

DIKTAT

DASAR PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

D

I

S

U

S

U

N

Oleh:

Reni Agustina Harahap, M.Kes

NIDN. 2027088302



PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA

MEDAN

2018

| | |
|---------------|-------|
| TGL. TERIMA : | |
| NO. INDUK : | |
| ASAL : | |
| | |

SURAT REKOMENDASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Dr. Nefi Darmayanti, M.Si
NIP : 196311092001122001
Pangkat / Gol : Lektor Kepala / IVa
Unit Kerja : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Menyatakan bahwa diktat saudara

Nama : Reni Agustina Harahap, M.Kes
NIDN : 2027088302
Pangkat / Gol : Penata Muda tk I / IIIb
Unit Kerja : Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas
Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri
Sumatera Utara
Judul Diktat : Dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku

Telah memenuhi syarat karya ilmiah (Diktat) dalam mata kuliah Dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.

Demikian rekomendasi ini di berikan untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Medan, Juni 2018

Yang Menyatakan,

Dr. Nefi Darmayanti, M.Si

NIP. 196311092001122001

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat rahmat dan karuniaNya, saya dapat menyelesaikan penulisan diktat ini dengan judul “Dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku”. Shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada Muhammad SAW beserta kerabat, sahabat dan para pengikutnya sampai akhir zaman adalah sosok yang telah membawa manusia dan seisi alam dari kegelapan kecahaya sehingga kita menjadi manusia beriman, berilmu dan tetap beramal shaleh agar menjadi manusia yang berakhlak mulia.

Penulisan diktat ini bertujuan untuk melengkapi persyaratan pengusulan kenaikan pangkat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.

Dalam penulisan diktat ini, saya sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang perlu perbaikan di sana sini, sumbangan pemikiran yang membangun sangat penulis harapkan dari rekan – rekan sejawat terutama dari dosen – dosen senior yang terhimpun dalam mata kuliah serumpun, saran dan masukan dari pengguna bahan ajar ini terutama mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat kami harapkan demi perbaikan bahan ajar dimasa mendatang. Saya ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan bahan ajar ini. Semoga bahan ajar ini bermanfaat.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Medan, Juni 2018

Penulis

Reni Agustina Harahap, M.Kes

NIDN.2027088302

| | | |
|--|-------------------|------------|
| | DAFTAR ISI | |
| Surat Rekomendasi Kesehatan | | ii |
| Kata Pengantar | | iii |
| Daftar Isi | | iv |
| Bab 1 Sejarah Promosi Kesehatan | | 1 |
| A. Era Propaganda dan Pendidikan Kesehatan Rakyat | | 1 |
| B. Masa Pendudukan Jepang dan Awal Kemerdekaan | | 5 |
| C. Era Pendidikan dan Penyuluhan Kesehatan | | 7 |
| D. Era PKMD, Posyandu dan Penyuluhan Kesehatan Melalui Media Elektronik | | 8 |
| E. Era Promosi Kesehatan dan Paradigma Sehat | | 9 |
| Bab 2 Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan | | 13 |
| A. Konsep Pendidikan | | 13 |
| B. Ruang Pendidikan Kesehatan | | 14 |
| C. Batasan Pendidikan Kesehatan | | 16 |
| D. Tujuan Pendidikan Kesehatan | | 18 |
| E. Sasaran dan Tahapan Kegiatan Pendidikan Kesehatan | | 19 |
| F. Proses Pendidikan Kesehatan | | 21 |
| Bab 3 Media dan Metode Promosi Kesehatan | | 22 |
| A. Alat Bantu (Peraga, Media) | | 22 |
| B. Sasaran Yang Dicapai Alat Bantu | | 25 |
| C. perencanaan dan Penggunaan Alat Peraga | | 26 |
| D. Media Promosi Kesehatan | | 29 |
| E. Metode Promosi Kesehatan | | 31 |

| | |
|---|-----------|
| Bab 4 Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan | 37 |
| A. Konsep Perilaku Kesehatan Masyarakat | 37 |
| B. Batasan Perilaku Kesehatan Masyarakat | 40 |
| C. Domain Perilaku Kesehatan Masyarakat | 43 |
| D. Perubahan (adopsi) Perilaku dan Indikatornya | 49 |
| E. Indikator Hasil Peningkatan Masyarakat | 108 |
| Bab 5 Determinan dan Perubahan Perilaku | 54 |
| A. Konsep Perubahan Perilaku | 54 |
| B. Teori Perubahan Perilaku | 61 |
| C. Bentuk – bentuk Perubahan Perilaku | 65 |
| D. Strategi Perubahan Perilaku | 66 |
| Bab 6 Komunikasi Kesehatan | 68 |
| A. Prinsip Dasar Komunikasi | 68 |
| B. Komunikasi Kesehatan | 71 |
| C. Proses Perencanaan Komunikasi | 73 |
| Bab 7 Advokasi Dalam Promosi Kesehatan | 76 |
| A. Defenisi Advokasi | 76 |
| B. Sasaran dan Tujuan Advokasi | 78 |
| C. Kegiatan – kegiatan Advokasi | 81 |
| D. Argumentasi Untuk Advokasi | 84 |
| Bab 8 Kemitraan Dalam Promosi Kesehatan | 87 |
| A. Defenisi Kemitraan | 87 |
| B. Kerangka Berpikir Kemitraan | 90 |
| C. Model – model Kemitraan | 92 |

| | |
|--|------------|
| Bab 9 Pemberdayaan Masyarakat | 94 |
| A. Konsep Dasar Pemberdayaan Masyarakat | 94 |
| B. Batasan Pemberdayaan Masyarakat | 95 |
| C. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat | 100 |
| D. Ciri Pemberdayaan Masyarakat | 104 |
| E. Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat | 108 |
| Daftar Pustaka | 110 |

untuk:

1. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era propaganda dan pendidikan kesehatan rakyat
2. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di masa pendudukan Jepang dan awal kemerdekaan
3. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era pendidikan dan penyuluhan kesehatan
4. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era PKMD, posyandu dan penyuluhan kesehatan melalui media elektronik
5. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era promosi kesehatan dan paradigma sehat

Materi pembelajaran

A. Era propaganda dan pendidikan kesehatan rakyat

(Masa Penjajahan dan Awal Kemerdekaan sampai sekitar tahun 1950 an)

Masa Penjajahan

Belanda membentuk Jawatan Kesehatan Tentara (*Militair Geneeskundige Dienst*) pada tahun 1900. Dimana pada waktu itu pada pertuisannya, perhatian hanya untuk ditujukan kepada kelompok masyarakat penjahat (Belanda) sendiri, beserta para anggota tentaranya yang juga meliputi orang pribumi. Sedangkan usaha untuk memperinggi kesehatan rakyat secara keseluruhan baru dinyatakan dengan tegas dengan dibentuknya Dinas Kesehatan Rakyat pada tahun 1925.

Pada waktu itu sebagian besar rakyat di Indonesia masih sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, kepercayaan, penyakit pengobatan lebih percaya

KEGIATAN BELAJAR

1

SEJARAH PROMOSI KESEHATAN

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era propaganda dan pendidikan kesehatan rakyat
2. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di masa pendudukan Jepang dan awal kemerdekaan
3. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era pendidikan dan penyuluhan kesehatan
4. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era PKMD, posyandu dan penyuluhan kesehatan melalui media elektronik
5. Menjelaskan sejarah promosi kesehatan di era promosi kesehatan dan paradigma sehat

Materi pembelajaran

A. Era propaganda dan pendidikan kesehatan rakyat

(Masa Penjajahan dan Awal Kemerdekaan sampai sekitar tahun 1960 an.)

Masa Penjajahan

Belanda membentuk Jawatan Kesehatan Tentara (*Militair Geneeskundige Dienst*) pada tahun 1808. Dimana pada waktu itu pada permulaannya, perhatian hanya untuk ditujukan kepada kelompok masyarakat penjajah (Belanda) sendiri, beserta para anggota tentaranya yang juga meliputi orang pribumi. Sedangkan usaha untuk mempertinggi kesehatan rakyat secara keseluruhan baru dinyatakan dengan tegas dengan dibentuknya/Dinas Kesehatan Rakyat pada tahun 1925.

Pada waktu itu sebagian besar rakyat di pedesaan masih sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, kepercayaan, pencarian pengobatan lebih percaya

pada dukun. Persalinan lebih banyak dilakukan oleh dukun beranak. Banyaknya penyakit timbul karena pola hidup yang tidak bersih dan tidak sehat. Penyakit yang paling banyak terjadi adalah malaria, kolera, cacar, kusta dan tuberkulosis. Disamping itu juga sering terjadi wabah busung lapar di daerah – daerah tertentu. Usaha preventif pertama yang dilakukan oleh pemberian vaksin cacar yang hanya dilakukan dalam kelompok terbatas. Usaha lainnya yang dilakukan adalah pengasingan para penderita kusta, tetapi itu lebih sebagai usaha pencegahan penularan semata – mata. Dengan adanya wabah kolera, pada tahun 1911 di Batavia dibentuk badan yang diberi nama “*Hygiene Commissie*” yang kegiatannya berupa: memberikan vaksinasi, menyediakan air minum dan menganjurkan memasak untuk diminum.

Perintis usaha ini adalah **Dr. W. Th. De Vogel**. Selanjutnya pada tahun 1920 diadakan jabatan “propagandist” (juru penyiar berita) yang meletakkan usaha pendidikan kesehatan kepada rakyat melalui penerbitan, penyebar luasan gambar dinding dan pemutaran film kesehatan. Pada tahun 1923 usaha ini dihentikan dengan alasan penghematan.

“Medisch Hygienische Propaganda”

Pada tahun 1924 pemerintah Belanda membentuk Dinas Higiene dengan kegiatan pertamanya berupa pemberantasan cacing tambang di daerah Banten. Usaha yang dilakukan dengan cara mendorong rakyat untuk membuat kakus/jamban sederhana dan memperunakannya. Kegiatan ini meluas dengan penyuluhan di sekolah – sekolah dan pengobatan kepada anak – anak sekolah yang sakit. Timbulah gerakan, untuk mendirikan “brigade sekolah” dimana – mana.

Pada tahun 1933 dapat dimulai organisasi higiene tersendiri, dalam bentuk percontohan Dinas Kesehatan Kabupaten di Purwokerto. Menyelenggarakan kegiatan pendidikan kesehatan tentang Hygiene dan Sanitasi, dengan mencurahkan banyak informasi tentang penyakit – penyakit yang berkaitan dengan kebersihan dan kesehatan lingkungan serta usaha pencegahan dan peningkatan kesehatan (cacing tambang, malaria, tbc dll). Kemudian mengadakan pendekatan dalam upaya membangkitkan dan menggerakkan partisipasi masyarakat. Bentuk kegiatan yang menonjol pada waktu itu adalah

penggunaan media pendidikan (booklets, poster, film dsb) dan juga kunjungan rumah yang dilakukan oleh petugas sanitasi yang terdidik.

Sebagai pelaksana kegiatan pendidikan kesehatan dalam bidang Hygiene dan Sanitasi, seorang dokter pribumi bernama Dr. Soemedi, kemudian mendirikan sekolah juru Hygiene di Purwokerto. Usaha ini kemudian dilanjutkan oleh Dr. R. Mochtar yang kemudian menjabat sebagai Kepala Bagian Pendidikan Kesehatan Rakyat (*Medisch Hygienische Propaganda Dienst*).

Perang dunia ke II mengakibatkan datangnya zaman baru. Arus gelombang kesehatan rakyat di dunia telah juga meliputi Indonesia. Di Indonesia filsafat kesehatan yang dianjurkan oleh WHO itu diterima pula dan dijadikan dasar dalam gerakan kesehatan rakyat di Indonesia. Riwayat Kesehatan Rakyat memperlihatkan, bahwa pada permulaannya Usaha Kesehatan Rakyat itu ditujukan kepada usaha menyetatkan lingkungan hidup dan pemberantasan penyakit.

Akan tetapi dalam bentuk Usaha Kesehatan Rakyat yang paling aru, usaha – usaha itu dijalankan untuk rakyat dengan ikut sertanya rakyat. Inisiatif rakyat tadi perlu dibangun dengan jalan pendidikan, agar rakyat dapat mengerti dan suka sama – sama bekerjasama dengan pemerintah untuk keperluan mereka sendiri. Bantuan rakyat itu harus berdasarkan atas inteligensi (R. Mochtar, MD, MPH – 1954, tulisan sudah disesuaikan dengan ejaan baru).

Pendidikan Kesehatan Rakyat

Dalam tulisannya tersebut, Dr. R. Mochtar jelas memberikan gambaran betapa penting arti Pendidikan Kesehatan Rakyat dalam usaha membangkitkan dan menggerakkan partisipasi masyarakat dalam Kesehatan Rakyat, sejak sebelum Hydrick yaitu 1911, sudah mulai digalakkan oleh pemerintah Belanda. Ada beberapa pokok penting yang dapat diangkat dari tulisan Dr. R. Mochtar, yaitu:

1. Pendidikan Kesehatan Rakyat (PKR) sudah dirasakan pentingnya sejak permulaan abad ke XX, namun direalisasikan dalam bentuk kegiatan nyata baru dalam tahun 1911, yang dikenal dengan nama *Medisch Hygienische Propaganda*.

2. Pendidikan Kesehatan Rakyat (PKR) terkait pada program kesehatan, yaitu Hygiene dan Sanitasi lingkungan.
3. Walaupun Pendidikan Kesehatan merupakan bagian dalam kegiatan terintegrasi dalam program – program kesehatan, namun hal ini perlu ditangani secara “professional”. Untuk itu perlu organisasi/ unit kerja khusus yang menangani pendidikan kesehatan, dan diperlukan pula tenaga terdidik atau terlatih. Dalam hal ini tenaga sanitasi, disiapkan untuk mampu memberikan pendidikan tentang kesehatan dan sanitasi kepada masyarakat desa, disertai alat/media pendidikan . Tenaga “*Health Educators*” ini bekerja dengan penuh keyakinan dan dedikasi.

Memaknai apa yang diuraikan dalam kutipan tersebut diatas, contohnya PT Unilever dalam rangka mempromosikan produksinya berupa sabun mandi dan pasta gigi, sering mengadakan bioskop keliling dengan layar tancap. Pada zaman belum ada televisi, bioskop semacam ini sangat digemari oleh masyarakat, terutama di pedesaan. Disela – sela pertunjukan film dengan cerita tertentu sering diselipkan pendidikan penyuluhan kesehatan. Yaitu dengan slide film yang antara lain menunjukkan tokoh kartun yang memerankan petugas laboratorium yang sedang meneropong segelas air mentah dengan mikroskop.

Melalui alat itu terlihat bahwa air mentah itu banyak mengandung kuman atau bakteri dengan berbagai bentuk yang berkeliaran, menari – nari didalam air tersebut. Adegan berikutnya air digelas itu langsung diminum oleh tokoh kartun yang lain, akibat beberapa lama kemudian merasakan sakit perut dan beberapa kali buang air besar. Lalu dijelaskan oleh narator dimasak lebih dahulu. Sang narator menganjurkan agar air sebelum diminum agar dimasak terlebih dahulu. Kemudian ditunjukkan slide film berikutnya bahwa melalui mikroskop terlihat bahwa kuman – kuman itu pada mati dan tidak berkeliaran lagi dalam air yang sudah dimasak. Sang narator menjelaskan bahwa air yang sudah dimasak aman dari gangguan penyakit. Dari slide film sederhana ini ternyata banyak penduduk pedesaan yang memasak air sebelum diminum.

“Prevention is better than cure”

Usaha kesehatan rakyat yang semula lebih ditekankan pada usaha kuratif, lambat laun berkembang pula kearah preventif. Sebagian dari usaha kuratif

diserahkan pada "inisiatif partikelir" (1917 – 1937) seperti Zending, Missie, Bala Keselamatan (Leger des Heils), perusahaan perkebunan (Dr. J. Leimena, 1952). Dalam tahun 1937 sampai meletusnya perang dunia ke II, Pemerintah pusat menyerahkan usaha kuratif kepada daerah otonom, namun tetap diawasi dan di koordinir oleh pemerintah pusat.

Seiring dengan perkembangan dalam bidang kuratif dan preventif mulai digalakkan dan dikembangkan di perusahaan – perusahaan perkebunan Belanda yang memang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan para pekerja perkebunan, dan dengan demikian meningkat pula daya kerja dan daya produksinya.

Agar masyarakat sadar dan berpartisipasi dalam upaya pencegahan dan upaya peningkatan kualitas kesehatannya, maka sudah pada tempatnya jika informasi terkini mengenai perkembangan dalam bidang kesehatan dapat disalurkan ke masyarakat, seperti penyebab penyakit, cara penanggulangannya atau cara pencegahannya. Disinilah pendidikan kesehatan dapat mewujudkan perannya dengan jelas.

Apa yang dirintis Hydrick tersebut kemudian ternyata dilanjutkan oleh pemerintah (Belanda terhadap usaha preventif dilaksanakan melalui berbagai kegiatan, tindakan dan peraturan (perundang – undangan). Moto yang berbunyi "Prevention is better than cure" diwujudkan dalam berbagai kegiatan:

1. Vaksinasi cacar, *typhus*, *cholera*, desentri, pes
2. Pendataan kelahiran, kematian
3. Pelaporan tentang penyakit menular, sakit jiwa
4. Pengawasan : air minum, pabrik, tempat pemuatan makanan dan minuman, saluran limbah, pembuangan sampah
5. Termasuk upaya pendidikan kepada rakyat tentang peraturan dalam pemeliharaan kesehatan diri dan lingkungan.

B. Masa pendudukan Jepang dan awal kemerdekaan

Dengan pecahnya perang dunia ke II dan pendudukan Jepang (1942 – 1945) maka semua sistem pemerintahan praktis mengalami disorganisasi, karena semua usaha ditujukan untuk kepentingan perang (pemerintahan dan orang –

orang Jepang). Pendidikan, ekonomi, kehidupan sosial, kesehatan sangat amat terpuruk. Sumber daya alam dan sumber daya manusia, semua dikerahkan untuk kepentingan Jepang. Dimana – mana hanya terlihat kemiskinan, penderitaan, kelaparan dan penyakit. Hidup masyarakat sangat tertekan. Situasi ini berlangsung sampai tahun 1945, saat berakhirnya perang dunia ke II.

Pada tahun 1945 Jepang menyerah dan Indonesia memproklamasikan kemerdekaan serta memperjuangkannya dengan melawan tentara sekutu (Amerika dan Inggris) dan Belanda yang ingin memperoleh kembali supremasi penjajahannya di Indonesia.

Disorganisasi Usaha Kesehatan Masyarakat yang sejak zaman pendudukan Jepang sudah kacau, berlangsung terus dalam periode revolusi fisik (1945 – 1949). Banyak fasilitas kesehatan tidak dapat dipergunakan karena rusak, bahkan para petugas kesehatan pun banyak yang meninggalkan posnya, bergabung dalam barisan gerilyawan melawan Belanda, Amerika dan Inggris. Dalam kaitan itu perlu dicatat bahwa banyak tenaga dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang menjadi pejuang dan diantaranya ada yang gugur di medan perang atau menjadi korban perang.

Dalam periode revolusi fisik itu (Agustus 1945 – Desember 1949), masih ada dua sistem pemerintahan yaitu Belanda yang berpusat di Jakarta dan Republik Indonesia yang berpusat di Yogyakarta. Dengan demikian selama 8 tahun (1942 – 1949). Baru setelah penyerahan kedaulatan (27 Desember 1949), pemerintah memberikan perhatian pada kesejahteraan rakyat. Pemerintah (RI) juga memberikan perhatiannya pada kesehatan masyarakat di desa. Pada waktu itu dikembangkan usaha pembangunan masyarakat desa yang antara lain melakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat. Pada waktu itu ada yang disebut Gerakan Kebersihan, Pekan Kerja Bakti dll.

