

**BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN  
UNTUK MAHASISWA KESEHATAN**

**BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN UNTUK MAHASISWA KESEHATAN**

**Hj. Herni Johan, SE., SKM., M.Si., M.Kes., Ph.D**



**BUKU AJAR**  
**PROMOSI KESEHATAN UNTUK  
MAHASISWA KESEHATAN**



**Hj. Herni Johan, SE., SKM., M.Si., M.Kes., Ph.D**



**BUKU AJAR  
PROMOSI KESEHATAN UNTUK  
MAHASISWA KESEHATAN**

**Hj. Herni Johan, SE., SKM., M.Si., M.Kes., Ph.D**



**ppku**

pt. pena persada kerta utama

**PT. PENA PERSADA KERTA UTAMA**

**BUKU AJAR  
PROMOSI KESEHATAN UNTUK  
MAHASISWA KESEHATAN**

**Penulis:**

Hj. Herni Johan, SE., SKM., M.Si., M.Kes., Ph.D

**ISBN: 978-623-167-269-8**

**Design Cover:**

Yanu Fariska Dewi

**Layout:**

Eka Safitry

**PT. Pena Persada Kerta Utama**

**Redaksi:**

Jl. Gerilya No. 292 Purwokerto Selatan, Kab. Banyumas  
Jawa Tengah.

Email: [penerbit.penapersada@gmail.com](mailto:penerbit.penapersada@gmail.com)

Website: [penapersada.id](http://penapersada.id). Phone: (0281) 7771388

**Anggota IKAPI: 178/JTE/2019**

All right reserved  
Cetakan pertama: 2023

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

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kesehatan.

Tak lupa juga mengucapkan salawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW, karena berkat beliau, kita mampu keluar dari kegelapan menuju jalan yang lebih terang.

Penulis ucapkan juga rasa terima kasih kami kepada pihak-pihak yang mendukung lancarnya buku ajar ini mulai dari proses penulisan hingga proses cetak, yaitu suami, anak, rekan-rekan penulis, penerbit, dan masih banyak lagi yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Adapun, buku ajar kami yang berjudul 'BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN UNTUK MAHASISWA KESEHATAN' ini telah selesai di buat secara semaksimal dan sebaik mungkin agar menjadi manfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai promosi kesehatan.

Penulis :  
Hj. Herni Johan, SE., SKM., M.Si., M.Kes., Ph.D

## DAFTAR ISI

|   |     |
|---|-----|
| KATA PENGANTAR.....   | iii |
| DAFTAR ISI.....   | iv  |
| BAB I KONSEP PROMOSI KESEHATAN .....                        | 1   |
| A. PENGERTIAN PROMOSI KESEHATAN.....                        | 1   |
| B. TUJUAN PROMOSI KESEHATAN.....                            | 3   |
| C. PRINSIF-PRINSIF PROMOSI KESEHATAN .....                  | 4   |
| D. LATIHAN.....   | 6   |
| E. DAFTAR PUSTAKA .....                                     | 6   |
| BAB II RUANG LINGKUP DAN SEJARAH PROMOSI<br>KESEHATAN ..... | 7   |
| A. PENDAHULUAN .....  | 7   |
| B. PENGERTIAN RUNAG LINGKUP PROMOSI<br>KESEHATAN.....       | 7   |
| C. SEJARAH PROMOSI KESEHATAN .....                          | 11  |
| D. KONSEP PIAGAM OTTAWA.....                                | 14  |
| E. LATIHAN.....   | 15  |
| F. DAFTAR PUSTAKA .....                                     | 15  |
| BAB III MODEL DAN NILAI PROMOSI KESEHATAN .....             | 16  |
| A. PENDAHULUAN .....  | 16  |
| B. HEALTH BELIEF MODEL.....                                 | 16  |
| C. THEORY OF REASONED ACTION (TRA).....                     | 28  |
| D. TRANSTEORITICAL MODEL .....                              | 35  |
| E. MODEL TEORI SEBAB AKIBAT .....                           | 39  |
| F. MODEL TRANSAKSIONAL STRESS DAN<br>KOPING.....            | 40  |
| G. LATIHAN.....   | 41  |

|        |   |    |
|--------|---|----|
|        | H. DAFTAR PUSTAKA .....                               | 41 |
| BAB IV | SASARAN DAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN .....          | 43 |
|        | A. SASARAN PROMOSI KESEHATAN .....                    | 43 |
|        | B. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN .....                   | 44 |
|        | C. LATIHAN .....                                      | 48 |
|        | D. DAFTAR PUSTAKA .....                               | 48 |
| BAB V  | ETIKA PROMOSI KESEHATAN .....                         | 49 |
|        | A. PENETAPAN SASARAN .....                            | 49 |
|        | B. PRINSIP ETIK .....                                 | 50 |
|        | C. Praktik Promosi Kesehatan .....                    | 51 |
|        | D. Pertimbangan-pertimbangan Etis .....               | 52 |
|        | E. Pendekatan Promosi Kesehatan .....                 | 53 |
|        | F. LATIHAN .....                                      | 55 |
|        | G. DAFTAR PUSTAKA .....                               | 55 |
| BAB VI | PENGLAJIAN PROMOSI KESEHATAN .....                    | 56 |
|        | A. DEFINISI MODEL PRECEDE-PROCEED .....               | 56 |
|        | B. DELAPAN FASE PROCEDE-PROCEED (Fertman, 2010) ..... | 58 |
|        | C. PELAYANAN KESEHATAN .....                          | 62 |
|        | D. KOMPONEN MODEL PRECEDE-PROCEED .....               | 67 |
|        | E. DAFTAR PUSTAKA .....                               | 71 |
|        | RIWAYAT PENULIS .....                                 | 72 |

**BUKU AJAR  
PROMOSI KESEHATAN UNTUK  
MAHASISWA KESEHATAN**

# BAB I

## KONSEP PROMOSI KESEHATAN

### A. PENGERTIAN PROMOSI KESEHATAN

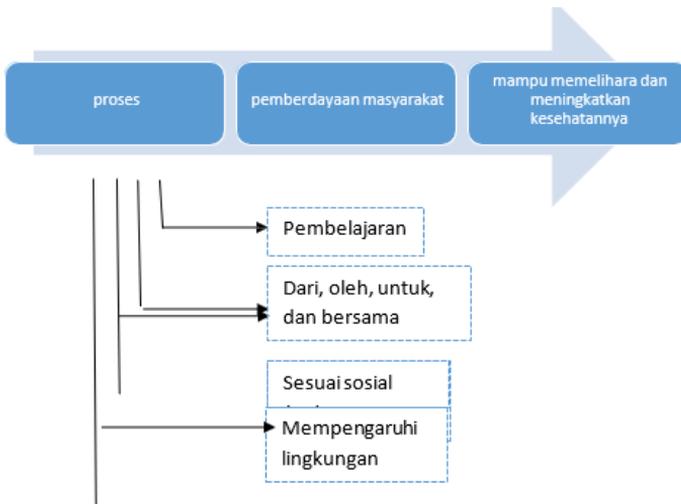
Sebagin masyarakat mengatakan bahwa promosi kesehatan merupakan cara untuk mena suatu produk yang berhubungan dengan kesehatan, atau sama seperti penyulihan kesehatan. Nam semua tidak sepenuhnya salah bila dikaitkan dengan promosi kesehatan, karena promosi kes memiliki sejarah sampai saat ini.

Promosi kesehatan secara praktis adalah seni dan ilmu yang mensinergikan anantara keinginan manusia dengan kesehatan yang optimal, serta tujuan meningkatkan motivasi untuk kesehatan yang optimal dan mengubah gaya hidup menuju kesehatan yang optimal. Sedangkan kesehatan yang optimal adalah keseimbangan anatar kesehatan fisik, emosional, sosial, spiritual, dan intelektual. Perubahan gaya hidup dapat difasilitasi melalui kombinasi pengalaman yang meningkatkan kesadaran, motivasi, dan ketrampilan untuk praktik kesehatan yang positif.

Promosi kesehatan adalah kombinasi antara upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan dan kondisi hidup yang dapat menguntungkan kesehatan seseorang, kelompok, atau komunitas (Green dan Kreuter, 2005). Sedangkan menurut WHO, promosi kesehatan adalah proses atau upaya pemberdayaan masyarakat untu dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai keadaan yang sehat seseorang perlu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan dan merubah atau mengendalikan lingkungan (Piagam Ottawwa, 1986).

Sedangkan Keputusan Menteri Kesehatan No.11114/Menkes/SK/VIII/2005 mengatakan bahwa promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan

masyarakat dalam mengendalikan factor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat agar dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat yang sesuai dengan sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan public yang berwawasan kesehatan.



Gambar 1 Bagan Promosi Kesehatan

Definisi diatas lebih menggambarkan bahwa promosi kesehatan adalah gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung kebijakan public berwawasan kesehatan, gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Dari penelitian-penelitian yang ada mengatakan bahwa kesadaran dan penegetahuan masyarakat sudah tinggi tentang kesehatan namun praktik atau perilaku tentang kesehatan sangatlah rendah. Setelah dilakukan pengkajian oleh WHO dinegara berkembang ternyata factor pendukung atau sarana dan prasarana tidak mendukung untuk berperilaku hidup sehat. Oleh sebab itu WHO pada tahun 1980 menyimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tidak mampu mencapai tujuannya apabila hanya memfokuskan pada perubahan

perilakunya, namun juga harus mencakup upaya perubahan lingkungan (fisik, sosial budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya).

Jadi dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran, peningkatan pengetahuan tentang kesehatan namun juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku.

## **B. TUJUAN PROMOSI KESEHATAN**

Promosi kesehatan bertujuan sesuai dengan visi promosi kesehatan itu sendiri yaitu menciptakan atau membuat yang :

1. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya
2. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya
3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit
4. Melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan
5. Meningkatkan kesehatan, mau dan mampu meningkatkan kesehatannya. Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan individu, kelompok, atau Masyarakat

Dilihat dari visi tersebut sehingga tujuan promosi kesehatan dapat dilihat dari beberapa hal yaitu :

1. Tujuan promosi kesehatan menurut WHO
  - a. Tujuan umum  
Mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan
  - b. Tujuan khusus
    - 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi Masyarakat
    - 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri/kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat
    - 3) 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 system dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien dan efektif.
- b. Agar klien atau masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya
- c. Agar orang melakukan langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitas cacat karena penyakit.
- d. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada system pelayanan kesehatan yang normal. Sedangkan menurut Green, 1991 dalam Maulana (2009), tujuan promosi kesehatan ada 3 yaitu:
  - 1) Tujuan program  
Refleksi dari fase social dan epidemiologi berupa pernyataan tentang tujuan yang akan dicapai pada periode tertentu yang berhubungan dengan kesehatan. Tujuan ini juga bisa disebut tujuan jangka panjang.
  - 2) Tujuan pendidikan  
Pembelajaran atau pendidikan yang harus dicapai agar tercapainya perilaku yang diinginkan. Tujuan ini juga bisa disebut tujuan menengah
  - 3) Tujuan perilaku gambaran perilaku yang akan dicapai dalam mengatasi masalah kesehatan. Tujuan ini disebut tujuan jangka pendek yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan.

## C. PRINSIF-PRINSIF PROMOSI KESEHATAN

Prinsip-prinsip promosi kesehatan menurut WHO pada Ottawa Charter for Health Promotion (1986) mengatakan bahwa ada tujuh prinsip pada promosi kesehatan adalah:

1. Empowerment (pemberdayaan) yaitu cara kerja untuk memungkinkan seseorang untuk mendapatkan control lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka.
2. Partisipative (partisipasi) yaitu dimana seseorang mengambil bagian aktif dalam pengambilan keputusan.
3. Holistic (menyeluruh) yaitu memperhitungkan hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan interaksi dari dimensi-dimensi tersebut.
4. Equitable (kesetaraan) yaitu memastikan kesamaan atau kesetaraan hasil yang didapat oleh klien.
5. Intersectoral (antar sector) yaitu bekerja dalam kemitraan dengan instansi terkait lainnya atau organisasi.
6. Sustainable (berkelanjutan) yaitu memastikan bahwa hasil dari kegiatan promosi kesehatan yang berkelanjutan dalam jangka panjang.
7. Multi strategy yaitu bekerja pada sejumlah strategi daerah seperti program kebijakan. Sedangkan menurut Maulana, 2009 prinsip-prinsip promosi kesehatan anatara lain sebagai berikut:
  - a. Manajemen puncak harus mendukung secara nyata serta antusias program intervensi dan turut terlibat dalam program tersebut.
  - b. Pihak pekerja pada semua tingkat ini pengorganisasian harus terlibat dalam perencanaan dan implementasi intervensi.
  - c. Focus intervensi harus berdasarkan pada factor risiko yang dapat didefinisikan serta dimodifikasi dan merupakan prioritas bagi pekerja.
  - d. Intervensi harus disusun sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan pekerja.
  - e. Sumber daya setempat harus dimanfaatkan dalam mengorganisasikan dan mengimplementasikan intervensi.
  - f. Evaluasi harus dilakukan.

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

#### **D. LATIHAN**

1. Jelaskan pengertian promosi kesehatan menurut pendapat anda
2. Jelaskan tujuan promosi kesehatan menurut pendapat anda.
3. Jelaskan prinsip-prinsip promosi kesehatan yang anda ketahui.

#### **E. DAFTAR PUSTAKA**

1. Departemen Kesehatan RI. (1997). Ddeklarasai Jakarta Tentang Promosi Kesehatan pada Abad 21. Jakarta:PPKM Depkes RI.
2. Green, L & Kreuter, M.W, (2005). Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach, Second Edition, Mayfield Publishing Company.
3. Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : Buku Kedokteran.
4. Notoatmodjo, Soekidjo.( 2003 ). *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
5. World Health Organization. (2000). Health Promotion. <http://www.who.int/health-promotion>.

## **BAB II**

# **RUANG LINGKUP DAN SEJARAH PROMOSI KESEHATAN**

### **A. PENDAHULUAN**

Dalam sebuah penelitian ruang lingkup adalah sebuah pembatasan variable yang digunakan berapa banyak subjek yang akan diteliti, luas lokasi penelitian materi yang dikaji dan sebagainya. Kemudian ruang lingkup secara khusus digunakan untuk membatasi materi, misalnya ilmu psikologi memiliki ruang lingkup psikologi dasar, psikologi dewasa dan sebagainya begitu pula dengan ruang lingkup promosi kesehatan.

Menurut WHO a promosi kesehatan adalah suatu proses atau upaya pemberdayaan masyarakat untuk mencapai keadaan sehat yang optimal secara individu atau kelompok. Jadi ruang lingkup promosi kesehatan adalah suatu proses atau upaya pemberdayaan masyarakat untuk dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya dalam suatu batasan ilmu ataupun subjeknya.

