolah juga memiliki prinsip, diantara yaitu:

- a. Melibatkan semua pihak yang berkaitan dengan masalah kesehatan sekolah yaitu guru, peserta didik, orangtua dan para tokoh masyarakat maupun organisasi-organisasi di masyarakat. Sebagai contoh, guru memperoleh pelatihan-pelatihan tentang kesehatan dan promosi kesehatan yang cukup, selanjutnya guru tersebut akan meneruskan kepada murid-muridnya.
- b. Memberikan pendidikan kesehatan sekolah melalui kurikulum yang mampu meningkatkan sikap dan perilaku peserta didik yang positif terhadap kesehatan serta dapat mengembangkan berbagai ketrampilan hidup yang mendukung kesehatan fisik, mental dan sosial, mengupayakan agar sekolah mempunyai akses untuk dilaksanakannya pelayanan kesehatan di sekolah, seperti diagnosa dini penyakit, imunisasi serta pengobatan sederhana.

1. Prinsip Promosi Kesehatan di Tempat Umum

Sebagai lingkup yang sangat luas, ditempat-tempat umum juga perlu dilaksanakan promosi kesehatan. Tempat umum merupakan sarana yang dilalui oleh banyak orang sehingga dapat dikatakan bahwa

sasaran dari kegiatan promosi kesehatan ini juga tidak tetap. Misalnya di tempat-tempat umum seperti mall, stasiun, pasar dan lain-lain maka penerapan yang paling efektif adalah dengan memanfaatkan media berupa poster, spanduk, dan lain-lain. Dengan ini maka orang-orang yang saat itu berada di tempat itu akan membaca dan mencoba memahami apa isi pesan yang ada.

15.3.2 Keaktifan Masyarakat

Masyarakat harus terlibat aktif demi tercapai tujuan dari promosi kesehatan yang dilakukan. Masyarakat harus aktif, dikarenakan upaya pemberdayaan tersebut adalah upaya dari, oleh, dan untuk masyarakat sendiri.

15.3.3 Pemberdayaan Masyarakat

Notoatmodjo (2010) mengatakan apabila dilihat dari perkembangan adopsi pemberdayaan ke dalam konsep promosi kesehatan, terdapat beberapa tonggak pencapaian sebagai berikut:

Piagam Ottawa (1986) menyatakan bahwa "partisipasi adalah elemen utama dalam definisi promosi kesehatan". Pada saat yang sama berkembang pendekatan gerakan "kota sehat" dengan pendekatan promosi kesehatan.

Wallerstein (1994) menyatakan bahwa pendidikan pemberdayaan masyarakat diadopsi untuk meningkatkan efektivitas pendidikan kesehatan.

Wallerstein (1992) mengatakan pemberdayaan diadopsi ke dalam promosi kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan efektivitas program, dan menjaga kelestarian (sustainability) program.

Deklarasi Jakarta (1997) berbunyi bahwa keberdayaan dari individu-individu sebagai tujuan dari promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah upaya meningkatkan kemampuan individu untuk mengontrol tingkah laku dan lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan. Pemberdayaan dapat dilihat sebagai upaya promosi kesehatan.

Berikutnya Nutbeam (1998) mengatakan bahwa pemberdayaan adalah inti dari promosi kesehatan.

Tujuan pemberdayaan adalah membantu klien memperoleh kemampuan untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan yang

terkait dengan diri mereka, termasuk mengurangi hambatan pribadi dan hambatan sosial dalam pengambilan tindakan. Pemberdayaan dilakukan melalui peningkatan kemampuan dan rasa percaya diri untuk menggunakan kemampuannya, diantaranya melalui pendayagunaan potensi lingkungan.

Menurut Suyono paling tidak ada tiga syarat dalam proses pemberdayaan masyarakat, yaitu:

1. Kesadaran, kejelasan serta pengetahuan tentang apa yang akan dilakukan.
2. Pemahaman yang baik tentang keinginan berbagai pihak (termasuk masyarakat) tentang hal-hal apa, di mana, dan siapa yang akan diberdayakan.
3. Adanya kemauan dan keterampilan kelompok sasaran untuk menempuh proses pemberdayaan.