Diadakan pula usaha kesehatan di sekolah – sekolah, yang berkaitan dengan kebersihan diri dan lingkungan, perbaikan gizi dll. Bahkan dimasa masih bergejolak (1948) sudah didirikan sekolah untuk penyuluh kesehatan di Magelang dan dibuat dua daerah percontohan, yaitu Magelang dan Yogyakarta.

C. Era pendidikan dan penyuluhan kesehatan

Istilah Pendidikan Kesehatan dan UU Kesehatan 1960

Dr. J. Leimena selaku Menteri Kesehatan menyampaikan kepada Presiden Sukarno, Presiden RI pada tahun 1955 bahwa merajalelanya berbagai penyakit di Indonesia pada saat itu adalah karena kurang baiknya keadaan hygiene lingkungan di Indonesia. Hal ini disebabkan antara lain karena kurangnya pengetahuan dan hygiene umum.

Dalam kaitan itu beliau juga menyatakan bahwa pada umumnya semua usaha di lapangan kesehatan masyarakat tidak akan berhasil jika masyarakat tidak diberikan pendidikan dan penerangan yang sebaik – baiknya tentang masalah itu. “ *The public health administration can achieve no solid, durable and effective result unless the public is given health education*”. Mengenai pentingnya pendidikan kesehatan ini juga dapat dilihat pada Undang – Undang No. 9 tahun 1960 tentang pokok – pokok kesehatan.

Paling tidak ada dua hal penting dalam Undang – Undang tersebut yang perlu dikemukakan dan dijadikan landasan dalam penyelenggaraan pendidikan kesehatan masyarakat yaitu:

1. Pasal 1, yang menyatakan bahwa tiap – tiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan setinggi – tingginya dan perlu diikuti sertakan dalam usaha – usaha kesehatan pemerintah.
2. Pasal 4, yang menetapkan tugas pemerintah untuk memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat dengan menyelenggarakan dan menggiatkan usaha – usaha dalam lapangan.....butir c. Penerangan dan pendidikan kesehatan rakyat.....dst.

Dengan demikian pada saat itu, istilah pendidikan kesehatan telah dipergunakan secara resmi.

Tentang apa yang disebut dengan pendidikan kesehatan (*Health Education*) merupakan upaya yang ditekankan pada terjadinya perubahan perilaku, baik pada individu maupun masyarakat. Dalam hal ini ditegaskan bahwa fokus *Health Education* adalah pada perubahan perilaku itu, bukan hanya pada peningkatan pengetahuan saja. Oleh karena itu area pendidikan kesehatan adalah pada *Knowledge* (pengetahuan), *Attitude* (sikap) dan *Practice* (perilaku). Mengenai

metode yang dipergunakan dalam pendidikan kesehatan dapat bervariasi, sesuai dengan keadaan, masalah dan potensi setempat. Namun metode tersebut harus dikembangkan dari , oleh untuk dan bersama masyarakat.

D. Era PKMD, posyandu daan penyuluhan kesehatan melalui mediaa elektronik

Peran Serta dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Perlunya peran serta masyarakat dalam pembangunan, termasuk dibidang kesehatan, didasarkan pada kesadaran bahwa tidak mungkin pembagunan hanya dilakukan dan ditanggung oleh pemerintah saja. Masyarakat harus ikut serta dan berperan serta didalamnya. Masyarakat bukan hanya sebagai obyek, tetapi juga sebagai subyek pembangunan. Hal ini sejak awal sudah merupakan konsep dasar pendidikan atau penyuluhan kesehatan, yang sudah dilaksanakan sejak sebelum dan diawal kemerdekaan.

Banyak batasan pengertian tentang peran serta masyarakat. Berdasarkan pertemuan Alma Ata (1978), WHO memberi rumusan tentang peran serta masyarakat adalah suatu proses dimana individu dan keluarga:

1. Bertanggung jawab atas kesehatan dan kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat.
2. Berkembang kemampuannya untuk berkontribusi dalam pembangunan.
3. Mengetahui keadaannya dengan lebih baik dan termortivsi untuk memecahkan masalahnya.
4. Memungkinkan menjadi penggerak pembangunan (*agent of development*).

Bank Dunia (World Bank, 1978) merumuskan partisipasi masyarakat dari dimensi cakupannya, yakni:

1. Keterlibatan dari semua unsur yang terlibat dalam proses pengambilan keputusan terhadap apa yang harus dikerjakan dan bagaimana cara pelaksanaannya..
2. Kontribusi massa dalam upaya pembangunan, misalnya dalam pelaksanaan dari keputusan yang telah diambil.
3. Menikmati bersama hasil program pembangunan.

Selanjutnya dalam "World Health Assembly 1979" dirumuskan: peran serta masyarakat adalah suatu proses untuk mewujudkan kerja sama kemitraan (partnership) antara pemerintah dan masyarakat setempat dalam merencanakan, melaksanakan dan memanfaatkan kegiatan kesehatan sehingga diperoleh manfaat berupa peningkatan kemampuan swadaya masyarakat dan masyarakat ikut berperan dalam penentuan prasarana dan pemeliharaan teknologi tepat guna dalam pelayanan kesehatan.

Dari berbagai pengertian dan rumusan tersebut dapat disimpulkan bahwa peran serta masyarakat adalah proses dimana individu dan keluarga serta lembaga swadaya masyarakat termasuk swasta:

1. Mengambil tanggung jawab atas kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri, keluarga serta masyarakat.
2. Mengembangkan kemampuan untuk berkontribusi dalam peningkatan kesehatan mereka sendiri dan masyarakat sehingga termotivasi untuk memecahkan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi.
3. Menjadi agen, perintis atau penggerak pembangunan kesehatan yang pemimpin gerakan peran serta masyarakat dibidang kesehatan yang dilandasi semangat gotong royong.

Dalam perkembangannya nanti, istilah peran serta masyarakat dipandang kurang dinamis. Istilah tersebut dipandang kurang sesuai dengan isi pengertiannya yang dicakupnya. Di dunia internasional selanjutnya juga digunakan istilah lain yang lebih menunjukkan tanggung jawab masyarakat yang lebih besar yaitu: empowerment 'pemberdayaan masyarakat'. Dalam berbagai pertemuan dunia internasional tentang promosi kesehatan, istilah pemberdayaan masyarakat ini yang kemudian lebih ditonjolkan.

E. Era promosi kesehatan dan paradigma sehat

Munculnya Istilah Promosi Kesehatan

Istilah Health Promotion (Promosi Kesehatan) sebenarnya sudah mulai diceyuskan setidaknya pada tahun 1986, pada waktu diselenggarakan Konferensi Internasional Pertama tentang Health Promotion di Ottawa, Canada, pada tahun 1986. Pada waktu itu dicanangkan the Ottawa Charter, yang memuat

definisi dan prinsip – prinsip dasar Health Promotion. Namun istilah tersebut pada waktu itu di Indonesia belum bergema. Pada waktu itu, istilah yang ada tetap penyuluhan kesehatan, disamping juga populer istilah – istilah lain seperti : KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), pemasaran sosial (Social Marketing), Mobilitas Sosial, dll.

Suatu ketika pada sekitar akhir tahun 1994, Dr. Ilona Kickbush, yang baru saja menjabat sebagai Direktur Health Promotion WHO Headquarter Geneva, datang ke Indonesia. Sebagai direktur baru ia mengunjungi beberapa negara, termasuk Indonesia. Kebetulan pada waktu itu Kepala Pusat Penyuluhan Kesehatan Depkes juga baru saja diangkat, yaitu Drs. Dachroni MPH, yang menggantikan Dr. IB Mantra yang Purna Bakti (Pensiun). Dengan kedatangan Dr. Kickbush diadakanlah pertemuan dengan pimpinan Depkes dan pertemuan lainnya baik internal penyuluhan kesehatan eksternal dengan lintas program dan lintas sektor, termasuk FKM UI. Bahkan sempat pula mengadakan kunjungan lapangan ke Bandung, yang diterima dengan baik oleh Ibu Neni Surachi (Kepala Sub Dinas PKM Jabar Waktu itu) dan teman teman lain di Bandung. Dari serangkaian pertemuan itu serta perbincangan selama kunjungan lapangan ke Bandung, kita banyak belajar tentang Health Promotion (Promosi Kesehatan). Barangkali karena terkesan dengan kunjungannya ke Indonesia, ia kemudian menyampaikan usulan agar Indonesia dapat menjadi tuan rumah Konferensi International Health Promotion yang keempat, yang sebenarnya memang sudah waktunya diselenggarakan.

Usulan itu diterima oleh pimpinan Depkes (Menteri Kesehatan waktu itu Prof. Dr. Suyudi). Kunjungan Dr. Kickbush itu ditindak lanjuti dengan kunjungan pejabat Health Promotion WHO Geneva lainnya, yaitu Dr. Desmond O Byrne, sampai beberapa kali, untuk mematangkan persiapan konferensi Jakarta. Sejak itu khususnya Pusat Penyuluhan Kesehatan Depkes berupaya mengembangkan konsep promosi kesehatan tersebut serta aplikasinya di Indonesia. Sebagai tuan rumah konferensi internasional tentang promosi kesehatan, seharusnya kita sendiri mempunyai kesamaan pemahaman tentang konsep dan prinsip – prinsipnya serta dapat mengembangkannya paling tidak di beberapa daerah sebagai percontohan.

3. Dengan demikian penggunaan istilah promosi kesehatan di Indonesia tersebut dipacu oleh perkembangan dunia internasional. Nama unit Health Education di WHO baik di Headquarter, Geneva maupun di SEARO, India juga sudah berubah menjadi Unit Health Promotion. Nama organisasi Profesi internasional juga sudah berubah menjadi International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Istilah promosi kesehatan tersebut juga ternyata sesuai dengan perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia sendiri, yang mengacu pada paradigma sehat.

Tugas

1. Jelaskan perkembangan promosi kesehatan di era propaganda dan pendidikan kesehatan rakyat
2. Jelaskan langkah – langkah pengembangan masyarakat....

Latihan

1. Tahun berapa Belanda membentuk Jawatan Kesehatan Tentara...
 - a. 1808
 - b. 1809
 - c. 1810
 - d. 1811
 - e. 1812
2. PKMD memperoleh komitmen nasional bahkan dunia internasional melalui...
 - a. *Primary Health Care*
 - b. Pelatihan
 - c. Promosi kesehatan
 - d. Pemberdayaan masyarakat
 - e. Kegiatan masyarakat desa

3. Konferensi Internasional Pertama tentang Health Promotion Health di Ottawa, Canada pada tahun...

- a. 1986
- b. 1987
- c. 1988
- d. 1989
- e. 1985

KONSEP DASAR PENDIDIKAN KESEHATAN

Tujuan

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan konsep dasar pendidikan kesehatan
2. Menjelaskan ruang lingkup pendidikan kesehatan
3. Menjelaskan batasan pendidikan kesehatan
4. Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan
5. Menjelaskan sasaran dan tahapan kegiatan pendidikan kesehatan
6. Menjelaskan proses pendidikan kesehatan

Materi pembelajaran

A. Konsep dasar pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang dari program-program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, perlu dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini esensi karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat.

KONSEP DASAR PENDIDIKAN KESEHATAN

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan konsep dasar pendidikan kesehatan
2. Menjelaskan ruang lingkup pendidikan kesehatan
3. Menjelaskan batasan pendidikan kesehatan
4. Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan
5. Menjelaskan sasaran dan tahapan kegiatan pendidikan kesehatan
6. Menjelaskan proses pendidikan kesehatan

Materi pembelajaran

A. Konsep dasar pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang dari program – program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, perlu dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini essensi karena masing – masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat.

Seseorang dapat dikatakan belajar apabila di dalam dirinya terjadi perubahan dari tidak tahu menjadi tahu atau dari tidak bisa mengerjakan sesuatu menjadi mampu mengerjakan sesuatu.

Kegiatan belajar atau pendidikan ini mempunyai 3 ciri yaitu:

1. Belajar adalah kegiatan yang mampu menghasilkan perubahan pada diri individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar baik itu secara aktual atau potensial.
2. Perubahan didapatkan karena kemampuan baru yang berlaku dalam relatif waktu yang lama.
3. Perubahan yang terjadi karena usaha dan disadari bukan suatu kebetulan.

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai – nilai kesehatan menjadi tahu. Serta dari tidak mampu menangani masalah kesehatan menjadi mampu mengatasi masalah kesehatan.

B. Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi yaitu:

1. Dimensi sasaran, ruang lingkup pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:
 - a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
2. Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat yang dengan sendirinya sasaran berbeda pula yaitu:
 - a. Pendidikan kesehatan disekolah dengan sasaran murid.
 - b. Pendidikan kesehatan dirumah sakit atau puskesmas dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
 - c. Pendidikan kesehatan ditempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan dari Leavel dan Clark.

1. Promosi kesehatan

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan seperti: peningkatan gizi, perbaikan kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan serta hiegiene perorangan.

2. Perlindungan khusus

Program imunisasi sebagai bentuk peleyanan perlindungan khusus sangat dibutuhkan terutama dinegara berkembang. Hal ini juga sebagai akibat dari kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun anak – anak masih rendah.

3. Diagnosis dini dan pengobatan segera

Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit maka sering kesulitan mendeteksi penyakit yang terjadi pada masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati sehingga masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

4. Pembatasan kecacatan

Kurangnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang penyakit sehingga masyarakat tidak melanjutkan pengorbanan sampai tuntas. Dengan kata lain pengobatan dan pemeriksaan yang tidak sempurna mengakibatkan orang tersebut mengalami ketidak mampuan atau kecacatan.

5. Rehabilitasi

Untuk memulihkan kecacatan kadang – kadang diperlukan latihan – latihan tertentu. Karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat segan melakukan latihan yang dianjurkan. Kecacatan juga mengakibatkan menimbulkan perasaan malu untuk kembali kemasyarakat. Karena masyarakatpun kadang tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal.

C. Batasan pendidikan kesehatan

Beberapa ahli kesehatan telah membuat batasan pendidikan kesehatan antara lain:

1. WOOD, 1926

Pendidikan kesehatan adalah pengalaman – pengalaman yang bermanfaat dalam mempengaruhi kebiasaan, sikap dan pengetahuan seseorang atau masyarakat.

2. NYSWANDER, 1947

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi (pesan) dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur.

3. STEUART, 1968

Pendidikan kesehatan adalah merupakan komponen program kesehatan (kedokteran) yang isinya perencanaan untuk perubahan perilaku individu, kelompok dan masyarakat sehubungan dengan pencegahan penyakit dan pemulihan kesehatan.

4. JOIN COMMISSION ON HEALTH EDUCATION, USA, 1973

Pendidikan kesehatan adalah kegiatan – kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan orang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan.

Dari batasan – batasan tersebut dapat diambil suatu kesimpulan umum bahwa pendidikan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agar ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai – nilai kesehatan. Pendidikan kesehatan juga suatu kegiatan untuk menjadikan kondisi sedemikian rupa sehingga orang mampu untuk berperilaku hidup sehat.

Dapat dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (*behavior engineering*) untuk hidup sehat.

Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur – unsur pendidikan yaitu:

1. Input: sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).
2. Proses: upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
3. Output: melakukan apa yang diharapkan atau perubahan perilaku.

Luaran (output) yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan disini adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif.

Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

1. Perubahan perilaku

Adalah merubah perilaku – perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai – nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai – nilai kesehatan atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif. Perilaku – perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu dirubah. Misalnya: merokok, minum – minuman keras, ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya dsb.

2. Pembinaan perilaku

Pembinaan disini ditujukan utamanya kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (healthy life style) tetap dilanjutkan atau dipertahankan. Misalnya: olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah ditempatnya dsb.

3. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini utamanya ditujukan dengan membiasakan hidup sehat bagi anak – anak. Perilaku sehat ini seyogyanya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak terasuk kesehatan yang diberikan oleh orangtua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, nampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan). Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan mengupayakan agar

perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut selektif maka sebelum dilakukan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

D. Tujuan pendidikan kesehatan

Dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

1. Berdasarkan WHO tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat. Defenisi sehat menurut Undang – undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 yaitu suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
2. Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya. Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat isiadat, tata nilai atau norma.

Untuk tujuan perilaku sehat tersebut tidaklah mudah. Sebagai contoh kebiasaan bersikat gigi umumnya hanya pada waktu mandi, pagi dan sore. Mereka tidak menyadari bahwa setiap habis makan, mulut dikotori oleh zat makanan yang dimakan. Menurut teori bakteri akan aktif berkembang biak 30 menit setelah makan. Oleh karena itu sehabis makan maka haruslah bergosok gigi dan kebiasaan tersebut itu tidak mudah.

Ahli sosial mengartikan konsep kebudayaan dalam arti yang amat luas yaitu seluruh dari total pemikiran, karya dan hasil karya manusia yang tidak berakar pada naluri dan yang terjadi melalui proses belajar. (Kontjoriningrat, 1974)

Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan itu adalah mengubah perilaku yang belum sehat menjadi perilaku yang sehat, namun perilaku tersebut cakupannya amat luas.

Azwar (1983) membagi 3 perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu:

- a. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai dimasyarakat. Contohnya kader kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap penyuluhan dan pengarahan kepada keadaan dalam cara hidup sehat menjadi suatu kebiasaan masyarakat.
- b. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat didalam kelompok. Contoh program PKMD adalah posyandu yang akan diarahkan kepada upaya pencegahan penyakit.
- c. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Contoh ada sebagian masyarakat yang secara berlebihan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan adapula yang sudah benar – benar sakit tetapi tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

E. Sasaran dan tahapan kegiatan pendidikan kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah:

1. Masyarakat umum.
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, remaja. Termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama baik negeri atau swasta.
3. Sasaran individu dengan tehnik pendidikan kesehatan individual.

Menurut Hanlon 1964 dikutip oleh Azwar 1983 mengemukakan tahapan yang dilalui oleh pendidikan kesehatan adalah:

1. Tahap sensitisasi

Pada tahap ini dilakukan guna untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat tentang hal penting mengenai masalah kesehatan seperti kesadaran pemanfaatan fasilitas kesehatan, wabah penyakit, imunisasi.

Pada kegiatan ini tidak memberikan penjelasan mengenai pengetahuan, tidak pula merujuk pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud pada masyarakat untuk mengubah perilakunya.

Bentuk kegiatan ini: siaran radio, poster, selebaran dll.



2. Tahap publisitas

Tahap ini merupakan tahapan lanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan berupa press release yang dikeluarkan Departemen Kesehatan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan.

3. Tahap edukasi

Tahap ini kelanjutan dari tahap sensitisasi yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan pada perilaku yang diinginkan.

Contoh: ibu hamil memahami bahwa pentingnya pemeriksaan secara rutin mengenai masalah kehamilannya pada bidan atau dokter.

Pada bidang kesehatan gigi, sebelum datang rasa sakit gigi sebaiknya masyarakat memahami cara gosok gigi yang benar dan pemeriksaan yang rutin untuk memeriksakan gigi.

Cara yang digunakan adalah teori dengan metode belajar mengajar.

4. Tahap motivasi

Tahap ini kelanjutan dari tahap edukasi. Setelah masyarakat mengikuti benar – benar kegiatan pendidikan kesehatan benar – benar mampu mengubah perilakunya sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan.

Contoh: setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang gosok gigi yang benar masyarakat mampu melaksanakan kegiatan gosok gigi pada saat yang dianjurkan oleh kesehatan.

Kegiatan ini dilakukan secara berurutan tahap demi tahap, oleh karena itu pelaksanaan harus memahami ilmu komunikasi untuk tahap sensitisasi dan publisitas serta edukasi atau ilmu belajar mengajar untuk melaksanakan pendidikan kesehatan pada tahap edukasi dan motivasi.

