

Editor :

Dr. Asnia Zainuddin, M.Kes.

Dr. Nurhayu Malik, S.Si., M.Sc.



PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Fatmawati M. Saing | Lisna | Emilia | Said Taufiq | Suwarsi
Sobar Darmaja | Sa'diah Multi Karina | Lalu Muhammad Sadam Husen
Arni Widyastuti | Teuku Renaldi | Ika Ratna Hidayati | Yanti Harjono Hadiwiardjo
Soepri Tjahjono Moedji Widodo | Esty Febriani | Agustina Chriswinda Bura Mare
Mitha Dwi Puspitasari



PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Buku Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari 16 Bab:

- Bab 1 Konsep Promosi Kesehatan
- Bab 2 Promosi Kesehatan dalam Lima Tingkat Pencegahan
- Bab 3 Strategi Promosi Kesehatan
- Bab 4 Perilaku dan Domain Perilaku
- Bab 5 Determinan Perilaku Kesehatan
- Bab 6 Model dan Teori Perilaku Kesehatan
- Bab 7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan
- Bab 8 Strategi Promosi Kesehatan (Advokasi, Bina Suasana, dan Pemberdayaan)
- Bab 9 Promosi Kesehatan di Berbagai Tatanan (Sekolah, Tempat Kerja dan Institusi Pelayanan Kesehatan)
- Bab 10 Perencanaan dan Implementasi Program Promosi Kesehatan
- Bab 11 Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan
- Bab 12 Metode dan Media Promosi Kesehatan
- Bab 13 Perencanaan Program Promosi Kesehatan
- Bab 14 Pemantauan dan Evaluasi Program Promosi Kesehatan
- Bab 15 Pendidikan Kesehatan dan Pemberdayaan Kesehatan
- Bab 16 Penanganan Penyakit Menular Melalui Promosi

PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Penulis:

**Fatmawati M. Saing, S.KM., M.Kes.
Lisna, S.KM., M.Kes.
Ns. Emilia, S.Kep., M.Kep.
Ns. Said Taufiq, S.KM., M.Kes.
Ns. Suwarsi, S.Kep., M.Kep., Ph.D.
Dr. Sobar Darmaja, S.Psi., MKM.
Sa'diah Multi Karina, S.KM., M.Kes.
Ns. Lalu Muhammad Sadam Husen, S.Kep., MKM.
Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes.
Dr. dr. Teuku Renaldi, MKM.
Dr. apt. Ika Ratna Hidayati, M.Sc.
Dr. dr. Yanti Harjono Hadiwardjo, MKM.
Soepri Tjahjono Moedji Widodo, S.Pd., M.Pd.
Dr. Esty Febriani, M.Kes.
Ns. Agustina Chriswinda Bura Mare, S.Kep., M.Kep.
apt. Mitha Dwi Puspitasari, M.Farm.**

Editor:

**Dr. Asnia Zainuddin, M.Kes.
Dr. Nurhayu Malik, S.Si., M.Sc.**



**eureka
media aksara**

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Penulis : Fatmawati M. Saing, S.KM., M.Kes. | Lisna, S.KM., M.Kes. | Ns. Emilia, S.Kep., M.Kep. | Ns. Said Taufiq, S.KM., M.Kes. | Ns. Suwarsi, S.Kep., M.Kep., Ph.D. | Dr. Sobar Darmaja, S.Psi., MKM. | Sa'diah Multi Karina, S.KM., M.Kes. | Ns. Lalu Muhammad Sadam Husen, S.Kep., MKM. | Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes. | Dr. dr. Teuku Renaldi, MKM. | Dr. apt. Ika Ratna Hidayati, M.Sc. | Dr. dr. Yanti Harjono Hadiwiardjo, MKM. | Soepri Tjahjono Moedji Widodo, S.Pd., M.Pd. | Dr. Esty Febriani, M.Kes. | Ns. Agustina Chriswinda Bura Mare, S.Kep., M.Kep. | apt. Mitha Dwi Puspitasari, M.Farm.

Editor : Dr. Asnia Zainuddin, M.Kes.
Dr. Nurhayu Malik, S.Si., M.Sc.

Desain Sampul : Firman Isma'il

Tata Letak : Salsabela Meiliana Wati

ISBN : 978-634-271-254-2

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, JANUARI 2026**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2025

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT. Atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan buku yang berjudul Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya ini. Buku ini diharapkan dapat dijadikan bahan bacaan/sumber rujukan dalam upaya pemdalaman terkait Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, yang tertuang dalam 16 bab berikut ini:

- Bab 1 Konsep Promosi Kesehatan
- Bab 2 Promosi Kesehatan dalam Lima Tingkat Pencegahan
- Bab 3 Strategi Promosi Kesehatan
- Bab 4 Perilaku dan Domain Perilaku
- Bab 5 Determinan Perilaku Kesehatan
- Bab 6 Model dan Teori Perilaku Kesehatan
- Bab 7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan
- Bab 8 Strategi Promosi Kesehatan (Advokasi, Bina Suasana, dan Pemberdayaan)
- Bab 9 Promosi Kesehatan di Berbagai Tataan (Sekolah, Tempat Kerja dan Institusi Pelayanan Kesehatan)
- Bab 10 Perencanaan dan Implementasi Program Promosi Kesehatan
- Bab 11 Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan
- Bab 12 Metode dan Media Promosi Kesehatan
- Bab 13 Perencanaan Program Promosi Kesehatan
- Bab 14 Pemantauan dan Evaluasi Program Promosi Kesehatan
- Bab 15 Pendidikan Kesehatan dan Pemberdayaan Kesehatan
- Bab 16 Penanganan Penyakit Menular Melalui Promosi

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh pihak yang terlibat/berkolaborasi dalam penulisan maupun penyelesaian buku ini, semoga bermanfaat dan bernilai ibadah. Aamiin.

Raha, 12 Desember 2025
Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP PROMOSI KESEHATAN	
Oleh: Fatmawati M. Saing, S.KM., M.Kes.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Pengertian Promosi Kesehatan.....	2
C. Sejarah Perkembangan Promosi Kesehatan	3
D. Tujuan dan Sasaran Promosi Kesehatan.....	4
E. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	4
F. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan	7
G. Teori dan Model dalam Promosi Kesehatan	9
H. Strategi dan Metode Promosi Kesehatan	10
I. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan	10
J. Tantangan dan Peluang Promosi Kesehatan di Era Digital	10
K. Pendekatan Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas	12
L. Evaluasi Program Promosi Kesehatan	14
DAFTAR PUSTAKA.....	15
BAB 2 PROMOSI KESEHATAN DALAM LIMA TINGKAT PENCEGAHAN	
Oleh: Lisna, S.KM., M.Kes.	18
A. Pendahuluan.....	18
B. Pengertian Promosi Kesehatan.....	19
C. Lima Tingkat Pencegahan dan Peran Promosi Kesehatan	20
D. Keterkaitan Promosi Kesehatan dan Lima Tingkat Pencegahan	31
DAFTAR PUSTAKA.....	33
BAB 3 STRATEGI PROMOSI KESEHATAN	
Oleh: Ns. Emilia, S.Kep., M.Kep.....	34
A. Pendahuluan.....	34
B. Konsep Dasar Strategi Promosi Kesehatan.....	35
C. Landasan Teori Strategi Promosi Kesehatan	37

	D. Komponen Utama dalam Strategi Promosi Kesehatan.....	40
	E. Jenis dan Pendekatan Strategi Promosi Kesehatan....	43
	F. Strategi Komunikasi dalam Promosi Kesehatan	45
	G. Implementasi dan Evaluasi Strategi.....	46
	H. Tantangan dan Peluang dalam Strategi Promosi Kesehatan.....	48
	I. Penutup	49
	DAFTAR PUSTAKA	50
BAB 4	PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU	
	Oleh: Ns. Said Taufiq, S.KM., M.Kes.....	52
	A. Pendahuluan	52
	B. Konsep Perilaku	53
	C. Determinan Perilaku	57
	D. Domain Perilaku	60
	E. Taksonomi Perilaku	65
	DAFTAR PUSTAKA	68
BAB 5	DETERMINAN PERILAKU KESEHATAN	
	Oleh: Ns. Suwarsi, S.Kep., M.Kep., Ph.D.	71
	A. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori Kognitif Sosial.	74
	B. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori Perilaku Terencana	76
	C. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	77
	D. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori COM-B Model	77
	DAFTAR PUSTAKA	80
BAB 6	MODEL DAN TEORI PERILAKU KESEHATAN	
	Oleh: Dr. Sobar Darmaja, S.Psi., MKM.....	82
	A. Pendahuluan	82
	B. Pengertian dan Konsep Dasar Perilaku Kesehatan....	84
	C. Fungsi dan Manfaat Teori dalam Promosi Kesehatan.....	86
	D. Model dan Teori Utama Perilaku Kesehatan.....	87
	E. Model Integratif dan Aplikasi Modern	94

	F. Evaluasi dan Kritik terhadap Model Perilaku Kesehatan	95
	G. Kesimpulan	98
	DAFTAR PUSTAKA.....	100
BAB 7	FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU KESEHATAN	
	Oleh: Sa'diah Multi Karina, S.KM., M.Kes.....	104
	A. Pendahuluan	104
	B. Pengertian Perilaku Kesehatan.....	104
	C. Teori-Teori yang Mendasari Perilaku Kesehatan	105
	DAFTAR PUSTAKA.....	131
BAB 8	STRATEGI PROMOSI KESEHATAN (ADVOKASI, BINA SUASANA, DAN PEMBERDAYAAN)	
	Oleh: Ns. Lalu Muhammad Sadam Husen, S.Kep., MKM.	132
	A. Pengertian Advokasi.....	132
	B. Tujuan Advokasi	133
	C. Prinsip Advokasi Promosi Kesehatan	134
	D. Strategi Advokasi	136
	E. Bina Suanana.....	137
	F. Pemberdayaan Masyarakat.....	139
	DAFTAR PUSTAKA.....	143
BAB 9	PROMOSI KESEHATAN DI BERBAGAI TATANAN (SEKOLAH, TEMPAT KERJA DAN INSTITUSI PELAYANAN KESEHATAN)	
	Oleh: Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes.	144
	A. Pendahuluan	144
	B. Promosi Kesehatan di Tatanan Sekolah	146
	C. Promosi Kesehatan di Tatanan Tempat Kerja	149
	D. Promosi Kesehatan di Institusi Pelayanan Kesehatan	152
	E. Tantangan dan Peluang Promosi Kesehatan di Berbagai Tatanan	156
	F. Penutup	158
	DAFTAR PUSTAKA.....	160

BAB 10	PERENCANAAN DAN IMPLEMENTASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN	
	Oleh: Dr. dr. Teuku Renaldi, MKM.	163
	A. Pendahuluan	163
	B. Prinsip Dasar dan Model Perencanaan Promosi Kesehatan	164
	C. Kebijakan dan Kerangka Regulasi di Indonesia	165
	D. Analisis Situasi: Teori dan Praktek di Lapangan	166
	E. Perumusan Tujuan, Sasaran, dan Strategi	168
	F. Penyusunan Rencana Kegiatan dan Anggaran	170
	G. Implementasi di Lapangan: Model dan Pengalaman Indonesia	172
	H. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi Program	173
	I. Tantangan, Inovasi, dan Strategi Adaptasi	174
	J. Studi Kasus Terintegrasi	175
	K. Penutup	176
	DAFTAR PUSTAKA	177
BAB 11	PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN	
	Oleh: Dr. apt. Ika Ratna Hidayati, M.Sc.	179
	A. Pendahuluan	179
	B. Konsep Dasar Promosi Kesehatan	180
	C. Peran dan Fungsi Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan	184
	D. Tantangan dan Hambatan di Lapangan dalam Promosi Kesehatan oleh Tenaga Kesehatan	188
	DAFTAR PUSTAKA	190
BAB 12	METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN	
	Oleh: Dr. dr. Yanti Harjono Hadiwiardjo, MKM.	193
	A. Pendahuluan	193
	B. Metode Promosi Kesehatan	194
	C. Media Promosi Kesehatan	200
	DAFTAR PUSTAKA	205

BAB 13	PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN	
	Oleh: Soepri Tjahjono Moedji Widodo, S.Pd., M.Pd.	206
	A. Pendahuluan	206
	B. Pengertian Perencanaan Program Promosi Kesehatan	208
	C. Karakteristik Perencanaan Promosi Kesehatan	210
	D. Langkah-Langkah Perencanaan Program Promosi Kesehatan	211
	E. Peran Stakeholder dan Partisipasi Masyarakat	226
	F. Kebijakan dan Etika dalam Perencanaan Promosi Kesehatan	228
	DAFTAR PUSTAKA	231
BAB 14	PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN	
	Oleh: Dr. Esty Febriani, M.Kes.	234
	A. Pendahuluan	234
	B. Konsep Dasar Pemantauan dan Evaluasi	237
	C. Kerangka Pemantauan dan Evaluasi	241
	D. Metode Pengukuran dan Instrumen Pemantauan dan Evaluasi	243
	E. Kesimpulan	250
	DAFTAR PUSTAKA	252
BAB 15	PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN KESEHATAN	
	Oleh: Ns. Agustina Chriswinda Bura Mare, S.Kep., M.Kep.	253
	A. Pendahuluan	253
	B. Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan	254
	C. Konsep Pemberdayaan Masyarakat	261
	D. Proses Pemberdayaan Masyarakat	263
	E. Tantangan dan Isu Terkini	263
	F. Penutup	264
	DAFTAR PUSTAKA	265

BAB 16	PENANGANAN PENYAKIT MENULAR	
	MELALUI PROMOSI	
	Oleh: apt. Mitha Dwi Puspitasari, M.Farm.	268
A.	Pendahuluan: Paradigma Baru	
	dalam Pengendalian Penyakit Menular	268
B.	Landasan Teoritis: Memahami dan Mendorong	
	Perubahan Perilaku	269
C.	Strategi Promosi Kesehatan dalam Praktik.....	271
	DAFTAR PUSTAKA	278
	TENTANG PENULIS	280



PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Penulis:

Fatmawati M. Saing, S.KM., M.Kes.

Lisna, S.KM., M.Kes.

Ns. Emilia, S.Kep., M.Kep.

Ns. Said Taufiq, S.KM., M.Kes.

Ns. Suwarsi, S.Kep., M.Kep., Ph.D.

Dr. Sobar Darmaja, S.Psi., MKM.

Sa'diah Multi Karina, S.KM., M.Kes.

Ns. Lalu Muhammad Sadam Husen, S.Kep., MKM.

Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes.

Dr. dr. Teuku Renaldi, MKM.

Dr. apt. Ika Ratna Hidayati, M.Sc.

Dr. dr. Yanti Harjono Hadiwardjo, MKM.

Soepri Tjahjono Moedji Widodo, S.Pd., M.Pd.

Dr. Esty Febriani, M.Kes.

Ns. Agustina Chriswinda Bura Mare, S.Kep., M.Kep.

apt. Mitha Dwi Puspitasari, M.Farm.

Editor:

Dr. Asnia Zainuddin, M.Kes.

Dr. Nurhayu Malik, S.Si., M.Sc.



BAB 1

KONSEP PROMOSI KESEHATAN

Fatmawati M. Saing, S.KM., M.Kes.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan merupakan salah satu pilar utama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif. Seiring dengan perubahan pola penyakit, dari penyakit menular menuju dominasi penyakit tidak menular (PTM), paradigma pembangunan kesehatan bergeser dari *curative* ke *health promotion and disease* (Lestari *et al.*, 2023). Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kementerian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2021), promosi kesehatan bertujuan untuk memberdayakan masyarakat agar mampu meningkatkan kontrol terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mereka sendiri.

Dalam konteks pembangunan berkelanjutan (SDGs 2030), promosi kesehatan memiliki posisi strategis karena mendukung tercapainya *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. Oleh sebab itu, konsep dan strategi promosi kesehatan perlu dirumuskan secara komprehensif, melibatkan berbagai sektor, serta berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*).