Hubley (2002) mengatakan bahwa pemberdayaan kesehatan (health empowerment), melek (sadar) kesehatan (health literacy) dan promosi kesehatan (health promotion) diletakkan dalam kerangka pendekatan yang komprehensif. Pemberdayaan didiskusikan dalam kerangka bagaimana mengembangkan kemampuan penduduk untuk menolong dirinya sendiri (self-efficacy) dari teori belajar sosial. Health literacy merupakan kondisi tingkat pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan

Freira (dalam Hubley 2002) mengatakan bahwa pemberdayaan adalah suatu proses dinamis yang dimulai dari di mana masyarakat belajar langsung dari tindakan. Pemberdayaan masyarakat biasanya dilakukan dengan pendekatan pengembangan masyarakat. Pengembangan masyarakat biasanya berisi bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuannya serta bagaimana meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengambilan keputusan.

Perwujudan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui proses yang terdiri dari lima pendekatan, yaitu: pemberdayaan, pengembangan kelompok kecil, pengembangan dan penguatan pengorganisasian masyarakat, pengembangan dan penguatan jaringan antarorganisasi, dan tindakan politik. Strategi pemberdayaan meliputi: pendidikan masyarakat, fasilitasi kegiatan yang berasal dari masyarakat, mendorong tumbuhnya swadaya masyarakat sebagai pra-syarat pokok tumbuhnya tanggung jawab sebagai anggota masyarakat (community responsibility), fasilitasi upaya mengembangkan jejaring antarmasyarakat, serta advokasi kepada pengambil keputusan (decision

maker). Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa evaluasi pemberdayaan masyarakat dapat berlangsung lama atau pemberdayaan baru dapat tercapai setelah beberapa tahun setelah kegiatan promosi kesehatan berakhir. Berdasarkan hal tersebut, evaluasi lebih tepat diarahkan pada proses pemberdayaannya daripada hasilnya.

Hal-hal yang dapat dievaluasi dalam pemberdayaan, di antaranya:

1. jumlah anggota masyarakat yang berpartisipasi dalam kegiatan
2. jumlah kegiatan yang bersifat pendekatan dari bawah (bottomup)
3. jumlah pelaku kegiatan yang merasa melakukan belajar sambil bekerja (learning by doing).

Daftar Pustaka

- Abraham, K. S. (1977) Communication Everyday Use. Rinehart Press. San Fransisco. Hal. 95-118
- Achmadi, U. F. (2013) Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Adams, J. S. et al (1960) Research Principels and Practice in Visual Communication. John Ball and Francis C.Byrmes. Hal. 27-39
- Adventus, Jaya, I. M. M. and Mahendra, D. (2019) Buku Ajar Promosi Kesehatan, Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.
- Agee, Warren, P. H. A. and E. E. (1977) Introduction to Mass Communication. Harper & Row Publisher. New York. Hal. 126-`139
- Agustini, A. (2014). Promosi kesehatan: Deepublish.
- Ali, H. Z. and SKM, M. B. A. (2010) ‘Pengantar keperawatan keluarga’, in. EGC.
- Ambarwati, E. R. (2012). Promosi Kesehatan dalam Perspektif Ilmu Kebidanan.
- Andriani AS, Mahsyar, Abdul & Malik,Ihyani. (2020). Implementasi Kebijakan Kesehatan Masyarakat dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi (Studi Kasus di Kabupaten Bulukumba dan Takalar). JPPM: Journal of Publik Policy and Management. Vol.1.No.1 : 22-28
- Asriwati. (2021). PENGERTIAN, TUJUAN DAN PERAN STRATEGIS KOMUNIKASI KESEHATAN. In Komunikasi Kesehatan. Widina Bhakti Persada.

- Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Journal Critical public health*, 22(1), 99-105.
- Ayuningtyas, D. (2009) "Politik Pembangunan dan Kebijakan Privatisasi Pelayanan Kesehatan," *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 11(02), hal. 72–79. doi: <https://doi.org/10.9774/jmk.13.1.61-75>.
- Bahjuri, P. et al. (2017) "Modul Sinkronisasi RPJMD-RPJMN Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat," hal. 129.
- Bambang, H. (2011) *Promosi Kesehatan Sejarah dan Perkembangannya di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Beal, T. et al. (2018) 'A review of child stunting determinants in Indonesia', *Matern Child Nutr.*, 14, pp. 1–10. doi: 10.1111/mcn.12617.
- Bensley, Robert J, J. B.-F. (2009). Metode Pendidikan Kesehatan Masyarakat. EGC Penerbit Buku Kedokteran, Hal 56-57
- Berlo, D. K. (1960) *The Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice*. Holt. Rinehart and Winston, New York. Hal. 138-140
- Book, C. L. (1980) *Human Communication: Principles, Contexts and Skills*. St, Martin's Press. New York. Hal. 37-48
- Brehm, J. and Rahn, W. (1997) 'Individual-Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital', *American Journal of Political Science*, 41(3), p. 999. doi: 10.2307/2111684.
- Brwon, J. w. R. B. L. and F. F. H. (1959) *A-V Instruction Materials and Methods*, McGraw-Hill Book Comapny, Inc. New York. Hal. 45-48
- Byrnées, F. . (1965) *Communication (Reading Material)*. The International Rice Research Institute. Los Banos-Philip-pines. Hal. 55-59
- Cangara, H. (1996) *Ilmu Komunikasi dalam Lintasan Sejarah dan Filsafat. Karya Anda*. Surabaya. Hal. 60-64
- Cangara, H. (2004). Pengertian Ilmu Komunikasi. Raja Grafindo Persada.
- Cangara, H. (2008) *Pengantar Ilmu Komunikasi Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.

- Chambers, R. (1994) ‘The Origins and Practice of Participatory Rural Appraisal’, *World Development*, 22(7), pp. 953–969. doi: 10.1016/0305-750X(94)90141-4.
- Cho, H., & Salmon, C. T. J. J. o. c. (2007). Unintended effects of health communication campaigns. 57(2), 293-317.
- Cicich, L. H. M. (2011) ‘Pengaruh perilaku ibu terhadap status kesehatan anak baduta di Provinsi Jawa Tengah’, *Sari Pediatri*, 13(1), pp. 41–48.
- Condon, J. C. J. (1996) Semantics and Communication. The MacMillan Company. London. Hal. 77
- DeFleur, M. L. (1982) Theories of Mass Communication. Longman, ondon. Hal. 22
- DeVito, J. A. (1982) Communicology: An Introduction to the study of Communication. Haper & Row, Publishers. New York. Hal. 22
- Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. (2020.) Rencana Aksi Program P2P 2020-2024. Jakarta. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- Dr. Fatmah, S. Ms. (2014) Media Komunikasi, Informasi Dan Edukasi Gizi. Jakarta. Hal. 13-20
- East, M. and A. C. (1959) Display for Learning, Making and Using Visual Materials, The Dryden Press. New York. Hal. 143-145
- Effendy N. (2003) Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat. Edisi. ke-2. Jakarta: EGC
- Effendy, O. U. (2002). Ilmu Komunikasi Teori Dan Praktek. PT Remaja Rosdakarya.
- Erwin Setyo, K. (2012) ‘Konsep, Proses, dan Aplikasi dalam Pendidikan Kesehatan’, Yogyakarta: FIK UNY, pp. 4–5.
- Ewles, Linda, I. S. (1994). Promosi Kesehatan, Gajah Mada Univ. Press, Hal 10-11
- Fahrudin, A. and Artyasa, U. S. (2011) Pemberdayaan, Partisipasi dan Penguatan Kapasitas Masyarakat. Bandung: Humaniora.
- Fatmah. (2014). Teori dan Penerapan Media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Gizi, Hal 110-11