F. Proses pendidikan kesehatan

Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar.

Dalam proses belajar ini terdapat 3 persoalan pokok, yaitu:

1. Persoalan masukan (input)

Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.

2. Persoalan proses

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut.

Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator), metode, tehnik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

3. Persoalan keluaran (output)

Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

Tugas

1. menganalisis proses pendidikan kesehatan...
2. Jelaskan tahapan kegiatan pendidikan kesehatan..

Latihan

1. Sebutkan dan jelaskan dimensi perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif...
2. Sebutkan contoh dari sasaran pendidikan kesehatan...

MEDIA DAN METODE PROMOSI KESEHATAN

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan defenisi alat bantu promosi kesehatan
2. Mendeskripsikan sasaran yang di capai alat bantu
3. Menjelaskan perencanaan dan penggunaan alat peraga
4. Menjelaskan media promosi kesehatan
5. Menjelaskan metode promosi kesehatan

Materi pembelajaran

A. Alat bantu (peraga, media)

1. Pengertian

Yang dimaksud dengan alat bantu pendidikan adalah alat – alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan materi atau pesan kesehatan. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu didalam proses promosi kesehatan.

Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain alat peraga ini dimaksudkan untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek atau pesan, sehingga mempermudah pemahaman.

Seseorang atau masyarakat didalam memperoleh pesan atau pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu atau media. Tetapi masing – masing alat mempunyai intensitas yang berbeda – beda didalam membantu pemahaman pesan. Elgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi sebelas

macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap – tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut. Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata – kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses penerimaan pesan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan pesan atau informasi. Sedangkan penyampaian bahan yang hanya dengan kata – kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah.

Dalam rangka promosi kesehatan masyarakat sebagai sasaran juga dapat dilibatkan dalam pembuatan alat peraga atau media. Untuk itu peran petugas kesehatan bukan hanya membimbing dan membina hal kesehatan mereka sendiri, tetapi juga memotivasi mereka sehingga meneruskan informasi kesehatan kepada anggota masyarakat yang lain.

Alat peraga akan sangat membantu didalam promosi kesehatan agar pesan – pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan jelas dan tepat pula. Dengan alat peraga, orang dapat lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat bernilaiya kesehatan itu bagi kehidupan.

2. Manfaat alat bantu

Secara terperinci manfaat alat peraga antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
- c. Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
- d. Mestimulasi sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan – pesan yang diterima kepada orang lain.
- e. Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan.
- f. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran/masyarakat. Seperti diuraikan sebelumnya bahwa pengetahuan yang ada pada seseorang diterima melalui indra. Menurut penelitian para ahli, indra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan kedalam otak adalah mata. Kurang lebih 75% - 87% dan pengetahuan manusia diperoleh/disalurkan melalui mata. Sedangkan 13% - 25% lainnya tersalur melalui indra yang lain.

- Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat – alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi kesehatan.
- g. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui kemudian lebih mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik. Orang yang melihat sesuatu yang memang diperlukan tentu akan menarik perhatiannya dan apa yang dilihat dengan penuh perhatian akan memberikan pengertian baru baginya, yang merupakan pendorong untuk melakukan/memakai sesuatu yang baru tersebut.
 - h. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh. Didalam menerima sesuatu yang baru, manusia mempunyai kecendrungan untuk melupakan atau lupa terhadap pengertian yang telah diterima. Untuk mengatasi hal ini alat bantu akan membantu menegakkan pengetahuan – pengetahuan yang telah diterima sehingga apa yang diterima akan lebih lama tersimpan didalam ingatan.

3. Macam – macam alat bantu

- Pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu (peraga, media).
- a. Alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Alat ini ada dua bentuk:
 - 1. Alat yang diproyeksikan, misalnya *slide*, film, film strip dan sebagainya.
 - 2. Alat yang tidak diproyeksikan:
 - Dua dimensi, gambar peta, bagan dan sebagainya.
 - Tiga dimensi, misalnya bola dunia, boneka dan sebagainya.
 - b. Alat bantu dengar (*audio aids*) yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasikan indra pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran. Misalnya: piringan hitam, radio, pita suara, kepingan CD dan sebagainya.
 - c. Alat bantu lihat – dengar, seperti televisi, *video cassette*, DVD. Alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids (AVA)*.
- Disamping pembagian tersebut alat bantu (peraga, media) juga dapat dibedakan menjadi dua macam menurut pembuatannya dan penggunaannya.

- a. Alat peraga atau media yang rumit, seperti film, *film strip*, *slide* dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.
- b. Alat peraga yang sederhana yang mudah dibuat sendiri, dengan bahan – bahan setempat yang mudah diperoleh seperti bambu, karton, kaleng bekas, kertas koran dan sebagainya.

1. Contoh alat peraga atau media sederhana

Beberapa contoh alat peraga sederhana yang dapat dipergunakan diberbagai tempat, misalnya:

- a) Dirumah tangga, seperti *leaflet*, model buku bergambar, benda – benda yang nyata seperti buah – buahan, sayur – sayuran dan sebagainya.
- b) Dimasyarakat umum, misalnya poster, spanduk, *leaflet*, *flanel graph*, boneka wayang dan sebagainya.

2. Ciri alat peraga sederhana

Ciri – ciri alat peraga kesehatan yang sederhana antara lain:

- a) Mudah dibuat;
- b) Bahan – bahanya dapat diperoleh dari bahan – bahan lokal;
- c) Mencerminkan kebiasaan, kehidupan dan kepercayaan setempat;
- d) Ditulis (digambar) dengan sederhana;
- e) Memakai bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat;
- f) Memenuhi kebutuhan – kebutuhan petugas kesehatan dan masyarakat.

B. Sasaran yang di capai alat bantu

Menggunakan alat bantu (peraga,media) harus didasari pengetahuan tentang sasaran/masyarakat yang akan dicapai alat tersebut.

a. Yang perlu diketahui tentang sasaran, antara lain:

- 1) Individu atau kelompok;
- 2) Kategori – kategori sarasann seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan dan sebagainya;
- 3) Bahasa yang mereka gunakan;
- 4) Adat istiadat serta kebiasaan;

- 5) Minat dan perhatian;
 - 6) Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.
- Sedangkan memilih alat bantu, kita harus merencanakan dan memilih alat
- b. Tempat memasang (menggunakan) alat bantu (peraga, media)
 - 1) Didalam keluarga, antara lain didalam kesempatan kunjungan rumah, waktu menolong persalinan dan merawat bayi atau menolong orang sakit dan sebagainya;
 - 2) Dimasyarakat, misalnya pada waktu perayaan hari – hari besar, arisan – arisan, pengajian dan sebagainya, serta dipasang juga ditempat – tempat umum yang strategis;
 - 3) Diinstansi – instansi, antara lain puskesmas, rumah sakit, kantor – kantor, sekolah – sekolah dan sebagainya.
 - c. Alat – alat bantu (peraga, media) tersebut sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh:
 - 1) Petugas – petugas puskesmas/kesehatan;
 - 2) Kader kesehatan;
 - 3) Guru – guru sekolah dan tokoh – tokoh masyarakat lainnya;
 - 4) Pamong desa.

C. Perencanaan dan penggunaan alat peraga

Biasanya kita menggunakan alat bantu sebagai pengganti objek – objek yang nyata sehingga dapat memberikan pengalaman yang tidak langsung bagi sasaran.

Untuk memperjelas pesan – pesan yang disampaikan kepada masyarakat sebenarnya banyak benda yang dapat mempermudah masyarakat untuk mengerti serta memahami pesan – pesan, karena alat bantu seperti ini merupakan benda – benda yang dapat mempermudah masyarakat untuk mengerti serta memahami pesan – pesan, karena alat bantu seperti ini merupakan benda – benda yang mereka jumpain dalam kehidupan sehari – hari. Oleh karena itu sebelum mempergunakan alat bantu lain sebagai pengganti

benda – benda asli maka perlu ditelaah terlebih dahulu apakah mungkin dipergunakan benda – benda asli. Sebaliknya, kalau tidak ada benda – benda asli maka dibuatlah alat bantu dari benda – benda pengganti atau tiruan.

Sebelum membuat alat bantu, kita harus merencanakan dan memilih alat bantu yang penting dan tepat untuk digunakan. Untuk itu perlu diperhatikan antara lain hal – hal sebagai berikut:

1. Tujuan yang akan dicapai
 - a. Menanamkan pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep – konsep;
 - b. Mengubah sikap dan persepsi;
 - c. Menanamkan perilaku/ kebiasaan yang baru.
2. Tujuan penggunaan alat bantu
 - a. Sebagai alat bantu dalam latihan/penataran/pendidikan;
 - b. Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah;
 - c. Untuk mengingatkan suatu pesan/informasi;
 - d. Untuk menjelaskan fakta – fakta, prosedur, tindakan.

Perencanaan dan pemilihan alat bantu ditentukan sebagian besar oleh tujuan ini. Kalau tujuan ini yang hendak dicapai rumit, mungkin diperlukan lebih dari satu macam alat bantu. Kemampuan penyampaian pesan masing – masing alat bantu berbeda – beda. Misalnya, *leaflets* dan *pamphlets* lebih banyak berisi pesan, sedangkan poster lebih sedikit mengandung pesan tetapi lebih bersifat pemberitahuan dan propaganda.

Dengan sendirinya alat bantu yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan akan berbeda dengan alat bantu yang digunakan untuk meningkatkan keterampilan atau tindakan.

Semua alat peraga yang dibuat, berguna sebagai alat bantu pembelajaran. Tetapi harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi sebagai alat pembelajaran dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan keterampilan dalam memilih dan mengadakan alat peraga secara tepat sehingga akan mendapatkan hasil yang maksimal.

Misalnya, satu set *flash card* tentang makanan sehat untuk bayi/anak – anak harus diperlihatkan satu persatu secara berurutan sambil menerangkan tiap – tiap gambar beserta pesannya.

Kemudian diadakan pembahasan sesuai dengan kebutuhan sasaran agar terjadi komunikasi dua arah. Apabila kita tidak mempersiapkan diri dan hanya mempertunjukkan lembaran – lembaran *flash card* satu demi satu tanpa menerangkan atau membahasnya, maka penggunaan *flash card* tersebut mungkin akan gagal.

Sebelum menggunakan alat peraga sebaiknya petugas mencoba terlebih dahulu alat – alat yang masih dalam bentuk kasar atau *draft*, sebelum diproduksi seluruhnya. Tes ini berguna untuk mengetahui sejauh mana alat peraga tersebut dapat dimengerti oleh sasaran promosi kesehatan.

Contoh dibuat desain/rancangan sebuah poster yang akan digunakan untuk menunjang program keluarga berencana. Desain ini lalu dicobakan pada kelompok kecil sasaran yang dianggap mempunyai ciri – ciri yang sama dengan sasaran pada umumnya, yakni kepada siapa poster itu nantinya akan ditujukan. Jika terdapat salah satu desain yang paling mudah dipahami terutama yang dapat dikenali pesan – pesannya dengan baik, maka itulah yang akan diproduksi dan diperbanyak.

Cara melakukan tes tersebut antara lain sebagai berikut:

- a) Merencanakan terlebih dahulu tes pendahuluan untuk suatu media yang akan diproduksi;
- b) Menentukan pokok – pokok yang akan dipesankan dalam media tersebut;
- c) Menentukan gambar – gambar pokok atau simbol – simbol yang disesuaikan dengan ciri – ciri sasaran;
- d) Memperlihatkan alat bantu/media tersebut kepada sasaran;
- e) Memperlihatkan kepada sasaran ter coba:
 - Apakah mereka mengalami kesukaran dalam memahami pesan – pesan, kata – kata dan gambar – gambar didalam media tersebut;
 - Menanyakan hal – hal yang tidak dimengerti;
 - Mencatat komentar – komentar dan sasaran ter coba;
 - Melakukan perbaikan alat peraga/media tersebut.

f) Mendiskusikan alat yang dibuat tersebut dengan orang lain (teman – teman) atau dengan para ahli.

1.5 Cara mempergunakan alat bantu sangat tergantung pada jenis alatnya. Menggunakan alat bantu gambar sudah tentu berbeda dengan menggunakan film strip dan sebagainya. Disamping itu juga dipertimbangkan faktor sasaran pendidikannya. Untuk masyarakat yang buta huruf akan berbeda dengan masyarakat yang telah berpendidikan. Dan yang lebih penting adalah bahwa alat yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat sasarannya. Pada waktu menggunakan media alat bantu secara langsung hendaknya memperhatikan hal – hal sebagai berikut:

- a. Senyum adalah lebih baik, untuk mencari simpati.
- b. Tunjukkan perhatian bahwa hal yang akan dibicarakan/dipergunakan itu adalah hal penting.
- c. Pandangan mata hendaknya keseluruhan pendengar agar mereka tidak kehilangan kontrol pihak pendidik.
- d. Gaya bicara hendaknya bervariasi agar pendengar tidak bosan dan tidak mengatuk.
- e. Ikut sertakan para peserta/pendengar dan berikan kesempatan untuk memegang dan atau mencoba alat – alat tersebut.
- f. Bila perlu berilah selingan humor, guna menghidupkan suasana dan sebagainya.

D. Media promosi kesehatan

Yang dimaksud dengan media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu seperti diuraikan diatas. Disebut media promosi kesehatan karena alat – alat tersebut merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat – alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan – pesan kesehatan bai masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan – pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi tiga, yakni media cetak, media elektronik dan media papan.

- a. Media Cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan – pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain sebagai berikut:

1. *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan – pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
2. *Leaflet*, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi.
3. *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
4. *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
5. Rubrik atau tulisan – tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan atau hal – hal yang berkaitan dengan kesehatan.
6. Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok – tembok, ditempat – tempat umum atau dikendaraan umum.
7. Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

b. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan – pesan atau informasi kesehatan berbeda – beda jenisnya. Antara lain:

- Televisi

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV Spot, kuis atau cerdas cermat dan sebagainya.

- Radio

Penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam – macam bentuknya, antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot dan sebagainya.

- Video
Penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan dapat melalui video.
- Slide
Slide juga dapat digunakan untuk penyampaian pesan atau informasi – informasi kesehatan.
- Film Strip
Film strip juga dapat digunakan untuk penyampaian pesan – pesan kesehatan.

c. Media Papan (Billboard)

- Papan (billboard) yang dipasang ditempat – tempat umum dapat diisi dengan pesan – pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan – pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus dan taksi).

E. Metode promosi kesehatan

Promosi kesehatan juga merupakan suatu kegiatan yang mempunyai masukan (input), proses dan keluaran (output). Kegiatan promosi kesehatan guna mencapai tujuan yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak faktor. Disamping faktor metode, faktor materi atau pesannya, petugas yang melakukannya, juga alat – alat bantu/peraga atau media yang dipakai. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka faktor – faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan (sasaran) tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran atau media. Untuk sasaran kelompok maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan kelompok.

Berikut ini diuraikan beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan.

1. Metode Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya membina seorang ibu yang

baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh/mendengar kan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil tersebut segera minta di imunisasi adalah dengan pendekatan secara perorangan. Perorangan disini tidak hanya berarti harus hanya kepada ibu – ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga ibu tersebut.

Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda – beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode atau cara ini. Bentuk pendekatannya antara lain:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut atau berperilaku baru.

b. Wawancara (*Interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak mau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan. Juga untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dan sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

1. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah.

a. Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah menguasai materi yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

- 1) Mempelajari materi dengan sistematis yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- 2) Mempersiapkan alat – alat bantu, misalnya makalah singkat, *slide*, transparan, *sound sistem* dan sebagainya.

b. Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk itu penceramah dapat melakukan hal – hal sebagai berikut.

- 1) Sikap dan penampilan yang menyakinkan, tidak boleh bersikap ragu – ragu dan gelisah.
- 2) Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- 3) Pandangan harus tertuju keseluruhan peserta ceramah.
- 4) Berdiri di depan (pertengahan). Tidak boleh duduk.
- 5) Menggunakan alat – alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

2. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap hangat di masyarakat.

b. Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode – metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

1) Diskusi kelompok

Agar semua kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan – hadapan atau saling memandangi satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pemimpin diskusi juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa berada dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan – pancingan yang dapat berupa pertanyaan – pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur jalannya diskusi sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara dan tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

2) Curah pendapat (*Brain storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban – jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban – jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari dan akhirnya terjadi diskusi.

3) Bola salju (*snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan – pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih

kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya.

Kemudian tiap – tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

4) Kelompok – kelompok kecil (*Buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok – kelompok kecil (*buzz group*) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing – masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5) Bermain peran (*Role play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan, misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari – hari dalam melaksanakan tugas.

6) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan – pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain bebreran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode Massa

Metode (pendekatan) massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan – pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan – pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian

rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya, bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa. Berikut ini akan dijelaskan beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa.

a. Ceramah umum (*public speaking*)

Pada cara – cara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional menteri kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan – pesan kesehatan.

b. Berbincang – bincang (*talk show*) tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan disuatu media massa juga merupakan pendekatan massa.

d. Sinetron Dokter Sartika dalam acara TV pada tahun 1990 – an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan massa.

e. Tulisan – tulisan dimajalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan dan penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.

f. *Billboard*, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa. Contoh : *Billboard* "Ayo ke Posyandu".

Latihan

1. Jelaskan bentuk media promosi kesehatan...
2. Jelaskan bentuk metode promosi kesehatan.....

KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU KESEHATAN

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan konsep perilaku kesehatan
2. Menjelaskan batasan perilaku kesehatan
3. Menjelaskan domain perilaku
4. Menjelaskan perubahan (adopsi) perilaku dan indikatornya

Materi pembelajaran

A. Konsep perilaku kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha – usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek, yaitu:

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan disini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.

c. Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*Health seeking behavior*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatan sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Misalnya bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

Seorang ahli lain (Becker, 1979) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan ini:

a. Perilaku hidup sehat (*healthy life style*)

Adalah perilaku – perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya atau pola/ gaya hidup sehat (*healthy life style*).

Perilaku ini mencakup antara lain:

- 1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*). Menu seimbang disini dalam arti kualitas (mengandung zat – zat gizi yang diperlukan tubuh), dan kuantitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan

- tubuh (tidak kurang tetapi juga tidak lebih). Secara kualitas mungkin di Indonesia dikenal dengan ungkapan empat sehat lima sempurna.
- 2) Olahraga teratur, juga mencakup kualitas (gerakan), dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga. Dengan sendirinya kedua aspek ini akan tergantung dari usia, dan status kesehatan yang bersangkutan.
 - 3) Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. Ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia, seolah – olah sudah membudaya. Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok. Bahkan dari hasil suatu penelitian, sekitar 15% remaja kita telah merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.
 - 4) Tidak minum minuman keras dan narkoba. Kebiasaan minum miras dan mengkonsumsi narkoba (narkotika dan bahan – bahan berbahaya lainnya) juga cenderung meningkatkan. Sekitar 1% penduduk Indonesia dewasa diperkirakan sudah mempunyai kebiasaan minum miras ini.
 - 5) Istirahat yang cukup. Dengan meningkatnya kebutuhan hidup akibat tuntutan untuk penyesuaian dengan lingkungan modern, mengharuskan orang untuk bekerja keras dan berlebihan, sehingga waktu istirahat berkurang. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.
 - 6) Mengendalikan stres. Stres akan terjadi pada siapa saja dan akibatnya bermacam – macam bagi kesehatan. Lebih – lebih sebagian akibat dari tuntutan hidup yang keras seperti diuraikan diatas. Kecenderungan stres akan meningkat pada setiap orang. Stres tidak dapat kita hindari, yang penting dijaga agar stres tidak menyebabkan gangguan kesehatan, kita harus dapat mengendalikan atau mengelola stres dengan kegiatan – kegiatan yang positif.
 - 7) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan. Misalnya: tidak berganti – ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri kita dengan lingkungan, dan sebagainya.

b. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang: penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.

c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Dari segi sosiologi, orang sakit (mempunyai peran yang mencakup hak – hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*). Perilaku ini meliputi:

- 1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan,
- 2) Mengenal, mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan/penyembuhan penyakit yang layak,
- 3) Mengetahui hak (misalnya: hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dan sebagainya).