B. Pengertian Promosi Kesehatan

Menurut World Health Organization (Organization, 2021), promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka dan memperbaikinya. Sedangkan dalam konteks Permenkes no. 44 tahun 2016, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya dibidang kesehatan. Menurut (Notoatmodjo, 2021), promosi kesehatan adalah suatu usaha yang bertujuan memberdayakan masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan melalui proses pembelajaran yang berasal dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat. Definisi tersebut, tampak bahwa promosi kesehatan menekankan partisipasi aktif dan pemberdayaan masyarakat, bukan hanya transfer informasi satu arah. (Buchanan, 2020) menegaskan bahwa promosi kesehatan tidak hanya menitikberatkan pada upaya pencegahan penyakit, tetapi juga berorientasi pada peningkatan kualitas hidup secara menyeluruh yang mencakup dimensi fisik, mental, sosial, dan spiritual. Oleh karena itu, promosi kesehatan dapat dianggap sebagai investasi sosial yang berperan penting dalam pembangunan manusia secara utuh.

Promosi kesehatan pada umumnya adalah upaya dengan tujuan memberikan pengetahuan luas mengenai kesehatan bagi manusia untuk mencapai peningkatan pengetahuan, sikap, tindakan, status kesehatan masyarakat baik individu sampai kelompok yang diharapkan mampu hidup sehat dan meningkatkan upaya kesehatan.

Promosi kesehatan juga merupakan pengembangan dari istilah pendidikan kesehatan, penyuluhan kesehatan, KIE komunikasi, informasi dan edukasi). Promosi kesehatan adalah cabang ilmu kesehatan yang tidak hanya sekedar memberikan pengetahuan kepada masyarakat, akan tetapi di dalamnya terdapat usaha untuk merubah perilaku masyarakat (Widyawati, 2020). Visi promosi kesehatan menurut (Fitriani, 2011) adalah: a) mau (*willigness*) memelihara dan meningkatkan

kesehatannya, b) mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatan. c) meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu dalam melakukan pencegahan penyakit serta melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan. kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat itu bersifat dinamis.

Menurut (Organization, 2017), istilah promosi kesehatan di Indonesia sebelumnya dikenal dengan sebutan penyuluhan kesehatan. pergeseran istilah tersebut dipengaruhi oleh perkembangan global, khususnya setelah diselenggarakannya Konferensi Internasional tentang pencegahan (*prevention*) pada tahun 1986 di Kanada yang dikenal sebagai Ottawa Charter. Konferensi ini merupakan pertemuan internasional pertama yang membahas promosi kesehatan dan diselenggarakan oleh World Health Organization (WHO). Dalam Ottawa Charter dinyatakan bahwa promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan individu agar mampu mengendalikan dan meningkatkan kesehatannya.

C. Sejarah Perkembangan Promosi Kesehatan

Konsep promosi kesehatan berkembang dari paradigma biomedis menuju paradigma sosial-ekologis. Sejak Deklarasi Ottawa (1986), WHO menegaskan bahwa promosi kesehatan mencakup tiga komponen utama yaitu: *advocacy*, *enablement*, dan *mediation*. Perkembangan berikutnya melahirkan berbagai konferensi internasional seperti Jakarta (1997), Bangkok (2005), dan Shanghai (2016), yang memperluas konsep promosi kesehatan ke arah pembangunan berkelanjutan dan kebijakan publik sehat.

Promosi kesehatan di Indonesia, mulai ditekankan sejak keluarnya Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan yang menjadi acuan program Puskesmas, rumah sakit, dan institusi pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bukan semata tanggung jawab tenaga medis, tetapi juga melibatkan peran sektor pendidikan, sosial, ekonomi, dan teknologi (Putri *et al.*, 2023).

D. Tujuan dan Sasaran Promosi Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2021), (Green & Kreuter, 2019), tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk:

1. Menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
2. Mencegah paparan terhadap faktor risiko penyakit menular maupun tidak menular.
3. Meningkatkan kemampuan mengakses layanan kesehatan
4. Berpartisipasi aktif dalam menciptakan lingkungan sehat.

Tujuan promosi kesehatan terdiri dari tiga tingkatan yakni:

1. Tujuan program merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan
2. Tujuan pendidikan merupakan deskripsi yang akan dicapai untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada
3. Tujuan perilaku merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus dicapai perilaku yang diinginkan.

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

Sasaran promosi kesehatan meliputi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat secara luas. (Susanto & Dewi, 2022) menegaskan bahwa pendekatan berbasis komunitas lebih efektif karena mempertimbangkan aspek budaya, sosial, dan ekonomi lokal.

E. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan dapat dikaji dari beberapa dimensi (Notoadmodjo, 2010) yaitu:

1. Dimensi Sasaran

Promosi kesehatan dapat dilaksanakan pada individu, kelompok dan komunitas.

2. Dimensi Metode dan Teknik

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

3. Dimensi Tingkat Pelayanan

Menurut Leavell dan Clark, promosi kesehatan diarahkan untuk meningkatkan (mempromosikan) kesehatan, meningkatkan upaya perlindungan khusus (*specific protection*), mendorong agar penderita sakit segera mencari pertolongan, sehingga segera memperoleh diagnosis dini dan pengobatan segera, mengurangi kecacatan dan ketidakmampuan penderita, serta mendorong upaya-upaya untuk merehabilitasi dan memulihkan penderita (Notoatmodjo, 2007).

4. Dimensi Tempat Pelayanan

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

Menurut Piagam Ottawa (1986), cakupan promosi kesehatan terbagi ke dalam lima bidang utama, yaitu:

1. Build Healthy Public Policy (Membangun Kebijakan Publik yang Berwawasan Kesehatan)

Kebijakan publik harus mempertimbangkan dampak terhadap kesehatan masyarakat dalam setiap keputusannya. Tujuannya adalah menciptakan kondisi sosial dan ekonomi yang mendukung gaya hidup sehat.

Contoh-contoh bentuk kebijakan di Indonesia:

- a. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)
- b. Pembatasan Iklan dan sponsor rokok
- c. Pajak cukai rokok dan minuman beralkohol untuk mengendalikan konsumsi.

2. *Create Supportive Environment* (Menciptakan Lingkungan yang Mendukung)

Lingkungan yang mendukung membantu masyarakat untuk berperilaku sehat secara lebih mudah. Ini meliputi lingkungan fisik, sosial, ekonomi, dan budaya.

Contoh:

- a. Penyediaan pojokan laktasi di tempat umum
- b. Tempat sampah dan sanitasi memadai
- c. Tempat konseling remaja dan pusat kesehatan jiwa komunitas.

3. *Stengthen Community Action* (Memperkuat Gerakan Masyarakat)

Keterlibatan masyarakat merupakan inti dari promosi kesehatan. masyarakat harus diberi ruang, dukungan, dan sarana untuk berpartisipasi aktif dalam menentukan prioritas dan solusi kesehatan.

Contoh:

- a. Terbentuknya Posyandu (Pos Layanan Terpadu)
- b. Kelompok peduli kesehatan lingkungan
- c. Yayasan konsumen kesehatan
- d. Dana sehat berbasis masyarakat.

4. *Depelop Personal Skills* (Mengembangkan Keterampilan Individu)

Promosi kesehatan juga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan kepercayaan diri individu agar mampu membuat keputusan yang sehat bagi dirinya.

Contoh:

- a. Pendidikan kesehatan reproduksi remaja
- b. Pelatihan gizi seimbang untuk ibu rumah tangga
- c. Penyuluhan pencegahan penyakit menular dan tidak menular
- d. Program literasi kesehatan digital.

5. *Reorient Health Services* (Menata Kembali Pelayanan Kesehatan)

Sistem pelayanan kesehatan harus lebih berorientasi pada upaya promotif dan preventif dibandingkan kuratif dan rehabilitatif. Artinya, tenaga kesehatan tidak hanya mengobati, tetapi juga menjadi agen perubahan perilaku sehat (Rachmawati, 2019).

Contoh:

- a. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)
- b. Integrasi upaya promotif-preventif di puskesmas
- c. Pelatihan tenaga kesehatan sebagai edukator dan fasilitator perubahan perilaku.

F. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan

Prinsip promosi kesehatan adalah mampu untuk memiliki kontrol terhadap determinan yang dapat mempengaruhi kesehatan sesuai dengan visi promosi kesehatan, yaitu mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya. Promosi kesehatan mempunyai misi untuk memampukan masyarakat.

Prinsip dasar promosi kesehatan antara lain:

1. Partisipatif: masyarakat melibatkan aktif dalam setiap tahap kegiatan
2. Pemberdayaan (*Empowerment*): menekankan pada peningkatan kemampuan masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatannya.
3. Keadilan dan Kesetaraan: setiap individu memiliki hak yang sama untuk memperoleh informasi dan pelayanan kesehatan
4. Berbasis bukti: kegiatan promosi harus didasarkan pada hasil penelitian ilmiah
5. Lintas sektor: promosi kesehatan melibatkan kolaborasi dengan sektor pendidikan, ekonomi, dan sosial (Green & Tones, 2019); (Notoatmodjo, 2021).

Promosi kesehatan mempunyai prinsip-prinsip yang berguna sebagai dasar dari pelaksanaan program promosi kesehatan. Berdasarkan ruang lingkupnya, terdapat beberapa prinsip promosi kesehatan yaitu:

1. Lingkup Keluarga

Keluarga terdiri dari beberapa orang yang memiliki hubungan ikatan satu sama lain, seperti ayah, ibu, suami, istri dan anak sehingga promosi kesehatan yang dilakukan harus lebih spesifik dan berfokus pada satu keluarga tersebut. Setiap keluarga memiliki nilai dan aturannya tersendiri yang biasanya telah lama dianut oleh setiap anggota keluarga. Maka, pemberi promosi kesehatan harus mampu menyesuaikan diri dengan aturan tersebut, sehingga keluarga dapat lebih terbuka dalam menerima bentuk promosi kesehatan yang dilakukan.

2. Lingkup Fasilitas

Promosi kesehatan di tempat kerja mempunyai prinsip-prinsip yaitu:

- a. Komprehensif, dimana kegiatan melibatkan beberapa disiplin ilmu guna memaksimalkan tujuan yang ingin dicapai, yaitu peningkatan tempat kerja yang aman, sehat dan nyaman sehingga lingkungan kerja tersebut mendukung perubahan perilaku pekerjaannya ke arah yang positif.
- b. Partisipasi, dimana sasaran promosi kesehatan terlibat secara aktif, terutama para pengambil keputusan di tempat kerja mengidentifikasi masalah kesehatan untuk diberikan solusi pemecahannya dan meningkatkan kondisi lingkungan kerja yang sehat. Hal ini akan mendorong para pekerja agar lebih yakin dalam meningkatkan kemampuan mereka untuk mengubah pola hidup serta memperkuat upaya pencegahan terhadap penyakit, khususnya penyakit berbahaya.
- c. Partisipasi dari sektor-sektor yang berkaitan, sebaiknya ada integrasi dari berbagai pihak yang saling berhubungan untuk meningkatkan kesehatan pekerjaannya.

- d. Kelompok organisasi masyarakat, sebaiknya melibatkan semua anggota pekerja, termasuk kelompok organisasi wanita dan laki-laki (tenaga kontrak dan honorer).
- e. Berkesinambungan dan berkelanjutan, program promosi kesehatan dilakukan sebaiknya secara terus-menerus dan dalam jangka waktu panjang, sehingga responsibilitas pekerja terhadap kebutuhan kesehatan semakin meningkat.

3. Lingkup Umum

Tempat umum (stasiun, terminal, dan sebagainya) merupakan lingkungan yang cukup luas, sehingga beberapa hal yang perlu diperhatikan seperti sasaran promosi kesehatan yang tidak tetap sehingga penerapan yang efektif adalah dengan memanfaatkan media berupa poster, spanduk, atau media lainnya yang dapat dilihat banyak orang secara jelas dan orang-orang yang melewati tempat tersebut dapat membaca serta memahami isi pesan terkait promosi kesehatan yang disampaikan (Tumurang & Marjes, 2018).

G. Teori dan Model dalam Promosi Kesehatan

Model dan teori digunakan untuk memahami bagaimana dan mengapa perilaku kesehatan terbentuk serta bagaimana mengubahnya. Beberapa teori utama meliputi:

1. *Health Belief Model* (HBM): berfokus pada cara pandang individu terhadap risiko serta manfaat dari tindakan kesehatan (Glanz *et al.*, 2020).
2. *Theory of Planned Behavior* (TPB): perilaku dipengaruhi oleh niat, norma subjektif, dan kontrol perilaku (Ajzen, 2021).
3. *Social Cognitive Theory* (SCT): menjelaskan hubungan timbal balik antara individu, perilaku, dan lingkungan (Green & Kreuter, 2020).
4. *Diffusion of Innovation Theory*: menjelaskan bagaimana inovasi kesehatan menyebar di masyarakat (Rogers, 2020).

Penerapan teori ini telah terbukti mampu meningkatkan efektivitas program promosi kesehatan di berbagai negara, termasuk di (Yuliani *et al.*, 2023).

H. Strategi dan Metode Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dapat dilakukan melalui beberapa strategi:

1. Edukasi kesehatan: penyuluhan, kampanye, pelatihan masyarakat
2. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE): menggunakan media massa, digital, dan interpersonal
3. Pemberdayaan masyarakat: seperti pembentukan Posyandu, Desa Siaga, atau program PHBS
4. Advokasi: mempengaruhi pengambil kebijakan agar berpihak pada kesehatan masyarakat (Sari & Hidayat, 2022).
5. Kemitraan lintas sektor: kolaborasi dengan pendidikan, sektor swasta, dan komunitas.

I. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan

Tenaga kesehatan berperan sebagai:

1. Edukator: menyampaikan informasi kesehatan yang benar
2. Motivator: mendorong masyarakat untuk mengubah perilaku
3. Fasilitator: mendampingi masyarakat dalam kegiatan pemberdayaan
4. Katalisator perubahan sosial: membangun lingkungan yang mendukung kesehatan.

(Wulandari *et al.*, 2023) menekankan bahwa tenaga kesehatan perlu memiliki kompetensi komunikasi interpersonal dan pemahaman budaya lokal untuk keberhasilan promosi kesehatan.

J. Tantangan dan Peluang Promosi Kesehatan di Era Digital

1. Tantangan Promosi Kesehatan di Era Digital

Promosi kesehatan di era digital juga menghadapi tantangan serius meski memiliki banyak peluang. Salah satunya adalah kesenjangan akses digital atau *digital divide*,

terutama di daerah dengan infrastruktur internet terbatas (Organization, 2022). Literasi digital yang rendah di sebagian masyarakat juga menyebabkan kesulitan dalam memilih informasi yang berat dan valid.

Tantangan lain yang muncul adalah penyebaran hoaks atau infodemi yang justru dapat menyesatkan masyarakat. Menurut penelitian dari (Sari & Agustina, 2023) dalam Jurnal Promkes Indonesia, 60% masyarakat Indonesia pernah menerima informasi kesehatan yang salah dari media sosial (Sari & Agustina, 2023). Tantangan lainnya mencakup privasi dan keamanan data kesehatan pribadi. Pengumpulan data digital tanpa perlindungan yang memadai dapat melanggar etik medis dan hak pasien (Patel & Jain, 2023).

Keterbatasan kompetensi tenaga kesehatan dalam penggunaan teknologi digital juga menjadi hambatan. Menurut penelitian Anindita dan Handayani (2023) dalam *Journal of Health Promotion Practice*, sebagian besar tenaga kesehatan di puskesmas belum terlatih dalam menggunakan media digital untuk edukasi masyarakat. Hal ini menunjukkan perlunya pelatihan literasi digital bagi tenaga kesehatan agar dapat memanfaatkan teknologi secara optimal (Anindita & Handayani, 2023).

Era digital membawa tantangan baru, seperti disinformasi kesehatan, rendahnya literasi digital masyarakat, dan ketimpangan akses teknologi (Putri *et al.*, 2023). Peluang besar juga muncul melalui aplikasi *m-health* dan *e-health*, yang memungkinkan personalisasi pesan kesehatan.

2. Peluang Promosi Kesehatan di Era Digital

Era digital membawa peluang besar bagi tenaga kesehatan dalam menyampaikan pesan promosi kesehatan. Menurut Sharma *et al.*, (2024) dalam *BMC Public Health*, teknologi digital memungkinkan penyebaran informasi kesehatan secara luas, cepat, dan efisien. Media sosial seperti YouTube, instagram, dan TikTok kini menjadi kanal populer untuk kampanye kesehatan karena sifatnya yang visual dan

mudah akses. Data besar (big data) dan kecerdasan buatan (AI) juga dapat digunakan untuk menganalisis perilaku masyarakat serta menyesuaikan pesan kesehatan secara personal (Patel & Jain, 2023).