### **B. PENGERTIAN RUNAG LINGKUP PROMOSI KESEHATAN**

#### **1. Ruang lingkup promosi kesehatan**

Secara sederhana ruang lingkup promosi kesehatan antara lain adalah:

- a. Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (*helth education*) yang ditekankan pada perubahan atau perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan
- b. Promosi kesehatan mencakup pemasaran sosial yang menekankan pada pengenalan produk atau jasa
- c. Promosi kesehatan merupakan upaya penyuluhan (upaya komunikasi dan informasi yang ditekankan pada penyebaran informasi

- d. Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan (promotif) yang menenkkankan pada upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
- e. Promosi kesehatan mencakup uapaya advikasi dibidang kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan menurut Notoadmodjo dapat dilihat dari beberapa dimensinya yaitu :

- a. Ruang lingkup berdasarkan dimensi aspek pelayanan kesehatan Secara umum kesehatan masyarakat itu mencakup 4 aspek yaitu
  - 1) Promotif
  - 2) Preventif
  - 3) Kuratif
  - 4) rehabilitative

Sedangkan menurut beberapa ahli membaginya menjadi 2 aspek yaitu

- 1) aspek promotif  
sasarannya kelompok orang sehat. Derajat kesehatan adalah dinamis, meskipun seseorang sudah dalam keadaan sehat tetap perlu dibina atau ditingkatkan dalam kesehatan sehingga tidak terjadi penurunan kesehatan.
- 2) aspek preventif (pencegahan) serta kuratif (penyembuhan)  
sasaran kelompok ini adalah orang berisiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit. Pada aspek ini upaya promosi kesehatan memiliki 3 cakupan atau upaya yaitu:
  - a) Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)  
sasaran kelompok pada aspek ini adalah seseorang yang berisiko tinggi, contohnya adalah kelompok ibu hamil, obesitas, dan sebagainya. Tujuan upaya ini agar tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.
  - b) Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)  
Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis, contohnya adalah

TBC, tekanan darah tinggi, dan sebagainya tujuan promosi kesehatan ini adalah agar penderita mampu mencegah terjadinya penyakit yang lebih parah lagi.

- c) Pencegahan tingkat tiga (*tertiary preventino*) sasaran aspek ini adalah kelompok pasien yang baru saja sembuh dari sautu penyakit. Tujuannya agar mereka dapat pulih kembali dari penyakit agar tidak menimbulkan suatuu kecacatan.
- b. Ruang lingkup berdasarkan dimensi tatanan atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan

Berdasarkan tempat atau tatanan pelaksanaan pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi beberapa kelompok yaitu :

- 1) Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga atau rumah tangga adalah unit terkecil dalam suatu masyarakat. Maka untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat dimulai dari masing-masing keluarga atau rumah tangga. Orang tua merupakan sasaran utama dalam melakukan promosi kesehatan, terutama seorang ibu, Karena ibu adalah peletak dasar perilaku kesehatan terutama pada anak-anaknya.

- 2) Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Setelah keluarga adalah sekolah yang menjadi perpanjangan dari keluarga. Pada umumnya guru lebih dipatuhi oleh sebab itu akan sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat murid. Kunci utama dari pendidikan adalah seorang guru, oleh sebab itu seorang guru harus dikondisikan melalui pelathian seminar, lokakarya, dan sebagainya.

- 3) Promosi kesehatan pada tatanan di tempat kerja

Lingkungan kerja yang sehat akan mendukung kesehatan pekerjanya sehingga dapat menghasilkan produktifitas yang optimal. Begitu sebaliknya, ketika

lingkungan kerja tidak sehat juga akan menimbulkan kurang produktifitasnya pekerja selain itu juga menurunkan derajat kesehatan para pekerja. Oleh sebab itu sasaran dari promosi kesehatan dalam lingkungan ini adalah pemimping, direktur, pemillik atau manajer tempat kerja tersebut sehingga mereka peduli pada kesehatan para pekerjanya.

4) Promosi kesehatan ditempat umum

Tempat-tempat ini mencakup pasar, terminal bus, bandara, tempat perbelanjaan, tempat olahraga, dan sebagainya. Tempat umum yang sehat tidak hanya bersih tapi juga memiliki fasilitas kebersihan dan sanitasi, terutama WC umum dan sarana air bersih, serta tempat sampah.

Para pengelola tempat sampah adalah sasaran promosi kesehatan.

5) Fasilitas pelayanan kesehatan

Rumah sakit, puskesmas, poliklinik, rumah bersalin adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan. Pimpinan dari fasilitas kesehatan inilah sebagai sasaran dari promosi kesehatan karena merekalah yang bertanggung jawab atas pelaksanaan pendidikan atau promosi kesehatan di institusinya. Sedangkan bagi karyawannya diperlukan pelatihan tentang promosi kesehatan.

c. Ruang lingkup berdasarkan tingkat pencegahan

Oleh karena masyarakat dalam berbagai kondisi, maka promosi kesehatan harus bersifat komprehensif. Maka upaya kesehatan menjadi 5 tingkat pencegahan dari Leavell and Clark (1967) :

1) Pencegahan primer yang terdiri dari:

- a) Peningkatan derajat kesehatan
- b) Perlindungan khusus

2) Pencegahan sekunder

- a) Diagnosis dini dan pengobatan segera
- b) Pembatasan cacat

- 3) Pencegahan tersier
  - a) Rehabilitasi
- d. Ruang lingkup perilaku kesehatan

Menurut Becker menguraikan perilaku kesehatan menjadi tiga dominan. Konsep perilaku kesehatan ini pencabaran dari Benjamin Bloom. Hal ini dapat mengukur seberapa besar tingkatan perilaku kesehatan untuk dianalisis. Menurut Becker mengklasifikasikan perilaku kesehatan menjadi 3 yaitu:

  - 1) Pengetahuan kesehatan
  - 2) Sikap terhadap kesehatan
  - 3) Praktik kesehatan

### C. SEJARAH PROMOSI KESEHATAN

Jika kita kembali pada masa lalu promosi kesehatan tidak terlepas oleh perkembangan sejarah kesehatan masyarakat kesehatan di Indonesia dan juga dipengaruhi oleh perkembangan promosi kesehatan internasional yang dimulai dari program pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) pada tahun 1975, pada tingkat internasional pada tahun 1978 Deklarasi Alma Ata tentang Primary Health Care sebagai sejarah awal mula promosi kesehatan (Departemen Kesehatan, 1997). Istilah Health Care atau promosi kesehatan sebenarnya dimulai sejak tahun 1986, ketika diselenggarakannya Konferensi Internasional pertama tentang Health Promotion di Ottawa, di Canada pada tahun 1986 saat dicanangkan "the Ottawa Charter", yang didalamnya memuat definisi serta prinsip-prinsip dasar promosi kesehatan. Tapi istilah tersebut yang cukup terkenal hanya penyuluhan kesehatan, selain itu muncul pula istilah lain seperti komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), social marketing (pemasaran sosial) dan mobilisasi sosial. Kemudian sejarah Indonesia adalah sebagai berikut:

#### 1. Sebelum tahun 1965

Saat itu istilah masih dengan pendidikan kesehatan.

Dalam program kesehatan, pendidikan kesehatan hanya

sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama pada saat terjadi krisis seperti wabah penyakit, bencana, dan sebagainya. Sasarannya adalah individu walau sudah aktif di masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.

## 2. Periode tahun 1965-1975

Pada periode ini sasaran program mulai perhatian kepada masyarakat. Saati itu juga dimulainya peningkatan tenaga profesional melalui program Health Education Service, namun intervensi program banyak yang bersifat individual meskipun sudah mulai aktif.

## 3. Periode tahun 1975-1985

Istilah mulai berubah menjadi penuluhan kesehatan. Pada tingkat kesehatan ada di Direktorat PKM. PKMD menjadi andalan program sebagai pendekatan Community Development. Saat itu mulai diperkenalkan dokter kecil pada program UKS di Sd. Depkes sudah mulai aktif memberdayakan dan mobilisasi masyarakat. Sasaran program adalah perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan pada era tahun 80-an menekankan pada pemberian informasi kesehatan melalui media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat dengan harapan untuk masyarakat mau melakukan perilaku hidup sehat.

Namun kenyataannya, perubahan tersebut sangat lamban sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil. Dengan kata lain, peningkatan pengetahuan yang tinggi tidak diikuti dengan perubahan perilaku, sesuai hasil penelitian menunjukkan bahwa 80% masyarakat tahu cara mencegah demam berdarah dengan melakukan 3M (mengurus, menutup, dan mengubur). Tetapi hanya 35% dari masyarakat yang benar hanya melakukan 3M tersebut. Oleh sebab itu agar pendidikan kesehatan tidak ada arti maka para ahli yang dimotori WHO, pada tahun 1984 merevitalisasi pendidikan kesehatan dengan menggunakan istilah promosi kesehatan. Promosi kesehatan

tidak hanya merubah perilaku tersebut tapi juga merubah lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Selain itu promosi kesehatan lebih menekankan pada peningkatan kemampuan hidup sehat bukan hanya perilaku sehat saja.

4. Periode tahun 1985-1995

Dibentuklah Direktorat Peran Serta Masyarakat (PSM) yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktorat PKM berubah menjadi Pusat PKM, yang bertugas menyebarkan informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang kesehatan. Saat itu pulak PKMD menjadi Posyandu.

5. Periode 1995-sekarang

Istilah PKM menjadi promosi kesehatan, bukan saja pemberdayaan kearah mobilisasi massa yang menjadi tujuan, tapi juga sebagai kemitraan dan politik kesehatan (termasuk Advokasi). Pada tahun 1997 diadakan konvensi Internasional Promosi Kesehatan dengan tema "*Health Promotion Towards The 21<sup>st</sup> Century, Indonesian Policy for The Future*" dengan melahirkan '*The Jakarta Declaration*'. Berdasarkan piagam Ottawa (Ottwa Charter, 1986) sebagai hasil rumusan konferensi internasional promosi kesehatan di Ottawa-Canada. Mengatakan bahwa promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan agar masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Batasan promosi kesehatan ini memiliki 2 dimensi yaitu kemauan dan kemampuan. Jadi tujuan promosi kesehatan tersebut adalah memampukan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dia sendiri. Perubahan istilah promosi kesehatan tersebut tidak terlepas oleh perubahan di Internasional. Nama organisasi profesi internasional juga mengalami perubahan menjadi *International Union For Health Promotion and education* (IUHPE).

Deklarasi Jakarta merumuskan bahwa:

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

#### **D. KONSEP PIAGAM OTTAWA**

Piagam Ottawa ini merumuskan sebagai berikut:

1. Kebijakan berwawasan kesehatan . ditujukan kepada Policy Maker aagar mengeluarkan kebijakan public yang mendukung kesehatan.
2. Lingkungan yang mendukung. Ditujukan kepada para pengelola tempat umum termasuk pemerintah kota, agar menyediakan sarana prasaran yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat.
3. Reorientasi pelayanan kesehatan. Selama ini yang menjadi penyedia pelayanan kesehatan adlah pemerintah dan swasta sedangkan masyarakat adalah sebagai pengguna pelayanan kesehatan. Namun pemahaman ini harus diubah bahwa masyarakat bisa menjadi penyedia dalam batas tertentu melalui upaya pemberdayaan.
4. Keterampilan individu. Kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu, keluarga dan kelompok tersebut.
5. Gerakan masyarakat. Adanya gerakan atau kegiatan di masyarakat yang mendukung agar terwujudnya perilaku yang kondusif dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka

## **E. LATIHAN**

1. Sebutkan ruang lingkup promosi kesehatan menurut Notoadmodjo.
2. Jelaskan ruang lingkup promosi kesehatan menurut beberapa ahli membaginya menjadi 2 aspek !
3. Jelaskan sejarah promosi kesehatan sesuai yang anda ketahui !
4. Jelaskan secara singkat rumusan piagam Ottawa !

## **F. DAFTAR PUSTAKA**

1. Departemen Kesehatan RI. (1997). Ddeklarasai Jakarta Tentang Promosi Kesehatan pada Abad 21. Jakarta:PPKM Depkes RI.
2. Kementrian kesehatan RI. Promosi Kesehatan Di Daerah Bermasalah Kesehatan PAnduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas. Jakarta.
3. Notoatmodjo, Soekidjo.(2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.Jakarta : Rineka Cipta.
4. Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan aplikasi*.rineka Cipta : Jakarta.
5. Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : Buku Kedokteran.
6. Maulana, Herry.( 2007 ). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC
7. World Health Organization. (2000). Healt Promotion. <http://www.who.int/health-promotion>

## **BAB III**

### **MODEL DAN NILAI PROMOSI KESEHATAN**

#### **A. PENDAHULUAN**

Model adalah suatu kerangka kerja atau kerangka berfikir didalam menyelesaikan suatu keadaan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Sedangkan model-model dalam promosi kesehatan ini merupakan kerangka kerja atau kerangka berpikir didalam mempengaruhi orang lain agar sesuai dengan kaidah atau norma kesehatan yang diharapkan

#### **B. HEALTH BELIEF MODEL**

##### **TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan dan mengaplikasikan Health Belief Model pada individu, keluarga dan masyarakat

##### **TUJUAN INSTRUKSIONAL KUSUS**

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengaplikasikan Health Belief Model :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan Sejarah Health Belief Model
2. Mahasiswa mampu menjelaskan Definisi Health Belief Model
3. Mahasiswa mampu menjelaskan Komponen Health Belief Model
4. Mahasiswa mampu menjelaskan Kelebihan dan kekurangan Health Belief Model
5. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Health Belief Model pada Masyarakat

##### **SEJARAH HEALTH BELIEF MODEL**

*Health belief model* dikemukakan pertama kali oleh Resenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk 1970 dan 1980. Sejak tahun 1974, teori *Health belief model* telah

menjadi perhatian para peneliti. Model teori ini merupakan formulasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah mereka menerima atau tidak tentang kesehatan mereka. Variabel yang dinilai meliputi keinginan individu untuk menghindari kesakitan, kepercayaan mereka bahwa terdapat usaha agar menghindari penyakit tersebut. Menurut World Health Organization (WHO) yang dimaksud dengan sehat atau *health* adalah suatu kondisi tubuh yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, dan tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit dan ketidakmampuan atau kecacatan, sedangkan menurut UU No.36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

*Belief* dalam bahasa Inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti *belief* adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu. Misalnya individu percaya bahwa belajar sebelum ujian akan berpengaruh terhadap nilai ujian. Jenis kepercayaan tersebut terkadang tanpa didukung teori-teori lain yang dapat dijelaskan secara logika.