B. Batasan perilaku kesehatan

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas kegiatan organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup mulai dari tumbuh – tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing – masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner (1938) seorang psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons. Maka teori Skinner ini disebut "S-O-R" atau *Stimulus Organisme Respons*. Skinner membedakan adanya dua respons:

1. *Respondent response* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan – rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons – respons yang relatif tetap. Misalnya: makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan dengan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.
2. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respons terhadap uraian tugasnya atau job skripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini maka perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya pemeriksaan kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui

hubungan seks, dan sebagainya. Bentuk perilaku tertutup lainnya adalah sikap, yakni penilaian terhadap objek.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik (*practice*). Misal: seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur, dan sebagainya.

Seperti telah disebutkan di atas, sebagian besar perilaku manusia adalah *operant respons*. Oleh sebab itu, untuk membentuk jenis respons atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut Skinner adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan identifikasi tentang hal – hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah – hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
- b. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen – komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen – komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- c. Menggunakan secara urut komponen – komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing – masing komponen tersebut.
- d. Melakukan pembentukan dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau ini sudah terbentuk maka dilakukan komponen (perilaku) yang kedua kemudian diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi). Demikian berulang – ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan

2. komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

Sebagai ilustrasi, misalnya dikehendaki agar anak mempunyai kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur. Untuk berperilaku seperti ini maka anak tersebut harus:

- Pergi ke kamar mandi sebelum tidur,
- Mengambil sikat gigi dan odol,
- Mengambil air dan berkumur,
- Melaksanakan sikat gigi,
- Menyimpan sikat gigi dan odol,
- Pergi ke kamar tidur.

Kalau dapat diidentifikasi hadiah – hadiah (tidak berupa uang) bagi masing – masing komponen perilaku tersebut (komponen 1 – 6), maka akan dapat dilakukan pembentukan kebiasaan tersebut.

Contoh diatas adalah suatu penyederhaan prosedur pembentukan perilaku melalui *operant conditioning*. Di dalam kenyataannya prosedur itu banyak dan bervariasi sekali dan lebih kompleks daripada contoh diatas. Teori Skinner ini sangat besar pengaruhnya, terutama di Amerika Serikat. Konsep – konsep *behavior control*, *behavior therapy*, dan *behavior modification* yang dewasa ini berkembang adalah bersumber pada teori ini.

C. Domain perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor – faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap – tiap orang berbeda. Faktor – faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.

2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian di atas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultant antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa

orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan tanda – tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagian suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benartentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan , menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan – makanan yang bergizi.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan – perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip – prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulai – formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan dapat

menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan – rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian – penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab – sebab mengapa ibu – ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut:

“An individual’s social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social object” (Campbell, 1950).

“Attitude entails an existing predisposition to response to social objects which in interaction with situational and other dispositional variables, guides and direct the overt behavior of the individual” (Cardno, 1955).

Dari batasan – batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari – hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Nemcomb, salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

a. Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain Alport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya, seorang ibu telah mendengar tentang penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena polio. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat mengimunisasikan anaknya untuk mencegah supaya anaknya tidak terkena polio. Ibu ini mempunyai sikap tertentu terhadap objek yang berupa penyakit polio.

b. Berbagai tingkatan sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah – ceramah tentang gizi.

2. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Misalnya, bagaimana pendapat anda tentang pelayanan dokter di Rumah Sakit Cipto? Secara langsung dapat dilakukan dengan pernyataan – pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden. Misalnya, apabila rumah ibu luas, apakah boleh dipakai untuk kegiatan psyandu? Atau, saya kan menikah apabila saya sudah berumur 25 tahun (sangat setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju).

c. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sikap ibu yang positif terhadap imunisasi harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar ibu tersebut mengimunisasikan anaknya. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain – lain. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

1. Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat dilakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang

ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong – motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya, dan sebagainya.

2. Mekanisme (mecanism)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat kedua. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunitasikan bayinya pada umur – umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

3. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah di motifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan – bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan – kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Pengukuran praktik (*overt behavior*) juga dapat diukur dari hasil perilaku tersebut. Misalnya perilaku higiene perorangan (*personal hygiene*) dapat diukur dari kebersihan kulit, kuku, rambut, dan sebagainya.

D. Perubahan (adopsi) perilaku dan indikatornya

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui tiga tahap.

1. Perubahan Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN)

apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya, dan apa bahaya – bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut. Indikator – indikator apa yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi:

- a) Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:
 - Penyebab penyakit
 - Gejala atau tanda – tanda penyakit
 - Bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan
 - Bagaimana cara penularannya
 - Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi, dan sebagainya.
- b) Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:
 - Jenis – jenis makanan yang bergizi
 - Manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatannya
 - Pentingnya olahraga bagi kesehatan
 - Penyakit – penyakit atau bahaya merokok, minum – minuman keras, narkoba, dan sebagainya.
 - Pentingnya istirahat cukup, relaksasi bagi kesehatan, dan sebagainya.
- c) Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
 - Manfaat air bersih
 - Cara – cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat dan sampah
 - Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
 - Akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi kesehatan, dan sebagainya.

Proses Adopsi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perihal yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, disingkat AIETA yang artinya:

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu,
- b. *Interst*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
- c. *Evaluating* (menimbang – nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
- d. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru,
- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melawati tahap – tahap diatas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini di dasari oleh pengetahuan, dan kesadaran dari sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (long lasting). Sebaliknya pabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. Contohnya ibu – ibu menjadi peserta KB, karena diperintahkan oleh lurah atau ketua RT tanpa mengetahui makna dan tujuan KB, maka mereka akan segera keluar dari keikut sertaannya dalam KB setelah beberapa saat perintah tersebut diterima.

2. Sikap

Telah diuraikan diatas bahwa sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti diatas, yakni:

- a. Sikap terhadap sakit dan penyakit
Adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap: gejala atau tanda – tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit, dan sebagainya.
- b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat

Adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara – cara memelihara dan cara – cara (berperilaku) hidup sehat. Dengan perkataan lain pendapat atau penilaian terhadap makanan, minuman, olahraga, relaksasi (istirahat) atau istirahat yang cukup, dan sebagainya bagi kesehatannya.

c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan

Adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Misalnya pendapat atau penilaian terhadap air bersih, pembuangan limbah, polusi dan sebagainya.

3. Praktik dan Tindakan (Practice)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (practice) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (overt behavior). Oleh sebab itu indikator praktik kesehatan ini juga mencakup hal – hal tersebut diatas, yakni:

a. Tindakan (praktik)sehubungan dengan penyakit

Tindakan atau perilaku ini mencakup : a) pencegahan penyakit, mengimunitasikan anaknya, melakukan pengurusan bak mandi seminggu sekali, menggunakan masker pada waktu kerja ditempat yang berdebu, dan sebagainya; dan b) penyembuhan penyakit, misalnya: minum obat sesuai petunjuk dokter, melakukan anjuran – anjuran dokter, berobat kefasilitas kesehatan yang tepat dan sebagainya.

b. Tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Tindakan atau perilaku ini mencakup antara lain: mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum minuman keras dan narkoba, dan sebagainya.

c. Tindakan (praktik kesehatan lingkungan

Perilaku ini antara lain mencakup membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah ditempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak, dan sebagainya.

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap – tahap yang telah disebutkan diatas, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (knowledge) – sikap (attitude) – praktik (praktice) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori diatas (KAP), bahkan didalam praktik sehari – hari terjadi sebaliknya. Artinya, seseorang telah berperilaku positif meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif.

Cara mengukur indikator perilaku atau memperoleh data informasi tentang indikator – indikator perilaku tersebut, untuk pengetahuan, sikap, praktik agak berbeda. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap cukup dilakukan melalui wawancara, baik wawancara terstruktur, maupun wawancara mendalam, dan fokus group discussion (FGD) khusus untuk penelitian kualitatif. Sedangkan untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (observasi). Namun dapat juga dilakukan melalui wawancara dengan pendekatan recall atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden beberapa waktu yang lalu. Misalnya untuk mengetahui perilaku pemeriksaan kehamilan seorang ibu hamil ditanyakan apakah ibu memeriksakan kehamilannya pada waktu hamil anak yang terakhir.

Tugas

1. Jelaskan proses adopsi perilaku...
2. Contoh perilaku pemeliharaan kesehatan....

Latihan

1. Jelaskan dampak sosio – psikologi perilaku kesehatan....

DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan konsep perubahan perilaku kesehatan
2. Menjelaskan teori perubahan perilaku
3. Menjelaskan bentuk – bentuk perubahan perilaku
4. Menjelaskan strategi perubahan perilaku

Materi pembelajaran

A. Konsep perubahan perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yakni aspek fisik, psikis dan sosial. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit ditarik garis yang tegas batas – batasnya. Secara lebih terinci, perilaku manusia yang sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun demikian, pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, siso – budaya masyarakat dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat diilustrasikan seperti pada gambar 8.1.

Disamping asumsi – asumsi tersebut, ada beberapa asumsi lain, antara lain asumsi yang mendasarkan kepada teori kepribadian dari Spranger. Spranger membagi kepribadian manusia itu menjadi enam macam nilai

kebudayaan. Kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut. Selanjutnya, kepribadian tersebut akan menentukan pola dasar perilaku manusia yang bersangkutan.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori *Lawrence Green* (1980), *Snehandu B.Kar* (1983) dan WHO (1984).

1. Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non – behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor.

- a. Faktor – faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai – nilai, dan sebagainya.
- b. Faktor – faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas – fasilitas atau sarana – sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat – obatan, alat – alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- c. Faktor – faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Dimana:

- B = Behavior
PF = Predisposing factors
EF = Enabling Factors
RF = Reinforcing factors
F = fungsi

Dimana:

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di posyandu dapat disebabkan orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factors*). Atau barangkali juga karena rumahnya jauh dari posyandu atau puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (*enabling factors*). Sebab lain, mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain di sekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (*reinforcing factors*).

2. Teori Snehandu B.Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

- a) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- b) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social - support*).
- c) Ada atau tiak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessebility of information*).
- d) Otonomi pribadi, yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Uraian di atas dapat dirumuskan sebagai berikut:

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

Dimana:

B = *Behavior*

f = fungsi

BI = *Behavior Intention*

SS = *Social Support*

AI = *Accessesibility of Information*

PA = *Personal Autonomy*

AS = *Action Situation*

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidak adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/ bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku tidak bertindak. Seorang ibu yang tidak mau ikut KB (*behavior intention*), atau barangkali juga karena tidak ada dukungan dari masyarakat sekitarnya (*social support*). Mungkin juga karena kurang atau tidak memperoleh informasi yang kuat tentang KB (*accessibility of information*), atau mungkin ia tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan, misalnya harus tunduk kepada suaminya, mertuanya atau orang lain yang ia segani (*personal autonomy*). Faktor lain yang mungkin menyebabkan ibu ini tidak ikut KB adalah karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan (*action situation*).

3. Teori WHO

Tim kerja WHO menganalisis bahwa menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena empat alasan pokok.

a. Pemahaman dan pertimbangan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan – kepercayaan dan penilaian – penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).

1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa api itu

panas setelah memperoleh pengalaman, tangan atau kakinya kena api. Seorang ibu akan mengimunisasikan anaknya setelah melihat anak setelah melihat anak tetangganya kena penyakit polio sehingga cacat, karena anak tetangganya tersebut belum pernah memperoleh imunisasi polio.

2) Kepercayaan

Kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Misalnya, wanita hamil tidak boleh makan telur agar tidak kesulitan waktu melahirkan.

3) Sikap

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai – nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain:

a) Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan pada situasi pada saat itu. Misalnya, seorang ibu yang anaknya sakit, segera ingin membawa kepuskesmas, tetapi pada saat itu tidak mempunyai uang sepersen pun sehingga ia gagal membawa anaknya ke puskesmas.

b) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain. Seorang ibu tidak mau membawa anaknya yang sakit keras ke rumah sakit, meskipun ia mempunyai sikap yang positif terhadap rumah sakit, sebab ia teringat akan anak tetangganya yang meninggal setelah beberapa hari di rumah sakit.

c) Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Seorang akseptor KB dengan alat kontrasepsi IUD mengalami pendarahan.

Meskipun sikapnya sudah positif terhadap KB, tetapi ia kemudian tetap tidak mau ikut KB dengan alat kontrasepsi apa pun.

d) Nilai (*value*)

Di dalam suatu masyarakat apa pun selalu berlaku nilai – nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat. Misalnya, gotong royong adalah suatu nilai yang selalu hidup dimasyarakat.

b. Orang penting sebagai referensi (*personal reference*)

Perilaku orang , lebih – lebih perilaku anak kecil lebih banyak dipengaruhi oleh orang – orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu dipercaya, maka apa yang ia dipercaya, maka apa yang ia katakan atau perbuatan cenderung untuk dicontoh. Untuk anak – anak sekolah misalnya , maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. Orang – orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (*reference group*), antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa, dan sebagainya.

c. Sumber – sumber daya (*resources*)

Sumber daya disini 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.

d. Kebudayaan (*culture*), kebiasaan, nilai – nilai, tradisi – tradisi.

Sumber – sumber di dalam suatu masyarakat, akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik secara lambat ataupun cepat, sesuai dengan peradaban umat manusia.

Kebudayaan atau pola hidup masyarakat disini merupakan kombinasi dari semua yang telah disebutkan sebelumnya. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku orang lain.

Dari uraian tersebut dapat dilihat bahwa banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh sebab itu, perilaku yang sama diantara beberapa orang dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda – beda. Misalnya, alasan masyarakat tidak mau berobat kepuskesmas, mungkin karena tidak percaya terhadap puskesmas, mungkin tidak punya uang untuk pergi kepuskesmas, mungkin takut pada dokternya, mungkin tidak tahu fungsinya puskesmas dan lain sebagainya.

Secara sederhana teori WHO ini dapat diilustrasikan sebagai berikut:

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

Dimana:

B : *Behavior*

f : fungsi

TF : *Thought and Feeling*

PR : *Personal Reference*

R : *Resources*

C : *Culture*

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan atau pertimbangan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi dan sumber – sumber atau fasilitas – fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat. Seseorang yang tidak mau membuat jamban keluarga, atau tidak mau buang air besar di jamban, mungkin karena ia mempunyai pemikiran dan perasaan tidak enak kalau buang air besar di jamban (*thought and feeling*). Atau barangkali karena tokoh idolanya juga tidak membuat jamban keluarga sehingga tidak ada orang yang menjadi referensinya (*personal reference*). Faktor lain juga, mungkin karena

langkahnya sumber – sumber yang diperlukan atau tidak mempunyai biaya untuk membuat jamban keluarga (*resources*). Faktor lain mungkin karena kebudayaan (*culture*), bahwa jamban keluarga belum merupakan kebudayaan masyarakat.

B. Teori perubahan perilaku

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan sebagai penunjang program – program kesehatan lainnya. Banyak teori perubahan perilaku ini antara lain akan diuraikan di bawah ini:

1) Teori Stimulus Organisme (SOR)

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas ransang (*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya, kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas kepemimpinan, dan gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok, atau masyarakat.

Hosland, et, al (1953) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a) Stimulus (ransang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
- b) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya
- c) Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).

d) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar – benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat menyakinkan organisme. Dalam menyakinkan organisme faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

2) Teori Festinger (*Dissonance Theory*)

Teori *dissonance* (*cognitive dissonance theory*) diajukan oleh Festinger (1957) telah banyak pengaruhnya dalam psikologi sosial.

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (ketidak seimbangan). Hal ini berarti bahwa keadaan *cognitive dissonance* merupakan ketidak seimbangan psikologi yang diliputi oleh ketengan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Apabila terjadi keseimbangan dalam diri individu, maka berarti sudah terjadi ketengan diri lagi, dan keadaan ini disebut *consonance* (keseimbangan).

Dissonance (ketidak seimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan. Yang dimaksud elemen kognisi adalah pengetahuan, pendapat, atau keyakinan. Apabila individu mengalami suatu stimulus atau objek dan stimulus tersebut menimbulkan pendapat atau keyakinan yang berbeda/bertentangan di dalam diri individu itu sendiri, maka terjadilah *dissonance*.

Ketidak seimbangan dalam diri seseorang yang akan menyebabkan perubahan perilaku dikarenakan adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan jumlah elemen kognitif yang tidak seimbang dan sama – sama pentingnya. Hal ini menimbulkan konflik pada diri individu tersebut.

Contohnya, seorang ibu rumah tangga yang bekerja di kantor. Di satu pihak, dengan bekerja ia dapat tambahan pendapatan bagi keluarganya, yang akhirnya dapat memenuhi kebutuhan bagi keluarga dan anak – anaknya, termasuk kebutuhan makanan yang bergizi. Apabila ia tidak bekerja, jelas ia tidak dapat

memenuhi kebutuhan pokok keluarga. Di pihak lain, apabila ia bekerja, ia khawatir perawatan anak – anaknya akan menimbulkan masalah. Kedua elemen (argumentasi) ini sama – sama pentingnya, yakni rasa tanggung jawabnya sebagai ibu rumah tangga yang baik.

Titik berat dari penyelesaian konflik ini adalah penyesuaian diri secara kognitif. Dengan penyesuaian diri ini maka akan terjadi keseimbangan kembali. Keberhasilan yang ditunjukkan dengan tercapainya keseimbangan kembalimenunjukkan adanya perubahan sikap dan akhirnya akan terjadi perubahan perilaku.

3) Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Menurut Katz (1960) perilaku dilatar belakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa:

- a) Perilaku memiliki fungsi instrumental, artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya bila objek tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan berperilaku negatif. Misalnya, orang mau membuat jamban apabila jamban tersebut benar – benar sudah menjadi kebutuhannya.
- b) Perilaku berfungsi sebagai *defence mechanism* atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya dengan perilakunya, dengan tindakan – tindakannya, manusia dapat melindungi ancaman – ancaman yang datang dari luar. Misalnya, orang dapat menghindari penyakit demam berdarah karena penyakit tersebut merupakan ancaman bagi dirinya.
- c) Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti. Dalam perannya dengan tindakan itu seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari – hari tersebut seseorang melakukan keputusan – keputusan sehubungan dengan objek atau stimulus

yang dihadapi. Pengambilan keputusan mengakibatkan tindakan – tindakan tersebut dilakukan secara spontan dan dalam waktu yang singkat. Misalnya, bila seseorang merasa sakit kepala maka secara cepat, tanpa berpikir lama, ia akan bertindak untuk mengatasi rasa sakit tersebut dengan membeli obat di warung dan kemudian meminumnya, atau tindakan – tindakan lain.

- d) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari. Oleh sebab itu, perilaku dapat merupakan layar dimana segala ungkapan diri orang dapat dilihat. Misalnya orang yang sedang marah, gusar dan sebagainya dapat dilihat dari perilaku atau tindakannya.

Teori ini berkeyakinan bahwa perilaku mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu, dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya. Oleh sebab itu didalam kehidupan manusia, perilaku itu tampak terus menerus dan berusaha secara relatif.

4) Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan – kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan – kekuatan penahan (*restining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidak seimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni:

- a. Kekuatan – kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus – stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan – perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan – penyuluhan atau informasi – informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan. Misalnya, seseorang yang belum ikut KB (ada keseimbangan antara pentingnya mempunyai anak sedikit dengan kepercayaan banyak anak banyak rezeki) dapat berubah perilakunya ber KB, ditingkatkan keyakinannya dengan penyuluhan – penyuluhan atau usaha – usaha lain.