Promosi kesehatan berbasis digital juga mampu meningkatkan partisipasi masyarakat melalui interaktivitas dan gamifikasi. Misalnya, aplikasi kesehatan yang memberi tantangan langkah harian atau edukasi berbasis permainan dapat meningkatkan motivasi pengguna untuk berperilaku sehat (O'Neil, 2019). Survey yang dilakukan Yuliani dan Raharjo (2021) menunjukkan bahwa penggunaan media digital dalam promosi kesehatan meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap isu gizi dan aktivitas fisik di kalangan remaja hingga 35% (Yuliani & Raharjo, 2021).

K. Pendekatan Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas

Pendekatan promosi kesehatan berbasis komunitas adalah upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui partisipasi aktif komunitas dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program kesehatan. Pendekatan ini menempatkan masyarakat sebagai subjek, bukan hanya sebagai objek dari program kesehatan.

Prinsip-prinsip dasar promosi kesehatan berbasis komunitas yaitu:

1. Partisipasi Masyarakat

Masyarakat terlibat sejak tahap identifikasi masalah hingga evaluasi.

2. Pemberdayaan (*Empowerment*)

Masyarakat diberi kemampuan untuk mengenali, memecahkan, dan mengendalikan masalah kesehatannya sendiri.

3. Kemandirian (*Self-Reliance*)

Hasil kegiatan diharapkan mampu menumbuhkan kemandirian komunitas dalam menjaga kesehatan.

4. Keadilan dan Inklusivitas

Program harus menjangkau semua kelompok tanpa diskriminasi

5. Kemitraan (*Partnership*)

Kolaborasi antara masyarakat, tenaga kesehatan, pemerintah, dan sektor lain.

Tujuan promosi kesehatan berbasis komunitas antara lain:

1. Meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.
2. Mengembangkan potensi dan sumber daya lokal untuk mendukung perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
3. Menumbuhkan kemandirian masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.
4. Membangun sistem dukungan sosial dalam komunitas.

Strategi pelaksanaan promosi kesehatan berbasis komunitas yaitu:

1. Pendidikan dan Pemberdayaan Masyarakat
Melalui penyuluhan, pelatihan kader, dan kegiatan edukatif.
2. Pendekatan Kemitraan
Kerjasama lintas sektor (pendidikan, agama, pemerintahan, swasta).
3. Advokasi dan Dukungan Kebijakan
Mengupayakan dukungan regulasi lokal yang berpihak pada kesehatan masyarakat.
4. Penciptaan Lingkungan Sehat
Mendorong komunitas untuk memperbaiki kondisi lingkungan yang mendukung kesehatan.
5. Penguatan Kelembagaan Komunitas
Seperti posyandu, karang taruna, kader kesehatan, dan kelompok kesehatan lainnya.

Contoh implementasi promosi kesehatan berbasis komunitas sebagai berikut:

1. Program Desa Siaga: Masyarakat terlibat dalam kesiapsiagaan menghadapi masalah kesehatan.

2. Kampung KB dan PHBS: Promosi kesehatan dilakukan melalui kader dan tokoh masyarakat.
3. Posyandu dan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat): Pelayanan dan edukasi kesehatan secara rutin.
4. Sekolah Sehat: melibatkan guru, siswa, dan orang tua dalam menjaga kesehatan lingkungan sekolah.

Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan berbasis komunitas sebagai berikut:

1. Fasilitator: membantu masyarakat mengenali masalah kesehatan.
2. Motivator: mendorong masyarakat untuk aktif berpartisipasi.
3. Edukator: memberikan pengetahuan dan keterampilan kesehatan.
4. Mediator: menjembatani masyarakat dengan pihak lain (pemerintah, LSM, sektor swasta).

L. Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Evaluasi meliputi:

1. Evaluasi proses: memantau pelaksanaan kegiatan
2. Evaluasi hasil: mengukur perubahan perilaku dan pengetahuan
3. Evaluasi dampak: menilai efek jangka panjang terhadap derajat kesehatan

(Glanz *et al.*, 2020). Menegaskan pentingnya penggunaan indikator SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) untuk mengukur keberhasilan promosi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. 2021. *Theory of Planned Behavior*. New York: Routledge.
- Anindita, R. & Handayani, T. 2023. Pemanfaatan media digital oleh tenaga kesehatan di puskesmas untuk edukasi masyarakat. *Journal of Health Promotion Practice*, 5(2): 87–96.
- Buchanan, D.R. 2020. *An Ethics-Based Theory of Health Promotion*. Oxford University Press.
- Fitriani, S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. 2020. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Green, J. & Kreuter, M. 2019. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Green, J. & Tones, K. 2019. *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: Sage Publications.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. 2020. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill Education.
- Kementerian Kesehatan Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 2021. *Poster Ayo Ke Posyandu*. Ayo Sehat Kemkes.
- Lestari, D., Rahmawati, A. & Suryani, I. 2023. Pergeseran paradigma promosi kesehatan dalam pencegahan penyakit tidak menular. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(1): 25–33.
- Notoadmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2021. *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

- O'Neil, M. 2019. Gamifikasi dalam promosi kesehatan masyarakat digital. *Health Promotion International*, 34(4): 785–794.
- Organization, W.H. 2017. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- Organization, W.H. 2021. *Health Promotion Glossary of Terms*. Geneva: World Health Organization.
- Organization, W.H. 2022. *Digital Health and Health Promotion: Global Report*. Geneva: World Health Organization.
- Patel, R. & Jain, S. 2023. Digital ethics and data privacy in health promotion. *Global Health Review*, 9(2): 44–56.
- Putri, F., Ramadhani, S. & Ardiansyah, M. 2023. Peran sektor lintas bidang dalam promosi kesehatan berbasis digital. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 19(3): 112–121.
- Rachmawati, N. 2019. Orientasi ulang pelayanan kesehatan berbasis promotif dan preventif. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2): 145–152.
- Rogers, E.M. 2020. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- Sari, D. & Agustina, L. 2023. Literasi digital dan infodemi kesehatan di Indonesia. *Jurnal Promkes Indonesia*, 11(1): 55–64.
- Sari, M. & Hidayat, R. 2022. Strategi advokasi dalam promosi kesehatan masyarakat. *Jurnal Kesehatan Global*, 7(2): 73–82.
- Susanto, A. & Dewi, N. 2022. Pendekatan promosi kesehatan berbasis komunitas. *Jurnal Pemberdayaan Masyarakat Indonesia*, 4(1): 60–70.
- Tumurang & Marjes 2018. *Promosi Kesehatan*. Sidoarjo: Indonesia Pustaka.
- Widyawati, W. 2020. *Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Deepublish.
- Wulandari, E., Hapsari, D. & Mulyani, S. 2023. Kompetensi tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan berbasis budaya. *Jurnal Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat*, 8(1): 89–101.

- Yuliani, R. & Raharjo, M. 2021. Efektivitas media digital dalam promosi kesehatan gizi remaja. *Jurnal Media Promkes*, 9(2): 130–140.
- Yuliani, R., Santoso, A. & Widodo, T. 2023. Model promosi kesehatan berbasis teori sosial kognitif di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 18(2): 90–100.

BAB

2

PROMOSI KESEHATAN DALAM LIMA TINGKAT PENCEGAHAN

Lisna, S.KM., M.Kes.

A. Pendahuluan

Promosi Kesehatan adalah suatu usaha yang bertujuan meningkatkan kapasitas individu, kelompok, dan masyarakat dalam upaya mempertahankan sekaligus memajukan tingkat kesehatannya. Peran Promosi Kesehatan sangat esensial dalam kerangka pencegahan penyakit, mencakup semua tingkatan intervensi mulai dari tahap pencegahan primer hingga kuarternier.

Pencapaian tingkat kesehatan tertinggi memerlukan lebih dari sekadar tindakan penyembuhan; hal itu menuntut adanya strategi promosi kesehatan dan tindakan pencegahan yang diimplementasikan tanpa henti. Berangkat dari konteks ini, promosi kesehatan merupakan strategi esensial guna menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kompetensi masyarakat sehingga mereka mampu memelihara kesehatan diri sendiri. Isu-isu kesehatan utama yang dihadapi sistem kesehatan saat ini adalah pergeseran gaya hidup pada masyarakat kontemporer, peningkatan migrasi ke wilayah perkotaan (urbanisasi), serta pertumbuhan signifikan dalam prevalensi penyakit kronis non- infeksius, termasuk tekanan darah tinggi (hipertensi), kencing manis (diabetes), dan kelainan kardiovaskular (penyakit jantung). Disisi lain penyakit menular yang masih menjadi perhatian serius, seperti tuberkulosis, demam berdarah, dan HIV/AIDS, memerlukan respons yang

kuat. Oleh karena itu, strategi pencegahan melalui promosi kesehatan harus dilaksanakan secara menyeluruh (*komprehensif*) pada setiap jenjang (atau *semua tingkatan*) dalam sistem (Notoatmodjo, 2012).

Model pencegahan penyakit lima tingkat, yang dikembangkan oleh Leavell dan Clark pada tahun 1965, menyajikan suatu kerangka kerja yang sistematis untuk memahami rangkaian upaya preventif. Jangkauan model ini membentang dari pencegahan tingkat primer hingga tingkat kulinier (atau tingkat kelima). Peran promosi kesehatan sangat krusial di seluruh tingkatan pencegahan. Dampaknya meliputi penguatan perilaku hidup sehat, memfasilitasi deteksi penyakit secara dini, menekan risiko komplikasi, dan berkontribusi pada pemulihan serta kualitas hidup yang lebih baik bagi pasien.

Dengan pemahaman yang baik tentang bagaimana promosi kesehatan diterapkan dalam lima tingkatan pencegahan, diharapkan tenaga medis dan masyarakat dapat secara proaktif berpartisipasi dalam membentuk gaya hidup sehat dan mewujudkan lingkungan yang secara kolektif mendukung kesehatan (Leavell and Clark, 1965).

B. Pengertian Promosi Kesehatan

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1986, promosi kesehatan didefinisikan sebagai suatu mekanisme yang memberdayakan individu dan komunitas. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kontrol yang mereka miliki atas berbagai faktor penentu kesehatan mereka. Tujuannya melampaui sekadar mencegah penyakit; fokusnya adalah pada penciptaan lingkungan dan kondisi sosial yang secara aktif memfasilitasi gaya hidup yang sehat.

Promosi kesehatan mencakup berbagai intervensi, yaitu pendidikan kesehatan, advokasi kebijakan, dan pemberdayaan komunitas. Semua ini bertujuan untuk memungkinkan masyarakat mengambil keputusan kesehatan yang bijaksana dan dilakukan secara mandiri

C. Lima Tingkat Pencegahan dan Peran Promosi Kesehatan

1. Pencegahan Primer

Pencegahan Primer didefinisikan sebagai serangkaian tindakan yang diterapkan sebelum suatu penyakit mulai berkembang. Tujuannya yang utama adalah menghambat kemunculan penyakit, bahkan sebelum individu mengalami paparan terhadap agen penyebab yang berpotensi (Notoatmodjo, 2012).

Peran promosi kesehatan

- a. Peran pendidikan kesehatan adalah mengedukasi masyarakat mengenai diet sehat, menjaga aktivitas fisik (termasuk olahraga harian minimal 30 menit), dan upaya untuk mengakhiri kebiasaan merokok.
- b. Pendidikan kesehatan memiliki peran krusial dalam meningkatkan kesadaran publik tentang praktik hidup sehat. Melalui proses edukasi ini, masyarakat didorong untuk mengadopsi diet yang seimbang dan bernutrisi, mempertahankan berat badan yang optimal, dan menjauhi asupan makanan dengan kadar gula, garam, dan lemak yang tinggi. Di samping itu, masyarakat didorong untuk rutin berolahraga atau menjalankan aktivitas fisik sekurang-kurangnya 30 menit setiap hari untuk menjaga kebugaran dan menangkal Penyakit Tidak Menular (PTM). Upaya untuk menghentikan kebiasaan merokok juga merupakan komponen fundamental dalam pendidikan kesehatan, mengingat rokok meningkatkan risiko berbagai penyakit serius seperti kanker, stroke, dan penyakit jantung. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan terbukti menjadi sarana yang sangat efektif dalam membentuk pola hidup sehat dan, pada akhirnya, meningkatkan keseluruhan taraf kesehatan di kalangan masyarakat.
- c. Imunisasi dan Perlindungan Spesifik merupakan upaya pencegahan yang didesain untuk meningkatkan imunitas tubuh terhadap penyakit tertentu. Melalui pemberian vaksin yang mengandung antigen, sistem kekebalan

tubuh dilatih untuk mengenali dan kemudian memproduksi antibodi yang mampu melawan penyakit tersebut. Dengan demikian, ketika tubuh dihadapkan pada agen penyebab penyakit di masa mendatang, sistem kekebalan telah siaga untuk melawan, sehingga mencegah penyakit timbul atau memperkecil tingkat keparahan infeksi. Perlindungan spesifik memiliki cakupan yang lebih luas dari sekadar imunisasi, termasuk penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), pemberian suplemen nutrisi, serta praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Upaya ini sangat krusial, terutama bagi kelompok yang mudah tertular seperti bayi, anak-anak, ibu hamil, dan lansia agar mereka terlindungi dari penyakit menular beserta potensi komplikasi seriusnya.

- d. Penciptaan lingkungan sehat dalam hal ini air bersih dan sanitasi yang baik. Salah satu usaha krusial untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat adalah melalui penciptaan lingkungan yang kondusif. Lingkungan yang bersih dan sehat ini mencakup penyediaan air minum yang aman, sistem pengelolaan limbah yang efektif, dan fasilitas sanitasi yang memadai. Ketersediaan air bersih sangat esensial untuk mencegah penyakit-penyakit bawaan air, seperti kolera, tifus, dan diare. Sementara itu, sanitasi yang layak memerlukan pengelolaan pembuangan limbah (baik cair maupun padat) secara benar, penggunaan fasilitas MCK yang sehat, serta menjaga kebersihan rumah dan area sekitarnya. Dengan adanya lingkungan yang higienis, potensi penyebaran penyakit dapat ditekan seminimal mungkin, yang secara langsung berkontribusi pada peningkatan kesehatan, kesejahteraan, dan produktivitas masyarakat. Untuk melindungi kesehatan masyarakat, tindakan pencegahan terhadap penyakit menular sangatlah mendasar. Hal ini diwujudkan melalui penemuan kasus lebih awal, mengendalikan rantai penularan, mendorong gaya hidup bersih, dan memastikan imunisasi yang tepat. Selain itu,

diperlukan adanya penyuluhan intensif agar masyarakat memahami metode pencegahan, mencakup kebiasaan mencuci tangan, penggunaan masker, pengawasan higienitas makanan, dan pembatasan interaksi dengan penderita. Faktor pendukung utama dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit adalah perbaikan mutu pelayanan kesehatan. Apabila layanan kesehatan tersedia, bermutu, dan didukung oleh staf yang kompeten, proses diagnosis, intervensi pengobatan, dan rehabilitasi pasien akan berlangsung lebih cepat. Oleh karena itu, sinergi antara perilaku sehat, kebersihan lingkungan, dan layanan kesehatan yang maksimal sangat menentukan terciptanya masyarakat yang produktif dan sehat.

Contoh : Kampanye Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

2. Pencegahan sekunder

Pencegahan Sekunder adalah strategi untuk mengidentifikasi dan memberikan terapi kepada penyakit sedini mungkin. Langkah ini penting untuk membatasi keparahan penyakit dan mencegah timbulnya komplikasi yang tidak diinginkan. Pencegahan Sekunder secara spesifik memprioritaskan diagnosis awal dan tindakan cepat pada fase permulaan penyakit. Sasaran dari pencegahan ini adalah untuk mengenali penyakit di tahap paling dini agar terapi dapat segera diberikan untuk menghalangi perkembangan komplikasi.