*Health belief model* dikemukakan pertama kali oleh Resenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk 1970 dan 1980. Sejak tahun 1974, teori *Health belief model* telah menjadi perhatian para peneliti. Model teori ini merupakan formulasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah mereka menerima atau tidak tentang kesehatan mereka. Variabel yang dinilai meliputi keinginan individu untuk menghindari kesakitan, kepercayaan mereka bahwa terdapat usaha agar menghindari penyakit tersebut. Menurut World Health Organization (WHO) yang dimaksud dengan sehat atau *health* adalah suatu kondisi tubuh yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, dan tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit dan ketidakmampuan atau kecacatan, sedangkan menurut UU No.36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun

sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

*Belief* dalam bahasa Inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti *belief* adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu. Misalnya individu percaya bahwa belajar sebelum ujian akan berpengaruh terhadap nilai ujian. Jenis kepercayaan tersebut terkadang tanpa didukung teori-teori lain yang dapat dijelaskan secara logika.

### **DEFINISI HEALTH BELIEF MODEL**

*Health belief model* merupakan suatu konsep yang mengungkap alasan individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). *Health belief model* juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005). *Health belief model* adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan.

*Health belief model* ini sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini teori *Health belief model* digunakan sebagai prediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Konsep utama dari *health belief model* adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit. *Health belief model* (HBM) pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat terhadap

gejala-gejala penyakit dan bagaimana perilaku mereka terhadap penyakit yang didiagnosa, terutama berhubungan dengan pemenuhan penanganan medis. Oleh karena itu, lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan.

Dari pengertian-pengertian mengenai *health belief model* yang sudah dijelaskan diatas dapat disimpulkan bahwa *health belief model* adalah model yang menspesifikasikan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat atau penyembuhan suatu penyakit. *Health belief model* ini didasari oleh keyakinan atau kepercayaan individu tentang perilaku sehat maupun pengobatan tertentu yang bisa membuat diri individu tersebut sehat ataupun sembuh.

*Health belief model* ini awalnya dikonsepsi oleh Rosenstock (1974) kemudian dikaji lebih lanjut oleh Becker dkk (1974) *health belief model* dikembangkan untuk memahami sejumlah faktor psikologis berbasis keyakinan didalam pengambilan keputusan terkait kesehatan dan perilaku sehat. Seperti model lain (teori perilaku terencana dan teori tindakan rasional), *health belief model* adalah model nilai-ekspektansi. Individu mempresentasikan penindaklanjutan perilaku berdasarkan keyakinan individu yang dapat diprediksi dan menghasilkan sebuah perilaku, sehingga dapat meneliti nilai yang melekat pada hasil perilaku.

Dipertengahan 20a-an para peneliti kesehatan di AS mulai menyoroti bagaimana cara paling efektif melakukan intervensi pendidikan kesehatan. Para peneliti ini tertarik untuk mengidentifikasi factor-faktor yang dapat memprediksi keputusan untuk melakukan perilaku sehat. *Health belief model* ini berfokus pada persepsi, ancaman dan evaluasi perilaku terkait kesehatan sebagai aspek primer untuk memahami bagaimana seseorang mempresentasikan tindakan sehat (Strecher dan Rosenstock, 1997).

## KOMPONEN HEALTH BELIEF MODEL

Perkembangan dari HBM tumbuh pesat dengan sukses yang terbatas pada berbagai program Pelayanan Kesehatan Masyarakat di tahun 1950-an. Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci dua tambahan yang baru-baru ini diungkapkan para ahli yang terlibat didalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut. Di mana komponen-komponennya disebutkan di bawah ini. Konstruksi pembentuk *Health Belief Model* antara lain:

1. **Perceived susceptibility** atau kerentanan yang dirasakan konstruk tentang resiko atau kerentanan (*susceptibility*) personal, Hal ini mengacu pada persepsi subyektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibility* (timbul kepekaan Kembali), dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum
2. **Perceived severity** atau keseriusan yang dirasa Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat, dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*).
3. **Perceived benefits**, manfaat yang dirasakan. Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas

dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keparahan (*severity*), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

4. **Perceived barriers** atau hambatan yang dirasakan untuk berubah, atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Sebagai tambahan untuk empat keyakinan (*belief*) atau persepsi. Aspek-aspek negatif yang potensial dalam suatu upaya kesehatan (seperti: ketidakpastian, efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti: khawatir tidak cocok, tidak senang, gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.
5. **Perceived threat**. Kerentanan sebagai penentu awal bagaimana seseorang mengakui bahwa perilaku mereka dapat menyebabkan penyakit tertentu. Ancaman merupakan seberapa besar kemungkinan suatu penyakit dapat berkembang *f. Modifying variable*. Empat konstruksi persepsi dimodifikasi dari variabel lainnya, seperti budaya, tingkat pendidikan, pengalaman, ketrampilan, dan motivasi. Karakteristik individu yang mempengaruhi persepsi individu. Pengalaman masa lalu dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi keparahan. *Modifying variable* yang lain yaitu motivasi (Jones dan Bartlett, 2010).
6. **Likelihood of action**. Setelah menyadari potensi untuk mengembangkan penyakit, jika perilaku tidak berubah maka penting untuk menurunkan manfaat dan hambatan untuk mengambil keputusan dan menentukan apakah itu sangat berharga.
7. **Cues to action** suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. (Becker dkk, 1997 dalam Conner &

Norman, 2003). Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya, *self-efficacy* yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu.

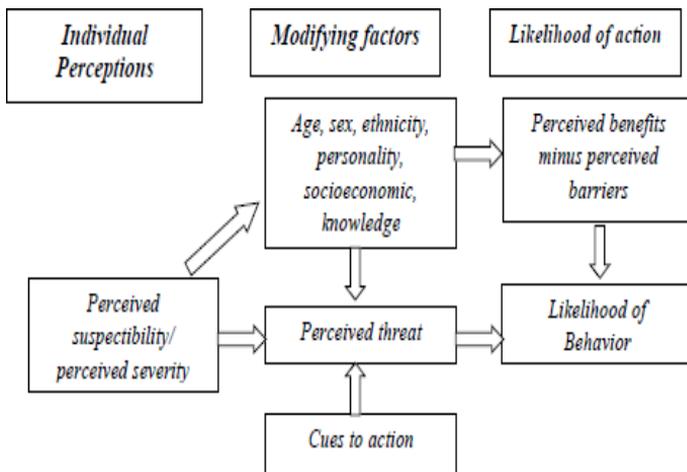
*Health belief model* dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor demografis (Rosenstock, 1974 dalam Conner & Norman, 2003), karakteristik psikologis (Conner & Norman, 2003), dan juga dipengaruhi oleh structural variable, contohnya adalah ilmu pengetahuan (Sarafino, 1994). Faktor demografis yang mempengaruhi *health belief model* individu adalah kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 1987 dalam Sarafino, 1994). Faktor demografis (Rosenstock, 1974 dalam Conner & Norman, 2003), karakteristik psikologis (Conner & Norman, 2003), dan structural variable (Sarafino, 1994), pada akhirnya mempengaruhi *health belief model* pada individu yang mengalami fraktur. Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga mempengaruhi *health belief model* individu. Karakteristik psikologis merupakan faktor yang mempengaruhi *health belief model* individu.

Beberapa faktor *Health belief model* berbasis kognitif (seperti keyakinan dan sikap) dan berkaitan dengan proses berfikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan individu dalam menentukan cara sehat individu. Dalam kajian psikologi kesehatan, persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori *Health belief model* (HBM). Hasil penelitian Sundstorm (2015) menjelaskan bahwa perilaku berubah berdasarkan persepsi terhadap *susceptibility*, *severity*, *benefits*, *barrier*, *self efficacy* dan *cues to action*.

Teori *Health belief model* menghipotesiskan terdapat hubungan aksi dengan faktor berikut:

1. Motivasi yang cukup kuat untuk mencapai kondisi yang sehat.
2. Kepercayaan bahwa seseorang dapat menderita penyakit serius dan dapat menimbulkan sekuele.
3. Kepercayaan bahwa terdapat usaha untuk menghindari penyakit tersebut walaupun hal tersebut berhubungan dengan financial.

*Health belief model* juga dapat menjelaskan tentang perilaku pencegahan pada individu. Hal ini menjelaskan mengapa terdapat individu yang mau mengambil tindakan pencegahan, mengikuti skrining, dan mengontrol penyakit yang ada. Perilaku responden juga dapat ditinjau dari pendekatan *modelling* dan *operant conditioning*, sehingga perilaku berubah karena konsekuensinya (Sarafino, 1994). *Modelling* dilakukan dengan cara memperhatikan perilaku orang lain (Bandura, 1969), melakukan observasi dan melakukan *modelling* terhadap urutan perilaku dapat merubah perilaku hidup sehat secara efektif (Sarson dkk, 1991).



Gambar 2.2 *Component of Health Belief Model* (Strecher & Rosentock, 1997)

Model ini menjelaskan dan memprediksi kemungkinan terjadinya perubahan perilaku yang dihubungkan dengan pola keyakinan (*belief*) atau perasaan (*perceived*) tertentu.

## **KELEBIHAN DAN KEKURANGAN HEALTH BELIEF MODEL**

Berikut ini kelebihan dan kelemahan dari *Health Belief Model* (HBM) dibandingkan dengan teori perilaku kesehatan yang lain (Subagiyo, 2014):

### **1. Kelebihan *Health Belief Model***

- a. HBM mudah digunakan.
- b. HBM adalah bentuk intervensi praktis untuk peneliti dan perawat kesehatan khususnya yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit (misalnya *screening*, imunisasi, vaksinasi).
- c. HBM adalah analisator perilaku yang beresiko terhadap kesehatan.

### **2. Kelemahan *Health Belief Model***

- a. Rosenstock berpendapat bahwa model HBM mungkin lebih berlaku untuk masyarakat kelas menengah saja.
- b. Subagiyo (2014) menyatakan dalam penelitian sebelumnya, item kuesioner.
- c. HBM tidak random dan dapat dengan mudah dibaca oleh responden sehingga validasinya diragukan.
- d. Penelitian *cross sectional* untuk memperjelas hubungan perilaku dan keyakinan seseorang.

## **APLIKASI DAN PENERAPAN HEALTH BELIEF MODEL**

Conner & Norman (2003) mengungkapkan bahwa Health Belief model telah banyak digunakan untuk memahami perilaku sehat, beberapa hal yang bisa diidentifikasi dengan HBM diantaranya :

1. Perilaku sehat yang bersifat preventif termasuk promosi kesehatan (contoh diet olahraga) dan resiko kesehatan
2. Perilaku saat sakit, kepatuhan menaati rekomendasi medis

### 3. Penggunaan klinis.

Perilaku seperti berhenti merokok, mengonsumsi alkohol, penggunaan kondom dalam mencegah HIV, makan makanan sehat, dan beberapa contoh aplikasi studi terdahulu yang menggunakan health belief model. (Conner & Norman, 2003). Lebih lanjut, health belief model juga dioperasionalkan ke dalam konstruk-konstruk yang kemudian disusun menjadi kuisioner, health belief model yang bisa digunakan untuk memprediksi sebab munculnya perilaku sehat, bisa menjadi dasar untuk menentukan intervensi yang tepat. Penggunaan video, home interview, workshop, card reminder, serta instruksi, praktik dan follow up adalah beberapa intervensi yang menjadikan HBM sebagai dasar berpikir (Conner & Norman, 2003).

Ada pun contoh penerapan yang bisa dilakukan berdasarkan pada health belief model salah satunya untuk mengidentifikasi penyebab munculnya perilaku preventif penyakit kanker leher rahim pada wanita

#### 1. Perceive Susceptibility

Wanita di Indonesia mendapatkan informasi bahwa jumlah penderita kanker leher rahim sangat tinggi sehingga individu ikut merasa menjadi bagian dari kelompok beresiko menderita kanker leher rahim.

#### 2. Anticipated severity

Individu memikirkan dampak yang harus ditanggung oleh penderita kanker leher rahim yang bisa menyebabkan kematian, sehingga muncul persepsi kanker leher rahim adalah penyakit serius yang berbahaya.

#### 3. Perceive benefit

Wanita mencari alternatif cara untuk mencegah terjadinya kanker leher rahim dengan melakukan tes pap secara berkala karena tes ini diyakini bermanfaat sebagai deteksi dini kanker leher rahim. Wanita juga meyakini bahwa deteksi dini akan bermanfaat untuk memudahkan upaya penyembuhan apabila terdapat kanker.

4. Perceived barrier

Wanita enggan melakukan tes pap karena malu, takut, khawatir merasa sakit, serta biaya yang mahal

5. Motivating factors

Misalnya wanita yang lebih berpendidikan dan lebih memahami tes pap, tidak merasa khawatir untuk menjalani tes tersebut karena mengetahui bahwa tes itu aman dilakukan selama ditangani oleh ahlinya. Ini menjadikan individu yakin untuk berperilaku memeriksakan diri ke dokter dan bersedia melakukan tes pap.

6. Cues to action

Wanita yang mendapatkan dukungan dari suami dan menyaksikan iklan layanan masyarakat tentang pentingnya kesehatan alat reproduksi akan lebih positif menyikapi tes pap.

7. Self Efficacy

Wanita meyakini bahwa dirinya mampu mengikuti tes pap.

*Health belief model* (model kepercayaan kesehatan) model ini merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara khusus model ini menerangkan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mengetahui keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya (Rosenstock,1974, 1977).

Menurut Becker perilaku ditentukan oleh apakah seseorang:

1. Percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu
2. Menganggap bahwa masalah seirius
3. Meyakini efektivitas tujuan pengobatan dan pencegahan
4. Tidak mahal
5. Menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.

Menurut Health belief model perilaku dapaaata ditentukan oleh:

1. Percaya bahwa mereka rentan terhadap penyakit tertetu
2. Tingkat keseriusan masalah

3. Meyakini keefektifitasan tujuan pengobatan dan pencegahan
4. Tidak mahal
5. Menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.

Teori ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan dan sikap. Model ini merupakan model kognitif yang mempunyai arti proses kognitif yang dapat dipengaruhi oleh informasi dan lingkungan.