- b. Kekuatan – kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi karena adanya stimulus – stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut. Misalnya pada contoh diatas. Dengan pemberian pengertian kepada orang tersebut bahwa banyak anak banyak rezeki adalah kepercayaan yang salah, maka kekuatan penahan tersebut melemah dan akan terjadi perubahan perilaku pada orang tersebut.
- c. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas akan terjadi perubahan perilaku. Seperti pada contoh juga, penyuluhan KB yang memberikan pengertian terhadap orang tersebut tentang pentingnya ber KB dan tidak benarnya kepercayaan banyak anak banyak rezeki akan meningkatkan kekuatan pendorong dan sekaligus menurunkan kekuatan penahan.

C. Bentuk – bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. dibawah ini di uraikan bentuk – bentuk perubahan perilaku menurut WHO. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga.

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota – anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan. Misalnya, Bu Ani apabila sakit kapala (pusing) membuat ramuan daun – daunan yang ada di kebunnya. Tetapi karena perubahan kebutuhan hidup, maka daun – daunan untuk obat tersebut diganti dengan tanaman – tanaman untuk bahan makanan. Maka ketika ia sakit, dengan tidak berpikir panjang lebar lagi Bu Ani berganti minum jamu buatan pabrik yang dapat dibeli di warung.

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya, Pak Anwar adalah perokok berat. Karena pada suatu saat ia terserang batuk yang sangat mengganggu, maka ia memutuskan untuk

mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya ia berhenti merokok sama sekali.

3. Kesiediaan untuk Berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program – program pembangunan didalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda – beda.

Setiap orang di dalam suatu masyarakat mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda – beda, meskipun kondisinya sama.

D. Strategi perubahan perilaku

Di dalam program – program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma – norma kesehatan, sangat diperlukan usaha – usaha konkret dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga.

1. Menggunakan Kekuatan/Kekuasaan atau Dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan – peraturan/perundang – undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

2. Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi – informasi tentang cara – cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

Selanjutnya dengan pengetahuan – pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

3. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi – diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lebih lama dari cara yang kedua tersebut, dan jauh lebih baik daripada cara yang pertama.

Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi – informasi dan pesan – pesan kesehatan.

Tugas

1. Contoh bentuk – bentuk perubahan perilaku kesehatan secara alamiah, terencana dan kesediaan untuk berubah....
2. Jelaskan strategi perubahan perilaku...

Latihan

1. Contoh perilaku kesehatan masyarakat menurut teori Lawrence Green...

KOMUNIKASI KESEHATAN

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan prinsip dasar komunikasi
2. Menjelaskan komunikasi kesehatan
3. Mendeskripsikan proses perencanaan komunikasi

Materi pembelajaran

A. Prinsip dasar komunikasi

Komunikasi adalah proses pengoperasian rangsangan (stimulus) dalam bentuk lambang atau simbol bahasa atau gerak (nonverbal), untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Stimulus atau rangsangan ini dapat berupa suara/bunyi atau bahasa lisan, maupun berupa gerakan, tindakan atau simbol – simbol yang diharapkan dapat dimengerti oleh pihak lain dan pihak lain tersebut merespon atau bereaksi sesuai dengan maksud pihak yang memberikan stimulus. Oleh sebab itu reaksi atau respons, baik dalam bentuk bahasa maupun simbol – simbol ini merupakan pengaruh atau hasil proses komunikasi. Proses komunikasi yang menggunakan stimulus atau respons dalam bentuk bahasa, baik lisan maupun tulisan, selanjutnya disebut komunikasi verbal. Sedangkan apabila proses komunikasi tersebut menggunakan simbol – simbol disebut komunikasi nonverbal.

1. Unsur – unsur komunikasi

Agar terjadi komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak yang lain, antara kelompok satu dengan yang lain, atau seseorang dengan orang lain, diperlukan keterlibatan beberapa unsur komunikasi yakni: komunikan, pesan dan saluran atau media.

- a. **Komunikator (*source*)**
 Adalah orang atau sumber yang menyampaikan atau mengeluarkan stimulus antara lain dalam bentuk informasi, atau lebih tepat disebut pesan – pesan (*message*) yang harus disampaikan kepada pihak atau orang lain dan diharapkan orang atau pihak lain tersebut memberikan respons atau jawaban. Apabila orang lain atau pihak lain tersebut tidak memberikan respons atau jawaban berarti tidak terjadi komunikasi antara kedua variabel tersebut.
- b. **Komunikan (*receiver*)**
 Komunikan adalah pihak yang menerima stimulus dan memberikan respons terhadap stimulus tersebut. Respons tersebut dapat bersifat pasif yakni memahami atau mengerti apa yang dimaksud oleh komunikator, atau dalam bentuk aktif yakni dalam bentuk ungkapan melalui bahasa lisan atau tulisan (verbal) atau menggunakan simbol – simbol (nonverbal). Menerima stimulus saja tanpa memberikan respons belum terjadi proses komunikasi.
- c. **Pesan (*message*)**
 Adalah sisi stimulus yang dikeluarkan oleh komunikator (sumber) kepada komunikan (penerima). Isi stimulus yang berupa pesan atau informasi ini dikeluarkan oleh komunikator, tetapi diharapkan agar direspons secara positif dan aktif berupa perilaku atau tindakan.
- d. **Saluran (*media*)**
 Saluran (*channel*) atau lebih populer disebut media adalah alat atau sarana yang digunakan oleh komunikator dalam menyampaikan pesan atau informasi kepada komunikan. Jenis dan bentuk saluran atau media komunikasi sangat bervariasi, mulai dari yang paling tradisional yakni melalui mulut (lisan), bunyi – bunyian (kentongan), tulisan (cetakan) sampai dengan elektronik yang paling modern, yakni televisi dan internet.

2. Bentuk – bentuk komunikasi

Pembangunan termasuk pembangunan disektor kesehatan tidak akan berjalan dengan baik dan efektif tanpa adanya proses komunikasi. Komunikasi disektor kesehatan bukan saja diperlukan untuk melibatkan seluruh komponen

masyarakat agar berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan, tetapi juga diperlukan untuk memperoleh dukungan politik dan kebijaksanaan dari para pejabat penyelenggara negara/pemerintah, baik eksekutif maupun legislatif, dan para pejabat lintas sektor yang lain.

Dalam melakukan komunikasi kesehatan dengan pihak – pihak seperti diatas, yang menjadi pesan pokok adalah kesehatan dan problema – problema yang dihadapi. Agar proses komunikasi kesehatan itu efektif dan terarah, dapat dilakukan melalui bentuk – bentuk komunikasi antara lain sebagai berikut:

a. Komunikasi intrapersonal (*personal communication*)

Adalah komunikasi didalam diri sendiri, terjadi apabila seseorang memikirkan masalah yang dihadapi. Komunikasi interpersonal juga terjadi apabila seseorang melakukan pertimbangan – pertimbangan sebelum mengambil suatu keputusan.

b. Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*)

Komunikasi ini adalah salah satu bentuk komunikasi yang paling efektif karena antara komunikan dan komunikator dapat langsung tatap muka, sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikan, langsung dapat direspons atau ditanggapi pada saat itu juga. Apabila terjadi ketidak jelasan pesan atau informasi yang diterima oleh komunikan, maka pada saat itu juga dapat diklarifikasi atau dijelaskan oleh komunikator (pembawa pesan).

Media yang paling penting dalam komunikasi antar pribadi adalah bahasa, baik lisan (melalui mulut) maupun tulisan.

Namun untuk visualisasi atau ilustrasi informasi yang memerlukan dukungan data, perlu dibantu dengan alat bantu media lain, misalnya: grafik, tabel, diagram, baik dalam bentuk cetak (*leaflet, flip chart*, buku, dan sebagainya) maupun elektronik (*video, slide, film* dan sebagainya) dan pengeras suara (*sound system*).

c. Mass communication (*communication through the mass media*)

Komunikasi ini menggunakan saluran (media) massa atau berkomunikasi melalui media massa. Komunikasi melalui media massa kurang efektif bila dibandingkan dengan komunikasi interpersonal, meskipun mungkin lebih

efisien. Komunikasi melalui media massa, khususnya dinegara – negara berkembang seperti di Indonesia ini masih banyak kendalanya. Kendala yang paling utama adalah tingkat pendidikan dan kecerdasan masyarakat yang masih rendah, oleh karena itu kadang – kadang pesan pembangunan termasuk pesan kesehatan sulit dipahami oleh mereka. Karena sulit memahami pesan – pesan ini maka respons mereka sangat lambat, bahkan tidak meresponnya.

Media yang digunakan dalam komunikasi massa atau lebih populer disebut media massa ini bermacam – macam antara lain:

- 1) Media cetak: koran, majalah, jurnal, selebaran (*flyer*) dan sebagainya;
- 2) Media elektronik: radio, televisi, internet, dan sebagainya;
- 3) Berbagai macam papan nama (*billboard*);
- 4) Spanduk, umbul – umbul dan sebagainya.

d. Komunikasi organisasi

Adalah komunikasi yang terjadi diantara organisasi, institusi atau lembaga. Komunikasi organisasi juga dapat terjadi diantara unit. Organisasi itu sendiri misalnya antar bagian antar seksi atau sub bagian, antar departemen dan sebagainya.

Beberapa literatur juga menyebutkan komunikasi kelompok yang antara lain mencakup komunikasi organisasi.

B. Komunikasi kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Dan selanjutnya perilaku masyarakat yang sehat tersebut akan berpengaruh kepada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.

Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program – program kesehatan masyarakat adalah komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*) dan komunikasi massa (*mass communication*).

1. Komunikasi antarpribadi dalam kesehatan

Komunikasi antarpribadi adalah komunikasi langsung, tatap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. Komunikasi ini tidak melibatkan kamera, artis, penyiar atau penulis skenario. Komunikator langsung bertatap muka dengan komunikan, baik secara individual maupun kelompok.

Di dalam pelayanan kesehatan komunikasi antarpribadi ini terjadi antara petugas kesehatan atau *health provider* dengan *clients* atau kelompok masyarakat dan para anggota masyarakat. Komunikasi antarpribadi merupakan pelengkap komunikasi massa. Artinya, pesan – pesan kesehatan yang telah disampaikan lewat media massa (televisi, radio, koran dan sebagainya) dapat ditindaklanjuti dengan melakukan komunikasi antarpribadi, misalnya: penyuluhan kelompok dan konseling kesehatan).

Komunikasi antarpribadi dapat efektif apabila memenuhi tiga hal dibawah ini:

- a. *Empathy*, yakni menempatkan diri pada kedudukan orang lain (orang yang diajak berkomunikasi).
- b. *Respect* terhadap perasaan dan sikap orang lain.
- c. Jujur dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak berkomunikasi.

Metode komunikasi antarpribadi yang paling baik adalah konseling (*councelling*), karena didalam cara ini antara komunikator atau konselor dengan komunikan atau klien terjadi dialog. Klien dapat lebih terbuka menyampaikan masalah dan keinginan – keinginannya, karena tidak ada pihak ketiga yang hadir, proses konseling ini dapat diingat secara mudah dengan akronim berikut:

- G *Great client warmly* (menyambut klien dengan hangat).
- A *Ask clients about themselves* (menanyakan tentang keadaan mereka).
- T *Tell clients about their problem* (menanyakan masalah – masalah yang mereka hadapi).

- H *Help clients solve their problem* (membantu pemecahan masalah yang mereka hadapi).
- E *Explain how to prevent to have the same problem* (menjelaskan bagaimana mencegah terjadinya masalah yang sama).
- R *Return to follow – up* (melakukan tindak lanjut terhadap konseling).

2. Komunikasi massa dalam kesehatan

Komunikasi massa ialah penggunaan media massa untuk menyampaikan pesan – pesan atau informasi kepada khalayak atau masyarakat. Komunikasi dalam kesehatan masyarakat berarti menyampaikan pesan – pesan kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai media massa (TV, radio, media cetak dan sebagainya), dengan tujuan agar masyarakat berperilaku hidup sehat.

Di dalam program DBD (demam berdarah *dengue*) misalnya pesan – pesan yang disampaikan antara lain: penyebab, penularan penanggulangan penyakit DBD, dan sebagainya kepada masyarakat agar mereka:

- a) Mengetahui penyebab, cara pencegahan, cara penularan DBD, tanda – tanda DBD dan sebagainya;
- b) Melakukan upaya – upaya untuk mencegah DBD;
- c) Melakukan tindakan pengobatan yang tepat bila mereka atau keluarga mereka menderita DBD.

Dalam perkembangan selanjutnya, komunikasi massa tidak hanya terbatas pada penggunaan media cetak dan media elektronik saja, melainkan mencakup juga penggunaan media tradisional. Komunikasi massa dengan menggunakan media tradisional ini tampaknya lebih efektif, karena sangat erat hubungannya dengan sosial budaya masyarakat setempat. Menyisipkan pesan – pesan kesehatan melalui wayang kulit di daerah Jawa Tengah dan Yogyakarta atau melalui wayang golek di Jawa Barat, akan lebih efektif daripada melalui TV Spot atau *Radio Spot*.

C. Proses perencanaan komunikasi

Merencanakan program komunikasi sedikit lebih berbeda dengan merencanakan program – program yang lain. Proses perencanaan komunikasi

ini secara umum digambarkan dalam diagram P atau yang lebih umum disebut *P Process*.

1. Analisis

Analisis komunikasi kesehatan mencakup dua aspek epidemiologi dan aspek perilaku.

- a. Analisis epidemiologi mencakup prevalensi penyakit, karakteristik penderita penyakit tersebut, faktor – faktor risiko dan atau penyebab utama penyakit.
- b. Analisis perilaku, mencakup perilaku masyarakat sehubungan dengan penyakitnya (gejala atau tanda – tanda), penyebab dan cara penularan penyakit, cara pencegahannya, tindakan, dan pencarian pengobatan).

2. Desain komunikasi

Dalam merancang program komunikasi kesehatan, hal – hal yang perlu dilakukan antara lain:

- a. Menentukan khalayak sasaran
- b. Menentukan tujuan secara spesifik
- c. Menentukan isi pesan dan media
- d. Menyusun rencana tindakan (POA)

3. Pengembangan media

Langkah – langkah yang harus dilakukan dalam pengembangan media ini adalah:

- a. Membuat desain media
- b. Uji coba media
- c. Revisi dan finalisasi media

4. Implementasi, Monitoring dan Assessment

Dalam program komunikasi, implementasi, monitoring dan evaluasi merupakan suatu kesatuan. Langkah – langkah yang harus dilakukan pada tahap ini adalah:

- a. Pelatihan petugas (bila perlu)

- b. Peluncuran (*louncing*)
- c. Pemantauan proses
- d. Pengukuran dampak program komunikasi terhadap masyarakat (jangkah pendek, menengah dan jangkah panjang).

5. Telaah (*review*)

Program komunikasi adalah suatu proses yang berkesinambungan. Hal ini berarti bahwa hasil evaluasi dari suatu program komunikasi merupakan *feed back* dan input bagi program selanjutnya. Oleh sebab itu *assessment* program komunikasi merupakan telaah (*review*) bagi program ini yang terdiri dari:

- a. Analisis hasil *assessment*
- b. Rekomendasi tindak lanjut
- c. Perencanaan kembali (*replan*).

Tugas

Jelaskan proses perencanaan komunikasi kesehatan...

Latihan

1. Dibawah ini yang tidak termasuk proses perencanaan komunikasi adalah...
 - a. Analisis
 - b. Desain komunikasi
 - c. Pengembangan media
 - d. Implementasi
 - e. Pemasaran sosial

2. Dibawah ini yang tidak termasuk unsur – unsur komunikasi adalah ...
 - a. Komunikator
 - b. Komunikan
 - c. Pesan
 - d. Saluran
 - e. Media

ADVOKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan advokasi dalam program kesehatan
2. Menjelaskan sasaran dan tujuan advokasi
3. Menerapkan kegiatan – kegiatan advokasi
4. Mengidentifikasi argumentasi untuk advokasi

Materi pembelajaran

A. Defenisi Advokasi

Istilah advokasi (*advocacy*) mulai digunakan dalam program kesehatan masyarakat pertaa kali oleh WHO pada tahun 1984, sebagai salah stu strategi global promosi kesehatan. WHO merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif, menggunakan 3 strategi pokok, yakni : a) advokasi (*advocacy*), b) dukungan sosial (*social support*), dan c) pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Strategi global ini dimaksudkan dalam pelaksanaan suatu program kesehatan dalam masyarakat, langkah yang diambil adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pendekatan atau lobbying dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka ini menerima dan committed, dan akhirnya mereka bersedia meneluarkan kebijakan, atau keputusan – keputusan untuk membantu atau mendukung program tersebut. Kegiatan inilah yang disebut advokasi. Dalam pendidikan kesehatan para pembuat keputusan baik ditingkat pusat maupun daerah, disebut sasaran tersier. Such action my be
2. Langkah selanjutnya adalah melakukan pendekatan dan pelatihan kepada para tokoh masyarakat setempat, baik tokoh masyarakat formal maupun

informal. Tujuan kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat setempat mempunyai kemampuan seperti yang diharapkan program, dan selanjutnya dapat membantu menyebarkan informasi program atau melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Satu hal yang lebih penting lagi adalah agar para tokoh (tokoh masyarakat) berperilaku positif, yang dapat dicontoh oleh masyarakat, Kegiatan inilah yang disebut dukungan sosial (*social support*). Para tokoh masyarakat ini, baik ditingkat pusat maupun daerah, baik formal maupun informal, merupakan sasaran sekunder pendidikan kesehatan.

3. Selanjutnya petugas kesehatan bersama – sama tokoh masyarakat melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, konseling dan sebagainya, melalui berbagai kesempatan dan media. Tujuan kegiatan ini antara lain meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat untuk hidup sehat. Dengan kata lain, memampukan atau memberdayakan masyarakat dalam kesehatan. Oleh sebab itu kegiatan ini disebut pemberdayaan atau *empowerment*. Masyarakat umum yang menjadi sasaran utama dalam setiap program kesehatan ini disebut sasaran primer.

Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu, yang menjadi sasaran atau target *advocacy* adalah para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja, baik dilingkungan pemerintah maupun swasta, serta organisasi kemasyarakatan. Dari segi komunikasi *advocacy* adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (*policy makers*) atau para pembuat keputusan (*decision makers*) pada semua tingkat dan tatanan sosial. Di sektor kesehatan, dalam konteks pembangunan nasional, sasaran *advocacy* adalah pimpinan eksekutif, termasuk presiden dan para pemimpin sektor lain yang terkait dan kesehatan dan lembaga legislatif.

Secara operasional "*advocacy is a combination of individual and social action designed to gain political commitment, policy support, social acceptance and systems support for particular health goal or programme*". Such action may be taken by and or on behalf of individual and groups to create living condition

which are conducive to health and the achievement of healthy life style (WHO, 1989).

Dinegara – negara berkembang khususnya, strategi advokasi sangat diperlukan karena masalah kesehatan dinegara – negara ini belum memperoleh perhatian secara proporsional dari sektor – sektor lain diluar kesehatan, baik pemerintah maupun swasta. Padahal masalah kesehatan ditimbulkan oleh dampak pembangunan sektor lain. Untuk meningkatkan perhatian dan komitmen pembuat keputusan dari sektor – sektor ini maka diperlukan advokasi. Demikian pula strategi *empowerment* juga sangat diperlukan di negara – negara berkembang, mengingat masyarakat dinegara – negara berkembang pada umumnya masih jauh dari kemauan dan kemampuannya dalam mencapai derajat kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dari segala aspek kehidupan masyarakat pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat mau dan mampu mencapai derajat kesehatan seoptimal mungkin. Untuk memperoleh hasil yang maksimal, komunikasi sangat diperlukan dalam *advocacy* maupun *empowerment*.