Peran Promosi Kesehatan

- a. Edukasi pentingnya pemeriksaan kesehatan secara berkala

Edukasi mengenai betapa pentingnya pemeriksaan kesehatan secara rutin bertujuan untuk mendorong publik agar melakukan deteksi dini terhadap berbagai kondisi kesehatan, yang meliputi baik penyakit menular (PM) maupun penyakit tidak menular (PTM). Melalui pemeriksaan berkala, dimungkinkan untuk mengidentifikasi risiko, menegakkan diagnosis dini, dan

segera memberikan intervensi yang akurat agar penyakit tidak bertambah parah. Kegiatan ini meliputi pemeriksaan parameter vital seperti kolesterol, tekanan darah, dan gula darah, serta skrining kesehatan yang spesifik berdasarkan kondisi dan kelompok usia. Melalui edukasi yang diberikan, terjadi pemahaman di kalangan masyarakat bahwa pemeriksaan kesehatan bukan sekadar penanganan penyakit yang sudah ada, melainkan merupakan langkah preventif yang sangat efektif. Dalam hal ini, tenaga kesehatan (nakes) memiliki peran vital untuk menyediakan informasi yang spesifik mengenai jenis dan jadwal pemeriksaan yang sesuai, serta bagaimana menggunakan hasil tes sebagai dasar pengambilan keputusan kesehatan yang terinformasi. Dengan adanya kesadaran akan pemeriksaan berkala, masyarakat dapat mengelola kesehatan secara lebih baik dan meminimalkan risiko komplikasi penyakit di kemudian hari (Kementerian Republik Indonesia, 2011).

- b. Sosialisasi deteksi dini penyakit misalnya kanker, hipertensi dan diabetes

Penyuluhan mengenai penemuan penyakit secara dini diarahkan untuk mengedukasi masyarakat tentang urgensi menjalani pemeriksaan kesehatan sejak awal, yang memungkinkan identifikasi penyakit lebih cepat dan intervensi terapi yang optimal. Dikarenakan penyakit seperti kanker, diabetes, dan hipertensi sering tidak menunjukkan tanda-tanda awal, deteksi dini merupakan langkah vital untuk membatasi risiko komplikasi serius. Kegiatan penyuluhan dapat diimplementasikan menggunakan berbagai platform, termasuk seminar di masyarakat, edukasi di Puskesmas, kampanye kesehatan, dan penggunaan media daring (digital). Saat sosialisasi, informasi yang disampaikan mencakup indikasi awal penyakit, faktor pemicu, prosedur skrining, dan tindakan pencegahan. Pemahaman yang mendalam ini diharapkan akan mendorong masyarakat untuk rutin menjalani

pemeriksaan dan mengaplikasikan gaya hidup sehat, yang berujung pada penurunan angka penyakit dan peningkatan kesejahteraan.

- c. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berobat sedini mungkin.

Meningkatkan kesadaran masyarakat agar segera mencari pengobatan sesegera mungkin merupakan langkah krusial dalam menghindari komplikasi dan mengurangi tingkat morbiditas (kesakitan) akibat penyakit. Mayoritas penyakit baik yang disebabkan oleh infeksi maupun yang non-infeksi cenderung lebih responsif terhadap terapi dan menghasilkan prognosis yang lebih baik jika terdeteksi pada fase awal. Edukasi dan sosialisasi harus dilakukan oleh tenaga kesehatan (nakes), media massa, dan inisiatif komunitas untuk mendorong masyarakat agar segera mencari pertolongan di fasilitas kesehatan (faskes) saat gejala penyakit mulai terlihat, dan tidak menunda kunjungan. Edukasi juga harus menekankan bahwa skrining rutin dan diagnosis awal adalah kunci untuk meningkatkan harapan hidup dan mengurangi biaya perawatan di masa mendatang. Dengan meningkatnya kesadaran untuk mencari perawatan medis pada tahap dini, masyarakat dapat memelihara kualitas kesehatan mereka secara maksimal, yang juga akan mengoptimalkan kinerja sistem layanan kesehatan.

Contoh : Sosialisasi pemeriksaan tekanan darah di posyandu lansia atau diposbindu

3. Pencegahan Tersier

Pencegahan Tersier merupakan intervensi yang dilaksanakan setelah seseorang didiagnosis menderita suatu penyakit. Dengan demikian, fokus utama dari pencegahan tersier adalah pada rehabilitasi dan pemulihan kualitas hidup pasien. Tujuannya adalah untuk meminimalkan dampak negatif penyakit dan menghindari terjadinya kecacatan lebih lanjut.

Peran Promosi Kesehatan

a. Edukasi manajemen penyakit kronis

Edukasi manajemen penyakit kronis bertujuan untuk memperkuat pasien dan keluarga dengan keahlian dan informasi agar mereka dapat mengelola kondisi medis jangka panjang mereka sendiri, seperti diabetes, asma, jantung, atau hipertensi. Edukasi ini merangkum pemahaman tentang terapi yang akurat, diet yang bergizi, olahraga yang disarankan, pemantauan gejala, dan strategi pengelolaan stres serta komplikasi penyakit. Pasien diberikan panduan untuk mengidentifikasi sinyal bahaya dini komplikasi, mematuhi rejimen pengobatan, dan berinteraksi secara efektif dengan tim medis. Dengan adanya edukasi yang memadai, pasien dapat meraih peningkatan kualitas hidup, menekan risiko komplikasi serius, dan menjadi lebih otonom dalam mengelola kondisi kronis mereka. Pendekatan ini juga secara aktif mendorong keterlibatan keluarga dan komunitas untuk mendukung kepatuhan pasien terhadap rencana perawatan jangka panjang yang telah ditetapkan.

b. Program rehabilitasi medis dan sosial

Program rehabilitasi medis dan sosial dirancang untuk menolong individu yang menghadapi gangguan kesehatan atau disabilitas agar mereka dapat kembali menjalani hidup secara mandiri dan optimal. Rehabilitasi medis secara khusus berfokus pada pemulihan fungsi fisik, kognitif, dan psikologis pasien, melalui berbagai intervensi seperti terapi, pengobatan, atau prosedur medis lainnya. Di sisi lain, rehabilitasi sosial menaruh perhatian pada proses mengintegrasikan kembali pasien ke dalam lingkungan sosial. Ini mencakup penyediaan dukungan sosial, pelatihan keterampilan, dan bantuan dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari (ADL). Program ini penting bagi pasien pasca-trauma, penyakit kronis, atau gangguan mental untuk beradaptasi dan mempertahankan kualitas hidup. Rehabilitasi yang

terpadu (medis dan sosial) memastikan pemulihan tidak hanya fisik, tetapi juga kemampuan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam kehidupan sosial dan ekonomi.

c. Dukungan psikososial bagi penderita

Dukungan psikososial diberikan kepada pasien dengan tujuan untuk memfasilitasi penanganan terhadap berbagai tekanan emosional, sosial, dan psikologis yang timbul sebagai konsekuensi dari penyakit atau kondisi kesehatan yang dialami. Bentuk dukungan ini meliputi sesi konseling, terapi yang dilakukan secara berkelompok, pendampingan oleh profesional kesehatan, serta keterlibatan aktif dari keluarga dan komunitas untuk menyediakan bantuan moral dan sosial. Pasien yang memperoleh dukungan psikososial umumnya lebih cakap dalam mengelola stres, meningkatkan disiplin terhadap terapi, dan mempertahankan mutu hidup mereka. Dukungan ini juga berkontribusi dalam mengurangi rasa cemas, depresi, atau stigma yang sering dialami oleh penderita penyakit kronis atau infeksi. Dengan adanya pendekatan psikososial yang terintegrasi, proses adaptasi dan penyembuhan pasien menjadi lebih efektif, memungkinkan mereka untuk hidup lebih produktif dan memiliki makna. (Organization, 2020).

Contoh : Edukasi pasien stroke untuk latihan fisik dan terapi wicara.

4. Pencegahan Kuarterner

Pencegahan Kuarterner didefinisikan sebagai upaya yang bertujuan untuk melindungi individu dari intervensi atau tindakan medis yang berlebihan (disebut *overmedicalization*). Ini juga mencakup perlindungan pasien dari efek samping negatif dan konsekuensi buruk yang tidak perlu dari layanan kesehatan. Oleh karena itu, fokus utamanya adalah menjaga pasien dari bahaya yang diakibatkan oleh intervensi medis yang tidak etis, berlebihan, atau tidak tepat. Sasaran Pencegahan Kuarterner secara spesifik adalah untuk mencegah terjadinya diagnosis yang

berlebihan (overdiagnosis), pengobatan yang berlebihan (overtreatment), atau bentuk intervensi medis lain yang tidak diperlukan.

Peran Promosi Kesehatan

- a. Literasi kesehatan masyarakat tentang pengobatan yang rasional

Literasi kesehatan masyarakat tentang pengobatan rasional didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk memahami, mengevaluasi, dan memanfaatkan data kesehatan demi mengambil keputusan yang tepat terkait konsumsi obat. Pengobatan yang rasional sendiri mensyaratkan penggunaan obat yang selaras dengan diagnosis, dosis yang akurat, waktu pemberian yang benar, sambil tetap mempertimbangkan interaksi dan potensi efek samping dari obat tersebut.

Literasi kesehatan publik mengenai pengobatan yang rasional merujuk pada kapasitas individu untuk memahami, mengevaluasi, dan menerapkan informasi kesehatan dalam mengambil keputusan yang bijak terkait penggunaan farmasi. Pengobatan yang dianggap rasional harus memenuhi kriteria penggunaan obat yang selaras dengan diagnosis, diberikan pada dosis yang akurat, waktu yang tepat, dan dengan memperhitungkan potensi interaksi atau efek samping. Dengan meningkatnya literasi ini, diharapkan masyarakat tidak akan sembarangan membeli atau mengonsumsi obat tanpa resep medis, terutama antibiotik. Edukasi ini turut memfasilitasi masyarakat untuk memahami pentingnya membaca label produk, memperhatikan batas kedaluwarsa, dan menyimpan obat dengan cara yang tepat. Peningkatan literasi kesehatan ini diharapkan dapat menekan risiko penyalahgunaan obat, membatasi resistensi antibiotik, dan mengurangi efek samping yang merugikan. Hasil akhirnya, penggunaan obat dapat menjadi lebih aman, efektif, dan penuh tanggung jawab.

b. Edukasi kritis terhadap informasi medis palsu

Edukasi kritis terhadap informasi medis palsu dirancang untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menyaring dan mengevaluasi validitas informasi kesehatan yang tersebar luas, khususnya di dunia maya dan media sosial. Di era digital ini, sering beredar klaim atau berita kesehatan yang tidak didukung data ilmiah, seperti hoaks mengenai vaksin, promosi obat yang diklaim ajaib, atau terapi tanpa landasan bukti medis. Situasi ini berpotensi menyebabkan kebingungan, kecemasan berlebihan, dan membahayakan kesehatan masyarakat. Maka dari itu, penting sekali untuk membekali masyarakat dengan kemampuan analisis kritis untuk dapat memverifikasi asal informasi, membandingkan data dengan sumber terpercaya, dan meminta nasihat dari profesional kesehatan sebelum mengambil keputusan. Peran lembaga pemerintah, media, dan tenaga kesehatan juga sangat vital dalam memastikan ketersediaan informasi yang akurat, berbasis bukti ilmiah, dan mudah dicerna. Dengan meningkatnya literasi digital kesehatan dan kesadaran masyarakat, mereka akan terlindungi dari konsekuensi negatif berita medis palsu dan menjadi lebih bijaksana dalam mengelola kondisi kesehatan mereka.

c. Pendampingan pasien dalam proses pengambilan keputusan

Pendampingan pasien selama proses pengambilan keputusan adalah komponen esensial dari model pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*). Pendampingan ini dimaksudkan untuk membantu pasien memahami secara komprehensif status kesehatannya, opsi terapi yang tersedia, serta risiko dan manfaat dari setiap intervensi medis. Hasilnya, pasien mampu membuat pilihan yang otonom, yang selaras dengan nilai, preferensi, dan kebutuhan pribadinya. Tenaga kesehatan memiliki peran krusial dalam

menyajikan informasi yang jujur, transparan, dan mudah dipahami, sekaligus membangun suasana komunikasi yang terbuka dan penuh empati. Selain itu, keluarga juga perlu diikutsertakan untuk memberikan dukungan moral atau pertimbangan selama proses pengambilan keputusan. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan, tetapi juga memperkuat rasa saling percaya antara pasien dan tim medis. Pada akhirnya, pendampingan yang efektif akan menghasilkan keputusan medis yang tepat, etis, dan menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan (Green and Kreuter, 2020).

Contoh : Edukasi tentang bahaya penggunaan antibiotik tanpa resep dokter

5. Pencegahan kuinterner

Pencegahan Kuliner (Quinary Prevention) mewakili tingkat pencegahan lanjutan dalam sistem kesehatan. Konsep ini adalah upaya untuk menangkal dampak negatif yang diakibatkan oleh informasi kesehatan yang keliru, misinformasi medis, serta penyalahgunaan teknologi kesehatan digital. Fokusnya melampaui intervensi medis langsung; ia berpusat pada perlindungan masyarakat dari praktik, kebijakan, atau informasi kesehatan yang merugikan atau menyesatkan. Tujuan utamanya adalah untuk menjaga integritas informasi kesehatan publik dan menghambat penyebaran hoaks kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Peran Promosi Kesehatan

a. Edukasi berbasis bukti melalui media digital

Penyuluhan berbasis bukti yang disalurkan melalui media digital merepresentasikan strategi kontemporer dalam promosi kesehatan. Strategi ini memanfaatkan teknologi informasi sebagai sarana untuk menyebarluaskan pengetahuan kesehatan yang kredibel dan akurat. Melalui berbagai saluran digital seperti situs web, media sosial, aplikasi kesehatan, dan konten video edukasi, tenaga kesehatan dapat mendistribusikan

informasi yang berlandaskan bukti ilmiah (evidence-based practice) dan hasil penelitian yang valid. Pendekatan ini esensial untuk menjamin publik menerima edukasi yang benar, relevan, dan dapat diakses kapan saja mereka butuhkan. Selain itu, media digital memfasilitasi komunikasi dua arah, membuat interaksi antara petugas medis dan masyarakat menjadi lebih personal dan efektif. Meskipun demikian, pengawasan terhadap konten yang didistribusikan sangat diperlukan untuk mencegah penyalahgunaan atau penyebaran data yang keliru. Jika media digital dimanfaatkan secara bijak, edukasi kesehatan dapat menjangkau audiens yang lebih luas, meningkatkan literasi kesehatan, dan mendorong transisi ke gaya hidup yang lebih sehat.

- b. Kolaborasi lintas sektor melawan disinformasi kesehatan

Sinergi lintas sektor untuk memerangi disinformasi kesehatan adalah strategi esensial guna menjamin publik menerima informasi yang akurat dan kredibel. Berita palsu di bidang kesehatan yang beredar di tengah masyarakat berpotensi memicu kesalahpahaman, rasa panik, dan pengambilan keputusan yang keliru dalam manajemen kesehatan pribadi. Oleh karena itu, diperlukan sinergi yang kuat antara beragam entitas, termasuk pemerintah, akademisi, media massa, tenaga kesehatan, dan sektor teknologi informasi. Pemerintah memegang peran kunci dalam merumuskan kebijakan dan regulasi yang mendukung literasi kesehatan publik, sementara akademisi dan tenaga kesehatan bertugas menyediakan informasi yang berdasarkan bukti ilmiah dan valid. Media massa dan platform digital memiliki tanggung jawab untuk mendistribusikan informasi secara jujur dan beretika. Melalui kolaborasi yang kuat dan berkelanjutan, upaya memerangi disinformasi dapat diterapkan secara terstruktur (sistematis). Hal ini akan memastikan masyarakat terlindungi dari berita palsu dan

mampu mengambil keputusan kesehatan yang tepat berdasarkan pengetahuan yang sah.

c. Kampanye literasi media dan kesehatan

Kampanye literasi media dan kesehatan adalah upaya strategis yang dirancang untuk memperkuat kapasitas masyarakat dalam hal mengakses, memahami, dan mengevaluasi data kesehatan yang beredar di berbagai saluran media. Pada era digital ini, publik terpapar oleh informasi yang sangat bervariasi, mulai dari yang sah hingga yang menyesatkan. Melalui kampanye ini, masyarakat dilatih untuk mengidentifikasi sumber informasi yang kredibel, memahami pesan kesehatan secara akurat, dan mencegah penyebaran hoaks atau berita palsu. Kampanye ini dapat dijalankan melalui berbagai sarana seperti televisi, radio, media sosial, webinar, atau aktivitas berbasis komunitas, yang melibatkan jurnalis, akademisi, tenaga kesehatan, dan tokoh masyarakat. Tujuan utamanya adalah menciptakan masyarakat yang cerdas digital dan kritis terhadap informasi, sehingga mereka dapat membuat keputusan kesehatan berlandaskan bukti ilmiah. Melalui peningkatan literasi media dan kesehatan, penyebaran disinformasi dapat dibatasi, dan masyarakat menjadi lebih berdaya dalam mempertahankan serta meningkatkan kesehatan mereka.