Menurut dari Heri D.J Maulana, 2009 di teori HBM kemungkinan seseorang melakukan tindakan pencegahan dipengaruhi secara langsung dari hasil dua keyakinan atau penilaian kesehatan antara lain sebagai berikut:

1. Ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka (*perceived threat of injury or illness*)

Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berfikir bahwa penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman bagi dirinya. Penilaian tentang ancaman yang dirasakan pada hal-hal berikut :

- a. Ketidakkebalan yang dirasakan. Individu mungkin dapat menciptakan masalah kesehatannya sendiri sesuai dengan kondisi.
  - b. Keseriusan yang dirasakan (*perceived severity*). Mengevaluasi keseriusan penyakit tersebut muncul dari akibat ulah individu tersebut atau penyakit dibiarkan tidak ditangani.
2. Keuntungan dan kerugian. Pertimbangan anantara keuntungan dan kerugian perilaku sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan atau tidak.
  3. Petunjuk berperilaku juga diduga tepat untuk memulai proses perilaku yang disebut sebagai keyakinan terhadap posisi yang menonjol. Hal ini berupa informasi dari luar atau nasihat mengenai permasalahan kesehatan.

Sedangkan kelemahan dari model ini terdapat 4 kelemahan (Heri D. J. Maulana, 2009) yaitu:

1. Teori ini lebih didasarkan penelitian terapan dalam permasalahan pendidikan kesehatan daripada penelitian

- akademis.
2. Teori ini dirasakan pada beberapa asumsi yang dapat diragukan, seperti pemikiran bahwa setiap pilihan perilaku selalu dirasakan pertimbangan rasional. Selain rasionalnya diragukan, teori ini juga tidak memberikan spesifik yang tepat terhadap kondisi ketika individu membuat pertimbangan tertentu.
  3. Teori ini hanya memperhatikan keyakinan kesehatan. Namun pada kenyataannya orang dapat mempertimbangkan tentang perilaku yang tidak berhubungan dengan kesehatan tapi masih memengaruhi kesehatan.

### **C. THEORY OF REASONED ACTION (TRA)**

#### **TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengaplikasikan Theory of Reasoned Action pada individu, keluarga dan Masyarakat

#### **TUJUAN INSTRUKSIONAL KUSUS**

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengaplikasikan Theory of Reasoned Action :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan Definisi Theory of Reasoned Action
2. Mahasiswa mampu menjelaskan Komponen Theory of Reasoned Action
3. Mahasiswa mampu menjelaskan Keuntungan dan Kelemahan Theory of Reasoned Action
4. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Theory of Reasoned pada masyarakat.
5. Mahasiswa mampu menjelaskan Keuntungan dan Kelemahan Theory of Reasoned Action
6. Mahasiswa mampu mengaplikasikan Theory of Reasoned pada masyarakat.

## DEFINISI TRA

Model ini memakai pendekatan kognitif (pengetahuan), tetapi memiliki keuntungan lebih dibandingkan HBM. Teori kehendak perilaku merupakan teori perilaku manusia

secara umum. Sebenarnya, teori ini digunakan dalam berbagai perilaku manusia, khususnya berkaitan dengan masalah sosio-psikologis, kemudian berkembang dan banyak digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan.

Teori ini menghubungkan antara keyakinan (beliefs), sikap (attitude), kehendak (intention), dan perilaku, artinya, jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik adalah mengetahui kehendak orang tersebut. Namun, seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sama sekali berbeda (tidak selalu berdasarkan kehendak). Konsep penting dalam teori ini adalah fokus perhatian (salience), yaitu mempertimbangkan sesuatu yang dianggap penting.

Kehendak (intensi) ditentukan oleh sikap dan norma subjektif. Komponen sikap merupakan hasil pertimbangan untung-rugi dari perilaku tersebut (outcome of the behavior), dan pentingnya konsekuensi-konsekuensi bagi individu (evaluation regarding the outcome). Di lain pihak, komponen norma subjektif atau sosial mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut. Contohnya, orang tua memiliki harapan tentang keikutsertaan pada program imunisasi bagi anak-anaknya. Mereka percaya imunisasi dapat melindungi serangan penyakit (keuntungan), tetapi juga menyebabkan rasa sakit atau tidak enak badan (kerugian). Orang tua akan mempertimbangkan mana yang paling penting, perlindungan anak atau tangisan anak, atau mungkin panas. Jika orang yang dianggap penting (kelompok referensi) setuju (atau sebatas menasihati) dan orang tua ingin mengikuti petunjuk tersebut, terdapat kecenderungan positif untuk berperilaku.

Pertanyaanya, atas dasar apa seseorang mempunyai keyakinan dan mengevaluasi perilaku dan norma sosial? Respons terhadap pertanyaan itu harus mencakup peran variabel eksternal, seperti variabel demografi, jenis kelamin, dan usia yang tidak muncul dalam teori ini. Menurut Fishbein (1989), variabel ini bukannya penting, tetapi efeknya pada intensi dianggap diperantai sikap, norma subjektif, dan berat relatif dari komponen-komponen ini.

Menurut TRA, “ keyakinan kesehatan ” (seperti digambarkan dalam HBM) yang meliputi konsep ketidak kebalan (mudah terjangkit penyakit), keseriusan dan keuntungan atau keriguan, sebagai variabel yang secara langsung, dapat penting atau tidak, mempengaruhi perilaku. Contohnya, TRA memandang persepsi kekebalan akan memengaruhi perilaku jika hal itu memengaruhi sikap atau norma subjektif, dan jika pengaruh komponen ini merupakan penentu intensi.

## **KOMPONEN TRA**

### **1. Behaviour Belief**

mengacu pada keyakinan seseorang terhadap perilaku tertentu, disini seseorang akan mempertimbangkan untung atau rugi dari perilaku tersebut (outcome of the behavior), disamping itu juga dipertimbangkan pentingnya konsekuensi - konsekuensi yang akan terjadi bagi individu bila ia melakukan perilaku tersebut (evaluation regarding of the outcome)

### **2. Normative Belief**

mencerminkan dampak keyakinan normatif, disini mencerminkan dampak dari norma- norma subyektif dan norma sosial yang mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimanadan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting oleh individu (referent persons) dan motivasi seseorang untuk mengikuti perilaku tersebut (seberapa penting kita menerima saran atau anjuran dari pasangan anda ?).

3. Attitude towards the behaviour  
 sikap adalah fungsi dari kepercayaan tentang konsekuensi perilaku atau keyakinan normatif, persepsi terhadap konsekuensi suatu perilaku dan penilaian terhadap perilaku tersebut. Sikap juga berarti perasaan umum yang menyatakan keberkecenderungan atau ketidakberkecenderungan seseorang terhadap suatu objek yang mendorong tanggapannya. Faktor sikap merupakan point penentu perubahan perilaku yang ditunjukkan oleh perubahan sikap seseorang dalam menghadapi sesuatu. Perubahan sikap tersebut dapat berbentuk penerimaan ataupun sebaliknya, penolakan.
4. Importance Norms  
 norma-norma penting atau norma-norma yang berlaku di masyarakat, adalah pengaruh faktor sosial budaya yang berlaku di masyarakat dimana seseorang itu tinggal. Unsur – unsur sosial budaya yang dimaksud seperti “gengsi” yang juga dapat membawa seseorang untuk mengikuti atau meninggalkan sebuah perilaku.
5. Subjective Norms  
 norma subjektif atau norma yang dianut seseorang (keluarga). Dorongan anggota keluarga, termasuk kawan terdekat juga mempengaruhi agar seseorang dapat menerima perilaku tertentu, yang kemudian diikuti dengan saran, nasehat dan motivasi dari keluarga atau kawan. Kemampuan anggota keluarga atau kawan terdekat mempengaruhi seorang individu untuk berperilaku seperti yang mereka harapkan diperoleh dari pengalaman, pengetahuan dan penilaian individu tersebut terhadap perilaku tertentu dan keyakinannya melihat keberhasilan orang lain berperilaku seperti yang disarankan.
6. Behavioural Intention  
 niat ditentukan oleh sikap, norma penting dalam masyarakat dan norma subjektif. Komponen pertama mengacu pada sikap terhadap perilaku. Sikap ini merupakan hasil pertimbangan untung dan rugi dari perilaku tersebut (outcome of behavior). Disamping itu juga dipertimbangkan

pentingnya konsekuensi-konsekuensi yang akan terjadi bagi individu (evaluation regarding of the outcome). Komponen kedua mencerminkan dampak dari norma-norma subjektif dan norma sosial yang mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut.

#### 7. Behaviour

Perilaku adalah sebuah tindakan yang telah dipilih seseorang untuk ditampilkan berdasarkan atas niat yang sudah terbentuk. Perilaku merupakan transisi niat atau kehendak ke dalam action/ tindakan.

### **KEUNTUNGAN TRA**

Teori ini memberikan pegangan untuk menganalisis komponen perilaku dalam item yang operasional. Fokus sasaran adalah prediksi dan pengertian perilaku yang dapat diamati secara langsung dan berada dalam kendali seseorang, artinya perilaku sasaran harus diseleksi dan diidentifikasi secara tidak jelas. Tuntutan ini memerlukan pertimbangan mengenai perbedaan tindakan (action), sasaran (target), konteks dan perbedaan waktu serta .

Konsep penting dalam TRA adalah fokus perhatian (salience). Hal ini berarti, sebelum mengembangkan intervensi yang efektif, pertama-tama harus menentukan hasil dan kelompok referensi yang penting bagi perilaku populasi. Dengan demikian, harus diketahui nilai dan norma kelompok sosial yang diselidiki (yang penting bukan budaya itu sendiri, tetapi cara budaya memengaruhi) sikap, intensi dan perilaku). Contohnya, terdapat nilai dan norma di masyarakat bahwa diare bukan suatu penyakit, tetapi sebagai hal yang alami dari tumbuh kembang anak. Hal tersebut berarti masyarakat memandang diare bukan fokus perhatian yang penting. Contoh lain, fokus perhatian perilaku sosial dan pencegahan AIDS tidak akan sama antara kelompok homoseksual dan kelompok lain tentang penggunaan kondom. Kelompok homoseksual

percaya kondom dapat mencegah mereka terkena AIDS, tetapi bagi kelompok lain pengguna kondom justru akan menyebarluaskan perilaku seksual.

### **KELEMAHAN TRA**

Kelemahan TRA adalah bahwa kehendak dan perilaku hanya berkorelasi sedang, intensi tidak selalu menuju pada perilaku itu sendiri, terdapat hambatan-hambatan yang mencampuri atau memengaruhi intensi dan perilaku (Van Oost, 1991 dalam Smet, 1994). Selain itu, TRA tidak mempertimbangkan pengalaman sebelumnya dengan perilaku dan mengabaikan akibat-akibat jelas dari variabel eksternal (variabel demografi, gender, usia, dan keyakinan kesehatan) terhadap pemenuhan intensi perilaku.

Meskipun demikian, kelebihan TRA dibandingkan HBM adalah bahwa pengaruh TRA berhubungan dengan norma subjektif. Menurut TRA, seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sama sekali berbeda. Hal ini berarti keputusan seseorang untuk melakukan suatu tindakan tidak dibatasi pertimbangan- pertimbangan kesehatan.

### **APLIKASI TRA**

Theory of reasoned action (TRA) merupakan model untuk meramalkan perilaku preventif dan telah digunakan dalam berbagai jenis perilaku sehat yang berlainan, seperti pengaturan penggunaan substansi tertentu (merokok, alkohol, dan narkotik), perilaku makan dan pengaturan makan, pencegahan AIDS dan penggunaan kondom, perilaku merokok, penggunaan alkohol, penggunaan alat kontrasepsi, latihan kebugaran (fitness) dan praktik olahraga. Norma subjektif menjadi perhatian penelitian (mengenai) dukungan sosial dan analisis jaringan sosial. TRA juga banyak digunakan untuk memenuhi persyaratan tindakan keselamatan dan kesehatan kerja (K3), seperti tindakan keselamatan dalam pertambangan batubara, absenteeism karyawan, dan perilaku konsumen.

Berdasarkan sudut pandang yang berbeda, usulan-usulan untuk meningkatkan penggunaan praktis (Smet, 1994) adalah sebagai berikut.

1. Beberapa peneliti tidak menggunakan model secara komplet, tetapi hanya untuk memahami dan menerangkan perilaku, model lain lebih disukai karena perubahan perilaku memerlukan pengambilan keputusan secara pasti, atau paling tidak, TRA digunakan sebagai pelengkap model sebelumnya (HBM). Sebagai contoh, setelah tahap perubahan perilaku dan pemeliharaan perilaku, digunakan model lain, seperti model dari McGuire dan Rogers.
2. Konsep representasi mental dari kesakitan, kontrol yang dirasakan, dukungan sosial, self-efficacy, ketidak berdayaan yang dipelajari, dianggap sebagai variabel atau teori sosial kognitif perantara yang menawarkan lebih banyak kesempatan untuk menerangkan hubungan kesehatan dengan hasil kesehatan (health outcome).
3. Untuk memperbaiki HMB dan TRA, dapat digunakan konsep self- efficacy.

Contoh aplikasi dari TRA dalam analisa beberapa faktor yang berhubungan dengan niat mahasiswa pengguna NAPZA suntik untuk berkunjung ke klinik Voluntary Counseling dan Testing (VCT). Seorang pengguna NAPZA suntik percaya bahwa berkunjung ke klinik VCT memberikan manfaat bagi orang yang beresiko HIV & AIDS seperti mendapat informasi tentang pengguna NAPZA suntik yang aman (Keuntungan), tetapi juga akan dijauhi teman-teman sesama pengguna NAPZA suntik (Kerugian). Pengguna NAPZA suntik akan mempertimbangkan mana yang paling penting diantara keduanya. Kemudian ia juga akan mempertimbangkan konsekuensi-konsekuensi setelah melakukan VCT dan dinyatakan HIV positif, ia tidak diperbolehkan untuk bekerja meskipun mampu untuk bekerja. Nilai dan norma dilingkungan masyarakat tidak mendeskripsikan pengguna NAPZA suntik setelah berkunjung ke klinik VCT. Orang yang

dianggap penting (teman sesama pengguna NAPZA suntik yang telah berkunjung ke klinik VCT) setuju (atau sebatas menasihati) untuk berkunjung ke klinik VCT dan pengguna NAPZA suntik termotivasi untuk patuh mengikuti petunjuk tersebut, maka terdapat kecenderungan positif berniat untuk berkunjung ke klinik VCT. Deskripsi diatas dapat dilihat pada bagan Belief, Attitude, Intention, Behaviour.