B. Sasaran dan tujuan advokasi

Sasaran utama advokasi adalah para pembuat atau penentu kebijakan (*policy makers*) dan para pembuat keputusan (*decision makers*) pada masing – masing tingkat administrasi pemerintah, dengan maksud agar mereka menyadari bahwa kesehatan merupakan aset sosial, politik, ekonomi, dan sebagainya. Oleh sebab itu dengan memprioritaskan kesehatan, akan mempunyai dampak peningkatan produktivitas masyarakat secara sosial dan ekonomi. Selanjutnya dengan meningkatnya ekonomi dalam suatu masyarakat, baik secara makro maupun mikro, akan memudahkan para pejabat atau para penentu kebijakan tersebut memperoleh pengaruh atau dukungan politik dari masyarakat.

Ditingkat pemerintah daerah (*local government*), baik provinsi maupun distrik, advokasi kesehatan dapat dilakukan terhadap para pejabat pemerintahan daerah. Seperti ditingkat pusat, advokasi ditingkat daerah ini dilakukan oleh para pejabat sektor kesehatan provinsi atau distrik.

Advokasi bukan hanya ditujukan kepada para pembuat keputusan, baik ditingkat pusat maupun daerah dalam arti pemerintahan saja, namun juga dilakukan kepada pemimpin sektor swasta atau pengusaha, dan para pemimpin Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Dengan kata lain advokasi juga digunakan untuk menjalin kemitraan (*partnership*) dengan para pengusaha (bisnis) dan LSM.

Secara inklusif terkandung tujuan – tujuan advokasi yakni: *political commitment, policy support, social acceptance, and system support*.

1. Komitmen politik (*political commitment*)

Komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan ditingkat dan disektor manapun sangat diperlukan terhadap permasalahan kesehatan dan upaya pemecahan permasalahan kesehatan. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang berjalan. Oleh sebab itu pembangunan disektor kesehatan juga tidak terlepas dari kondisi dan situasi politik pada saat ini. Baik kekuasaan eksekutif maupun legislatif di negara manapun ditentukan oleh proses politik, terutama hasil pemeliharaan umum pada waktu yang lampau. Seberapa jauh komitmen politik para eksekutif dan legislatif terhadap masalah kesehatan masyarakat, ditentukan oleh pemahaman mereka terhadap masalah – masalah kesehatan.

Demikian pula seberapa jauh mereka mengalokasikan anggaran pembangunan nasional para pembangunan sektor kesehatan, juga tergantung pada cara pandang dan kepedulian (*concern*) mereka terhadap kesehatan dalam konteks pembangunan nasional. Oleh sebab itu untuk meningkatkan komitmen para eksekutif dan legislatif terhadap kesehatan perlu advokasi kepada mereka. Komitmen politik ini dapat diwujudkan antara lain dengan pernyataan – pernyataan, baik secara lisan maupun tulisan, dari para pejabat eksekutif maupun legislatif, mengenai dukungan atau persetujuan terhadap isu – isu kesehatan.

Misalnya pembahasan tentang naiknya anggaran untuk sektor kesehatan, pembahasan rencana undang – undang lingkungan oleh parlemen dan

sebagainya. Contoh konkret di Indonesia antara lain: Pencanangan Pekan Imunisasi Nasional oleh Presiden, pencanangan atau penandatanganan deklarasi "Indonesia Sehat 2010" oleh Presiden. Hal ini semua merupakan keputusan politik yang harus didukung oleh semua pejabat lintas sektoral disemua administrasi pemerintahan.

2. Dukungan Kebijakan (*policy support*)

Dukungan konkret yang diberikan oleh para pimpinan institusi disemua tingkat dan di semua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan disektor kesehatan. Dukungan politik tidak akan berarti tanpa dikeluarkannya kebijakan yang konkret dari para pembuat keputusan tersebut. Oleh sebab itu, setelah adanya komitmen politik dari para eksekutif maka perlu ditindaklanjuti dengan *advocacy* lagi agar dikeluarkan kebijakan untuk mendukung program yang telah memperoleh komitmen politik tersebut. Dukungan kebijakan ini dapat berupa undang – undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, surat keputusan pimpinan institusi baik pemerintah maupun swasta, instruksi atau surat edaran dari para pemimpin lembaga/institusi dan sebagainya. Misalnya kasus di Indonesia, dengan adanya komitmen politik tentang Indonesia Sehat 2010, maka jajaran Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial harus menindaklanjutinya dengan upaya memperoleh dukungan kebijakan alokasi anggaran kesehatan yang memadai dan sebagainya.

3. Dukungan masyarakat (*social acceptance*)

Dukungan masyarakat berarti diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu program kesehatan apa pun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat. Oleh sebab itu apabila suatu program kesehatan telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah mensosialisasikan program tersebut untuk memperoleh dukungan masyarakat. Untuk sosialisasi program ini para petugas tingkat operasional atau lokal, misalnya petugas dinas kesehatan kabupaten dan puskesmas, mempunyai peranan yang sangat

penting. Oleh sebab itu, para petugas tersebut juga memerlukan kemampuan advokasi. Untuk petugas kesehatan tingkat distrik, sasaran advokasi adalah kepala distrik atau bupati, parlemen distrik, pejabat lintas sektoral di tingkat distrik dan sebagainya, sedangkan sasaran advokasi petugas puskesmas adalah kepala wilayah kecamatan, pejabat lintas sektoral tingkat subdistrik atau kecamatan, para tokoh masyarakat setempat dan sebagainya.

4. Dukungan sistem (*system support*)

Agar suatu program atau kegiatan berjalan dengan baik, perlu adanya sistem, mekanisme, atau prosedur kerja yang jelas yang mendukung. Oleh sebab itu sistem kerja atau organisasi kerja yang melibatkan kesehatan perlu dikembangkan. Mengingat bahwa masalah kesehatan merupakan dampak dari berbagai sektor, maka program untuk pemecahannya atau penanggulangannya pun harus bersama – sama dengan sektor lain.

Dengan kata lain, semua sektor pembangunan yang mempunyai dampak terhadap kesehatan, harus memasukkan atau mempunyai unit atau sistem yang menangani masalah kesehatan didalam struktur organisasinya. Unit ini secara internal menangani masalah – masalah kesehatan yang dihadapi oleh karyawannya, dan secara eksternal mengatasi dampak institusi harus mempunyai poliklinik atau K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) dan mempunyai unit Amdal (Analisis Dampak Lingkungan).

Dalam mengembangkan organisasi atau sistem kerja, suatu institusi terutama yang mempunyai dampak terhadap kesehatan perlu mempertimbangkan adanya unit kesehatan tersebut. Terwujudnya unit kesehatan didalam suatu organisasi kerja di industri – industri atau institusi kerja tersebut memerlukan pendekatan advokasi oleh sektor kesehatan semua tingkat.

C. Kegiatan – kegiatan advokasi

Secara inklusif terkandung tujuan – tujuan advokasi yakni: *political commitment, policy support, social acceptance, and system support.*

1. Komitmen politik (*political commitment*)

Komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan ditingkat dan disektor manapun sangat diperlukan terhadap permasalahan kesehatan dan upaya pemecahan permasalahan kesehatan. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang berjalan. Oleh sebab itu pembangunan disektor kesehatan juga tidak terlepas dari kondisi dan situasi politik pada saat ini. Baik kekuasaan eksekutif maupun legislatif di negara manapun ditentukan oleh proses politik, terutama hasil pemeliharaan umum pada waktu yang lampau. Seberapa jauh komitmen politik para eksekutif dan legislatif terhadap masalah kesehatan masyarakat, ditentukan oleh pemahaman mereka terhadap masalah – masalah kesehatan.

Demikin pula seberapa jauh mereka mengalokasikan anggaran pembangunan nasional para pembangunan sektor kesehatan, juga tergantung pada cara pandang dan kepedulian (*concern*) mereka terhadap kesehatan dalam konteks pembangunan nasional. Oleh sebab itu untuk meningkatkan komitmen para eksekutif dan legislatif terhadap kesehatan perlu advokasi kepada mereka. Komitmen politik ini dapat diwujudkan antara lain dengan pernyataan – pernyataan, baik secara lisan maupun tulisan, dari para pejabat eksekutif maupun legislatif, mengenai dukungan atau persetujuan terhadap isu – isu kesehatan.

Misalnya pembahasan tentang naiknya anggaran untuk sektor kesehatan, pembahasan rencana undang – undang lingkungan oleh parlemen dan sebagainya. Contoh konkret di Indonesia antara lain: Penganjangan Pekan Imunisasi Nasional oleh Presiden, penganjangan atau penandatanganan deklarasi “Indonesia Sehat 2010” oleh Presiden. Hal ini semua merupakan keputusan politik yang harus didukung oleh semua pejabat lintas sektoral disemua administrasi pemerintahan.

2. Dukungan Kebijakan (*policy support*)

Dukungan konkret yang diberikan oleh para pimpinan institusi disemua tingkat dan di semua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan disektor kesehatan. Dukungan politik tidak akan berarti tanpa

dikeluarkannya kebijakan yang konkret dari para pembuat keputusan tersebut. Oleh sebab itu, setelah adanya komitmen politik dari para eksekutif maka perlu ditindaklanjuti dengan *advocacy* lagi agar dikeluarkan kebijakan untuk mendukung program yang telah memperoleh komitmen politik tersebut. Dukungan kebijakan ini dapat berupa undang – undang, peraturan pemerintah atau peraturan daerah, surat keputusan pimpinan institusi baik pemerintah maupun swasta, instruksi atau surat edaran dari para pemimpin lembaga/institusi dan sebagainya. Misalnya kasus di Indonesia, dengan adanya komitmen politik tentang Indonesia Sehat 2010, maka jajaran Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial harus menindaklanjutinya dengan upaya memperoleh dukungan kebijakan alokasi anggaran kesehatan yang memadai dan sebagainya.

3. Dukungan masyarakat (*social acceptance*)

Dukungan masyarakat berarti diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu program kesehatan apa pun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat. Oleh sebab itu apabila suatu program kesehatan telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah mensosialisasikan program tersebut untuk memperoleh dukungan masyarakat. Untuk sosialisasi program ini para petugas tingkat operasional atau lokal, misalnya petugas kesehatan kabupaten dan puskesmas, mempunyai peranan yang sangat penting. Oleh sebab itu, para petugas tersebut juga memerlukan kemampuan advokasi. Untuk petugas kesehatan tingkat distrik, sasaran advokasi adalah kepala distrik atau bupati, parlemen distrik, pejabat lintas sektoral di tingkat distrik dan sebagainya, sedangkan sasaran advokasi petugas puskesmas adalah kepala wilayah kecamatan, pejabat lintas sektoral tingkat subdistrik atau kecamatan, para tokoh masyarakat setempat dan sebagainya.

4. Dukungan sistem (*system support*)

Agar suatu program atau kegiatan berjalan dengan baik, perlu adanya sistem, mekanisme, atau prosedur kerja yang jelas yang mendukung. Oleh

sebab itu sistem kerja atau organisasi kerja yang melibatkan kesehatan perlu dikembangkan. Mengingat bahwa masalah kesehatan merupakan dampak dari berbagai sektor, maka program untuk pemecahannya atau penanggulangannya pun harus bersama – sama dengan sektor lain.

Dengan kata lain, semua sektor pembangunan yang mempunyai dampak terhadap kesehatan, harus memasukkan atau mempunyai unit atau sistem yang menangani masalah kesehatan didalam struktur organisasinya. Unit ini secara internal menangani masalah – masalah kesehatan yang dihadapi oleh karyawannya, dan secara eksternal mengatasi dampak institusi harus mempunyai poliklinik atau K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) dan mempunyai unit Amdal (Analisi Dampak Lingkungan).

Dalam mengembangkan organisasi atau sistem kerja, suatu institusi terutama yang mempunyai dampak terhadap kesehatan perlu mempertimbangkan adanya unit kesehatan tersebut. Terwujudnya unit kesehatan didalam suatu organisasi kerja di industri – industri atau institusi kerja tersebut memerlukan pendekatan advokasi oleh sektor kesehatan semua tingkat.

D. Argumentasi untuk advokasi

Secara sederhana advokasi adalah kegiatan untuk menyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sehingga mereka memberikan dukungan, baik kebijakan, fasilitas maupun dana terhadap program yang ditawarkan. Menyakinkan para pejabat terhadap pentingnya program kesehatan tidaklah mudah, tetapi memerlukan argumentasi – argumentasi yang kuat. Dengan kata lain, berhasil atau tidaknya advokasi dipengaruhi oleh kuat atau tidaknya kita menyiapkan argumentasi. Dibawah ini ada beberapa hal yang dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi.

a. Meyakinkan (*credible*)

Program yang kita tawarkan atau ajukan itu harus menyakinkan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Agar program tersebut dapat menyakinkan harus didukung dengan data dan sumber yang dapat dipercaya. Hal ini berarti bahwa program yang diajukan tersebut harus

didasari dengan permasalahan yang utama dan faktual, artinya masalah tersebut memang ditemukan dilapangan dan penting untuk segera ditangani. Kalau tidak segera ditangani akan membawa dampak yang lebih besar bagi masyarakat. Oleh sebab itu, sebaiknya sebelum program itu diajukan harus dilakukan kajian lapangan, jangan hanya berdasarkan data atau laporan yang tersedia, yang kadang – kadang tidak sesuai dengan kenyataan dilapangan. Survei adalah metode yang cepat dan tepat untuk memperoleh data yang akurat sebagai dasar untuk menyusun program.

b. Layak (*feasible*)

Program yang diajukan tersebut, baik secara teknik, politik, maupun ekonomi, dimungkinkan atau layak. Layak secara teknik (*feasible*) artinya program tersebut dapat dilakukan. Petugas mempunyai kemampuan yang cukup, sarana dan prasarana pendukung tersedia. Layak secara politik artinya program tersebut tidak akan membawa dampak politik pada masyarakat. Sedangkan layak secara ekonomi artinya didukung oleh dana yang cukup, dan apabila program tersebut adalah program pelayanan, masyarakat mampu membayarnya.

c. Relevan (*relevant*)

Program yang diajukan tersebut paling tidak harus mencakup dua kriteria, yakni: memenuhi kebutuhan masyarakat dan benar – benar dapat memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat. Semua pejabat disemua sektor setuju bahwa tugas mereka adalah menyelenggarakan pelayanan masyarakat untuk mencapai kesejahteraan. Oleh sebab itu semua program yang benar – benar relevan, dalam arti dapat membantu pemecahan masalah dan memenuhi kebutuhan masyarakat sudah barang tentu akan didukung.

d. Penting (*urgent*)

Program yang diajukan tersebut harus mempunyai urgensi yang tinggi dan harus segera dilaksanakan, kalau tidak akan menimbulkan masalah yang

lebih besar lagi. Oleh sebab itu program alternatif yang diajukan adalah yang paling baik di antara alternatif – alternatif yang lain.

e. Prioritas tinggi (*high priority*)

Program yang diajukan tersebut harus mempunyai prioritas yang tinggi. Agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan menilai bahwa program tersebut mempunyai prioritas tinggi, diperlukan analisis yang cermat, baik terhadap masalahnya sendiri, maupun terhadap alternatif pemecahan masalah atau program yang akan diajukan. Hal ini terkait dengan argumentasi sebelumnya, yakni program mempunyai prioritas tinggi apabila *feasible* baik secara teknis, politik maupun ekonomi, relevan dengan kebutuhan masyarakat dan mampu memecahkan permasalahan masyarakat.

Dari uraian singkat diatas dapat disimpulkan, bahwa apabila petugas kesehatan akan melakukan advokasi kepada para penentu kebijakan atau pengambil keputusan untuk memperoleh dukungan terhadap program kesehatan, program tersebut harus didukung dengan argumen yang kuat. Program akan mempunyai argumen kuat bila program tersebut disusun berdasarkan data yang akurat, layak secara teknis, politis, *relevant*, *urgent*, dan mempunyai prioritas yang tinggi.

Latihan

1. Jelaskan langkah – langkah advokasi
2. Bagaimana pendapat kamu advokasi dalam meningkatkan kesehatan masyarakat...
3. Jelaskan tujuan dari advokasi...

KEGIATAN BELAJAR

8

KEMITRAAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan defenisi kemitraan dalam promosi kesehatan
2. Menjelaskan kerangka berpikir kemitraan
3. Menjelaskan model – model kemitraan

Materi pembelajaran

A. Defenisi kemitraan

Di Indonesia istilah kemitraan masih relatif baru, namun demikian praktiknya dimasyarakat sebenarnya sudah terjadi sejak zaman dahulu. Sejak nenek moyang, kita telah mengenal istilah gotong royong yang sebenarnya esensinya kemitraan. Sebab melalui kerja sama dari berbagai pihak, baik secara individual maupun kelompok, mereka membangun jalan, jembatan, balai desa, pengairan, dan sebagainya. Kemudian gotong royong sebagai praktik "kemitraan individual" ini berkembang menjadi koperasi koalisi, aliansi, jejaring (*net working*), dan sebagainya. Istilah – istilah ini sebenarnya perwujudan dari kerja sama antar individu atau kelompok yang saling membantu, saling menguntungkan dan bersama – sama untuk meringankan pencapaian suatu tujuan yang telah mereka sepakati bersama.

Robert Davies ketua eksekutif "The Prince of Wales Business Leader Forum" merumuskan: "Partnership is a formal cross sector relationship between individuals, groups, or organization who:

- Work together to fulfil an obligation or undertake a specific task.
- Agree in advance what to commit and what to expect.

- Review the relationship regularly and revise their agreement as necessary, and

- Share both risk and the benefits. (Robert Davies, 2001)

Dari batasan ini dapat ditarik suatu prinsip umum kemitraan. Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antar individu – individu, kelompok – kelompok, atau organisasi – organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerja sama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing – masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan – kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh. Batasan ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yakni:

1. Kerja sama antar kelompok, organisasi, individu,
2. Bersama – sama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama),
3. Saling menanggung risiko dan keuntungan.

Mengingat kemitraan adalah bentuk kerja sama atau aliansi maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerja sama, dan melepaskan kepentingan masing – masing, kemudian membangun kepentingan bersama. Oleh sebab itu membangun sebuah kemitraan, harus didasarkan pada hal – hal berikut:

- a. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan.
- b. Saling mempercayai dan saling menghormati.
- c. Tujuan yang jelas dan terukur.
- d. Kesiediaan untuk berkorban, baik waktu, tenaga, maupun sumber daya yang lain.

Prinsip – prinsip Kemitraan

Dalam membangun sebuah kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing – masing anggota kemitraan, yakni:

- a. Persamaan (*equity*)

Individu, organisasi atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah berdiri sama tinggi”. Bagaimana besarnya suatu institusi atau organisasi, dan bagaimana kecilnya suatu

institusi atau organisasi, apabila sudah bersedia untuk menjalin kemitraan harus merasa sama. Oleh sebab itu didalam forum kemitraan asas demokrasi harus dijunjung, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi, dan tidak adanya dominasi terhadap orang lain.

b. Keterbukaan (*transparancy*)

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing – masing anggota harus diketahui oleh anggota yang lain. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Maksudnya bukan untuk menyombongkan yang satu terhadap yang lain, atau merendahkan yang satu terhadap yang lain, tetapi lebih untuk saling memahami satu dengan yang lain, sehingga tidak ada rasa saling mencurigai.

Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota (mitra).

c. Saling menguntungkan (*mutual benefit*)

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dengan materi atau uang, tetapi lebih kepada nonmateri. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan. Ibarat mengangkat barang atau beban 50 kg, diangkat secara bersama – sama 4 orang jelas lebih ringan dibandingkan dengan diangkat sendiri. Upaya promosi kesehatan dalam suatu komunitas tertentu, jelas akan lebih efektif bila dilakukan melalui kemitraan beberapa institusi atau organisasi daripada hanya oleh satu institusi saja.