Contoh : Edukasi online tentang keamanan vaksin – 19

D. Keterkaitan Promosi Kesehatan dan Lima Tingkat Pencegahan

Promosi kesehatan tidak dapat dipisahkan dari upaya pencegahan penyakit, karena ia berfungsi sebagai fondasi utama bagi seluruh tahapan pencegahan. Fungsinya adalah meningkatkan pengetahuan, motivasi, dan kapabilitas individu dalam mengadopsi perilaku sehat. Dengan demikian, promosi kesehatan berperan memperkuat sistem kesehatan yang berbasis pada pencegahan berkelanjutan.

Promosi kesehatan memiliki keterikatan yang tidak terpisahkan dari seluruh upaya pencegahan penyakit. Peran utamanya adalah sebagai fondasi di setiap fase pencegahan, karena berfungsi untuk meningkatkan motivasi, pengetahuan, dan kapabilitas individu agar mampu menjalankan perilaku hidup sehat. Melalui promosi ini, masyarakat diberdayakan untuk membuat keputusan yang tepat mengenai pola hidup, pengobatan, jadwal pemeriksaan kesehatan, dan tindakan preventif terhadap risiko penyakit. Dengan demikian, promosi kesehatan tidak hanya mendukung perilaku sehat pada tingkat individu, tetapi juga memperkuat sistem kesehatan yang berlandaskan pencegahan secara berkelanjutan. Pendekatan ini memastikan bahwa semua upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan secara proaktif, efektif, dan mampu membatasi kemunculan penyakit, sekaligus meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh (Susilowati, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Green, L.W. and Kreuter, M.W. (2020) *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill Education.
- Indonesia, K.K.R. (2011) *Pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di daerah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Leavell, H.R. and Clark, E.G. (1965) *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*. Edited by 3rd. New York: McGraw-Hill.
- Notoatmodjo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Organization, W.H. (2020) *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Susilowati, D. (2020) *Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit tidak menular*. Yogyakarta: Deepublish. Biodata Penulis:

BAB 3

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Ns. Emilia, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan

Dalam dua dekade terakhir, dinamika kesehatan masyarakat menunjukkan perubahan yang kompleks. Peningkatan prevalensi penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, obesitas, dan gangguan mental menjadi tantangan utama, sementara penyakit menular dan masalah gizi, seperti stunting, masih belum sepenuhnya teratasi. World Health Organization (WHO, 2022) promosi kesehatan merupakan proses yang memungkinkan individu dan masyarakat meningkatkan kontrol terhadap faktor yang memengaruhi kesehatan mereka melalui pendekatan yang melampaui layanan kesehatan tradisional.

Di Indonesia, meskipun upaya penurunan angka stunting menunjukkan kemajuan, target nasional belum sepenuhnya tercapai, (Katmini & Yunita, 2025). Kondisi ini menegaskan pentingnya strategi promosi kesehatan dalam memperkuat perilaku hidup sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung, serta mendorong kebijakan publik yang berpihak pada kesehatan masyarakat.

Secara konseptual, strategi promosi kesehatan mencakup empat pilar utama, yaitu advokasi kebijakan, penciptaan lingkungan sehat, pemberdayaan masyarakat, dan penerapan intervensi berbasis bukti ilmiah. Paradigma modern menekankan integrasi factor sosial, lingkungan, dan digital,

termasuk pemanfaatan teknologi informasi, dan kolaborasi lintas sector. Hasil penelitian di Aceh menunjukkan bahwa edukasi digital dan pemberdayaan komunitas meningkatkan literasi gizi dan keterlibatan orang tua dalam pemenuhan gizi balita, bukti bahwa promosi Kesehatan juga berfungsi membangun kapasitas sosial masyarakat, (Katmini & Yunita, 2025).

Selain itu, kolaborasi antar sektor seperti pendidikan, ketenagakerjaan, lingkungan, dan teknologi menjadi kunci keberhasilan promosi kesehatan, (OECD, 2022). WHO melalui kerangka Well-being Societies juga menegaskan bahwa promosi kesehatan yang efektif harus menyentuh dimensi fisik, mental, sosial, dan lingkungan guna mewujudkan kesejahteraan yang berkelanjutan, (Purwaningsih, E., Nurmala, I., & Fatah, 2023).

Dengan demikian, strategi promosi kesehatan merupakan fondasi penting dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan produktif. Pemahaman yang komprehensif terhadap strategi ini akan menjadi dasar penting bagi pengembangan teori dan praktik promosi kesehatan, baik dalam konteks pelayanan keperawatan, kesehatan masyarakat, maupun kebijakan publik. Melalui pembahasan yang terstruktur, diharapkan pembaca memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pentingnya strategi promosi kesehatan dalam menghadapi tantangan kesehatan masyarakat di era modern.

B. Konsep Dasar Strategi Promosi Kesehatan

Upaya untuk mewujudkan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam promosi kesehatan sebagai penunjang dari program-program kesehatan yang lainnya, seperti kesehatan lingkungan, peningkatan status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, pencegahan penyakit tidak menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak, serta pelayanan kesehatan, (Notoatmodjo, 2012).

1. Pengertian Strategi Promosi Kesehatan

Istilah strategi promosi kesehatan merujuk pada “rangkaian pendekatan atau rencana umum yang dirancang untuk mencapai tujuan peningkatan kesehatan individu dan komunitas”. Strategi promosi kesehatan adalah cara mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif dan efisien, berupa advokasi, bina suasana, gerakan pemberdayaan dan kemitraan, (Hernitati et al., 2022). Strategi promosi kesehatan bukan hanya kegiatan edukasi, tetapi mencakup rencana sistematis untuk mengubah kondisi dan faktor yang memengaruhi kesehatan, serta memberdayakan masyarakat agar memiliki kontrol lebih besar terhadap kesehatannya.

Ada perbedaan penting antara istilah “strategi” dan “kegiatan”: strategi adalah kerangka besar atau pendekatan umum (misalnya pendekatan komunikasi, pendekatan lingkungan, pendekatan kebijakan), sedangkan kegiatan adalah implementasi spesifik yang muncul dari strategi tersebut (misalnya penyuluhan di sekolah, kampanye media sosial, perubahan kebijakan kantin). Pemahaman yang jelas terhadap keduanya penting agar perencanaan promosi kesehatan efektif.

2. Tujuan dan Manfaat Strategi Promosi Kesehatan

- a. Tujuan strategi promosi kesehatan secara umum mencakup:
 - 1) Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku sehat individu maupun kelompok.
 - 2) Menciptakan kondisi sosial, fisik, ekonomi yang mendukung perilaku sehat.
 - 3) Memberdayakan masyarakat agar dapat mengambil keputusan dan tindakan yang mendukung kesehatannya.
 - 4) Mendorong kolaborasi lintas sektor untuk memperkuat efek promosi kesehatan.

b. Manfaatnya mencakup:

- 1) Bagi individu: peningkatan kualitas hidup, pencegahan penyakit, peningkatan kesejahteraan.
- 2) Bagi komunitas/masyarakat: pengurangan beban penyakit, penguatan kapasitas komunitas, peningkatan kesetaraan kesehatan.
- 3) Bagi sistem kesehatan: pengurangan kebutuhan kuratif, pengalihan fokus ke pencegahan dan promotif, efisiensi sumber daya.

Dengan demikian, pengembangan strategi promosi kesehatan yang baik sangat penting agar kegiatan promosi tidak bersifat insidental atau sporadis, tetapi terencana, berkelanjutan, dan berdampak.

C. Landasan Teori Strategi Promosi Kesehatan

Landasan teori dalam strategi promosi kesehatan berangkat dari pemahaman bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor psikologis, sosial, budaya, dan lingkungan. Karena itu, strategi promosi kesehatan perlu dirancang berdasarkan teori dan model perilaku yang mampu menjelaskan bagaimana individu memaknai risiko, mengambil keputusan, dan melakukan perubahan perilaku. Pendekatan teoritis seperti yang diuraikan oleh (Glanz, 2009), menegaskan pentingnya penggunaan kerangka ilmiah untuk membentuk pesan, memilih saluran komunikasi, serta menentukan pendekatan yang paling efektif bagi berbagai kelompok sasaran. Selain itu, promosi kesehatan didasari prinsip pemberdayaan dan partisipasi masyarakat sebagaimana digarisbawahi dalam Ottawa Charter (WHO, 1986), sehingga strategi tidak hanya fokus pada peningkatan pengetahuan tetapi juga pada penciptaan lingkungan yang mendukung perilaku sehat.

Secara keseluruhan, landasan teori memberi pijakan kuat bagi perancangan program promosi kesehatan yang sistematis, terarah, dan efektif. Teori membantu mengidentifikasi faktor determinan perilaku, memandu pemilihan intervensi, dan memastikan program berorientasi pada kebutuhan nyata

masyarakat. Sebelum mengembangkan strategi lebih lanjut, penting untuk memahami teori-teori dan model yang relevan serta prinsip-prinsip strategi promosi kesehatan yang akan menjadi dasar dalam merancang intervensi yang komprehensif:

1. Teori dan Model yang Relevan

Dalam merancang strategi promosi kesehatan, penting untuk berpijak pada teori dan model yang telah terbukti mendukung perubahan perilaku dan lingkungan. Beberapa di antaranya:

- a. Model Health Belief Model (HBM) menjelaskan bahwa perilaku sehat dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap ancaman kesehatan, manfaat, hambatan, dan self-efficacy. HBM menyatakan bahwa seseorang akan cenderung mengadopsi perilaku sehat jika mereka merasa rentan terhadap suatu penyakit, percaya bahwa penyakit tersebut memiliki konsekuensi serius, dan yakin bahwa manfaat dari tindakan kesehatan melebihi hambatan atau biaya yang terkait menurut Glanz et al., 2008 dalam, (Tri et al., 2024).
- b. Model Transtheoretical Model (Model Tahapan Perubahan) menunjukkan bahwa perubahan perilaku terjadi dalam tahap-tahap (prekontemplasi, kontemplasi, persiapan, aksi, pemeliharaan) dan strategi promosi harus disesuaikan dengan tahap individu.
- c. Model Diffusion of Innovation menekankan bagaimana suatu inovasi/perilaku baru disebarkan melalui saluran sosial dari “early adopters” ke “laggards”.
- d. Model PRECEDE PROCEED Model kerangka komprehensif yang memulai dengan penilaian kebutuhan masyarakat (PRECEDE) dan kemudian perencanaan, implementasi, evaluasi (PROCEED).

Pemahaman terhadap teori-model ini membantu praktisi promosi kesehatan untuk merancang strategi yang sesuai dengan karakteristik masyarakat, konteks, dan tahapan perubahan

2. Prinsip-Prinsip Strategi Promosi Kesehatan

Beberapa prinsip dasar yang harus dijadikan acuan dalam merancang strategi promosi kesehatan antara lain:

- a. Berbasis bukti: Strategi harus berdasarkan pada data dan analisis mengenai determinan kesehatan, serta kajian atas efektivitas intervensi sebelumnya.
- b. Partisipatif: Melibatkan masyarakat, stakeholder lintas sektor, dan memungkinkan suara komunitas terdengar dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- c. Kontekstual: Strategi harus sesuai dengan budaya, sosial, ekonomi, dan lingkungan lokal tidak bersifat “one-size-fits-all”.
- d. Lintas sektor (intersectoral): Karena determinan kesehatan melibatkan pendidikan, lingkungan, ekonomi, perumahan, maka strategi harus melibatkan sektor selain Kesehatan, (Gørill & Monica, 2021).
- e. Ketahanan dan keberlanjutan: Strategi tidak sekadar kegiatan jangka pendek, tetapi diarahkan pada perubahan yang dapat dipertahankan oleh masyarakat sendiri.
- f. Pemberdayaan (empowerment): pemberdayaan merupakan sebuah konsep transformatif yang telah menunjukkan hasil signifikan dalam beberapa tahun terakhir. Artinya, setiap orang harus memiliki pemahaman, keberanian, dan kesadaran diri agar dapat berpartisipasi aktif dalam meningkatkan kesehatan serta kepekaan mata dan kendalanya, (Rani, 2023). Strategi harus mengarahkan masyarakat untuk memiliki kontrol dan kapasitas dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya, (Elsevier, 2007).

Dengan landasan teoritik dan prinsip-prinsip ini, pengembangan strategi promosi kesehatan akan lebih sistematis, efektif, dan bermakna.

D. Komponen Utama dalam Strategi Promosi Kesehatan

Strategi promosi kesehatan dibangun atas sejumlah komponen utama yang berfungsi sebagai kerangka kerja dalam merencanakan intervensi yang terarah, efektif, dan berkelanjutan. Komponen-komponen ini memastikan bahwa program promosi kesehatan tidak hanya fokus pada penyampaian informasi, tetapi juga mempertimbangkan kebutuhan masyarakat, faktor penentu perilaku, hingga metode implementasi yang paling sesuai. Menurut WHO, perencanaan promosi kesehatan yang baik harus dimulai dari identifikasi masalah, sasaran, pendekatan, serta evaluasi sebagai satu kesatuan proses yang saling terkait (WHO, 2021).

Setiap komponen dalam strategi promosi kesehatan berfungsi untuk memastikan bahwa pesan dan intervensi dirancang berdasarkan bukti ilmiah, relevan dengan konteks sosial budaya masyarakat, serta mampu mendorong perubahan perilaku yang nyata. Kemenkes RI (2019) menekankan bahwa keberhasilan program promosi kesehatan sangat dipengaruhi oleh bagaimana suatu strategi disusun secara sistematis, mulai dari analisis situasi, penetapan tujuan yang spesifik, penentuan sasaran yang tepat, hingga strategi pelaksanaan dan evaluasi. Komponen-komponen inilah yang menjadi fondasi untuk membangun program yang terencana dan berdampak:

1. Analisis Situasi

Langkah pertama dalam strategi promosi kesehatan adalah melakukan analisis situasi yang komprehensif, meliputi:

- a. Identifikasi masalah kesehatan utama dan faktor-faktor perilaku yang mendasarinya (misalnya, tingginya prevalensi merokok di kalangan remaja, rendahnya aktivitas fisik, pola makan tidak sehat).
- b. Analisis determinan kesehatan (faktor sosial ekonomi, lingkungan, budaya, kebijakan).
- c. Analisis kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman (SWOT) terkait kondisi kesehatan dan kapasitas komunitas atau institusi.

Hasil analisis ini menjadi landasan untuk menetapkan arah strategis yang relevan dan realistis.

2. Penetapan Tujuan

Berdasarkan hasil analisis situasi, strategi promosi kesehatan menetapkan tujuan yang mencakup:

- a. Tujuan umum: gambaran besar yang ingin dicapai (misalnya: meningkatkan kesehatan masyarakat terhadap penyakit tidak menular).
- b. Tujuan khusus: hasil yang terukur dalam jangka waktu tertentu (misalnya: menurunkan prevalensi merokok remaja sebesar 10% dalam 2 tahun).

Tujuan-tujuan ini sebaiknya memenuhi kriteria SMART: Specific (spesifik), Measurable (terukur), Achievable (dapat dicapai), Relevant (relevan), Time bound (terikat waktu).

3. Pemilihan Sasaran

Dalam strategi promosi kesehatan perlu ditetapkan sasaran yang jelas:

- a. Sasaran primer: Individu atau kelompok yang menjadi fokus utama intervensi (misalnya, remaja sekolah, pekerja kantor, ibu hamil) dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat.
- b. Sasaran sekunder: Pihak yang memengaruhi sasaran primer atau lingkungan mereka, seperti pendidik, kader kesehatan, tokoh masyarakat.
- c. Sasaran tersier: Pembuat kebijakan, institusi, media massa, yang dapat menciptakan perubahan yang lebih luas atau struktural.

Penentuan sasaran ini akan membantu dalam pemilihan strategi, pendekatan, media dan pesan yang tepat.