#### **D. TRANSTEORITICAL MODEL**

##### **TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan dan mengaplikasikan *Transtheoretical Model* pada individu, keluarga dan masyarakat

##### **TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS**

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengaplikasikan Transteoritical Model :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan Definisi Transteoritical Model
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tahap Transteoritical Models
3. Mahasiswa mampu menjelaskan kelebihan dan kekurangan Transteoritical Model
4. Mahasiswa mampu Mengaplikasikan Transteoritical Models pada Masyarakat

##### **DEFINISI TRANSTEORITICAL MODEL**

Adalah perubahan perilaku atas kesiapan individu untuk memiliki tindakan yang lebih sehat, memberikan target strategi, atau proses perubahan untuk memandu individu untuk berperilaku sehat melalui tahapan perubahan dan pemeliharaan kesehatan. Model ini menjelaskan bagaimana individu memodifikasi perilaku yang menjadi masalah dan memperoleh perilaku positif. Transteoritical model adalah model yang fokus pada pembuatan keputusan oleh individu. Asumsi dasar model ini adalah pada dasarnya individu tidak

dapat merubah perilaku dalam waktu yang singkat, terutama pada perilaku yang menjadi kebiasaan sehari-hari. Terdapat lima tahapan menuju perubahan bagi individu : pre-contemplation, conteplation, preparation, action, dan maintainance.

Model transteoritcal merupakan model biopsikososial yang integratif, mengenai perubahan perilaku yang disengaja. Tidak seperti model ataupun teori perilaku lainnya yang eksklusif hanya terfokus pada dimensi tertentu, seperti pengaruh sosial atau biologi.

Model ini juga berupaya menyatukan dan mengintergrasikan konstruksi kunci dari beberapa teori menjadi suatu model perubahan perilaku yang komperhensif agar dapat digunakan dalam beragam perilaku, populasi dan keadaan (pengobatan, upaya pencegahan, atau upaya pembuat kebijakan).

The transteoritcal model menurut prochaska (1983) adalah suatu model yang integratif tentang perubahan perilaku. Kunci pembangun dari teori lain yang terintegrasi. Model ini menguraikan bagaimana orang-orang memodifikasi perilaku masalah atau memperoleh suatu perilaku yang positif dari perubahan perilaku tersebut.

Model ini adalah suatu perubahan yang disengaja untuk mengambil suatu keputusan dari individu tersebut. Model melibatkan emosi, pengamatan dan perilaku, melibatkan pula suatu kepercayaan diri.

Model ini dikembangkan dari pengalaman dalam pelaksanaan program yang berhubungan dengan perilaku merokok dan pemakaian obat-obatan terlarang. Program ini meneliti perubahan sebagai suatu proses dan mengakui bahwa tiap orang memiliki tingkat kesediaan atau motivasi yang berbeda untuk berubah. Tranteoritcal model mengemukakan enam tahap (stage) terpisah. Melalui tahap-tahap ini, seseorang dapat berubah ke arah perilaku sehat jangka panjang yang positif.

Enam tahap tersebut adalah :

1. Pra kontemplasi/Perenunn (belum menyatakan / belum siap untuk berubah)
2. Kontemplasi (mempertimbangkan untuk berubah)
3. Persiapan (komitmen yang serius untuk berubah)
4. Aksi (perubahan di mulai)
5. Pemeliharaan (mempertahankan perubahan)

### **TAHAPAN PERUBAHAN TRANSTEORITICAL MODEL**

- Pra perenungan (Precintemplation)  
Pada tahap ini seseorang tidak peduli untuk melakukan aksi terhadap masa depan yang dapat diperkirakan. Pengukuran biasanya diukur dalam enam bulan berikutnya. Rasa ketidak pedilian ini terjadi disebabkan oleh kurang taunya mengenai konsekuensi suatu perilaku
- Perenungan (Contemplation)  
Pada tahap ini seseorang peduli untuk berubah pada enam bulan berikutnya. Individu lebih peduli dalam kemungkinan perubahan. Akan tetapi, seringkali peduli terhadap konsekuensi secara akut.
- Persiapan (Preparation)  
Pada tahap ini seseorang peduli melakukan aksi dengan secepatnta di masa mendatang. Pengukuran dilakukan biasanya pada bulan berikutnya. Seseorang pada tahap ini secara khusus melakukan beberapa aksi yang signifikan pada tahun sebelumnya.
- Aksi (Action)  
Tahap dimana seseorang telah melakukan modifikasi sesifik pada gaya hidupnya selama enam bulan terakhir. Pada tahap ini aksi sudah dapat diamati. Dalam tranteoritical model, aksinya hanya ada sekali dari lima tahap dan tidak semua memodifikasi perilaku disebut aksi.
- Pemeliharaan (Maintanance)  
Pada tahap ini seseorang berupaya mencegah munculnya perilaku yang tidak diinginkan. Akan tetapi seringkali seseorang tidak menerapkan proses perubahan aksinya.

## KELEBIHAN DAN KEKURANGAN TRANSTEORITICAL MODEL

*The Transtheoretical model* (TTM) berhasil mengintegrasikan beberapa teori terdahulunya tentang modifikasi perilaku dengan lebih lengkap dan kompleks. pola yang digunakan berbentuk pola umum, sehingga teori ini sangat fleksibel untuk diterapkan di segala perubahan perilaku. Otomatis, teori ini dapat digunakan oleh berbagai kalangan dan dapat digunakan untuk perubahan perilaku apapun. *The Transtheoretical model*(TTM) melakukan perubahan perilaku secara bertahap sehingga individu yang berkaitan tidak langsung berubah secara drastis. Hal ini berdampak lebih baik agar perilaku sebelumnya ketika *re-lapsing* dapat diminimalkan.

Sedangkan kekurangan dari *The Transtheoretical model*(TTM) adalah teori ini berasumsi bahwa individu akan dapat memodifikasi perilakunya dalam jangka waktu kurang lebih 6 (enam) bulan. Namun, belum ada pembuktian empiris yang menjelaskan bahwa rentang waktu selama 6 (enam) bulan tersebut adalah waktu yang cukup untuk pengubahan suatu perilaku. Selain itu, teori ini juga tidak menjelaskan pengaruh dari faktor lain yang sebenarnya turut andil dalam perubahan perilaku seseorang.

### APLIKASI TRANSTEORITICAL MODEL

Model ini sebelumnya telah diterapkan dalam berbagai masalah perilaku. Berhenti merokok, olahraga, diet, rendah lemak, pengujian random, penyalahgunaan alkohol, mengontrol berat badan, penggunaan kondom untuk perlindungan HIV, perubahan organisasi, penggunaan tabir surya untuk mencegah kanker kulit, penyalahgunaan obat, keputusan medis, skrinning mamografi, dan manajemen stres. Salah satunya contoh yang akan dijelaskan secara rinci adalah merokok.

1. Pra Kontemplasi : Perokok cenderung menghindari membaca, berbicara atau berpikir tentang bahaya rokok.
2. Kontemplasi : Orang tersebut (Perokok) sudah mulai

mengetahui atau menyadari bahwa perilaku yang ia miliki adalah sebuah masalah dan mulai melihat keuntungan dan kerugian yang bisa ditimbulkan jika ia tetap melakukan perilaku tersebut.

3. Persiapan : Orang tersebut sudah mulai memiliki keinginan untuk melakukan perubahan perilaku dan mungkin ia mulai dari sesuatu yang kecil, seperti perlahan-lahan mengurangi jumlah rokok yang biasanya dihabiskan
4. Aksi : Perokok sudah memulai untuk tidak merokok lagi
5. Pemeliharaan : Perokok mempertahankan untuk tidak merokok lagi walaupun kadang terdapat godaan.

Secara garis besar model ini dalam tahap aksi dan pemeliharaan seseorang dapat kembali ke pola perilaku sebelumnya, hal ini karena individu mempertimbangkan untung dan rugi perubahan suatu perilaku sebelum melangkah dari tahap satu ke tahap berikutnya (M Ridwan, 2009).

Model ini menerangkan serta mengukur perilaku kesehatan dengan tidak bergantung pada perangkat pada teori tertentu. Pada model ini ada empat tahap independen yaitu

1. Prekontemplasi merupakan seseorang belum memikirkan suatu pemikiran atau mengubah suatu perilaku sama sekali.
2. Kontemplasi merupakan seseorang benar benar memikirkan suatu perilaku atau tindakan tapi belum siap melakukannya.
3. Aksi merupakan seseorang telah membuat modifikasi terbuka dalam gaya hidupnya
4. Pemeliharaan yaitu seseorang berupaya mencegah akan terjadi kekambuhan lagi.

## **E. MODEL TEORI SEBAB AKIBAT**

Teori adalah serangkaian bagian atau variable, definisi dan dalil yang saling berhubungan secara umum teori ini merupakan analisis hubungan anatar fakta yang satu dengan fakta yang lain pada sekumpulan fakta. Pada teori ini, apa yang dilakukan pasti memiliki penyebabnya. Pengetahuin teori

sebab akibat ini dapat mendorong seseorang untuk bertindak hati-hati dan focus terhadap akibat. Teori ilmiah dari berbagai teori ilmiah dari berbagai ilmu secara umum bergantung pada sebab akibat (kausalitas). Kausalitas terkait dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Prinsip pertama: prinsip kausalitas mengasiscayakan setiap kondisi (akibat) pasti mempunyai sebab.
2. Prinsip kedua: menjelaskan bahwa akibat tidak mungkin terpisah dari sebab, jika ada sebab maka ada akibat dan begitu sebaliknya.
3. Prinsip ketiga: hukum keselarasan anatar sebab dan akibat yang menganiscayakan setiap himpunan secara esensial harus selaras dengan sebab dan akibat di alam.

#### **F. MODEL TRANSAKSIONAL STRESS DAN KOPING**

Stress adalah suatu keadaan atau kondisi tubuh yang terganggu karena tekanan psikologi. Biasanya stress dikaitkan bukan dengan penyakit fisik melainkan penyakit kejiwaan. Banyak hal yang memicu stress seperti rasa khawatir, kesal, kelelahan, frustrasi, perasaan tertekan, kesedihan, dan lain-lain.

Stressor adalah keadaan yang diakibatkan oleh lingkungan internal ataupun eksternal sehingga mempengaruhi tindakan kesejahteraan dan membutuhkan kesehatan fisik maupun psikologi untuk mengembalikan keseimbangan (Lazarus & Cohen, 1997). Koping meliputi perilaku kognitif dan upaya mengurangi atau menghilangkan stress terkait kondisi dan tekanan emosional. Ada 2 cara untuk menghadapi stress yaitu dengan cara respon berfokus pada masalah yaitu berfokus pada peristiwa eksternal dan cara yang kedua respon berfokus pada emosi iatu diarahkan pada reaksi emosional dan peristiwa dan cenderung digunakan untuk menangani masalah-masalah yang tidak terkendali.

Model ini adalah suatu kerangka kerja untuk mengevaluasi proses mengatasi peristiwa stress. Pengalaman stress ditafsirkan sebagai transaksi dengan lingkungannya. Transaksi ini tergantung pada dampak dari stressor

eksternal. penilaian pertama orang tentang stressor dan penilaian kedua sumber daya sosial atau budaya sekitarnya. Ketika seseorang dihadapkan dengan stressor, seseorang mengevaluasi potensi ancaman atau disebut dengan penilaian primer yaitu penilaian seseorang tentang makna dari suatu peristiwa sebagai stress, positif, terkendali, menantang atau tidak relevan. Penilaian kedua adalah evaluasi pengendalian stressor dan sumber daya yang dimiliki untuk menghadapinya.

Aplikasi model ini digunakan untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Pengaruh stress pada orang tidak semua sama. Stress dapat menyebabkan penyakit pengalaman negative. Factor yang terpenting dalam mengatasi stress adalah apakah hal itu memengaruhi dan bagaimana orang mencari perawatan medis atau dukungan sosial pada orang professional. Untuk mengatasi stress, strategi masalah berfokus pada coping, emosi yang berfokus coping, dan makna berbasis coping dapat digunakan sebab penelitian yang memfasilitasi atau menghambat praktik gaya hidup (Glanz, dkk, 2002).

## **G. LATIHAN**

1. Jelaskan model dan nilai promosi kesehatan menurut pendapat anda !
2. Ada berapa model promosi kesehatan yang anda ketahui, jelaskan secara singkat !
3. Apa kelebihan dan kekurangan Health belief model ?
4. Sebutkan tahanan Model transteoritik!
5. Sebutkan prinsip teori sebab akibat !

## **H. DAFTAR PUSTAKA**

1. Maulana, Herry.( 2007 ). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC
2. Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : Buku Kedokteran.
3. M. Ridwan. 2009. *Promosi Kesehatan dalam Rangka Perilaku*. Jurnal Kesehatan "Metro Sai Wawai" Volume II No.2 Edisi Desember 2009, ISSN:1977

4. World Health Organization. (2000). Health Promotion.  
<http://www.who.int/health-promotion>

## BAB IV

# SASARAN DAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

### A. SASARAN PROMOSI KESEHATAN

Dalam pelaksanaan promosi kesehatan dikenal 3 jenis sasaran promosi kesehatan yaitu:

#### 1. Sasaran primer

Sasaran primer (utama) upaya promosi kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga rumah tangga sebagai komponen dari masyarakat. Misalnya adalah ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA, dan sebagainya. Mereka diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Merubah perilaku pasien atau individu memang bukanlah susah, perubahan perilaku perlu adanya dukungan oleh system nilai dan norma-norma sosial serta norma-norma hukum yang dapat diciptakan atau dikembangkan oleh para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun formal.

Sumber daya atau sarana yang diperlukan bagi terciptanya PHBS yang dapat diupayakan oleh mereka yang menyediakan atau yang bertanggung jawab, terutama pada perangkat pemerintahan dan dunia usaha.

#### 2. Sasaran sekunder

Sasaran ini seperti tokoh agama, tokoh masyarakat tokoh adat, dan sebagainya. Tokoh masyarakat adalah yang berpengaruh dalam lingkungannya sehingga tokoh agama dapat memberikan pendidikan kesehatannya kepada masyarakatnya. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga dengan cara berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS. Ikut menyebarluaskan tentang PHBS dapat menciptakan suasana yang kondusif dan dapat

menekan kelompok untuk mempercepat terbentuknya PHBS.

### 3. Sasaran tersier

Para pembuat keputusan atau kebijakan suatu daerah adalah sasaran tersier, dengan kebijakan yang dikeluarkan akan berpengaruh pada kesehatan suatu kelompok atau masyarakat umum sekitarnya. Mereka diharapkan turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS dengan cara:

- a. Memberlakukan kebijakan atau perundang-undangan yang tidak merugikan kesehatan masyarakat dan bahkan mendukung terciptanya PHBS dan kesehatan masyarakat.
- b. Membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lain-lain) yang dapat mempercepat terciptanya PHBS dikalangan pasien individu sehat dan keluarga pada khususnya serta masyarakat luas pada umumnya.

## B. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Menurut rumusan WHO (1994) strategi promosi kesehatan yaitu:

### 1. Pemberdayaan Masyarakat

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

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

Dalam mengupayakan agar klien tahu dan sadar kuncinya adalah pada keberhasilan membuat klien memahami suatu masalah dengan klien berpendapat.