Salah satu contoh yang menarik adalah program promosi kesehatan dari "Vic Health" (*Victoria Health Promotion*) dari negara bagian Victoria, Australia. Kemitraan yang mereka kembangkan terdiri dari unsur – unsur: institusi pemerintah (kementerian kesehatan setempat)-LSM/Yayasan (*Australian Health Foundation*)- profesi (*Nurse Assosiation*)- dan swasta/bisnis (perusahaan rokok).

Melalui kemitraan yang dibentuk, "Vic Health" mengembangkan program bersama promosi kesehatan melalui kegiatan olahraga dan seni, mencanangkan program – program *healthy school*, *healthy industry*, *healthy food*, dan sebagainya.

Salah satu hal yang paling menonjol dari program *Vic Health* ini adalah unsur swasta (perusahaan rokok) ikut membiayai kegiatan promosi kesehatan tanpa adanya iklan rokok baik di radio, TV, maupun surat kabar. Bahkan tanpa adanya iklan terselubung maupun terang – terangan di lapangan olahraga dan pertunjukan seni. Caranya adalah pemerintah menarik pajak rokok setinggi – tingginya, kemudian lebih kurang 5% dari hasil pajak rokok tersebut diserahkan ke *Vic Health* untuk membiayai kegiatan – kegiatan promosi kesehatan antara lain: memberikan sponsor pada pertandingan olahraga, pentas seni, dan lomba – lomba yang lain.

Contoh empiris lain tentang keberhasilan pendekatan kemitraan dari dalam negeri sendiri adalah pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) untuk polio tahun 1996/1997 yang lalu. Dengan pendekatan pola kemitraan antara pemerintahan (sektor kesehatan dan sektor terkait lain), dunia usaha (sektor swasta), LSM kesehatan, dan organisasi profesi, maka Pekan Imunisasi Nasional tersebut berhasil dengan baik dan memperoleh penghargaan dari WHO.

B. Kerangka berfikir kemitraan

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa dalam mengembangkan kemitraan di bidang kesehatan terdapat tiga institusi kunci organisasi atau unsur pokok yang terlibat didalamnya. Ketiga institusi pokok tersebut adalah:

1. Unsur pemerintah. Unsur ini terdiri dari berbagai sektor pemerintah yang terkait dengan kesehatan, antara lain: kesehatan sebagai sektor kuncinya, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan, agama, dan sebagainya
2. Dunia usaha atau unsur swasta (*private sectors*) atau kalangan bisnis, yakni: dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan.

3. Unsur organisasi nonpemerintah atau sering disebut ornop atau "non government organization" (NGO), yang meliputi dua unsur penting, yakni: a) unsur Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan organisasi Masa (Ormas) termasuk yayasan bidang kesehatan, b) organisasi profesi seperti IDI, PDGI, IBI, IAKMI, PPNI, dan sebagainya.

Di dalam institusi pemerintah itu sendiri, misalnya kementerian kesehatan terdiri dari berbagai program, yang seyogyanya terlebih dahulu melakukan jaringan kerja lintas program juga. Setelah itu baru dikembangkan kemitraan yang lebih luas yang melibatkan sektor pemerintahan yang lain, LSM, organisasi profesi, dan swasta.

Dari uraian tersebut, maka dalam membangun kemitraan kesehatan secara konsep terdiri dari tiga tahap:

1. Tahap pertama adalah kemitraan lintas program dilingkungan sektor kesehatan sendiri: direktorat promosi kesehatan, kesehatan keluarga, P2M, lingkungan, gizi, dan sebagainya.
2. Tahap kedua adalah kemitraan lintas sektor di lingkungan institusi pemerintahan: kementerian kesehatan, pendidikan nasional, pertanian, kehutanan, dan sebagainya.
3. Tahap ketiga adalah membangun kemitraan yang lebih luas lintas program, lintas sektor, lintas bidang, dan lintas organisasi, yang mencakup:
 - a) Unsur pemerintah
 - b) Unsur dunia usaha (bisnis)
 - c) Unsur LSM dan organisasi masa
 - d) Unsur organisasi profesi

Kemitraan bukanlah sebagai output atau tujuan, tetapi juga bukan proses, namun adalah suatu sistem. Artinya dalam mengembangkan konsep kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem, yakni:

1. *Input*

Input sebuah kemitraan adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing – masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama sumber daya manusia, dan sumber daya yang lain seperti dana, sistem informasi, teknologi, dan sebagainya.

hanya dalam bentuk jaringan kerja (*networking*) saja. Masing – masing mitra telah mempunyai program sendiri mulai dari merencanakannya.

2. **Proses**

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya adalah kegiatan – kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut. Kegiatan – kegiatan untuk membangun kemitraan antara lain melalui seminar, lokakarya, pelatihan, semiloka, dan sebagainya.

3. **Output**

Adalah terbentuknya jaringan kerja atau *networking*, aliansi, forum, dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur seperti telah disebutkan diatas. Di samping itu uraian tugas dan fungsi untuk masing – masing anggota (mitra) juga merupakan output kemitraan tersebut.

4. **Outcome**

Outcome adalah dampak dari kemitraan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, *outcome* kemitraan dapat dilihat dari indikator – indikator derajat kesehatan masyarakat, yang sebenarnya merupakan akumulasi dampak dari upaya – upaya lain di samping kemitraan. Dengan demikian *outcome* kemitraan adalah menurunnya angka atau indikator kesehatan (negatif), misalnya menurunnya angka atau indikator angka kematian. Atau meningkatnya indikator kesehatan (positif), misalnya meningkatnya status gizi anak balita, meningkatnya kepemilikan jamban keluarga, meningkatnya persentase penduduk yang berakses air bersih, dan sebagainya.

C. Model – model kemitraan

Dari berbagai pengalaman pengembangan kemitraan di sektor kesehatan yang ada, secara umum dikelompokkan menjadi dua:

1. **Model I**

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaringan kerja (*networking*) atau sering disebut *building linkages*. Kemitraan semacam ini

hanya dalam bentuk jaringan kerja (*networking*) saja. Masing – masing mitra atau institusi telah mempunyai program sendiri mulai dari merencanakannya, melaksanakan, dan mengevaluasinya. Oleh karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik yang lain diantara mereka, maka dibentuklah jaringan kerja. Sifat kemitraan ini sering disebut koalisi, misalnya: koalisi Indonesia Sehat, Forum Promosi Kesehatan Indonesia.

2. Model II

Kemitraan model ini lebih baik dan solid, masing – masing anggota (mitra) mempunyai tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Oleh sebab itu visi, misi, dan kegiatan – kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan tersebut harus direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama. Contoh: Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS) TB, Paru, dan Gebrak Malaria (*Rollback Malaria*). Gerduna dan Gebrak Malaria yang dirancang dan dilaksanakan bersama oleh lintas program dan sektor.

Langkah – langkah Pengembangan Kemitraan:

1. Melakukan identifikasi *stakeholder* (mitra dan pelaku potensial)
2. Membangun jaringan kerja sama antar mitra kedalam upaya mencapai tujuan.
3. Memadukan sumber daya yang tersedia di masing – masing mitra kerja.
4. Melaksanakan kegiatan terpadu.
5. Menyelenggarakan pertemuan berkala untuk perencanaan, pemantauan, penilaian, dan pertukaran informasi.

Latihan

1. Jelaskan bentuk kemitraan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat...
2. Dalam membangun sebuah kemitraan yang perlu dipahami oleh masing – masing anggota kemitraan adalah....

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Tujuan:

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan konsep dasar pemberdayaan masyarakat
2. Menjelaskan batasan pemberdayaan masyarakat
3. Menjelaskan prinsip pemberdayaan masyarakat
4. Mendeskripsikan ciri pemberdayaan masyarakat
5. Mendeskripsikan indikator hasil pemberdayaan masyarakat

Materi pembelajaran

A. Konsep dasar pemberdayaan masyarakat

Kesehatan atau hidup sehat adalah hak setiap orang. Oleh sebab itu kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat, merupakan aset yang harus dijaga, dilindungi, bahkan harus ditingkatkan. Semua orang baik secara individu, kelompok maupun masyarakat dimana saja dan kapan saja, mempunyai hak untuk hidup sehat atau memperoleh perlindungan kesehatan. Sebaliknya, setiap orang baik individu, kelompok maupun masyarakat, mempunyai kewajiban dan tanggung jawab untuk melindungi kesehatan dan menjaga kesehatan dirinya sendiri dari segala macam ancaman penyakit dan masalah kesehatan yang lain.

Sebagai perwujudan dari kewajiban dan tanggung jawabnya dalam pemeliharaan dan perlindungan terhadap kesehatannya, semua orang baik individu, kelompok, atau masyarakat, harus mempunyai kemampuan untuk hal tersebut. Kemampuan untuk memelihara dan melindungi kesehatan mereka sendiri disebut kemandirian atau self reliance. Dengan perkataan lain, masyarakat yang berdaya sebagai hasil dari pemberdayaan masyarakat adalah

masyarakat yang mandiri. Demikian juga individu atau kelompok yang berdaya, juga individu atau kelompok yang mandiri.

Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan merupakan sasaran utama promosi kesehatan. Seperti telah diuraikan dalam bab sebelumnya bahwa salah satu strategi global promosi kesehatan pemberdayaan atau empowerment dengan sasaran masyarakat atau komunitas. Masyarakat sebagai sasaran primer (primary target) promosi kesehatan harus diberdayakan agar mereka mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Sudah barang tentu masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri terdiri dari individu – individu dan kelompok – kelompok atau komunitas – komunitas yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Kemandirian masyarakat dibidang kesehatan sebagai hasil pemberdayaan dibidang kesehatan sesungguhnya merupakan perwujudan dari tanggung jawab mereka agar hak – hak kesehatan mereka terpenuhi. Hak – hak kesehatan setiap anggota masyarakat ialah hak untuk dilindungi dan dipeliharanya kesehatan mereka sendiri oleh mereka sendiri, tanpa tergantung kepada pihak lain, baik pemerintah maupun organisasi masyarakat yang lain. Peran pemerintah atau pihak di luar mereka (masyarakat) dalam memelihara dan melindungi kesehatan masyarakat hanyalah sebagai fasilitator, motivator, atau stimulator.

B. Batasan pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Dibidang kesehatan, pemberdayaan masyarakat adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Dari batasan ini dapat diuraikan bahwa secara bertahap tujuan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan adalah:

1. Tumbuhnya kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat. Pengetahuan dan kesadaran tentang cara – cara memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari keberdayaan masyarakat. Kesadaran dan pengetahuan merupakan tahap awal timbulnya kemampuan, karena kemampuan merupakan hasil proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan suatu proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subjek belajar. Oleh sebab itu masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan juga melalui proses belajar kesehatan yang dimulai dengan diperolehnya informasi kesehatan. Dengan informasi kesehatan menimbulkan kesadaran akan kesehatan dan hasilnya adalah pengetahuan kesehatan.
2. Timbulnya kemauan atau kehendak ialah sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek, dalam hal ini kesehatan. Kemauan atau kehendak merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan. Oleh sebab itu, teori lain kondisi semacam ini disebut sikap atau niat sebagai indikasi akan timbulnya suatu tindakan. Kemauan ini kemungkinan dapat dilanjutkan ke tindakan tetapi mungkin juga tidak, atau berhenti pada kemauan saja. Berlanjut atau tidaknya kemauan menjadi tindakan sangat tergantung dari berbagai faktor. Faktor yang paling utama yang mendukung berlanjutnya kemauan adalah sarana dan prasarana untuk mendukung tindakan tersebut. Sebagai contoh, sebuah keluarga sudah mempunyai kemauan atau niat untuk membangun jamban atau tempat pebuangan tinja dirumahnya. Agar kemauan tersebut terwujud maka diperlukan uang atau tersedianya bahan – bahan untuk membangun jamban tersebut.
3. Timbulnya kemauan masyarakat dibidang kesehatan berarti masyarakat baik secara individu maupun kelompok, telah mampu mewujudkan kemauan atau niat kesehatan mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat. Untuk melakukan tindakan atau perilaku yang konkret diperlukan sarana dan prasarana penunjang. Seseorang atau keluarga atau masyarakat yang sudah bisa mencukupi sarana, prasarana, fasilitas atau dana untuk

mendukung terwujudnya tindakan atau perilaku kesehatan, berarti telah mempunyai kemampuan untuk hidup sehat. Seseorang, kelompok atau masyarakat yang telah mampu memfasilitasi kebutuhan – kebutuhan sarana atau prasarana kesehatan adalah masyarakat yang mandiri dibidang kesehatan.

Kemampuan masyarakat dalam bidang kesehatan sesungguhnya mempunyai pengertian yang sangat luas. Masyarakat yang mampu atau masyarakat yang mandiri dibidang kesehatan apabila:

1. Mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor yang mempengaruhi masalah – masalah kesehatan dan faktor – faktor yang mempengaruhi masalah – masalah kesehatan, terutama dilingkungan atau masyarakat setempat. Agar masyarakat mampu mengenali masalah kesehatan dan faktor – faktor yang mempengaruhinya, masyarakat harus mempunyai pengetahuan kesehatan yang baik (health literacy). Pengetahuan kesehatan dan faktor – faktor yang mempengaruhinya yang harus dimiliki oleh masyarakat, sekurang – kurangnya sebagai berikut:
 - a. Pengetahuan tentang penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular. Pengetahuan tentang penyakit ini mencakup: nama taua jenis penyakit, tanda atau gejala – gejala penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit, dan tempat – tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk mencari penyembuhan (pengobatan).
 - b. Pengetahuan tentang gizi dan makanan, yang harus dikonsumsi agar tetap sehat sebagai faktor penentu kesehatan seseorang. Pengetahuan tentang gizi yang baru dimiliki masyarakat antara lain: kebutuhan – kebutuhan zat dan gizi atau nutrisi bagi tubuh yakni: karbohidrat, protein, lemak, vitamin – vitamin, dan mineral. Disamping itu juga, jenis – jenis makanan sehari – hari yang mengandung zat – zat gizi yang dibutuhkan tubuh tersebut, baik secara kualitas maupun kuantitas; akibat atau penyakit – penyakit yang disebabkan karena kekurangan gizi, dan sebagainya.

- c. Perumahan sehat dan sanitasi dasar yang diperlukan untuk menunjang kesehatan keluarga atau masyarakat. Pengetahuan kelingkungan ini antara lain mencakup: ventilasi dan pencahayaan rumah, sumber air bersih, pembuangan tinja dan pembuangan air limbah, pembuangan sampah, dan sebagainya.
- d. Pengetahuan tentang bahaya – bahaya merokok, dan zat – zat lain yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan atau kecanduan yakni narkoba (narkotika dan obat – obatan berbahaya).
2. Mampu mengatasi masalah kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Masyarakat yang mandiri dalam mengatasi masalah – masalah kesehatan mengandung pengertian, masyarakat bersangkutan mampu menggali potensi – potensi masyarakat setempat untuk mengatasi masalah kesehatan mereka. Misalnya di suatu masyarakat yang kekurangan air bersih, masyarakat tersebut bergotong royong baik tenaga, pikiran, maupun dana untuk pengadaan air bersih. Dapat juga meminta bantuan ke pemerintah daerah setempat atau swasta sehingga masyarakat tersebut dapat memperoleh bantuan ke pemerintah daerah setempat atau swasta sehingga masyarakat tersebut dapat memperoleh bantuan untuk pengadaan air bersih. Contoh lain, apabila masyarakat tersebut jauh dari fasilitas kesehatan atau puskesmas, mereka dapat bergotong royong atau minta bantuan pada pemerintah setempat atau swasta untuk membangun pos pelayanan kesehatan atau pos obat desa. Apabila dimasyarakat tersebut terjadi wabah penyakit misalnya demam berdarah, maka masyarakat yang bersangkutan pada pemerintah untuk mengadakan penyemprotan massal di wilayahnya.
3. Mampu memelihara dan melindungi diri, baik individual, kelompok atau masyarakat dari ancaman – ancaman kesehatan. Dengan pengetahuan dan melindunginya dari segala bentuk ancaman kesehatan. Dengan kata lain, masyarakat mampu melakukan antisipasi dengan upaya pencegahan. Misalnya masalah banjir merupakan ancaman kesehatan, karena dengan

terjadinya banjir merupakan ancaman kesehatan, yakni timbulnya penyakit diare, mata, kulit, dan sebagainya. Oleh sebab itu, dengan gotong royong masyarakat dapat melakukan perbaikan saluran air limbah, pembangunan tempat – tempat sampah agar tidak terjadi penyumbatan saluran air, dan sebagainya. Penghijauan lingkungan pemukiman penduduk secara bersama – sama adalah suatu upaya untuk melindungi masyarakat yang bersangkutan dari polusi atau pencemaran lingkungan.

4. Mampu meningkatkan kesehatan, baik individual, kelompok, maupun masyarakat. Kesehatan adalah suatu yang dinamis, yang bersifat kontinum. Oleh sebab itu kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat harus senantiasa diupayakan terus menerus (health promoting community). Masyarakat yang berdaya dibidang kesehatan, seyogyanya mampu meningkatkan kesehatan masyarakatnya secara terus menerus. Adanya kelompok – kelompok kebugaran, atau olahraga tertentu di suatu komunitas merupakan perwujudan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. (Kemkes, Pedoman Umum Pengembangan Desa Siaga, 2011)

Di samping batasan tersebut, Kementerian Kesehatan juga telah mempunyai rumusan lain tentang pemberdayaan masyarakat ini, yakni: pemberdayaan masyarakat adalah upaya fasilitas yang bersifat noninstruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dari fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) dan tokoh masyarakat.

Batasan yang dirumuskan oleh Kementerian Kesehatan tersebut pada dasarnya tidak jauh berbeda dengan batasan yang telah diuraikan di muka. Sedikit perbedaan hanya pada penekanannya saja, dimana Kemkes lebih menekankan pada pendekatan noninstruktif. Hal ini untuk menghindari kesan pada masyarakat, bahwa pendekatan – pendekatan pengembangan masyarakat yang telah ada, termasuk bidang kesehatan, hampir semuanya menggunakan instruktif, kurang memperhatikan pertumbuhan dari bawah. Sedangkan proses dan tujuan yang akan dicapai, yang secara implisit terdapat

didalam kedua batasan tersebut tidak berbeda, yakni masyarakat yang mandiri atau berdaya dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Pemberdayaan masyarakat pada akhirnya akan menghasilkan kemandirian pada masyarakat. Dengan demikian pemberdayaan masyarakat berupa proses, sedangkan kemandirian masyarakat merupakan hasilnya. Oleh sebab itu, kemandirian masyarakat dapat diartikan sebagai kemampuan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya dengan memanfaatkan potensi setempat tanpa tergantung pada bantuan dari pihak luar.

C. Prinsip pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat pada prinsipnya menumbuhkan kemampuan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat bukan sesuatu yang ditanamkan atau dicangkokkan dari luar masyarakat yang bersangkutan. Pemberdayaan masyarakat adalah proses memampukan masyarakat, "dan, oleh, dan, untuk" masyarakat itu sendiri, berdasarkan kemampuan sendiri. Secara lebih terinci prinsip – prinsip pemberdayaan masyarakat, khususnya dibidang kesehatan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Menumbuh kembangkan potensi masyarakat

Potensi adalah suatu kekuatan atau kemampuan yang masih terpendam. Baik individu, kelompok, maupun masyarakat mempunyai potensi yang berbeda satu dengan yang lainnya. Di dalam suatu masyarakat terdapat berbagai potensi, yang pada dasarnya dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni potensi sumber daya manusia (penduduknya), dan potensi dalam bentuk sumber daya alam, atau kondisi geografi maupun masyarakat setempat. Baik potensi sumber daya manusia maupun sumber daya alamnya, antara kelompok masyarakat yang satu dengan yang lainnya berbeda – beda. Kemampuan sumber daya manusia dalam mengelola sumber daya alam yang tersedia akhirnya menghasilkan sumber daya ekonomi.