4. Pemilihan Strategi Utama

Berdasarkan sasaran dan tujuan, selanjutnya dipilih strategi utama yang akan digunakan. Beberapa strategi umum adalah:

- a. Edukasi kesehatan (Health Education): Kegiatan yang meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan individu atau kelompok untuk mengambil keputusan sehat.
- b. Bina suasana (Social Support & Environment): Menciptakan lingkungan sosial dan fisik yang mendukung perilaku sehat, misalnya melalui kelompok pendukung, perubahan lingkungan kerja, dukungan sosial.
- c. Pemberdayaan masyarakat (Community Empowerment): Memperkuat kapasitas komunitas agar dapat mengidentifikasi sendiri masalah kesehatan dan mengambil tindakan. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya
- d. Advokasi (Advocacy): Upaya untuk memengaruhi kebijakan, pengambilan keputusan, dan alokasi sumber daya agar mendukung promosi kesehatan. Proses advokasi dapat melalui dua cara, yaitu formal dan informal. Formal dapat berupa presentasi atau seminar yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat, maupun pemaparan latar belakang program yang telah kita rencanakan. Upaya informal juga dapat dilakukan seperti mengadakan pertemuan maupun kunjungan pada para tokoh yang berhubungan langsung dengan program yang akan kita laksanakan, (Rachmawati, 2019).

Memilih strategi yang tepat berarti mempertimbangkan konteks lokal, kapasitas pelaksana, sumber daya yang tersedia, serta tingkat kesiapan komunitas

E. Jenis dan Pendekatan Strategi Promosi Kesehatan

Strategi promosi kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai jenis pendekatan yang disesuaikan dengan tujuan program, kebutuhan sasaran, serta konteks sosial budaya masyarakat. WHO menjelaskan bahwa promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada perubahan perilaku individu, tetapi juga mencakup upaya menciptakan lingkungan fisik, sosial, dan kebijakan yang mendukung kesehatan. Karena itu, strategi promosi kesehatan dapat dijalankan melalui pendekatan edukatif, pemberdayaan, pengembangan lingkungan sehat, serta advokasi kebijakan, yang semuanya saling melengkapi dalam menciptakan dampak kesehatan yang berkelanjutan, (WHO, 1986).

Selain bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, jenis dan pendekatan strategi promosi kesehatan juga mencakup upaya membangun kapasitas kelompok dan komunitas agar mampu mengambil keputusan kesehatan secara mandiri. Kemenkes RI menegaskan bahwa pendekatan promosi kesehatan dapat berupa pendekatan individu, kelompok, maupun komunitas, dan dapat diperluas melalui intervensi berbasis lingkungan serta kebijakan publik yang sehat, (Kemenkes RI, 2019). Dengan memahami berbagai jenis dan pendekatan ini, perancang program dapat menentukan strategi yang paling tepat dan efektif sesuai karakteristik sasaran. Pembahasan selanjutnya akan menguraikan masing-masing pendekatan tersebut secara lebih rinci:

1. Pendekatan Individu

Pendekatan ini berfokus pada perubahan perilaku individu melalui:

- a. Konseling satu-satu atau berpasangan (misalnya konseling berhenti merokok).
- b. Pendidikan personal atau pembinaan perilaku (misalnya pelatihan pengelolaan stres, diet sehat).

Kelebihan: dapat memilah individu berdasarkan kebutuhan spesifik.

Kekurangan: skalanya terbatas dan biaya per orang relatif tinggi.

2. Pendekatan Kelompok

Meliputi intervensi dengan kelompok homogen atau heterogen, seperti:

- a. Diskusi kelompok, kelompok dukungan sebaya (peer group), pelatihan kader.
- b. Kegiatan bersama remaja, ibu hamil, lansia di komunitas.

Pendekatan ini memungkinkan efektivitas karena peer influence dan efisiensi skala yang lebih besar dibandingkan pendekatan individu.

3. Pendekatan Komunitas

Pendekatan yang melibatkan mobilisasi sosial dan keterlibatan komunitas, di antaranya:

- a. Gerakan masyarakat (misalnya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat GERMAS).
- b. Kegiatan berbasis komunitas seperti posyandu, kampanye lingkungan.

Kunci keberhasilan: partisipasi aktif komunitas, kolaborasi lintas sektor, dan kepemilikan lokal.

4. Pendekatan Lingkungan dan Kebijakan

Menekankan penciptaan lingkungan yang mendukung perilaku sehat dan perubahan sistem melalui kebijakan, seperti:

- a. Setting sehat (sekolah sehat, tempat kerja sehat, rumah sakit berwawasan lingkungan).
- b. Kebijakan (misalnya larangan merokok di ruang publik, subsidi makanan sehat).

Pendekatan ini memiliki kekuatan yang besar karena menysasar determinan struktural perilaku dan memungkinkan perubahan yang berskala luas.

F. Strategi Komunikasi dalam Promosi Kesehatan

Strategi komunikasi dalam promosi kesehatan merupakan pendekatan terencana yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan secara efektif kepada individu, Keluarga, maupun komunitas. Strategi ini dirancang agar pesan tidak hanya diterima, tetapi juga dipahami, diyakini, dan akhirnya mampu mendorong perubahan perilaku kesehatan yang positif, (WHO, 2021).

Dalam konteks promosi kesehatan, komunikasi tidak hanya dipandang sebagai proses pertukaran informasi, tetapi juga sebagai intervensi penting yang memengaruhi faktor pengetahuan, sikap, norma sosial, serta keyakinan individu terhadap perilaku sehat. Untuk itu, strategi komunikasi harus dirancang berbasis analisis kebutuhan, budaya, hambatan perilaku, dan karakteristik sasaran.

Strategi komunikasi dalam promosi kesehatan biasanya melibatkan kombinasi berbagai metode komunikasi baik interpersonal, kelompok, media massa, maupun digital untuk menjangkau sasaran secara optimal. Selain itu, strategi yang baik mempertimbangkan konteks sosial budaya, tingkat literasi, nilai-nilai masyarakat, serta hambatan perilaku yang mungkin dihadapi oleh audiens.

Dengan demikian, strategi komunikasi menjadi fondasi dalam pelaksanaan berbagai aktivitas promosi kesehatan, karena strategi inilah yang menentukan bagaimana pesan diformulasikan, disampaikan, dan diinternalisasi oleh masyarakat sebelum akhirnya mampu mendorong perubahan perilaku yang diharapkan.

1. Prinsip Komunikasi Efektif

Komunikasi dalam promosi kesehatan harus memenuhi beberapa prinsip:

- a. Pesan yang jelas, tepat sasaran, mudah dipahami, dan relevan dengan audiens.
- b. Memperhatikan konteks sosial, budaya, bahasa, dan nilai-nilai masyarakat sasaran.

- c. Memiliki saluran komunikasi yang tepat, timing yang tepat, serta memfasilitasi feedback dua arah.

2. Media Promosi Kesehatan

Media yang umum digunakan meliputi:

- a. Media tradisional: poster, leaflet, buku saku, spanduk, radio, televisi.
- b. Media digital: media sosial, aplikasi kesehatan, video edukasi, website.
- c. Media interpersonal: konseling, diskusi kelompok, peer educator.

Pemilihan media harus mempertimbangkan akses dan karakteristik audiens (misalnya usia, tingkat literasi, akses internet).

3. Pemilihan Media Berdasarkan Segmentasi Audiens

Segmentasi audiens memungkinkan media dan pesan lebih tepat sasaran. Misalnya:

- a. Remaja: lebih mudah menjangkau lewat media sosial, video interaktif.
- b. Orang tua: mungkin lebih responsif lewat leaflet di posyandu atau drama komunitas.
- c. Pekerja: kampanye di tempat kerja, poster di kantin, webinar setelah jam kerja.

Dengan segmentasi yang baik, efektivitas media promosi akan meningkat.

G. Implementasi dan Evaluasi Strategi

Implementasi strategi promosi kesehatan merupakan tahap operasional dalam proses promosi kesehatan, di mana seluruh rencana, pendekatan, dan program yang telah dirancang diterjemahkan ke dalam tindakan nyata. Proses implementasi mencakup koordinasi sumber daya, penjabaran tugas kepada pelaksana, penyusunan jadwal kegiatan, dan pengorganisasian aktivitas promosi kesehatan sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan strategi harus memperhatikan kesesuaian dengan kebutuhan masyarakat, budaya lokal, serta memanfaatkan

metode dan media yang tepat agar pesan dapat diterima secara optimal. Pada tahap ini, kolaborasi lintas sector misalnya fasilitas kesehatan, tokoh masyarakat, lembaga pendidikan, dan organisasi sosial seringkali menjadi faktor penentu keberhasilan program promosi kesehatan.

Evaluasi strategi promosi kesehatan merupakan proses sistematis untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan dampak dari implementasi program. Evaluasi dapat dilakukan pada tahap awal (evaluasi proses), tahap pertengahan (monitoring), maupun tahap akhir (evaluasi hasil). Melalui evaluasi, pelaksana program dapat mengetahui apakah kegiatan telah dijalankan sesuai rencana, apakah pesan promosi diterima dengan baik, serta apakah terjadi perubahan perilaku kesehatan pada sasaran. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan program, pengambilan keputusan, dan perencanaan strategi lanjutan. Dengan demikian, implementasi dan evaluasi merupakan dua komponen penting yang memastikan strategi promosi kesehatan berjalan efektif dan berkelanjutan.

1. Langkah Implementasi

Setelah strategi dipilih, langkah pelaksanaan mencakup:

- a. Perencanaan operasional: jadwal kegiatan, anggaran, pembagian tugas, koordinasi lintas sektor.
- b. Penguatan kapasitas pelaksana: pelatihan kader, fasilitator, tenaga kesehatan atau relawan.
- c. Mobilisasi sumber daya dan logistik: media, tempat kegiatan, materi edukasi.
- d. Pelaksanaan intervensi sesuai jadwal, monitoring awal untuk melihat progres.

2. Monitoring dan Evaluasi

Evaluasi menjadi bagian penting untuk memastikan strategi berjalan sesuai rencana dan mencapai hasil yang diharapkan. Komponen evaluasi mencakup:

- a. Indikator proses: apakah kegiatan dilaksanakan sesuai jadwal, jumlah peserta, kualitas pelaksanaan.
- b. Indikator output: perubahan pengetahuan, sikap, perilaku sasaran dalam jangka pendek.

- c. Indikator outcome: perubahan kondisi kesehatan, prevalensi penyakit, perilaku jangka menengah/ panjang.

Metode evaluasi: survei, wawancara, observasi, data sekunder (misalnya rekam kesehatan). Hasil evaluasi digunakan sebagai umpan balik untuk perbaikan strategi selanjutnya dan untuk mempertimbangkan keberlanjutan serta skalabilitas.

H. Tantangan dan Peluang dalam Strategi Promosi Kesehatan

Dalam proses perencanaan dan pelaksanaan promosi kesehatan, berbagai tantangan maupun peluang sering muncul sebagai bagian dari dinamika perubahan sosial, teknologi, dan perilaku masyarakat. Tantangan umumnya terkait keterbatasan sumber daya, hambatan budaya, rendahnya literasi kesehatan, serta kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut dapat menghambat efektivitas penyampaian pesan dan adopsi perilaku sehat. Selain itu, kompleksitas masalah kesehatan modern seperti penyakit tidak menular, hoaks kesehatan, dan perubahan gaya hidup menuntut pendekatan promosi kesehatan yang lebih adaptif, berbasis bukti, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

Di sisi lain, perkembangan teknologi informasi, meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap hidup sehat, serta dukungan kebijakan pemerintah menjadi peluang besar untuk memperkuat strategi promosi kesehatan. Media digital, platform edukasi kesehatan, serta kolaborasi lintas sektor memungkinkan penyebaran informasi yang lebih cepat, luas, dan interaktif. Selain itu, kemajuan penelitian dan model intervensi perilaku menyediakan kerangka ilmiah yang memperkuat kemampuan tenaga kesehatan dalam merancang strategi yang efektif dan terukur. Dengan memahami tantangan dan memanfaatkan peluang ini, strategi promosi kesehatan dapat dikembangkan secara lebih inovatif, inklusif, dan berkelanjutan.

1. Tantangan

- a. Keterbatasan sumber daya (manusia, dana, waktu).
- b. Resistensi masyarakat terhadap perubahan perilaku atau budaya.
- c. Kurangnya koordinasi lintas sektor atau politik yang mendukung.
- d. Perubahan cepat dalam teknologi dan media yang belum diikuti oleh strategi promosi.

2. Peluang

- a. Pemanfaatan teknologi digital dan media sosial untuk menjangkau lebih luas dan interaktif.
- b. Kemitraan publik-swasta, lembaga non-pemerintah, komunitas lokal untuk kolaborasi lebih efektif.
- c. Kebijakan dan regulasi yang mendukung lingkungan sehat.
- d. Kesadaran masyarakat yang semakin tinggi terhadap pentingnya gaya hidup sehat.

Dengan melihat tantangan dan peluang tersebut, strategi promosi kesehatan harus fleksibel, adaptif terhadap konteks lokal dan perkembangan teknologi, serta berorientasi jangka panjang.

I. Penutup

Strategi promosi kesehatan yang sistematis dan terencana merupakan fondasi penting agar kegiatan promosi tidak hanya sesaat tetapi berdampak jangka panjang. Melalui pemahaman teori-model perilaku, analisis situasi yang matang, pemilihan strategi dan media yang tepat, serta evaluasi yang kontinu, praktik promosi kesehatan dapat lebih efektif. Di era perubahan cepat dengan tantangan baru seperti penyakit tidak menular dan teknologi digital, adaptasi strategi promosi kesehatan menjadi semakin penting. Semoga bab ini memberikan peta jalan yang jelas bagi praktisi, dosen, dan mahasiswa keperawatan dalam merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi strategi promosi kesehatan yang relevan dan berdaya guna.

DAFTAR PUSTAKA

- Elsevier. (2007). *What is health promotion ?* 17–30.
[https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780702044564/Promoting Health - Sample Chapter.pdf?utm_source=chatgpt.com](https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780702044564/Promoting%20Health%20-%20Sample%20Chapter.pdf?utm_source=chatgpt.com)
- Glanz, K. (2009). *Social and Behavioral Theories*.
<https://iris.who.int/handle/10665/349514>
- Gørill, H., & Monica, E. (2021). *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services*.
https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_1
- Hernitati, Syafrani, Dewi, O., Rany, N., & Alamsyah, A. (2022). *Strategi Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Masyarakat Dalam Penerapan Protokol*. 7(1), 189–200.
- Katmini, K., & Yunita, A. (2025). Strategy and Role of Health Promotion in Stunting Prevention: Literature Review. *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 14(1), 19–26.
<https://doi.org/10.37341/interest.v14i1.651>
- Kemenkes RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019*.
- Notoatmodja, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
<https://lib.fkm.ui.ac.id/detail?id=77137&lokasi=lokal>
- OECD. (2022). Promoting Health and Well-being at Work. In *OECD Health Policy Studies*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/promoting-health-and-well-being-at-work_e179b2a5-en%0Ahttps://www.proquest.com/other-sources/promoting-health-well-being-at-work/docview/2824117522/se-2?accountid=13250%0Ahttps://media.proquest.

- Purwaningsih, E., Nurmala, I., & Fatah, M. Z. (2023). Systematic review of health promotion policies or regulations with CCAT theory. *Journal of Public Health Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1177/22799036231153479>
- Rachmawati, W. C. (2019). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Wineka Media.
- Rani, N. (2023). *Strategi Promosi Kesehatan* (A. Masroroh (ed.)). Widina Media Utama.
- Tri, A. J., Karmadi, Norrochim, Irawati, D., Maesaroh, S., Zamani, A., Nur, F. A., Anasulfalah, H., & Nur, R. P. (2024). *Strategi Promosi Kesehatan Di Rumah Sakit*. Tahta Media Group.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. April. <https://iris.who.int/handle/10665/349514>
- WHO. (2021). *From Theory to Practice in Environmental Epidemiology : Developing, Conducting and Disseminating Health Research*. <https://iris.who.int/handle/10665/347877>
- WHO. (2022). *A Global Framework for Integrating Well-being into Public Health: Health Promotion Approach*.

BAB 4

PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU

Ns. Said Taufiq, S.KM., M.Kes.