Bahwa suatu masalah itu masalah baginya dan masalah bagi masyarakatnya. Selama klien tidak menyadari bahwa sesuatu masalah tersebut tidak bermasalah atau mengganggu maka klien tidak akan bersedia menerima informasi apa pun lebih lanjut.

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

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

## 2. Bina suasana

Bina suasana adalah upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan melakukan atau terdorong untuk melakukan dimanapun lingkungannya akan menyutujuinya atau mendukung perilaku tersebut. terdapat 3 bina suasana yaitu

### a. Bina suasana individu

Bina suasana dilakukan oleh individu-individu tokoh masyarakat. Dalam hal ini tokoh masyarakat menjadi individu panutan dalam perilaku yang sedang diperkenalkan

### b. Bina suasana kelompok

Bina suasana kelompok dilakukan oleh kelompok dalam masyarakat seperti pengurus RT/RW, majlis pengajian, perkumpulan seni, organisasi profesi, organisasi wanita dan sebagainya. Dalam kategori ini kelompok tersebut menjadi kelompok yang peduli terhadap perilaku yang sedang diperkenalkan dan menyetujui atau mendukungnya.

### c. Bina suasana public

Bina suasana ini dilakukan oleh masyarakat umum melalui pengembangan kemitraan dan pemanfaatan media komunikasi, seperti radio, televisi, Koran, majalah, situs internet dan lain-lain sehingga dapat tercipta pendapat umum.

## 3. Advokasi

Advokasi adalah kegiatan memberikan bantuan kepada masyarakat dengan membuat keputusan dan penentuan kebijakan dalam bidang kesehatan maupun sector lain diluar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat. Advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan, sehingga mereka akan memberikan keputusan yang dapat menguntungkan bagi kesehatan masyarakat umum (Wahid Iqbal Mubarak, Nurul Chayantin, 2007).

Advokasi kesehatan adalah pendekatan kepada para pimpinan atau pengambil keputusan agar mendapatkan dukungan secara maksimal, kemudahan perlindungan pada upaya kesehatan (Depkes, 2004).

Tujuan advokasi ini adalah untuk mendorong dan memperkuat suatu perubahan dalam kebijakan, program atau legalisasi. Sedangkan fungsi advokasi adalah untuk mempromosikan suatu perubahan dalam kebijakan program atau peraturan dan mendapatkan dukungan dari pihak lain.

Perlu disadari bahwa komitmen dan dukungan yang diupayakan melalui advokasi jarang diperoleh di waktu singkat. Ada beberapa tahap yaitu:

- a. Mengetahui atau menyadari masalah
- b. Tertarik untuk ikut mengatasi masalah
- c. Peduli terhadap pemecahan masalah
- d. Sepakat untuk memecahkan masalah dengan memilih salah satu alternative pemecahan masalah
- e. Memutuskan tindak lanjut kesepakatan.

#### 4. Kemitraan

Kemitraan harus digalangkan dalam rangka pemberdayaan maupun bina suasana dan advokasi guna membangun kerjasama dan mendapatkan dukungan. Dengan begitu kemitraan perlu digalangkan antar individu, keluarga, pejabat atau pemerintahan yang terkait dengan urusan kesehatan. Kemitraan harus dilandaskan oleh :

##### a. Kesetaraan

Kesetaraan berarti tidak diciptakan hubungan yang bersifat hirarkis. Semua diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada dalam kedudukan yang sama. Keadaan ini diciptakan apabila semua pihak bersedia mengembangkan hubungan kekeluargaan yaitu hubungan yang dilandasi kebersamaan atau kepentingan bersama.

b. Keterbukaan

Dalam setiap langkah diperlukan kejujuran dari semua pihak. Setiap usul/saran/komentar harus disertai dengan alasan yang jujur, sesuai fakta, tidak menutup-nutupi

c. Saling menguntungkan

Solusi yang adil ini terutama dikaitkan dengan adanya keuntungan yang didapat oleh semua pihak. PHBS dan semua kegiatan harus dapat dirumuskan keuntungan bagi semua pihak

### C. LATIHAN

1. Jelaskan menurut pengetahuan anda sasaran promosi kesehatan !
2. Jelaskan menurut pengetahuan anda strategi promosi kesehatan !
3. Jelaskan menurut pengetahuan anda penggalangan pemberdayaan masyarakat!

### D. DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. (2001). Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan. Puspromkes Kemenkes RI. Jakarta.)
2. Mubarak, I.W. (2007). *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
3. Departemen Kesehatan RI. (2004). Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan, Pusat Promkes, Jakarta.
4. WorldHealth Organization. (2000). Health Promotion. <http://www.who.int/health-promotion>
5. <http://www.scribd.com/doc/40462631/Makalah-Strategi-Promosi-Kesehatan->  
Jadi didownload pada tanggal 03 November 2012

## **BAB V**

### **ETIKA PROMOSI KESEHATAN**

#### **A. PENETAPAN SASARAN**

##### **1. Sasaran primer**

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empow-erment).

##### **2. Sasaran sekunder**

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat disekitarnya. Disamping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (social support).

##### **3. Sasaran tersier**

Para pembuat keputusan atau penentuan kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat

umum (sasaranprimer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalandengan strategi advokasi.

## **B. PRINSIP ETIK**

Pada tahun 2002, American Public Health Association secara resmi mengadopsi dua belas prinsip praktek kode etik untuk umum. Dua belas prinsip yang diuraikan:

1. Kesehatan masyarakat terutama harus membahas penyebab dasar penyakit dan persyaratan untuk kesehatan, yang bertujuan untuk mencegah hasil kesehatan yang merugikan.
2. Kesehatan masyarakat harus mencapai kesehatan masyarakat dengan cara yang menghormati hak- hak individu dalam masyarakat.
3. Kebijakan kesehatan masyarakat, program, dan prioritas harus dikembangkan dan dievaluasi melalui proses yang menjamin kesempatan untuk masukan dari anggota masyarakat.
4. Kesehatan masyarakat harus mengadvokasi dan bekerja untuk pemberdayaan dari pemuda anggota masyarakat, yang bertujuan untuk memastikan bahwa sumber daya dasar dan kondisi diperlukan untuk kesehatan dapat diakses oleh semua.
5. Kesehatan masyarakat harus mencari informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan kebijakan yang efektif dan program yang melindungi dan mempromosikan kesehatan.
6. Institusi kesehatan umum harus menyediakan masyarakat dengan informasi yang mereka miliki yang diperlukan untuk keputusan tentang kebijakan atau program-program dan harus mendapatkan persetujuan masyarakat untuk pelaksanaannya.
7. Lembaga kesehatan publik harus bertindak secara tepat waktu pada informasi yang mereka miliki dalam sumber daya dan mandat yang diberikan kepada mereka oleh masyarakat.

8. Program kesehatan umum dan kebijakan harus menggabungkan berbagai pendekatan yang mengantisipasi dan menghormati nilai-nilai yang beragam, keyakinan, dan budaya dalam masyarakat.
9. Lembaga kesehatan publik harus melindungi kerahasiaan informasi yang dapat membawa kerugian bagi individu atau komunitas jika dibuat publik. Pengecualian harus dibenarkan
10. Atas dasar kemungkinan tinggi membahayakan signifikan terhadap individu atau orang lain.
11. Lembaga kesehatan publik harus memastikan kompetensi profesional karyawan mereka. Institusi kesehatan umum dan karyawan mereka harus terlibat dalam kolaborasi dan afiliasi dengan cara yang membangun kepercayaan publik dan efektivitas lembaga.

### **C. Praktik Promosi Kesehatan**

Upaya promosi kesehatan merupakan tanggung jawab kita bersama, bahkan bukan sektor kesehatan semata, melainkan juga lintas sektor, masyarakat dan dunia usaha. Promosi kesehatan perlu didukung oleh semua pihak yang berkepentingan.

Rancangan program promosi kesehatan oleh bidan adalah memfokuskan bagaimana program kemitraan pelayanan persalinan terpadu dapat membantu peningkatan upaya keselamatan ibu dengan menjalin kemitraan dengan lintas sektoral yang terkait. Kemitraan mengandung arti saling bertukar pengetahuan,

Sumberdaya dan komitmen untuk mencapai tujuan bersama. Untuk itu diperlukan sikap saling menghargai dan keterbukaan tentang semua hal kemitraan dengan wanita. Pendekatan partisipatif ini melibatkan kaum ibu mampu mengenali dan menentukan prioritas masalah kesehatan ibu, menyusun rencana pemecahan masalah bersama pemerintah setempat dan melaksanakannya. Beberapa kegiatannya adalah pelatihan dukun bayi, pendidikan dan pelatihan kaum wanita

dan pria tentang persalinan yang aman dirumah serta tentang keluarga berencana, mengembangkan persiapan rujukan ke rumah sakit dan mengembangkan materi informasi tentang kesehatan reproduksi.

Kemitraan dengan masyarakat dan dukun bayi. Pelatihan petugas dalam upaya keselamatan ibu tidaklah lengkap tanpa penyuluhan dan motivasi terhadap keluarga, masyarakat dan dukun bayi.

Kemitraan dengan bidan. Perlu dilakukan dengan asosiasi kebidanan (IBI) dalam mendukung pelayanan kesehatan reproduksi. Melalui asosiasi ini diharapkan para bidan mengikuti program pelatihan kesehatan reproduksi yang mencakup penanganan kegawatan obstetri, pencegahan infeksi dan keluarga berencana. Perhatian utama organisasi ini adalah memaksimalkan kebijakan dan dukungan teknis yang lestari dalam menjaga kualitas pelayanan kesehatan ibu. Implikasi program keselamatan ibu mencakup hal berikut:

- a. Menjamin kehadiran tenaga kesehatan pada setiap persalinan
- b. Memperluas akses terhadap pelayanan kebidanan ditingkat masyarakat
- c. Meningkatkan akses terhadap pelayanan obstetri esensial, termasuk pelayanan gawat darurat
- d. Menyediakan pelayanan terpadu kesehatan reproduksi termasuk keluarga berencana dan pelayanan pasca aborsi

Menjamin kesinambungan pelayanan yang berhubungan dengan sarana rujukan dan didukung oleh bahan habis pakai, alat, obat dan transportasi yang memadai

#### **D. Pertimbangan-pertimbangan Etis**

Pertimbangan-pertimbangan etis yang perlu kita lakukan dan pikirkan yakni :

1. Promotor kesehatan tidak akan secara sengaja menunda pelayanan atau informasi, dilihat dari status pengetahuan sekarang yang dapat memberikan manfaat kepada klien, mereka berusaha mengikuti perkembangan promosi kesehatan

2. Promotor kesehatan akan menghargai kerahasiaan informasi yang dapat mereka akses kecuali atas permintaan hokum dan demi kepentingan klien
3. Promotor kesehatan harus tidak melakukan kegiatan promosi kesehatan yang tidak kompeten bisa kerjakan.

## **E. Pendekatan Promosi Kesehatan**

### **1. Pendekatan Medik**

Tujuan dari pendekatan ini adalah kebebasan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medic, seperti penyakit infeksi, kanker, dan penyakit jantung. Pendekatan ini melibatkan kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin dengan metode persuasive maupun paternalistic. Sebagai contoh, memberitahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan klinik keluarga berencana dan pria umur pertengahan untuk dilakukan screening takanandarah. Pendekatan ini memberikan arti penting dari tindakan pencegahan medic dan tanggung jawab profesi kedokteran untuk membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan.

### **2. Pendekatan Perubahan Perilaku**

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 alcohol "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.

### 3. Pendekatan Edukasional

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 praktek kesehatan baru dapat pula ditawarkan, program pendidikan kesehatan sekolah, misalnya menekankan membantu murid mempelajari ketrampilan 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.

### 4. Pendekatan Berpusat Pada Klien

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 promotur kesehatan adalah bertindak sebagai fasilitator, membantu orang mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan serta ketrampilan yang mereka butuhkan agar memungkinkan terjadi perubahan. Pemberdayaan diri sendiri klien dilihat sebagai central dari tujuan ini. Klien dihargai sama yang mempunyai pengetahuan, ketrampilan dan kemampuan berkontribusi dan siapa yang mempunyai hak absolute untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri.

## 5. Pendekatan Perubahan Sosial

Tujuan dari pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, social dan ekonomi, supaya dapat membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Contohnya adalah mengubah masyarakat, bukan pada perubahan perilaku individu-individunya. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka mengubah masyarakat, mempunyai komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik di berbagai tingkat dan pada pentingnya pembentukan lingkungan yang sehat daripada pembentukan kehidupan individu-individu orang yang tinggal di tempat itu

## F. LATIHAN

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan pendekatan medik ?
2. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Pendekatan Perubahan Perilaku ?
3. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Pendekatan Edukasional ?
4. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Pendekatan Berpusat pada Klien ?
5. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Pendekatan Perubahan Sosial ?

## G. DAFTAR PUSTAKA

1. Novita Yesidkk, 2011, Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan, Jakarta, Salemba Medika. WHO.1992 Pendidikan Kesehatan, Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar, Bandung; Penerbit ITB dan Penerbit Udayana.
2. Mubarak, Wahid Iqbal. 2011. Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Meika
3. Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya. Jakarta : Rineka Cipta.

## BAB VI

### PENGKAJIAN PROMOSI KESEHATAN

#### A. DEFINISI MODEL PRECEDE-PROCEED

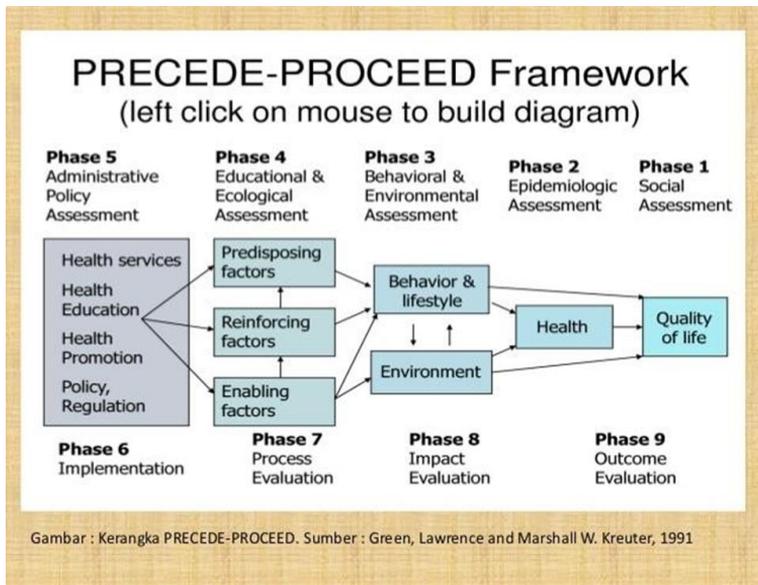
Dikutip dari Fertman pada tahun 2010 bahwa pendekatan terkenal untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam program promosi kesehatan adalah model Precede-Proceed yang dikemukakan oleh Green dan Kreuter pada tahun 1999. Bagian Precede (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) pada model (fase 1-4) berfokus pada perencanaan program dan bagian proceed (*Policy, Regulatory Organizational Construct in Educational and Environmental Development*) (fase 5-8) berfokus pada pelaksanaan dan evaluasi. Delapan fase dari model pedoman perencanaan dalam membuat program promosi kesehatan, dimulaidengan keluaran yang lebih umum dan berubah menjadi keluaran yang lebih spesifik. Pada akhirnya, membuat program, menghantarkan program dan mengevaluasi program. (Gambar 3. Menampilkan model Precede-Proceed untuk perencanaan program kesehatan dan evaluasi; tanda panah menunjukkan jalur utama kegiatan menuju masukan program dan determinan kesehatan untuk hasil).