- Fauziah, A. et al. (2017) ‘Applying Empowerment Approach In Community Development’, Jurnal Universiti Tun Hussein Onn Malaysia, Johor, Malaysia, (November), pp. 503–509. Available at: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/icss/article/view/2359>.
- Ferdiansyah, D. (2016) “Metode Pendekatan Keluarga, Terobosan Baru dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia,” Farmasetika.com (Online), 1(4), hal. 5. doi: 10.24198/farmasetika.v1i4.10368.
- Fitriani, S., (2011). Promosi Kesehatan: Yogyakarta: Graha Ilmu
- Francois, W. M. (1977) Intoduction to Mass Communication and Mass Media. Grid Inc. Columbus-Ohio. Hal. 38-45
- Gani, A. et al. (2018) Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas. Diedit oleh L. Komariah dan N. Imani. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas.
- Graeff, Judith A, John P. Elder, E. M. B. (1996). Komunikasi untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku. Gadjah Mada Unibversity Press, Hal 6-7
- Green, L. W. and Kreuter, M. W. (2005) Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th edn. New York: McGraw-Hill.
- Harahap, R. A. (2016) ‘Pengaruh faktor predisposing, enabling dan reinforcing terhadap pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi di Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan Sinembah Kabupaten Rokan Hilir’, Jurnal JUMANTIK, 1(1), pp. 79–103.
- Harahap, R. A., & Putra, F. E. (2019). Buku Ajar Komunikasi Kesehatan. PRENADAMEDIA GROUP.
- Harahap, R. agustina and Putra, F. eka (2019) Buku ajar Komunikasi Kesehatan. Jakarta: PRENADA MEDIA GRUP.
- Hasnidar et al (2020) Ilmu Kesehatan Masyarakat. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Heaver, R. (1992) ‘Participatory Rural Appraisal: Potential Applications in Family Planning, Health and Nutrition Programmes’, RRA Notes, (16), pp. 13 – 21.
- Hedebro, G. (1982) Communication and Social Change in Developing Nation: A Critical View. The Iowa State University Press. Ames. Hal. 76-77

- Heinich, R. et al (1982) *Instructional Media and The New Technologies of Instruction* John Wiley & Sons. New York. Hal. 173-183
- Hikmat, H. (2013) *Strategi Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung: HUmaniora Utama Press.
- Hubley (2002) "Health Empowerment, Health Literacy and Health Promotion"— Putting it All Together
- Hulu, Victor Trismanjaya. et all. (2020). *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Medan . Yayasan Kita Menulis
- Husaini and Marlinae, L. (2016) *Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Banjarbaru: Zukzez Express Banjarbaru.
- Indrayani, T. and Syafar, M. (2020) *Promosi Kesehatan Untuk Bidan*. Banten: CV.AA.Rizky.
- Indrayani, T. dan Syafar, M. (2020) *Promosi Kesehatan Untuk Bidan*. Diedit oleh K. Ikhwan. Serang: CV. AA. RIZKY.
- Irwan (2017) *Etika dan Perilaku Kesehatan*. I. Yogyakarta: Absolute Media.
- Jackson, T., Mitchell, S. and Wright, M. (1989) 'The Community Development Continuum', *Community Health Studies*, 13(1), pp. 66–73. doi: 10.1111/j.1753-6405.1989.tb00178.x.
- James.C., M. (1979) *An Introduction to Interpersonal Communication*. Addison-Wesley Publishing Company, Massa-chusetss. Hal. 155-160
- Josef, Francisca M & Afiatin,Tina. (2010). Partisipasi dalam Promosi Kesehatan pada Kasus Penyakit Demam Berdarah (DB) Ditinjau dari Pemberdayaan Psikologis dan Rasa Bermasyarakat. *Jurnal Psikologi*. Vol 37. No 1 : 65-81
- Kasjono, H. S., Widayantoro, W. dan Pujiyati, N. E. (2017) "Model Pemberdayaan Masyarakat Dalam Melaksanakan 5 Pilar STBM Di Sorowajan Bantul," *AKSIOLOGIYA : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(2), hal. 142. doi: 10.30651/aks.v1i2.938.
- Keleher Helen, Colin MacDougall, B. M. (2007) *Understanding Health Promotion*. Melbourne: Oxford University Press.