A. Pendahuluan

Perilaku manusia merupakan salah satu penentu utama derajat kesehatan masyarakat. Perilaku tidak hanya dipahami sebagai tindakan fisik yang dapat diamati, tetapi juga mencakup proses kognitif, emosional, motivasional dan sosial yang memengaruhi keputusan seseorang dalam menjaga kesehatan. Perubahan pola penyakit dari penyakit menular ke penyakit tidak menular membuat perilaku kesehatan semakin menjadi faktor utama yang perlu diperhatikan. Hal ini menuntut pemahaman yang lebih komprehensif mengenai bagaimana perilaku terbentuk, dipengaruhi dan diubah secara efektif melalui berbagai intervensi (Glanz, Rimer & Viswanath, 2015).

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai determinan yang saling berinteraksi dari keyakinan individu, persepsi risiko, norma sosial hingga faktor lingkungan fisik dan kebijakan kesehatan. Teori-teori klasik tentang perilaku seperti *Health Belief Model*, *Social Cognitive Theory* dan *Theory of Planned Behavior* telah memberikan dasar untuk memahami mengapa seseorang memilih untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu. Saat ini pendekatan yang lebih komprehensif seperti *Behaviour Change Wheel* dan model COM-B (*Capability, Opportunity, Motivation-Behaviour*) menawarkan kerangka sistematis untuk mendiagnosis perilaku dan merancang

intervensi yang lebih efektif dalam rangka membentuk atau merubah perilaku positif (Michie, van Stralen & West, 2011).

Pemahaman tentang domain perilaku menjadi penting untuk mengarahkan intervensi promosi kesehatan secara tepat. Domain perilaku dapat mencakup ranah kognitif, afektif, psikomotorik, interpersonal dan lingkungan yang masing-masing memerlukan strategi perubahan perilaku yang berbeda. Peningkatan pengetahuan tidak selalu menjamin perubahan perilaku karena motivasi, kebiasaan dan dukungan lingkungan turut memainkan peran yang signifikan. Konsep domain perilaku membantu promotor kesehatan, tenaga kesehatan dan para perencana program promosi memilih metode intervensi yang paling relevan dan efektif (Bartholomew Eldredge et al., 2016).

Pembahasan tentang perilaku dan domain perilaku menjadi fondasi penting dalam memahami dinamika perubahan perilaku kesehatan. Perlu kaitan antara teori-teori tentang perilaku dengan praktik promosi kesehatan yang berbasis bukti. Melalui pemahaman yang mendalam terhadap determinan dan domain perilaku diharapkan tenaga kesehatan dapat merancang dan melaksanakan program promosi kesehatan yang lebih sistematis dan terukur serta memberikan dampak jangka panjang (Kwasnicka et al., 2016).

B. Konsep Perilaku

Perilaku didefinisikan secara beragam oleh banyak ahli psikologi namun pada dasarnya merujuk pada respons individu terhadap stimulus internal maupun eksternal. Menurut Skinner (2014) perilaku adalah segala bentuk respons organisme yang dapat diamati maupun diukur sebagai hasil dari hubungan antara stimulus dan konsekuensi. Definisi ini menekankan bahwa perilaku bersifat operasional dan dapat dimodifikasi melalui penguatan. Ajzen (2011) mendefinisikan perilaku sebagai tindakan nyata yang dilakukan individu yang didorong oleh intensi, norma subjektif dan persepsi kontrol perilaku. Perspektif ini menempatkan perilaku sebagai hasil proses

kognitif yang terstruktur bukan sekadar reaksi otomatis terhadap stimulus.

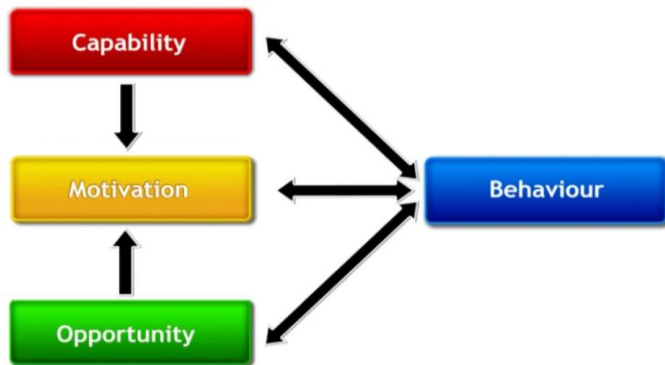
Teori ilmu perilaku modern memandang perilaku sebagai hasil interaksi kompleks antara faktor psikologis, sosial dan lingkungan. Glanz, Rimer dan Viswanath (2015) menjelaskan bahwa perilaku merupakan tindakan individu yang dipengaruhi oleh keyakinan, pengetahuan, persepsi risiko, nilai personal dan dukungan sosial. Pendekatan ini menempatkan perilaku dalam konteks yang lebih luas, dimana perubahan perilaku tidak hanya terjadi pada level individu tetapi juga dipengaruhi oleh lingkungan fisik dan sosial. Michie, van Stralen dan West (2011) melalui model COM-B, mendefinisikan perilaku sebagai fungsi dari kemampuan (*capability*), kesempatan (*opportunity*) dan motivasi (*motivation*) yang semuanya berinteraksi membentuk kecenderungan untuk bertindak dalam konteks tertentu.

Perilaku kesehatan merujuk pada tindakan atau kebiasaan individu yang secara langsung memengaruhi kesehatan mereka dari kebiasaan makan, aktivitas fisik, kepatuhan terhadap pengobatan hingga kebiasaan pencegahan seperti cuci tangan dan vaksinasi. Pendekatan modern terhadap perilaku kesehatan menekankan bahwa perilaku bukan sekadar hasil pilihan rasional tunggal, melainkan produk interaksi kompleks antara kemampuan individu, kesempatan lingkungan dan motivasi internal (Michie, van Stralen & West, 2011). Kerangka *COM-B* menyederhanakan pemahaman ini dengan menyatakan bahwa ketiga komponen tersebut harus ada dan saling memengaruhi agar perilaku terjadi atau berubah. Karena itu diagnosis perilaku melalui sudut pandang *COM-B* sering menjadi langkah awal dalam perancangan intervensi yang efektif.

Perilaku kesehatan adalah rangkaian tindakan, kebiasaan dan respon yang mempengaruhi keadaan kesehatan individu dan populasi. Pemahaman tentang perilaku tidak cukup sebatas melihat tindakan yang tampak, namun perilaku harus dianalisis sebagai hasil interaksi antara faktor internal seperti pengetahuan dan motivasi dengan faktor eksternal seperti lingkungan dan

norma sosial. Konsep ini menjadi dasar bagi pendekatan modern perubahan perilaku. Konsep-konsep perilaku kesehatan yang lama menekankan pada teori individual seperti *Health Belief Model*, *Theory of Planned Behavior* dan *Social Cognitive Theory*, yang membantu menjelaskan mengapa orang bermotivasi untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan tertentu. Teori-teori ini bermanfaat menjelaskan konstruk seperti keyakinan risiko, kontrol yang dirasakan dan *self-efficacy* (Sniehotta, Preeceau & Soares, 2014).

Untuk menjembatani kesenjangan antara teori individu dan praktik intervensi, dikembangkan kerangka integratif seperti *Behaviour Change Wheel (BCW)* dan model *COM-B* (*Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour*). COM-B menyatakan bahwa perilaku terjadi ketika seseorang memiliki kemampuan (C), kesempatan (O) dan motivasi (M) yang cukup untuk bertindak dan ketiganya saling berinteraksi. Kerangka ini memudahkan diagnosis perilaku sebelum memilih strategi intervensi.

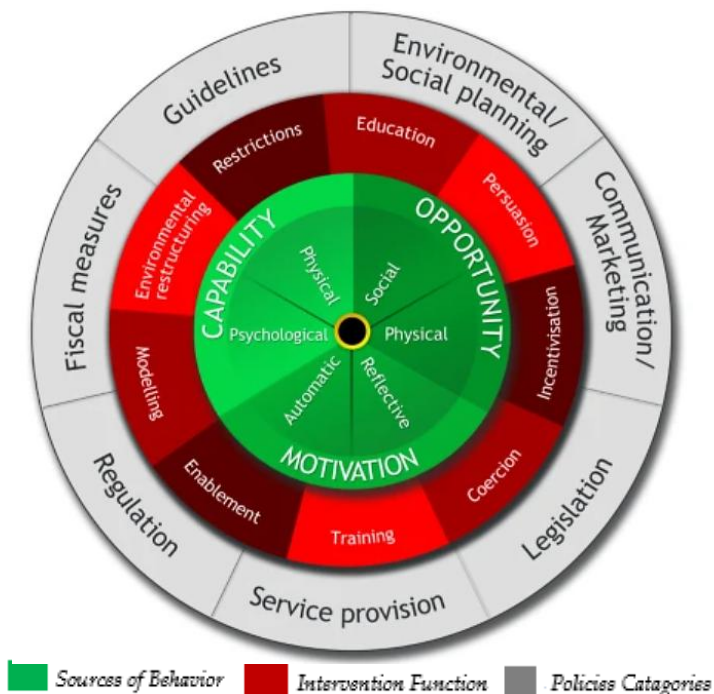


Gambar 4.1 Sistem COM-B: Kerangka Kerja Perilaku
(Michie, van Stralen & West, 2011)

Capability mencakup aspek psikologis berupa pengetahuan dan pemrosesan informasi) serta aspek fisik berupa keterampilan yang diperlukan untuk melakukan perilaku. *Opportunity* terbagi menjadi kesempatan fisik seperti akses dan infrastruktur serta aspek sosial berupa norma dan

dukungan. *Motivation* terdiri dari proses reflektif seperti keyakinan dan tujuan serta otomatisasi berupa emosi dan kebiasaan). Dengan memahami tipe tiap komponen perubahan perilaku, perencana program promosi dapat memilih teknik yang sesuai untuk membentuk atau merubah perilaku. Kegiatan pelatihan misalnya dapat dipilih untuk meningkatkan *capability* atau perubahan lingkungan untuk menguatkan *opportunity* (Michie, van Stralen & West, 2011).

Pembentukan atau perubahan perilaku salah satunya dapat dilakukan dengan menerapkan model BCW: *Behaviour Change Wheel* (roda perubahan perilaku). Kebijakan (*policies*) hanya dapat memengaruhi perilaku melalui intervensi yang dimungkinkan dengan menempatkan intervensi tersebut dengan perilaku. BCW disusun dengan tiga lapisan roda seperti yang ditunjukkan pada gambar berikut.



Gambar 4.2 Behaviour Change Wheel
(Michie, van Stralen & West, 2011)

C. Determinan Perilaku

Determinan perilaku merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan dan melakukan suatu tindakan. Perilaku tidak hanya dipandang sebagai hasil dari satu penyebab tunggal, tetapi sebagai produk interaksi dinamis antara faktor psikologis, sosial, lingkungan dan struktural. Glanz, Rimer, dan Viswanath (2015) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh beberapa variabel seperti:

1. Keyakinan (*beliefs*)
2. Persepsi (*perceptions*)
3. Keterampilan (*skills*)
4. Pengaruh sosial (*social influences*)

Semua faktor tersebut bekerja secara simultan dan saling melengkapi, sehingga pemahaman tentang determinan perilaku menjadi dasar penting dalam merancang intervensi promosi kesehatan yang efektif.

Dari sudut pandang psikologi sosial determinan perilaku sering dijelaskan melalui model *Theory of Planned Behavior* (TPB). Ajzen (2011) menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh tiga komponen utama yaitu:

1. Sikap terhadap perilaku
2. Norma subjektif
3. Kontrol Perilaku (*perceived behavioral control*)

Ketiga faktor tersebut bersama-sama membentuk niat berperilaku, dimana niat merupakan prediktor paling kuat dari tindakan seseorang. Contoh nya seseorang akan lebih mungkin melakukan aktivitas fisik secara rutin jika ia memiliki sikap positif terhadap manfaatnya, mendapat dukungan dari keluarga dan merasa mampu melakukannya. Kerangka ini menunjukkan bahwa determinan perilaku bersifat multidimensional dan dipengaruhi oleh faktor kognitif serta lingkungan sosial.

Ditinjau dari perspektif ekologi sosial perilaku dipengaruhi oleh berbagai lapisan lingkungan. Golden dan Earp (2012) menjelaskan bahwa determinan perilaku tidak hanya berada pada level individu tapi juga pada level interpersonal,

organisasi, komunitas dan kebijakan publik. Sebagai contoh perilaku merokok tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan individu tentang bahaya rokok, tetapi juga oleh dukungan teman sebaya, budaya merokok di lingkungan kerja, iklan rokok dan regulasi pemerintah tentang kawasan tanpa rokok. Pendekatan ekologis membantu tenaga kesehatan memahami bahwa intervensi tunggal tidak cukup sehingga diperlukan strategi yang bekerja pada berbagai level sekaligus.

Faktor psikologis merupakan determinan yang sangat kuat pengaruhnya dalam membentuk perilaku. Persepsi risiko, keyakinan personal, motivasi dan *self-efficacy* sering kali menjadi penentu utama seseorang untuk berubah. Bandura (2012) menekankan bahwa *self-efficacy* atau keyakinan akan kemampuan diri adalah fondasi membentuk motivasi dan manusia bertindak. Individu dengan *self-efficacy* tinggi lebih mungkin mempertahankan perilaku sehat meskipun menghadapi hambatan seperti diet ketat atau aktivitas fisik rutin. Sebaliknya rendahnya keyakinan diri sering menjadi penghalang utama dalam melakukan perubahan perilaku yang positif. Budaya dan nilai-nilai masyarakat turut mempengaruhi cara seseorang melihat kesehatan dan mengambil keputusan. Dalam beberapa komunitas misalnya, penggunaan obat herbal lebih diterima daripada konsultasi medis sehingga mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Nilai-nilai agama atau adat juga dapat memengaruhi persepsi seseorang tentang penyakit, pencegahan atau gaya hidup sehingga mempengaruhi juga keputusannya berperilaku.

Secara sosial dukungan dari keluarga, teman atau komunitas dapat memperkuat atau melemahkan perilaku individu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan kepatuhan berobat, perilaku diet sehat, hingga aktivitas fisik (Glanz et al., 2015). Norma sosial juga memengaruhi perilaku seseorang seperti kecenderungan remaja mengikuti gaya hidup kelompoknya. Norma yang positif akan mendorong adopsi perilaku sehat, sedangkan norma negatif berpotensi memperkuat perilaku berisiko. Kualitas interaksi

sosial yang hangat dan suportif terbukti menurunkan tingkat stres, sehingga individu lebih mampu membuat keputusan perilaku yang adaptif. Lingkungan sosial yang memberikan teladan juga berperan kuat dalam membentuk kebiasaan jangka panjang, terutama pada kelompok usia muda yang rentan terhadap pengaruh eksternal.

Lingkungan fisik juga salah satu variable yang berperan penting dalam membentuk perilaku individu. Ketersediaan fasilitas, akses transportasi, keamanan lingkungan dan faktor geografis dapat mendukung atau menghambat pilihan perilaku. Hasil penelitian menunjukkan akses terhadap ruang terbuka hijau dan fasilitas olahraga terbukti meningkatkan aktivitas fisik masyarakat (Golden & Earp, 2012). Sementara lingkungan yang padat dan tidak aman dapat menurunkan peluang seseorang berolahraga di luar rumah. Untuk itu dalam konteks promosi kesehatan intervensi lingkungan sering kali memberikan dampak jangka panjang karena mengubah struktur yang mempengaruhi perilaku.

Selain itu faktor lain yang mempengaruhi perilaku individu adalah ekonomi dan faktor struktural. Pendapatan rendah, biaya layanan yang tinggi dan ketidaksetaraan akses kesehatan dapat membatasi kemampuan seseorang melakukan tindakan sehat. McLeroy et al. (2016) menegaskan bahwa determinan struktural seperti kebijakan publik, sistem kesehatan dan distribusi sumber daya memainkan peran signifikan dalam pembentukan perilaku kesehatan. Intervensi yang mengabaikan faktor struktural berisiko tidak efektif, terutama pada kelompok rentan. Kondisi ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku tidak hanya dapat dituntut dari individu, tetapi harus difasilitasi oleh lingkungan sosial dan ekonomi yang mendukung. Kebijakan yang meningkatkan ketersediaan layanan kesehatan, mengurangi hambatan biaya dan memperbaiki infrastruktur memungkinkan individu membuat pilihan yang lebih sehat. Reformasi struktural sering kali menjadi pendorong utama terhadap perubahan perilaku populasi dalam jangka panjang.