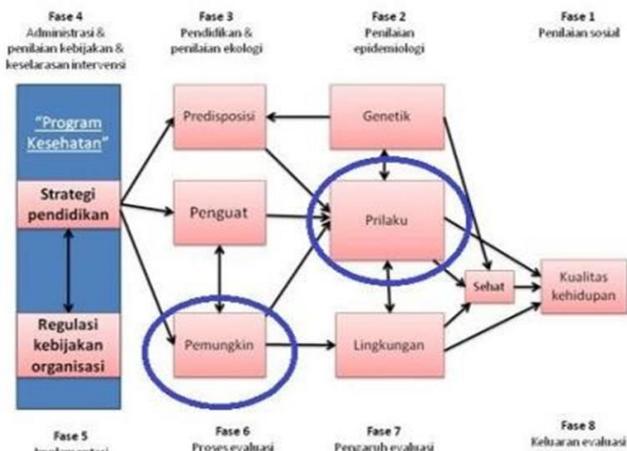
Perilaku kesehatan dianggap sebagai dipengaruhi oleh faktor-faktor individu maupun lingkungan, dan karena itu memiliki dua bagian yang berbeda Pertama PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation*).

Kedua PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Enviromental, Development*). Salah satu yang paling baik untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan adalah model Precede-Proceed.

Precede bagian dari fase (1- 4) berfokus pada perencanaan program, dan bagian Proceed fase (5-8) berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan, dimulai dengan hasil yang lebih umum dan pindah ke hasil yang lebih spesifik. Secara bertahap, proses mengarah ke penciptaan sebuah program, pemberian program, dan evaluasi program (Fertman, 2010).

### KERANGKA PROCEDE PROCEED





Gambar1. Precede Proceed Green & Kreuter, 2005)

**B. DELAPAN FASE PROCEDE-PROCEED (Fertman, 2010)**

Fase 1:

Penilaian Sosial Dalam fase ini, program menyoroti kualitas dari hasil keluaran secara spesifik, indikator utama sosial dari kesehatan dalam populasi spesifik (contohnya derajat kemiskinan, rata-rata kriminalitas, ketidakhadiran, atau tingkat pendidikan yang rendah) yang berefek kepada kesehatan dan kualitas hidup. Sebagai contoh, pada pekerjaan industri yang kumuh dan berbahaya dengan rata-rata kecelakaan yang tinggi, sedikitnya pelayanan kesehatan, dan keterbatasan kesediaan makanan diluar pedangang keliling, pekerja mungkin merasa tidak aman dan menjadi tidak sehat selama kondisi bekerja.

Fase 2:

Penilaian Epidemiologi Dalam fase kedua, setelah spesifik masalah sosial yang berkaitan dengan buruknya kualitas kehidupan dalam fase pertama, program mengidentifikasi mana masalah kesehatan atau faktor lain yang berperan dalam perburukan kualitas hidup. Masalah kesehatan

akan dianalisis berdasarkan dua faktor: pentingnya dalam artian bagaimana hubungannya dengan masalah kesehatan untuk mengidentifikasi indikator sosial dalam penilaian sosial dan bagaimana menerima untuk merubah masalah kesehatan yang ada. Setelah prioritas utama masalah kesehatan stabil, identifikasi dari determinan yang mengarah pada munculnya masalah kesehatan. Detailnya, adalah apa faktor lingkungan, faktor perilaku, dan indikator genetik yang mengarah kepada permasalahan kesehatan yang spesifik? Kepentingan yang sama dan analisis perubahan akan menampilkan identifikasi faktor mana yang menjadi target dalam program promosi kesehatan. Melanjutkannya dari contoh sisi pekerjaan, program akan mengumpulkan data masalah kesehatan dalam populasi yang akan mengarahkan kepada ketidakpedulian, seperti obesitas, penyakit hati, kanker, dan penyakit menular. Setelah penyakit diurutkan berdasarkan kepentingan dan kemampuan untuk diubah, perencana akan memilih salah satu masalah kesehatan. Langkah selanjutnya dalam penilaian ini adalah akan mengidentifikasi penyebab utama dari penyakit tersebut, seperti faktor lingkungan (contohnya racun, kondisi kerja yang penuh tekanan, atau kondisi pekerjaan yang tidak terkontrol), faktor perilaku (contohnya sedikitnya aktivitas fisik, diet yang buruk, merokok, atau konsumsi alkohol), dan faktor genetik (contohnya riwayat keluarga). Pentingnya dan perubahan data akan dianalisis, dan kemudian satu atau beberapa dari faktor resiko ini akan dipilih menjadi fokus. Untuk melengkapi fase ini, tujuan status kesehatan, perilakuobjektif, dan lingkungan objek akan disusun.

### Fase 3:

#### Penilaian Pendidikan dan Ekologis

Fokus dalam fase 3 berganti menjadi faktor mediasi yang membantu atau menghindarkan sebuah lingkungan positif atau perilaku positif. Faktor-faktor ini dikelompokkan kedalam tiga kategori: faktor-faktor predisposisi, faktor-faktor pemungkin dan faktor-faktor penguat (Green & Kreuter, 2005). Faktor-

faktorpredisposisi adalah yang dapat mendukung atau mengurangi untuk memotivasi perubahan, seperti sikap dan pengetahuan. Faktor-faktor pemungkin adalah yang dapat mendukung atau mengurangi dari perubahan, seperti sumber daya atau keahlian. Faktor-faktor penguat yang dapat membantu melanjutkan motivasi dan merubah dengan memberikan umpan balik atau penghargaan. Faktor-faktor ini dianalisis berdasarkan pentingnya, perubahan, dan kemungkinan (adalah, seberapa banyak faktor yang mungkin dapat dimasukkan dalam sebuah program). Faktor-faktor kemudian dipilih untuk disajikan sebagai dasar untuk pengembangan program, dan keobjektifitasan pendidikan yang telah disusun.

#### Fase 4:

Administrasi & Penilaian Kebijakan & Keselarasan Intervensi Fokus utama dalam administrasi dan penilaian kebijakan dan keselarasan intervensi dalam fase ke empat adalah pemastian kenyataan, untuk meyakinkan bahwa ini ada dalam aturan (sekolah, tempat kerja, organisasi pelayanan kesehatan, atau komunitas) semua dukungan yang memungkinkan, pendanaan, kepribadian, fasilitas, kebijakan dan sumber daya lainnya akan ditampilkan untuk mengembangkan dan pelaksanaan program. Pada contoh tempat kerja sebelumnya, sisi kebijakan dan prosedur akan diulas, diperbaiki, dibentuk dan dilaksanakan. Seperti poin ini, ada penilaian pada sisi untuk menjelaskan tepatnya apa hal yang diperlukan untuk menjalankan program dengan baik sebagaimana dikemukakan tingkat pendanaan, kebutuhan ruang (mungkin sebuah kelas, sebuah tempat kebugaran, perubahan ruangan, atau shower yang diperlukan, sebagai contoh), dan beberapa barang dan juga untuk memeriksa detail kaitan penyebaran program, seperti bagaimana untuk merekrut dan menjaga partisipasi dalam program.

#### Fase 5:

Implementasi atau Pelaksanaan Penyampaian program terjadi selama fase 5. Juga, proses evaluasi (fase 6), yang mana dalam fase evaluasi yang pertama, terjadi dengan simultan dengan pelaksanaan progra

#### Fase 6:

Proses Evaluasi Proses evaluasi adalah sebuah evaluasi yang formatif, sesuatu yang muncul selama pelaksanaan program. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan baik data kuantitatif dan kualitatif untuk mengakses kemungkinan dalam program sebagaimana untuk meyakinkan penyampaian program yang berkualitas. Sebagai contoh, kehadiran partisipan, dan perilaku selama berjalannya program akan dikumpulkan, sebagaimana sebuah penilaian sebagaimana baiknya rencana yang tertulis (menjelaskan isi dari yang telah disampaikan, bagaimana itu akan disampaikan, dan seberapa banyak waktu yang dialokasikan) menyelaraskan dengan penyampaian sebenarnya dari pelajaran (apa isi yang sebenarnya yang telah disampaikan, bagaimana itu disampaikan, dan seberapa banyak waktu yang diperlukan untuk menyampaikan itu). Pencapaian pendidikan dari tujuan juga diukur dalam fase ini

#### Fase 7

Pengaruh Evaluasi Fokus dalam fase ini adalah evaluasi sumatif, yang diukur setelah program selesai, untuk mencari tahu pengaruh intervensi dalam perilaku atau lingkungan. Waktunya akan bervariasi mulai dari sesegera mungkin setelah selesai dari menyelesaikan aktivitas intervensi sampai beberapa tahun kemudian.

#### Fase 8

Hasil atau Keluaran Evaluasi Fokus dari fase evaluasi terakhir sama dengan fokus ketika semua proses berjalan – indikator evaluasi dalam kualitas hidup dan derajat kesehatan.

### C. PELAYANAN KESEHATAN

Pengertian Setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya (Depkes, 2009). Semua ini ditentukan oleh:

- Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama- sama dalam suatu organisasi.
- Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu :

- Pelayanan kedokteran: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utama untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasaran terutama untuk perseorangan dan keluarga.
- Pelayanan kesehatan masyarakat: Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama dalam suatu organisasi.

Tujuan utamanya adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat. Hak atas kesehatan mengandung dua unsur penting yaitu unsur kebebasan mengontrol tubuh sendiri, termasuk kemampuan untuk mengambil segala keputusan yang berakibat pada kesehatan seseorang dan unsur

ketersediaan akses pelayanan kesehatan yang juga mencakup berbagai program pencegahan dan informasi kesehatan yang memadai. Dengan demikian setidaknya ada empat elemen yang harus dipenuhi oleh pemerintah untuk menjamin pemenuhan hak atas kesehatan masyarakat, yaitu:

1. Ketersediaan (Availability): Fasilitas pelayanan dan program harus disediakan oleh negara dengan jumlah yang memadai.
2. Dapat diakses (Accessibility):
  - Tidak diskriminatif (non-discrimination)
  - Dapat diakses secara fisik (Physical accessibility)
  - Dapat diakses secara ekonomi (Economic accessibility)
  - Hak untuk mencari, menerima informasi dan ide-ide yang berkaitan dengan kesehatan (Information accessibility)
3. Dapat diterima (Acceptability): termasuk dihargai, penegakan kode etik, penyesuaian budaya pada pelayanan kesehatan.
4. Kualitas (Quality): pelayanan yang berkualitas baik, tenaga medis yang memadai.

Ketersediaan Fasilitas Menurut Teori Lawrence Green, perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor pemungkin yang salah satunya berupa ketersediaan fasilitas. Menurut teori model penggunaan pelayanan kesehatan oleh Anderson (1979) yang didasarkan pada tipe model sistem kesehatan. Perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas di suatu tempat pelayanan kesehatan. Perilaku seseorang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh mutu pelayanan kesehatan. Sedangkan untuk menilai kualitas suatu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa aspek. Pendekatan kualitas pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari beberapa aspek, salah satunya adalah struktur. Struktur adalah sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya di fasilitas

kesehatan(Wijono,1997). Tim kerja dari organisasi kesehatan dunia atau WHO (1984) menyebutkan perilaku kesehatan seseorang karena adanya 4 alasan pokok: pemikiran dan perasaan (thought and feeling), sikap, sumberdaya, culture. Sumber daya di sini mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya.Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat.Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif.Misalnya pelayanan puskesmas, dapat berpengaruh positif terhadap perilaku penggunaan puskesmas tetapi juga dapat berpengaruh sebaliknya. Fasilitas yang baik akan mempengaruhi sikap dan perilaku pasien, pembentukan fasilitas yang benar akan menciptakan perasaan sehat, aman, dan nyaman.Setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial mempunyai pandangan yang mungkin menambahi atau mengurangi kepuasan pasien dan penampilan kerja (Kotler, 1997).

Jaminan Persalinan (Jampersal) Jampersal adalah jaminan pembiayaan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pemeriksaan nifas, termasuk pelayanan KB setelah persalinan dan pemeriksaan bayi baru lahir yang biayanya dijamin oleh pemerintah.Sedangkan untuk klaim, dapat diajukan sepanjang memenuhi ketentuan yang diatur dalam Permenkes No 631 Tahun 2011 tentang Juknis (Petunjuk Teknis) Jampersal yang meliputi:

- Dokumen klaim yang lengkap
- Pelayanan diberikan di fasilitas kesehatan yang telah ditentukan
- Klien tidak dijamin oleh pihak/asuransi lain
- Telah diverifikasi oleh Tim Pengelola Kabupaten/Kota

Jampersal merupakan salah satu terobosan yang ditempuh pemerintah dalam usaha menurunkan AKI dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada 2007 menjadi 102 per100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.Jampersal dilaksanakan di seluruh kabupaten/kota di wilayah Negara

Kesatuan Republik Indonesia. Pelayanan tersedia di fasilitas kesehatan pemerintah seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Poskesdes, Rumah Sakit. Juga di fasilitas kesehatan swasta seperti praktik swasta, klinik swasta, bidan praktik swasta, klinik bersalin atau rumah sakit swasta yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Sasaran Jampersal adalah Ibu hamil dan nifas yang belum memiliki jaminan pembiayaan persalinan (setelah melahirkan sampai 42 hari), serta bayi baru lahir (0-28 hari). Untuk mendapatkan pelayanan jampersal, cukup dengan menunjukkan kartu identitas diri (Kemenkes, 2011). Pelayanan Jampersal untuk ibu hamil terdiri dari:

- Pemeriksaan kehamilan; Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan status gizi, pemeriksaan janin, pemberian tablet tambah darah, pemberian imunisasi tetanus toksoid, konsultasi kesehatan ibu hamil, tanda bahaya, persiapan persalinan, nasihat kebutuhan gizi, KB, pemberian ASI eksklusif dan perawatan bayi baru lahir. Jika ada penyulit/komplikasi, akan dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan lebih lanjut.
- Pelayanan Jampersal untuk ibu bersalin dan bayi baru lahir; Persalinan normal, perawatan bayi baru lahir normal termasuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD), imunisasi bayi baru lahir, pemberian kapsul vitamin A pada ibu, konsultasi menyusui dini dan rawat gabung. Jika ada penyulit/komplikasi, akan dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan lebih lanjut.
- Pelayanan Jampersal untuk ibu nifas dan bayi baru lahir ; Pengukuran tekanan darah, pemeriksaan nifas, pemberian kapsul vitamin A pada ibu, pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir, pelayanan KB pasca melahirkan pada masa nifas, nasihat kebutuhan gizi, KB, pemberian ASI eksklusif dan perawatan bayi baru lahir. Jika ada penyulit/komplikasi, akan dirujuk untuk mendapatkan pemeriksaan dan pelayanan lebih lanjut.