- Kemenkes RI (2015) ‘Permenkes No. 74 th 2015’, pp. 1–14. Available at: <http://promkes.kemkes.go.id/permenkes-no74-tahun-2015-tentang-upaya-peningkatan-dan-pencegahan-penyakit>.
- Kementerian Kesehatan (2019) Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah KEsehatan, Penerbit Buku Kedokteran.
- Kemp, J. old E. (1982) Planning and Producing Audio-Visual Materials, Crowell Harper & Row, Publishers. New York. Hal. 140-148
- Kieffer, R. E. de and L. W. C. (1962) Manual of Audio-Visual Techniques, Prentice-Hall Inc. Hal. 78-79
- Kinder, J. (1959) Audi- Visual Materials and Techniques. American Book Co, New York. Hal. 90-93
- Knapp, M. L. (1972) Nonverbal Communication in Human Interaction. Holt. Rinehart and Winston,Inc. New York. Hal. 56-78
- Kumar, Sanjiv & Preetha GS. (2012). Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. Indian Journal of Community Medicine. Vol 37. Issue 1 : pg 5-12
- Kurniawan, A. R. (2014). Total Marketing. Kobi, Hal 35-45
- Labonte, R. (1994) ‘Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice’, Health Education & Behavior, 21(2), pp. 253–268. doi: 10.1177/109019819402100209.
- Lamm, K. W. dan Ph, D. (2017) “Community Leadership : A Theory-Based Model,” (July), hal. 118–133. doi: 10.12806/V16/I3/T2.
- Laverack, G. (2001) ‘An Identification and Interpretation of the Organizational Aspects of Community Empowerment’, Community Development Journal, 36(2), pp. 134–145. doi: 10.1093/cdj/36.2.134.
- Laverack, G. (2006) ‘Improving Health Outcomes Through Community Empowerment: A Review of the Literature’, Journal of Health, Population and Nutrition, 24(1), pp. 113–120. doi: 10.3329/jhpn.v24i1.754.
- Laverack, G. (2020). AZ Promosi Kesehatan: Airlangga University Press.
- Liliweri, A. (2009). Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan. Pustaka Pelajar.
- Liliweri, A. (2011). Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan. Pustaka Pelajar.

- MacBride, S. (1980) *Many Voices One World*. UNESCO, New York. Hal. 129–135
- Machfoedz, I. and Suryani, E. (2003) Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan. *Fitramaya*.
- Mardiana, T., Heriningsih, S. and Sleman, W. K. (2018) ‘Menciptakan Peluang Usaha Ecoprint Berbasis Potensi Desa Dengan Metode Rra dan Pra’, Prosiding Konferensi Pendidikan Nasional, pp. 282–288.
- Marhaeni, F. (2009) Ilmu komunikasi teori dan praktik. Jogjakarta: Graham Ilmu.
- Massie, Roy. G..A. (2009). Kebijakan Kesehatan: Proses, implementasi, Analisis dan Penelitian. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 12 No. 4 : 409–417*
- Maulana, H. D. . (2009a) Promosi Kesehatan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Maulana, H.D.J., (2009). Promosi kesehatan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- McQuail, D. and S. W. (1981) *Communication Models for the Study of Mass Communication*. Longman, London. Hal. 73
- Minor, E. and H. R. . (1970) *Techniques for Producing Visual Instructional Media*, McGraw-Hill, Kogakusha, Ltd. Tokyo. Hal. 135
- Moekijat (2003) Teori komunikasi. Bandung: Mandar Maju.
- Mohebi, S. et al. (2018) “Social Support and Self - Care Behavior Study,” (January), hal. 1–6. doi: 10.4103/jehp.jehp.
- Mubarak, W. I. (2007) Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan. Yogyakarta: Renika Cipta.
- Mubarak, W. I. (2011). Promosi kesehatan untuk kebidanan.
- Mubarak, W. I. and Chayatin, N. (2009) ‘Ilmu kesehatan masyarakat: teori dan aplikasi’.
- Nawas Syarif (2021) Pendekatan Promosi Kesehatan. Available at: https://www.academia.edu/31694886/PENDEKATAN_PROMOSI_SEHATAN (Accessed: 3 January 2022).
- Noorbaya, S., Johan, H. and Rahayu, S. (2018) Komunikasi kesehatan. Jogjakarta: Gosyen Publishing.

- Notoadmodjo, S. (2012). Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2013). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta.
- Notoatjomo, S. (2003). Ilmu Kesehatan Masyarakat; Prinsip-Prinsip Dasar, Hal 30-31
- Notoatjomo, S. (2010). Promosi kesehatan Teori dan Aplikasi, Hal 17-18
- Notoatmodjo, S. (2003) ‘Pendidikan dan perilaku kesehatan’.
- Notoatmodjo, S. (2005). Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007) ‘Promosi kesehatan & ilmu perilaku’.
- Notoatmodjo, S. (2007). Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2010). Komunikasi Kesehatan. Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasi, 142–178.
- Notoatmodjo, S. (2012) Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. et al. (2008) Promosi Kesehatan di Sekolah. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo (2010) "Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi" Bandung: Rineka Cipta
- Novita, N. dan F. Y. (2011) Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan. 1st edn. Edited by C. M. A. Ratrisumiwi. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Nurachma, E. (2020). MODUL PROMOSI KESEHATAN. Jawa Tengah: Penerbit NEM.
- Nurmala, I., KM, S., (2018). Promosi Kesehatan. Airlangga University Press
- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018) Promosi Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018) 9 786024 730406. Surabaya: Airlangga University Press.