Potensi sumber daya manusia selanjutnya dapat diuraikan dalam bentuk kuantitas, yakni jumlah penduduknya, dan dalam bentuk kualitas, yakni

status atau kondisi sosial ekonomi penduduk tersebut. Proporsi penduduk yang kaya dan miskin, proporsi penduduk yang berpendidikan tinggi dan rendah adalah mencerminkan kualitas sumber daya manusia komunitas atau masyarakat yang bersangkutan. Oleh sebab itu, tinggi rendahnya potensisumber daya manusia di suatu komunitas lebih ditentukan oleh kualitas, bukan kuantitas sumber daya manusia.

Sedangkan potensi sumber daya alam yang ada di suatu masyarakat adalah sudah *given*. Tuhan telah menganugerahkan potensi sumber daya alam di masing – masing komunitas berbeda, ada komunitas yang berlimpah sumber air, tanah yang subur, dan sebagainya. Sebaliknya dikelompok masyarakat atau komunitas yang lain, sumber daya alamnya sangat miskin, langka sumber air, tandus dan kering. Potensi sumber daya alam memang kurang penting dibandingkan dengan potensi sumber daya manusia. Bagaimanapun melimpahnya potensi sumber daya alam , apabila kualitas sumber daya manusianya rendah, maka komunitas tersebut tetap akan tertinggal, karena sumber daya manusinya tidak mampu mengelola sumber daya alam tersebut.

Peran petugas atau provide yang terutama adalah memungkinkan masyarakat untuk mengenal potensi mereka sendiri, baik potensi sumber daya alam maupun sumber daya manusia. Kemudian dengan bantuan petugas atau provider, masyarakat di bimbing untuk mengembangkanpotensi mereka sendiri sehingga masyarakat yang bersangkutan dapat menemukan upaya – upaya pemecahan masalah mereka sendiri berdasarkan kemampuan yang mereka miliki.

2. Mengembangkan gotong royong masyarakat

Seberapa besarpun potensi masyarakat, baik potensi sumber daya alam maupun sumber daya manusia, tidak akan tumbuh dan berkembang dari dalam tanpa adanya gotong royong diantara anggota masyarakat itu sendiri. Gotong royong sebagai budaya asli bangsa Indonesia sudah tumbuh sejak berabad – abad yang lalu. Peninggalan candi – candi di Pulau Jawa (antara lain Borobudur dan Prambanan) merupakan lambang kegotong - royongan peninggalan nenek moyang kita. Pada masa dibangunnya candi candi

tersebut, belum ada peralatan baik untuk memahat, membentuk, maupun mengangkat batu – batu besar seperti sekarang. Namun, terbangunnya candi yang begitu indah dan megah, dengan apa kalau bukan dengan gotong royong, terlepas dari bagaimana cara menggerakkan gotong royong tersebut.

3. Menggali kontribusi masyarakat

Seperti telah disebutkan sebelumnya bahwa pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya adalah menggali potensi masyarakat, terutama potensi ekonomi yang ada dimasing – masing anggota masyarakat. Menggali dan mengembangkan potensi ekonomi masing – masing anggota masyarakat pada dasarnya adalah suatu upaya agar masing – masing anggota masyarakat berkontribusi sesuai dengan kemampuan terhadap program atau kegiatan yang direncanakan bersama. Bentuk kontribusi masing – masing anggota masyarakat berbeda satu dengan yang lain, baik besarnya maupun bentuknya. Kontribusi masyarakat merupakan bentuk partisipasi masyarakat, antara lain: dalam bentuk tenaga, pemikiran atau ide – ide, dana, bahan – bahan bangunan, dan sebagainya. Seorang petugas atau *provider* kesehatan bersama – sama dengan tokoh masyarakat setempat harus mampu menggali kontribusi sebagai bentuk partisipasi masyarakat.

4. Menjalin kemitraan

Seperti telah diuraikan dibagian lain, bahwa kemitraan adalah suatu jalinan kerja antara berbagai sektor pembangunan, baik pemerintah, swasta dan lembaga swadaya masyarakat, serta individu dalam rangka untuk mencapai tujuan bersama yang disepakati. Membangun kemandirian atau pemberdayaan masyarakat, kemitraan adalah sangat penting peranannya. Masyarakat yang mandiri adalah perwujudan dari kemitraan di antara anggota masyarakat itu sendiri atau masyarakat dengan pihak – pihak di luar masyarakat yang bersangkutan, baik pemerintah maupun swasta. Petugas atau *provider* kesehatan adalah memotivasi memfasilitasi masyarakat untuk menjalin kemitraan dengan pihak – pihak yang lain. Misalnya apabila masyarakat ingin membangun jembatan untuk memudahkan akses ke

pelayanan kesehatan, maka pihak *provider* dapat memfasilitasi advokasi kepada sektor pembangunan, misalnya pemerintah daerah atau dinas pekerjaan umum setempat.

5. Desentralisasi

Upaya pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya memberikan kesempatan kepada masyarakat lokal untuk mengembangkan potensi daerah atau wilayahnya. Oleh sebab itu, segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ketingkat operasional yakni masyarakat setempat, sesuai dengan kultur masing masing komunitas. Dalam pemberdayaan masyarakat, peranan sistem di atasnya adalah sebagai fasilitator dan motivator. Masyarakat bebas melakukan kegiatan atau program – program inovatif, tanpa adanya arahan atau instruksi dari atas. Oleh sebab itu, pendekatan yang digunakan dalam pemberdayaan masyarakat adalah “taman bunga” artinya adanya keanekaragaman upaya tetapi dalam konteks pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat bukan menggunakan pendekatan “kebun bunga” yang mementingkan keseragaman. Contoh Posyandu, sebagai salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat seharusnya tidak seragam kegiatannya, tetapi harus didasarkan kepada masalah dan kebutuhan setempat. Tetapi karena pendekatannya “kebun bunga” maka semua kegiatan posyandu sama, baik di kota, di desa, di daerah elit, maupun di daerah kumuh.

Dari uraian tentang prinsip – prinsip pemberdayaan masyarakat di atas, dapat di simpulkan bahwa petugas atau provider kesehatan dalam memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan adalah bekerja sama dengan masyarakat (*work with the community*), bukan bekerja untuk masyarakat (*work for the community*). Oleh sebab itu, peran petugas atau sektor kesehatan adalah:

- Memfasilitasi masyarakat terhadap kegiatan – kegiatan atau program – program pemberdayaan. Misalnya masyarakat ingin membangun atau pengadaan air bersih, maka peran petugas adalah memfasilitasi pertemuan – pertemuan anggota masyarakat, pengorganisasian masyarakat, atau memfasilitasi pertemuan dengan pemerintah daerah setempat, dan pihak

lain yang dapat membantu dalam mewujudkan pengadaan air bersih tersebut.

- b. Memotivasi masyarakat untuk bekerja sama atau bergotong – royong dalam melaksanakan kegiatan atau program bersama untuk kepentingan bersama dalam masyarakat tersebut. Misalnya, masyarakat ingin mengadakan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayahnya. Agar rencana tersebut dapat terwujud sebagai bentuk kemandirian masyarakat, maka petugas atau provider kesehatan berkewajiban untuk memotivasi seluruh anggota masyarakat yang bersangkutan agar berpartisipasi dan berkontribusi terhadap program atau upaya tersebut.
- c. Mengalihkan pengetahuan, keterampilan dan teknologi kepada masyarakat. Agar sumber daya masyarakat, baik sumber daya manusia maupun sumber daya alam dimanfaatkan secara optimal dalam rangka kemandirian mereka memerlukan alih pengetahuan, alih keterampilan dan alih teknologi. Pengalihan pengetahuan, keterampilan, dan teknologi ini dapat dilakukan dengan pelatihan – pelatihan yang bersifat vokasional.

D. Ciri pemberdayaan masyarakat

Suatu kegiatan atau program dapat di kategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan non instruktif serta dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat, guna mencapai tujuan yang di harapkan. Bentuk – bentuk pengembangan potensi masyarakat tersebut bermacam – macam, antara lain sebagai berikut:

1. Tokoh atau Pemimpin Masyarakat (*Community Leaders*)

Di sebuah masyarakat apa pun, baik perdesaan, perkotaan, maupun pemukiman elit atau pemukiman kumuh, secara alamiah, akan terjadi kristalisasi adanya pemimpin atau tokoh masyarakat (Toma) ini dapat bersifat formal (Camat, Lurah, RT/RW) maupun informal (Ustad, Pendeta, Kepala Adat, dan sebagainya). Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau *provider* kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan – pendekatan kepada para tokoh masyarakat (Toma) terlebih dahulu. Seperi

kita ketahui bersama bahwa masyarakat kita masih *paternalistic* atau masih berpola (menganut) kepada seseorang atau "sosok" tertentu di masyarakatnya, yakni tokoh masyarakat. Apa pun yang di lakukan oleh pemimpin masyarakat akan di ikuti atau dianut oleh bawahan atau masyarakat. Sebagai petugas atau *provider* kesehatan harus memanfaatkan para tokoh masyarakat ini sebagai potensi yang harus dikembangkan untuk pemberdayaan masyarakat.

2. Organisasi Masyarakat (*Community Organization*)

Dalam suatu masyarakat selalu ada organisasi – organisasi kemasyarakatan, baik formal atau informal, misalnya PKK, Karang Taruna, Majelis Taklim, Kelompok – kelompok Pengajian, Koperasi – koperasi, dan sebagainya. Organisasi – organisasi masyarakat ini merupakan potensi yang baru dimanfaatkan dan merupakan potensi yang baru di dimanfaatkan dan merupakan mitra kerja dalam upaya memberdayakan masyarakat. Pengalaman telah membuktikan bahwa posyandu dan polindes yang juga telah menjadi organisasi masyarakat, merupakan wujud kerja sama dari kemitraan antara puskesmas, pemerintahan setempat, PKK, dan sebagainya. Namun, sayangnya pertumbuhan posyandu di sebagian besar tempat tampak dipaksakan dari atas (puskesmas). Hal ini di sebabkan karena Dinas Kesehatan atau Puskesmas menargetkannya berdasarkan asumsi jumlah balita yang di setiap lingkungan. Seharusnya posyand tersebut dibentuk bukan berdasarkan target dari puskesmas, tetapi berdasarkan kebutuhan masyarakat setempat. Demikian pula kegiatan posyandu pun seragam, terutama isi penyuluhan – penyuluhan hanya mencakup gizi, diare, dan Keluarga Berencana. Seharusnya, khusus isi atau materi penyuluhan di dasarkan pada masalah setempat. Misalnya, apabila di wilayah itu termasuk endemis malaria atau filariasis, maka materi malaria atau filariasis juga di masukkan dalam penyuluhan.

3. Pendanaan Masyarakat (*Community Fund*)

Dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak tahun 1970 – an, mula – mula di Jawa Tengah yang akhirnya meluas di berbagai daerah di Indonesia. Kemudian dana sehat ini berkembang, dan oleh Departemen Kesehatan

diperluas dengan nama program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). Dengan adanya JPKM dari pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan, dana sehat yang sebelumnya telah tumbuh dari bawah ini, justru makin hilang dari masyarakat. Sebenarnya baik dana sehat. Maupun JPKM mempunyai prinsip yang sama yakni "yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin" prinsip ini adalah inti gotong royong sebagai salah satu prinsip dari pemberdayaan masyarakat seperti telah di uraikan di atas. Di samping dana sehat atau JPKM, pada saat ini berbagai daerah yang difasilitasi oleh LSM yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan telah dikembangkan berbagai bentuk *Community Fund* antara lain Tabulin (tabungan ibu bersalin) dan Tassia (tabungan suami sayang ibu dan anak). Baik Tabulin maupun Tassia adalah bentuk *community fund* tumbuh dari masyarakat, peranan *provider* atau petugas adalah sebatas memfasilitasi. Dana sehat/JPKM, Tabulin dan Tassia adalah contoh potensi masyarakat dalam sebagai perwujudan *community fund* yang perlu dijaga kelestariannya dan dikembangkan.

4. Material Masyarakat (*Community Material*)

Seperti telah di uraikan seelumnya, sumber daya alam adalah salah satu potensi masyarakat. Masing – masing daerah atau tempat mempunyai sumber daya alam yang berbeda, yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan. Di daerah Banjarnegara, ada beberapa desa yang dekat kali dan kali tersebut menghasilkan banyak batu. Dengan bergotong royong masyarakat setempat yang di pimpin oleh kepala desa, batu – batu tersebut dapat digunakan untuk pengerasan jalan yang menuju ke fasilitas kesehatan (Puskesmas). Dengan fasilitas jalan yang diperkeras tersebut memudahkan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan. Hal serupa terjadi di Pulau Lembeh Sulawesi Utara dengan kekayaan alam batu dan pasir, melalui tradisi "Mapalus" (gotong royong), terwujudlah rumah sehat bagi seluruh warga. Dengan adanya prestasi di desa ini, WHO memberikan penghargaan (*award*) untuk masyarakat di pulau ini. Contoh lain terjadi di daerah Purwokerto, di suatu desa yang kekurangan air bersih,. Berdekatan dengan desa tersebut ada mata air (*water spring*) yang

cukup besar. Oleh pimpinan masyarakat setempat dan memperoleh bantuan teknis dari Universitas Jenderal Sudirman, sumber air tersebut dimanfaatkan atau dikelola. Masyarakat setempat diorganisasikan dan bergotong royong untuk membuat saluran air ke rumah – rumah. Saluran atau pipa air yang digunakan adalah berdasarkan teknologi tepat guna, yakni dari bambu yang banyak tersedia di desa tersebut.

5. Pengetahuan Masyarakat (*Community Knowledge*)

Semua bentuk penyuluhan kesehatan kepada masyarakat merupakan contoh pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat (*community knowledge*). Dalam hal ini kegiatan penyuluhan kesehatan akan bernuansa pemberdayaan masyarakat apabila dilakukan dengan pendekatan *community based health education*.

Contoh: Lomba membuat poster tentang pesan – pesan kesehatan pada event tertentu misalnya hari jadi kota, atau hari kesehatan nasional. Disediakan hadiah bagi pemenang untuk memotivasi para warga setempat. Hasilnya (yang dimenangkan) tidak dikumpulkan, tetapi dipasang ditempat umum, misalnya di posyandu, dibalai desa, dan sebagainya. Demikian pula hasil atau setiap pemenang poster pesan – pesan kesehatan yang terpasang akan menjadi sumber pengetahuan masyarakat (*community knowledge*)

6. Teknologi Masyarakat (*Community Tehnology*)

Di beberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya penyaringan air bersih dengan menggunakan pasir atau arang, untuk pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang ditengahnya ditaruh kaca, untuk pengawetan makanan dengan pengasapan dan sebagainya. Teknologi – teknologi sederhana yang lahir dari masyarakat ini sebenarnya merupakan potensi untuk pemberdayaan masyarakat. Petugas atau provider kesehatan sebenarnya dapat mengadopsi dan memodifikasinya sehingga dapat dimanfaatkan ditempat lain atau di perluas.

Contoh lain adalah penyederhanaan deteksi dini penderita ISPA (Infeksi Salurana Pernafasan Akut) dari tanda – tanda teknis medis ke tanda – tanda yang mudah diukur oleh masyarakat, dengan menghitung frekuensi napas. Bila seorang bayi usia 2 – 12 bulan menderita batuk pilek napasnya lebih cepat dari 50 kali/menit, anak tersebut menderita pneumonia dan harus dirujuk ke peugas kesehatan. Artinya, dimasyarakat tersebut telah tersedia ‘ teknologi tepat guna” untuk mendeteksi penderita pneumonia, sehingga setiap orang dapat melakukannya.

E. Indikator hasil pemberdayaan masyarakat

Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan masyarakat, dapat menggunakan indikator yang mengacu kepada pendekatan sistem, sebagai berikut:

1. Input

- a. Sumber daya manusia, yakni tokoh atau pemimpin masyarakat baik tokoh formal maupun informal yang berpartisipasi dalam kegiatan – kegiatan pemberdayaan masyarakat.
- b. Besarnya dana yang digunakan dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bersangkutan, baik dana yang berasal dari kontribusi masyarakat setempat maupun dana yang diperoleh dari bantuan di luar masyarakat tersebut.
- c. Bahan – bahan, alat – alat atau materi lain yang digunakan untuk mendukung atau untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat tersebut.

2. Proses

Beberapa contoh indikator pemberdayaan masyarakat adalah:

- a. Jumlah penyuluhan kesehatan dilaksanakan di masyarakat yang bersangkutan.
- b. Frekuensi dan jenis pelatihan dilaksanakan dimasyarakat yang bersangkutan dalam rangka pemberdayaan masyarakat.
- c. Jumlah tokoh masyarakat atau kader kesehatan yang telah diintervensi atau dilatih sebagai motivator atau penggerak pemberdayaan masyarakat.

- d. Pertemuan – pertemuan masyarakat dalam rangka perencanaan atau pengambilan keputusan untuk kegiatan pemecahan masalah masyarakat setempat.

3. **Output**

Beberapa contoh indikator *output* pemberdayaan masyarakat adalah:

- a. Jumlah dan jenis UKBM (Upaya Kesehatan yang Bersumber daya Masyarakat) misalnya: posyandu, polindes, pos obat desa, dana sehat, dan sebagainya.
- b. Jumlah orang atau anggota masyarakat yang telah meningkat pengetahuan dan perilakunya tentang kesehatan.
- c. Jumlah anggota keluarga yang mempunyai usaha untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating*).
- d. Meningkatnya fasilitas – fasilitas umum di masyarakat, dan sebagainya.

4. **outcome**

Meskipun indikator ini bukan satu – satunya dampak dari pemberdayaan masyarakat, namun pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi terhadap indikator – indikator di bawah ini, antara lain:

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

Latihan

1. Jelaskan prinsip – prinsip pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan...
2. Contoh pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan...
3. Menurut kamu seberapa penting pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat....

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A, 1995. **Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan**. Jakarta: Rineka Cipta
- Depkes RI. 2006. **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**. Jakarta: Bakti Husada
- Depkes RI. 2009. **Pusat Promosi**. Jakarta
- Mubarak, Iqbal, Wahid. 2009. **Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi**, Jakarta: Salemba Medika
- Nawawi, H, 1995. **Metode Penelitian Bidang Sosial**. Yogyakarta: Gajah Mada Univerty Press
- Notoatmodjo, S. 2003. **Ilmu Kesehatan Masyarakat**. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2011. **Promosi Kesehatan Masyarakat**. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Depkes RI. 2009. **Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005 – 2025**. Jakarta: Depkes RI
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. **Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2025**. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Setiowati, Tri, 2016. **Ilmu Kesehatan Masyarakat**. Cimahi: PT Refika Aditama
- Acuma, HL. 1978. *Community Participation in Health*. WHO
- Green, Lawrence. 1980. *Health Education Planning, A Diagnostic Approach. The John Hopkins University*: Mayfield Publising Co
- Asmawi, Sahlan. 2002. **Teori Motivasi, Pendekatan Psikologi Industri**. Jakarta: Studi Ekspres
- Notoatmodjo, S. 2012. **Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan**. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Kholid, Ahmad. 2014. **Promosi Kesehatan**. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Notoatmodjo, S. 2014. **Ilmu Perilaku Kesehatan**. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Fitriani, Sinta. 2011. **Promosi Kesehatan**. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Agustina, Reni. 2017. **Dasar Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku**. Depok: Rajawali Pers