Keterjangkauan Lokasi Akses terhadap pelayanan (Access to Services) meliputi akses geografis. Termasuk dalam kompetensi teknis yang dapat memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada seseorang. Salah satu pertimbangan pasien dalam menentukan sikap untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah jarak yang ditempuh dari tempat tinggal pasien sampai ke tempat sumber perawatan. Lokasi pelayanan kesehatan yang berada di lingkungan sosial ekonomi rendah biasanya yang berunjung juga dari masyarakat miskin, karena orang berpenghasilan tinggi tidak akan datang ke lingkungan miskin untuk perawatan medis (Kotler, 1984; Harmesta dan Suprihantom, 1995). Lokasi adalah yang paling diperhatikan bagi pencari pelayanan kesehatan karena jarak yang dekat akan mempengaruhi bagi pencari pelayanan kesehatan untuk berunjung. Suatu studi mengatakan bahwa alasan yang penting untuk memilih rumah sakit adalah yang dekat dengan lokasi.

Tenaga Kesehatan Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang memerlukan kewenangan dalam menjalankan pelayanan kesehatan ( UU Nomor 23 Tahun 1992) tenaga kesehatan yang diatur dalam Pasal 2 ayat (2) sampai dengan ayat (8) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan terdiri dari:

- Tenaga medis terdiri dari dokter dan doktergigi;
- Tenaga keperawatan terdiri dari perawat dan bidan;
- Tenaga kefarmasian terdiri dari apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker;
- Tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian;
- Tenaga gizi meliputi nutrisisionis dan dietisien;

- Tenaga keterampilan fisik meliputi fisioterapis, okupasiterapis dan Terapis wicara;
- Tenaga keteknisian medis meliputi radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, othotik prostetik, teknisi tranfusi dan perekam medis.

#### **D. KOMPONEN MODEL PRECEDE-PROCEED**

Sejak tahun 2006 Departemen Kesehatan RI meluncurkan program Desa Siaga sebagai program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Desa Siaga adalah suatu kondisi masyarakat desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan kesehatan secara mandiri. Untuk mencapai tujuan tersebut membutuhkan perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan masyarakat. Intervensi pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan menurut Ashwell dan Barclay (2009) difokuskan untuk meningkatkan dukungan masyarakat pada program kesehatan. Perubahan perilaku dan sikap diperlukan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup.

Meskipun terdapat banyak model perencanaan program kesehatan, penelitian Jones dan Donovan (2004) menunjukkan bahwa model PRECEDE-PROCEED paling berguna secara praktis dalam perencanaan dan pengembangan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Menurut Green dan Kreuter (2005) model PRECEDE-PROCEED sebagai model perencanaan program kesehatan berbasis penilaian kebutuhan masyarakat ditujukan untuk perubahan perilaku. Yang penting untuk model perencanaan PRECEDE-PROCEED adalah peran teori dalam menciptakan sebuah kerangka pikir konseptual yang mengarahkan pembentukan intervensi dan evaluasi. Namun menurut Ashwell dan Barclay (2009) model tersebut gagal untuk mengidentifikasi faktor penghambat dalam penilaian pendidikan dan ekologi pada tahap perencanaan.

Komponen PRECEDE memung- kinkan peneliti untuk bekerja kebelak- ang dari tujuan akhir (distal outcomes) untuk membuat blueprint (perencanaan) guna mengarahkan pada penyusunan strategi intervensi. Komponen PROCEED dapat menghasilkan evalua- si termasuk efikasi (keunggulan) metodologi penelitian. Model PRECEDE-PROCEED terdiri dari sembilan langkah, yaitu langkah diagnostik untuk perencanaan program kesehatan (Tahap 1- 5), implementasi (Tahap 6), dan evaluasi (Tahap 7-9). PRECEDE (bagian diagnosa) berakhir pada tahap 5. Selanjutnya PROCEED meliputi implementasi (tahap 6) dan evaluasi (Tahap 7, 8, dan 9). Menurut model PRECEDE-PROCEED penilaian kebutuhan mencakup identifikasi masalah kesehatan (Tahap 1 dan Tahap 2), faktor risiko perilaku dan lingkungan (Tahap 3), faktor yang mempengaruhi perilaku (Tahap 4) serta sumber daya, kebijakan, organisasi dan manajemen (Tahap 5).

Menurut Wright et al. (1998) penilaian kebutuhan kesehatan adalah metode sistematis untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan dan pelayanan kesehatan populasi serta membuat perubahan untuk memenuhi kebutuhan. Kegiatan ini mencakup metode epidemiologi dan pendekatan kualitatif untuk menentukan prioritas program kesehatan dengan meng- gabungkan tinjauan klinis, efek- tivitas biaya dan perspektif masyarakat. Penilaian kebutuhan kesehatan menyediakan peluang untuk: (1) menggambarkan pola penyakit pada populasi lokal dan perbedaannya dengan pola penyakit di tingkat kabupaten/kota, provinsi maupun nasional; (2) menganalisis kebutuhan dan prioritas masalah kesehatan penduduk setempat; (3) mengkaji daerah yang tidak terpenuhi kebutuhannya dan menyediakan seperangkat tujuan untuk memenuhi kebutuhan; (4) memutuskan secara rasional penggunaan sumber daya untuk meningkatkan kesehatan populasi lokal dengan cara yang paling efektif dan efisien; serta (5) mempengaruhi kebijakan, kerjasama lintas sektor serta prioritas penelitian dan pengembangan. Penilaian kebutuhan kesehatan dapat memfasilitasi partisipasi masya- rakat dalam

program kesehatan, meng- hindari pemborosan sumber daya yang terbatas dan memberikan dasar untuk analisis program. Mengingat adanya keterbatasan sumber daya yang tersedia untuk program kesehatan, penilaian kebutuhan kesehatan meru- pakan salah satu pertimbangan penting dalam perencanaan program pem- berdayaan masyarakat bidang kesehat- an pertanyaan perencanaan adalah untuk memahami apa yang diinginkan masyarakat dan apa yang benar-benar diperlukan (Li et al. 2009).

Menurut Wright et al. (1998) penilaian kebutuhan masyarakat adalah penting dalam perencanaan dan penyediaan layanan kesehatan setempat. Jika penilaian kebutuhan ini diabaikan maka ada bahaya pendekat- an top-down untuk menyediakan layanan kesehatan. Selanjutnya menurut Green dan Kreuter (2005) keberhasilan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan memerlukan pemahaman menyeluruh terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat, partisipasi aktif masyarak- at, penggunaan sumber daya lokal yang ada, keikutsertaan stakeholders lokal dan penggabungan beberapa strategi intervensi. Penilaian kebutuhan kesehatan menggambarkan masalah kesehatan populasi dan menentukan prioritas, serta menilai efektivitas penggunaan sumberdaya. Upaya ini memastikan bahwa pelayanan kesehatan menggunakan sumber daya untuk meningkatkan kesehatan populasi dengan cara yang paling efisien (Wright et al. 1998). Dalam melakukan penilaian kebutuhan masyarakat perlu mengikutsertakan stakeholders. Menurut data yang diunduh dari WHO, keikutsertaan stakeholders membantu anggota masyarakat dan para pengambil keputusan dalam memaha- mi masalah kesehatan komunitas dan mengidentifikasi strategi program kesehatan. Partisipasi masyarakat dan pembuat kebijakan tingkat lokal berperan dalam memfasilitasi akses, kepercayaan dan pelaksanaan program kesehatan potensial.

Glanz dan Maddovk (2002)menyampaikan, cara terbaik merancang program untuk mencapai perubahan perilaku kesehatan adalah memahami mengapa orang berperilaku

seperti yang mereka lakukan dan apa yang memotivasi mereka untuk berubah. Selanjutnya Green dan Kreuter (2005) menegaskan bahwa alasan perilaku dapat diklasifikasikan ke dalam faktor predisposisi (predisposing factors), faktor pendukung (enabling factors), dan faktor penguat (reinforcing factors). Selanjutnya strategi intervensi lebih responsif dapat dikembangkan untuk masing-masing faktor. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai dan persepsi yang memfasilitasi atau menghambat perilaku kesehatan

WHO (1998) menjelaskan, perubahan sikap dan perilaku diperlukan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan. Model perubahan perilaku pada tingkat komunitas menurut teori pengorganisasian komunitas (Rothman dan Tropman, 1987) mencakup tiga model, yaitu: (1) model perencanaan sosial (social planning model), (2) model aksi sosial (social action model), dan (3) model pengembangan lokal (the locality development model). Model pengembangan lokal sejalan dengan pemberdayaan masyarakat yang berasumsi bahwa perubahan dalam masyarakat dapat dilakukan melalui partisipasi aktif masyarakat lokal, pengembangan potensi dan sumberdaya lokal, berupaya menumbuhkan motivasi, perencanaan, dan tindakan melalui partisipasi warga masyarakat setempat.

Rogers (1999) menguraikan lima tahapan adopsi inovasi sebagai model perubahan perilaku komunitas yaitu: (1) tahap pengetahuan, terjadi ketika individu memperoleh inovasi dan beberapa pengertian keuntungan dari kegunaan inovasi, (2) tahap persuasi, terjadi ketika individu membentuk sikap menguntungkan atau tidak menguntungkan terhadap inovasi, (3) tahapan keputusan, terjadi ketika individu menggunakan kegiatan yang mengarahkan untuk memilih, menerima atau menolak inovasi, (4) tahap implementasi, terjadi ketika individu mengambil inovasi untuk digunakan, dan (5) tahap penguatan, terjadi ketika individu meminta penguatan dari keputusan inovasi yang dibuat, tetapi ia dapat melakukan

kebalikan atas keputusan sebelumnya jika mendapatkan inovasi yang bertentangan.

Talbot dan Verrinder (2005) menyatakan, proses partisipasi dalam perubahan perilaku adalah sama pentingnya dengan hasil. Sistem Kesehatan Nasional (2012) menjelaskan bahwa pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan.

## E. DAFTAR PUSTAKA

1. Azwar, Saifuddin. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta. 2007.
2. Departemen Kesehatan RI 2012. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
3. Graeff, Judith. A, et al, *Komunikasi Untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1996.
4. Green LW dan Kreuter MW 2005. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach, 4th Edition*. McGraw-Hill, New York.
5. Hogg, Michael A. *Social Psychology : An Introduction*. Prentice Hall. 1995
6. Maulana, Heri D. J. *Promosi Kesehatan*, EGC. Jakarta. 2009
7. Ogden, Jane. *Health Psychology*. Open University Press. Buckingham. Philadelphia. 1996
8. Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (n.d.). *The Transtheoretical Model of Health Behaviour*
9. Smert, Bart. *Psikologi Kesehatan*. PT. Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta. 1995
10. Sulaeman ES 2013. *Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Surakarta. UNS PRESS ISBN 978-979- 498-848-0  
[www.unspress.uns.ac.id](http://www.unspress.uns.ac.id)
11. Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). *Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change*. *Homeostasis*, 38, 216-233

## RIWAYAT PENULIS



**Hj. Herni Johan, SE., SKM., M.Si., M.Kes., PhD** Lahir di Bone Provinsi Sulawesi Selatan pada tanggal 05 Desember 1969 merupakan anak keempat dari lima bersaudara. Penulis lahir dari pasangan suami istri Bapak Alm H. Dg. Mallipu dan ibu Alm Hj. Dg. Macinnong. Penulis menikah dengan Dr. H. Haeruddin, M.Si dan telah dikaruniai putra bernama Muhammad Sabiq Dzakwan, S.Kom., M.Kom salah

satu Dosen Muda di STIKES Mutiara Mahakam Samarinda sebagai anak pertama, anak kedua bernama Sya'idah Alawiah Dzakwan S.Ked (calon dokter Umum) yang saat ini menjalani koas sebagai dokter muda di RSUD AWS Samarinda, dan anak ke tiga Syahirah Afifah Dzakwan yang saat ini sedang menempuh Pendidikan Dokter di Universitas Brawijaya Malang. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar dan lulus pada tahun 1982, lalu melanjutkan Sekolah Menengah Pertama dan lulus pada tahun 1985, kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Atas dan lulus pada tahun 1988, kemudian melanjutkan jenjang pendidikan Strata 1 jurusan ekonomi di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur dan lulus pada tahun 1993. Penulis melanjutkan ke Pasca Sarjana jurusan ekonomi di Universitas Mulawarman lulus pada tahun 2014. Penulis menyelesaikan pendidikan Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur, Jurusan Promosi Kesehatan lulus pada tahun 2015. Penulis juga mendalami ilmu kesehatan dan menyelesaikan pendidikan Strata 1 di Universitas Widyagama fakultas Kesehatan Masyarakat lulus pada tahun 2016. Penulis mendapatkan beasiswa dari Yayasan Akademi Kebidanan Mutiara Mahakam untuk studi lanjut pada program studi S-2 Ilmu

Kesehatan Masyarakat dan S-2 Ilmu Ekonomi, Pendidikan Doktor pada Universitas Lincoln Malaysia tahun 2023. Organisasi yang diikuti penulis antara lain Dharma Wanita Universitas Mulawarman, ADRI, KPTCN DPR Kalimantan, AIPKiND (Asosiasi Institusi Pendidikan Kebidanan) Korwil Kaltim, HPTKes, Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia (APTISI), dan IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia) Kalimantan Timur. Saat ini penulis menjabat sebagai Ketua STIKES Mutiara Mahakam Samarinda.