- Nurnala, I., Rahnan, F., Nugroho, A., Erlyani, N., Laily, N., & Anhar, V. Y. (2018). Promosi Kesehatan. Universitas Airlangga Press.
- Öcal, E. E. dan Önsüz, M. F. (2020) “Reliability and Validity of Healthy Lifestyle Behaviours Scale in Children,” European Journal of Public Health, 30(Supplement_5), hal. 2020. doi: 10.1093/eurpub/ckaa166.392.
- Pace, R. W. (1979) Techniques for Effective Communication. Addison-Wesley Publishing Company, Massachusetts. Hal. 137
- Pakpahan, M. et al. (2021) Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Perkins, D. D. (1995) “Empowerment TheoIT , Research , and Application,” 23(5), hal. 569–579.
- Petersen, P. and Kwan, S. (2010) “The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009)”, Community Dental Health, 27(Suppl 1), pp. 129–136. doi: 10.1922/CDH.
- Petesque, M., Cipriani, S. and Arriaza, P. (2020) ‘Community Empowerment Manual’, WeWorld-GVC, p. 79.
- Prabandari, Y. S. (2017) Health Promotion in Health Disaster Management. Yogyakarta.
- Prasanti, D. P. B. (2017). PENGGUNAAN MEDIA PROMOSI DALAM KOMUNIKASI TERAPEUTIK BAGI PASIEN DI KAB . SERANG Studi Deskriptif Kualitatif tentang Penggunaan Media Promosi Dalam Komunikasi Terapeutik Tenaga Medis kepada Pasien di Puskesmas Tunjung Teja , Kab . Serang Ditha Prasanti Be. 2(1).
- Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI (2006) Promosi Kesehatan Di Sekolah.
- Putra, T. P., Adyatma, S. and Normelani, E. (2016) ‘Analisis perilaku masyarakat bantaran sungai martapura dalam aktivitas membuang sampah rumah tangga di kelurahan Basirih kecamatan Banjarmasin Barat’, Jurnal Pendidikan Geografi, 3(6), pp. 23–35.
- Rachmawati, W. C. (2019) Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Malang: Wineka Media.
- Rahmat, J. (2001) Psikologi komunikasi edisi revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Ramdhani, Abdullah& Ramdhani, Muhammad Ali. (2017). Konsep umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. *Jurnal Publik*. Vol11. No.1: 1-12
- Rasyid, A. U. M. (2021). PENGERTIAN, FUNGSI DAN RUANG LINGKUP KOMUNIKASI. In *Komunikasi Kesehatan*. Widina Bhakti Persada.
- Rogers, E. M. (1986) *Communication Technology: The New Media in Society*. The Free Press. New York. Hal. 55-56
- Ruben, B. D. (1984) *Communication and Human Behavior*. MacMillan Publishing Company. New York. Hal. 130-134
- Samara, A., Andersen, P. T. dan Aro, A. R. (2019) “Health promotion and obesity in the arab gulf states: Challenges and good practices,” *Journal of Obesity*, 2019. doi: 10.1155/2019/4756260.
- Sanders, S. H. (2006) ‘Behavioural conceptualization and treatment for chronic pain’, *The behaviour Analyst Today*, 7(2), pp. 253–261.
- Sapriya, S. et al. (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)’, 524(Icce 2020), pp. 223–227. doi: 10.2991/assehr.k.210204.034.
- Sari, I. P. T. P. (2013) ‘Pendidikan kesehatan sekolah sebagai proses perubahan perilaku siswa’, *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, 9(2).
- Sarwono, P. (1993) *Teori-Teori Psikososial*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Schramm, W. (1971) *The Process and Effects of Mass Communication*. University of Illinois Press. Urbana. Hal. 153-155
- Semprovivo, P. C. (1982) *System Analysis: Definition, Process and Design*. Science Research Association Inc. Chicago. Hal. 51-54
- Shannon, Claude E, and W. W. (1949) *The Mathematical Theory of Communication*. University of Illinois Press. Urbana. Hal. 131
- Siregar, P. A. (2020). Diktat Dasar Promkes. In *Buku Ajar Promosi Kesehatan*.
- Siswanto (2017) “Pendekatan Politik Sebagai Strategi Dalam Advokasi Pembangunan Kesehatan,” *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 07(04), hal. 181–188.

- Siswati, T., Prayogi, A. S. dan Olfah, Y. (2021) “Pemberdayaan Masyarakat Untuk Mencegah Anemi, Stunting Dan Obesitas Melalui Pelatihan Kader Posyandu Remaja,” in Prosiding Seminar Nasional Hasil Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan. Yogyakarta: Universitas Ahmad Dahlan, hal. 1559–1568.
- Skinner, V. L. C. C. S. (2008) ‘The Health Belief Model’, in *Health Behavior and Health Education*. 4th edn. San Francisco: Jossey Bass, p. 613.
- Smith, B. L. (2003) *Public Policy and Public Participation Engaging Citizens and Community in the Development of Public Policy*. Canada: POpulation and Public Health Branch, Atlantic Regional Office, Health Canada.
- Soebiato, H. P. and Mardikanto, T. (2017) *Pemberdayaan Masyarakat dalam Perspektif Kebijakan Publik*. 4th edn. Bandung: Alfabeta.
- Soekidjo, N. (2010) ‘Metodologi penelitian kesehatan’, Jakarta: Rineka Cipta, 50.
- Stuart, T. M. (1987) *The Communication Process*. Institute of Development Communication, University of the Philippines. Hal. 18
- Sudirman. (1987). Ilmu Pendidikan. Remaja Karya, Hal 2-5
- Suliha, U. (2002) ‘Pendidikan kesehatan dalam keperawatan’, in. EGC.
- Sulistyani, A. T. (2004) *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*. 1st edn. Yogyakarta: Gava Media.
- Sulistyaningsih, E. et al. (2020) “Peningkatan Kemampuan Mengatasi Masalah Stunting dan Kesehatan melalui Pemberdayaan Masyarakat Desa Sukogidri , Jember,” *Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 5(1), hal. 91–98. doi: 10.30653/002.202051.244.
- Sulistiyowati, L. S. (2011) Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sururi, Ahmad. (2016). Inovasi Kebijakan Publik (Tinjauan Konseptual Dan Empiris). *Jurnal Sawala Volume 4 Nomor 3 : 1-14*
- Susilo, R. (2011) ‘Pendidikan kesehatan dalam keperawatan’.

- Susilowati, D. (2016) Modul Bahan Cetak Keperawatan: Promosi Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Susilowati, D. (2016) Promosi Kesehatan.
- Tang, K. C. et al. (2014) 'The eighth global conference on health promotion: Health in all policies: From rhetoric to action', *Health Promotion International*, 29, pp. i1–i8. doi: 10.1093/heapro/dau051.
- Teturan, Y. E. and Tajuddin, M. A. (2015) 'Analysis of the Role of the Community Empowerment Program in Strategic Plan Development Village at Semangga District of Merauke', *Journal of Public Administration and Governance*, 5(3), p. 180. doi: 10.5296/jpag.v5i3.8375.
- The Jakarta Declaration on Health Promotion Into 21st Century (1997) "The 4th International Conference on Health Promotion," Jakarta
- Thomas, R.M, and Sherwing, S. . (1960) Integrated Teaching Materials, Longmans, Green and Co. New York. Hal. 117-119
- Tiraihati, Z. W. (2017) 'Analisis Promosi Kesehatan Berdasarkan Ottawa Charter Di Rs Onkologi Surabaya', *Jurnal Promkes*, 5(1), pp. 1–11. doi: 10.20473/jpk.v5.i1.2017.1-12.
- Tomkins, D. (2009). Book Review: Ethics and Law for the Health Professions. In: SAGE Publications Sage UK: London, England.
- Tones, K & Green, J, (2004) "Health Promotion: Planning and Strategies" Sage Publications.
- Uha, S., Herawani, Sumiati, & Resnayati, Y. (2001). Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan. EGC.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 "Kesehatan" Republik Indonesia
- Wahyudin, U. (2014). MEMBANGUN KOMUNIKASI KESEHATAN DALAM TRADISI PESANTREN. *Jurnal Acta Diurna*, 10(2).
- Wallerstein N dan Sanchez Merki (1994) "Freirian Praxis in Health Education: Research Result From an Adolescent Prevention Program." *Health Research* 9

- Wallerstein, N. (1992) 'Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs', *American Journal of Health Promotion*, 6(3), pp. 197–205. doi: 10.4278/0890-1171-6.3.197.
- WHO (2009) Milestones in Health Promotion: Statements From Global Conference, World Health Organization. Geneva. doi: 10.1524/jbwg.1969.10.1.145.
- WHO (2014) 'Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action', 8th Global Conference on Health Promotion. Geneva: World Health Organization, p. 21.
- WHO (2016) 'Promoting health in the SDGs. Report on 9th Global Conference on Health Promotion', World Health Organization. Geneva: World Health Organization, pp. 1–37.
- Wibisana, W. (2019) Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan. 1 ed. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas.
- Widayati, A. (2019) Perilaku kesehatan (Health Behavior): Aplikasi teori perilaku untuk promosi kesehatan. Yogyakarta: Sanata Dharma University Press.
- Widiastuti, N. (2018) Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada BPJS Kesehatan Terhadap Masyarakat Pengguna Program Jkn Di BPJS Cabang Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Tersedia pada: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>.
- Widyawati (2020) Buku Ajar Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan. Medan: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binalita Sudama Medan.
- Wittich, W. . and C. F. S. (1957) Audio-Visual Materials Their Nature and Use, Harper & Brothers. New York. Hal. 55-56
- World Health Organization. (1989) "Health Promotion in Developing Countries," Geneva: Devision of Health Education and Promotion
- Wursanto, I. (2005) Dasar dasar ilmu organisasi. Jogjakarta: Andi Offset.
- Yesica Maretha. (2012). Komunikasi Kesehatan : Sebuah Tinjauan*. *Jurnal Psikogenesis*, 1(1), 88–94.

- Yolmanov, N. (2020). Publik Policy and Policy-Making. XXIII International Conference. Culture, Personality, Society in the Conditions of Digitalization: Methodology and Experience of Empirical Research Conference. Volume 2020 : 558-564
- Yuningsih, Rahmi. (2014). Analisis Segitiga Kebijakan Kesehatan dalam Pembentukan Undang-undang Tenaga Kesehatan. Aspirasi. Vol 5. No 2: 93-105



Octariana Sofyan lahir di Merauke, pada 22 Oktober 1989. Saat ini beliau bekerja sebagai dosen di Akademi Farmasi Indonesia Yogyakarta. Beliau merupakan dosen pengampu mata kuliah promosi kesehatan pada jurusan farmasi. Beliau tercatat sebagai lulusan strata-1 Jurusan Farmasi dan Profesi Apoteker di Universitas Islam Indonesia dan lulusan strata-2 di Universitas Gadjah Mada. Beberapa penelitian dan pengabdian kepada masyarakat telah beliau hasilkan termasuk publikasi hasil penelitian yang telah terbit di Jurnal Nasional Terakreditasi.

Hipertensi merupakan fokus riset dan pengabdian yang beliau jalani hingga saat ini, diantaranya dengan melakukan riset mengenai penanganan penyakit tidak menular berbasis sumber daya alam yaitu melalui pemanfaatan buah pisang ambon yang memiliki efektivitas sebagai penurun dan atau pengontrol tekanan darah.

PENDIDIKAN DAN PROMOSI KESEHATAN

Buku ini mencoba memberikan gambaran tentang pendidikan dan promosi kesehatan secara umum.

Buku ini berisi tentang teori dasar promosi kesehatan, pendekatan promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, prinsip perubahan perilaku, komunikasi dan advokasi promosi kesehatan, konsep pendidikan kesehatan, konsep perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, model penyuluhan kesehatan, alat bantu dan media desain produk, strategi pendidikan kesehatan, strategi promosi kesehatan, komunikasi untuk pendidikan kesehatan, promosi kesehatan dan kebijakan publik, etika promosi kesehatan, dan penerapan prinsip dalam pelaksanaan promosi kesehatan.



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-401-1

9 786233 424011