Di era modern seperti saat ini faktor digital dan teknologi kesehatan juga menjadi determinan baru perilaku. Paparan media, aplikasi kesehatan digital, *wearable devices* dan informasi kesehatan *online* dapat meningkatkan kesadaran, membentuk keyakinan, bahkan mengubah kebiasaan dan perilaku individu. Yardley et al. (2016) menjelaskan bahwa intervensi digital lebih efektif ketika mengintegrasikan personalisasi, umpan balik dan penguatan visual yang mendukung pembentukan perilaku sehat. Namun selain memberi pengaruh positif, teknologi juga dapat menjadi sumber informasi keliru yang berpotensi membentuk perilaku negatif atau menghambat perubahan perilaku menjadi lebih baik.

D. Domain Perilaku

Domain perilaku merujuk pada kategori atau wilayah utama yang membentuk tindakan manusia baik yang bersifat kognitif, afektif maupun psikomotorik. Dalam kajian ilmu perilaku domain ini membantu peneliti dan praktisi kesehatan memahami bagaimana perilaku terbentuk, dipelajari dan berubah. Menurut Rosenstock, Strecher dan Becker (2010), perilaku kesehatan tidak terjadi secara acak, melainkan merupakan hasil interaksi antara persepsi, emosi, nilai dan kemampuan individu untuk bertindak. Dengan memahami domain perilaku intervensi promosi kesehatan dapat diarahkan secara lebih efektif untuk mengubah aspek-aspek spesifik yang berkontribusi terhadap tindakan seseorang.

Secara umum domain perilaku dibagi menjadi tiga kelompok besar, yaitu domain kognitif, domain afektif dan domain psikomotorik. Ketiga domain ini telah lama dikenali dalam teori belajar, khususnya melalui taksonomi Bloom yang direvisi oleh Anderson dan Krathwohl (2010). Dalam konteks promosi kesehatan ketiga domain tersebut memberikan kerangka kerja yang sistematis untuk memahami bagaimana seseorang memperoleh pengetahuan, membentuk sikap dan mengembangkan kemampuan keterampilan yang berhubungan dengan kesehatan. Pembagian ini juga memudahkan proses

perencanaan intervensi agar mencakup dimensi mental, emosional dan motorik yang diperlukan untuk menghasilkan perubahan perilaku yang komprehensif.

1. Domain kognitif

Domain kognitif berkaitan dengan proses pengetahuan, pemahaman dan pemikiran. Individu yang memiliki pengetahuan memadai tentang suatu isu cenderung lebih mampu melakukan tindakan yang tepat. Menurut Nutbeam (2015) literasi kesehatan merupakan bagian penting dari domain kognitif yang mencakup kemampuan menemukan, memahami dan mengaplikasikan informasi kesehatan untuk membuat keputusan yang benar. Tingkat literasi kesehatan sangat menentukan perilaku seseorang terutama dalam hal pengambilan keputusan terkait pencegahan penyakit, pengelolaan kondisi kronis ataupun penggunaan layanan kesehatan.

Domain kognitif juga mempengaruhi persepsi risiko, keyakinan kesehatan dan penilaian individu terhadap manfaat serta hambatan perilaku sehat. Brewer et al. (2020) menunjukkan bahwa persepsi risiko yang akurat berpengaruh kuat terhadap niat dan tindakan kesehatan, misalnya dalam perilaku vaksinasi atau kepatuhan pengobatan. Pengetahuan yang kuat dapat memperkuat niat perilaku, namun pengetahuan saja tidak selalu cukup tanpa dukungan domain lain seperti motivasi dan lingkungan sosial. Untuk itu intervensi seringkali dirancang untuk meningkatkan pemahaman sekaligus membentuk keyakinan yang mendorong perubahan perilaku.

Selain aspek pengetahuan dan pemahaman domain kognitif juga mencakup proses mental tingkat tinggi seperti analisis, evaluasi dan penciptaan gagasan baru. Terkait perilaku kesehatan kemampuan berpikir kritis memungkinkan individu mengevaluasi informasi yang bertentangan, membedakan sumber informasi yang kredibel dan mengidentifikasi risiko secara lebih rasional. Menurut Mårtensson & Hensing (2012) proses kognitif yang kuat

memungkinkan individu mengolah informasi kesehatan secara lebih mendalam sehingga menghasilkan keputusan perilaku yang lebih akurat dan bertanggung jawab. Individu dengan kapasitas kognitif tinggi cenderung mampu mempertimbangkan konsekuensi jangka panjang dari perilakunya, seperti memahami dampak kronis dari merokok atau pola diet tidak sehat. Proses kognitif ini juga berhubungan langsung dengan kemampuan belajar mandiri yang sangat penting dalam mengadopsi dan mempertahankan perilaku kesehatan secara berkelanjutan.

2. Domain Afektif

Domain afektif mencakup sikap, nilai, keyakinan dan respon emosional yang dimiliki seseorang terhadap objek atau suatu situasi tertentu. Domain ini sangat menentukan apakah seseorang bersedia memulai atau mempertahankan perilaku tertentu, terutama perilaku kesehatannya. Menurut Godin dan Kok (2018) sikap positif terhadap perilaku sehat seperti olahraga atau diet seimbang merupakan prediktor kuat perilaku aktual. Perasaan seperti takut, cemas, malu atau bangga juga dapat mempengaruhi sejauh mana seseorang mengikuti rekomendasi kesehatan.

Emosi seringkali memainkan peran penting dalam mendorong atau menghambat perilaku. Misalnya rasa takut terhadap konsekuensi penyakit dapat memotivasi perilaku pencegahan, namun bisa pula menyebabkan penolakan jika rasa takut terlalu tinggi. Nilai-nilai budaya juga turut membentuk domain afektif karena individu dibesarkan dengan norma tertentu yang mempengaruhi preferensi dan keyakinan mereka. Dalam masyarakat tertentu, misalnya perilaku merokok dapat dianggap sebagai simbol kedewasaan atau keakraban sosial sehingga menimbulkan sikap positif meskipun perilaku tersebut tidak sehat dan berisiko.

Domain afektif tidak hanya berkaitan dengan sikap dan emosi, namun juga melibatkan penerimaan nilai, internalisasi norma dan stabilitas motivasi jangka panjang.

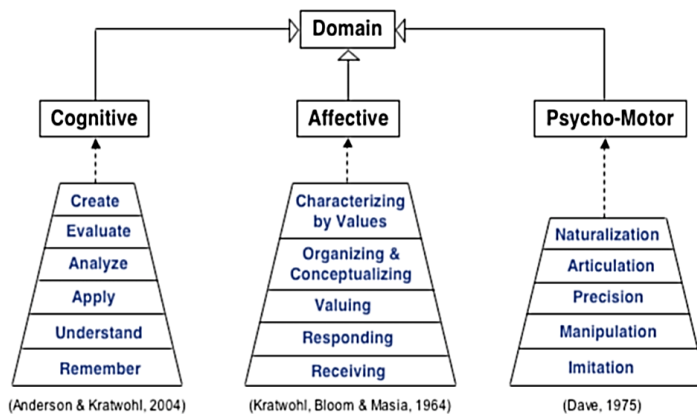
Emosi seperti empati, harapan atau rasa percaya diri berperan besar dalam mendorong seseorang mengambil tindakan yang konsisten dengan nilai kesehatannya. Menurut Peters, Ruiters & Kok (2013) respon emosional sangat memengaruhi persepsi risiko dan kemauan seseorang untuk mengubah perilaku, bahkan lebih besar daripada pengetahuan rasional. Ketika seseorang memiliki hubungan emosional positif dengan suatu perilaku, misalnya merasa bangga saat berhasil mempertahankan aktivitas fisik mereka maka perilaku tersebut lebih mungkin menjadi kebiasaan. Domain afektif juga terkait erat dengan proses identitas diri, dimana individu menempatkan perilaku sehat sebagai bagian dari nilai pribadi yang melekat sehingga lebih tahan terhadap godaan lingkungan yang tidak mendukung.

3. Domain Psikomotorik

Domain psikomotorik berkaitan dengan keterampilan motorik atau tindakan fisik. Kemampuan ini terkait keterampilan melakukan tindakan kesehatan seperti cara mencuci tangan, teknik menyuntik insulin, menyikat gigi atau cara merawat luka. Menurut Oermann dan Gaberson (2016) pembelajaran psikomotorik memerlukan latihan berulang, umpan balik yang tepat dan lingkungan praktik yang aman agar individu dapat mencapai keterampilan yang diharapkan. Domain psikomotorik juga mencakup kemampuan menerapkan teknik tertentu dalam kehidupan sehari-hari. Contohnya kemampuan mengukur tekanan darah secara mandiri merupakan faktor penting bagi penderita hipertensi untuk memantau kondisi mereka. Tanpa keterampilan tersebut pengetahuan dan sikap positif saja tidak cukup untuk menghasilkan perilaku kesehatan yang sesuai. Pendidikan kesehatan yang diberikan harus mencakup unsur praktik untuk memastikan keterampilan diterapkan secara efektif.

Pada domain psikomotorik perkembangan keterampilan tidak hanya ditentukan oleh latihan fisik, juga oleh integrasi antara koordinasi tubuh, kesiapan mental dan

pembiasaan perilaku. Simpson (2013) menekankan bahwa keterampilan psikomotorik mengikuti tahapan perkembangan mulai dari meniru, memanipulasi hingga mencapai otomatisasi gerakan. Otomatisasi kemampuan seperti teknik mencuci tangan, penggunaan inhaler yang benar, menyikat gigi dengan tepat atau pemberian insulin mandiri sangat penting agar perilaku dapat dilakukan dengan konsisten tanpa beban kognitif berlebihan. Kemampuan psikomotorik yang baik juga meningkatkan efikasi diri seseorang karena individu merasa mampu melaksanakan tindakan kesehatan yang diperlukan. Dengan demikian domain psikomotorik berperan signifikan dalam menjembatani pengetahuan dan sikap menjadi tindakan nyata yang efektif dalam kehidupan sehari-hari.



Gambar 4.3 Domain Perilaku

(Anderson & Krathwohl, 2010)

4. Interaksi antar domain perilaku

Ketiga domain perilaku tidak berdiri sendiri tetapi saling terkait dan saling mempengaruhi. Pengetahuan dapat memengaruhi sikap, sikap dapat mendorong motivasi dan keterampilan psikomotorik memungkinkan seseorang benar-benar melakukan tindakan. Menurut Ryan (2020) perubahan perilaku yang efektif membutuhkan integrasi ketiga domain tersebut agar individu mampu memahami alasan perubahan,

memiliki motivasi emosional yang mendukung dan mampu melakukannya secara nyata. Misalnya individu yang mengikuti program berhenti merokok yang sukses, biasanya mencakup informasi bahaya rokok (kognitif), penguatan motivasi untuk berhenti (afektif) dan pelatihan keterampilan mengatasi keinginan merokok (psikomotorik). Tanpa integrasi tersebut perubahan perilaku biasanya tidak bertahan lama. Interaksi domain juga dipengaruhi faktor sosial dan lingkungan yang menjadikan perilaku sebagai hasil proses kompleks dan dinamis.

Dalam praktik promosi kesehatan pemahaman domain perilaku sangat penting untuk merancang intervensi yang efektif. Intervensi yang terlalu fokus pada satu domain, misalnya hanya meningkatkan pengetahuan sering kali gagal mengubah perilaku apabila tidak menyentuh aspek emosi dan keterampilan. Pendekatan promosi kesehatan yang modern banyak menggunakan model komprehensif seperti *behavior change wheel* atau pendekatan literasi kesehatan yang multidimensional. Pendekatan berbasis domain membantu tenaga kesehatan merancang pesan, memilih metode pembelajaran dan mengevaluasi keberhasilan program dengan lebih tepat. Misalnya penyuluhan tentang diet sehat harus mencakup informasi tentang nutrisi (kognitif), dorongan emosional untuk berubah (afektif) dan demonstrasi keterampilan menyiapkan makanan sehat (psikomotorik). Semakin lengkap domain yang stimulasikan maka semakin besar peluang perubahan perilaku pada individu yang terpelihara secara berkelanjutan.

E. Taksonomi Perilaku

Taksonomi perilaku adalah sistem pengklasifikasian perilaku yang bertujuan untuk mengorganisir berbagai jenis tindakan manusia dalam kerangka yang sistematis dan terstruktur. Dalam konteks promosi kesehatan dan intervensi perilaku, taksonomi ini membantu peneliti dan praktisi mengidentifikasi, mengkode dan menganalisis *unit aktif dalam*

intervensi. Unit aktif yaitu aspek-aspek spesifik dari intervensi yang dapat dimanipulasi dan diulang dalam melakukan intervensi perubahan perilaku (Kok et al., 2015). Dengan taksonomi perilaku intervensi menjadi lebih transparan dan replikabel dan memungkinkan sintesis bukti yang lebih akurat tentang teknik mana yang paling efektif untuk target perilaku tertentu.

Salah satu taksonomi metode perubahan perilaku yang banyak digunakan adalah yang dikembangkan melalui pendekatan *Intervention Mapping*. Kok et al. (2015) menyajikan taksonomi yang menggabungkan metode perubahan perilaku berdasarkan teori-teori determinan seperti peran sikap, nilai dan keterampilan serta metode yang secara khusus menargetkan faktor lingkungan. Mereka menyatakan bahwa “*methods for individual change ... need to be complemented with methods for environmental levels*” menekankan bahwa perilaku manusia selalu berada dalam konteks sosial dan struktural. Dengan demikian taksonomi ini tak hanya mencakup teknik individu tetapi juga strategi perubahan pada level organisasi, komunitas dan kebijakan.

Taksonomi teknik perubahan perilaku (*Behaviour Change Techniques/BCT*) juga telah dikembangkan secara rinci untuk menjelaskan komponen struktural intervensi. Salah satu versi awal yang disempurnakan adalah taksonomi *CALO-RE (Coventry, Aberdeen & London- Refined)*, yang dikembangkan untuk perilaku aktivitas fisik dan diet sehat. Michie, Ashford, Sniehotta, Dombrowski, Bishop & French (2011) menguraikan taksonomi 40 item yang masing-masing memiliki definisi operasional yang jelas, guna meningkatkan pelaporan intervensi dan replikasi. Menurut mereka “*labels and definitions were improved ... some categories were split and 14 techniques were added, resulting in a 40-item taxonomy*” menunjukkan evolusi penting dari taksonomi sebelumnya (Michie et al., 2011).

Manfaat taksonomi perilaku bagi promosi kesehatan sangat besar, dimana dengan menggunakan taksonomi, perancang program dapat memilih teknik yang paling relevan

berdasarkan analisis determinan perilaku (misalnya, motivasi, keterampilan, lingkungan) dan merancang intervensi yang lebih teoretis, sistematis, dan berbasis bukti. Selanjutnya taksonomi juga memungkinkan evaluasi komponen utama intervensi, yaitu mengukur “*apa yang sebenarnya disampaikan*” dalam intervensi sehingga praktisi dapat menilai *fidelity* dan potensi perbaikan perilaku.

Tantangan penggunaan taksonomi perilaku juga nyata. Pertama keandalan pengkodean teknik memerlukan pelatihan khusus karena banyak teknik yang sulit dipahami tanpa definisi operasional yang jelas. Kedua pengembangan ontologi menuntut usaha besar untuk menyelaraskan terminologi, memperjelas hierarki teknik dan menyesuaikan dengan konteks budaya dan format penyampaian (*online* atau tatap muka). Ketiga meski taksonomi semakin komprehensif tidak semua teknik dikuasai dalam praktik terutama di *setting* sumber daya rendah atau komunitas dengan kultur berbeda.

Terlepas dari tantangan tersebut taksonomi perilaku terus menjadi fondasi penting dalam ilmu promosi kesehatan modern. Ketika diterapkan dengan baik taksonomi memperkuat transparansi intervensi, memfasilitasi sintesis bukti dan membantu pembuat kebijakan serta praktisi menyesuaikan strategi intervensi sesuai dengan kebutuhan lokal. Dengan lonjakan intervensi perilaku digital dan kompleksitas masalah kesehatan global, taksonomi yang terus berkembang (termasuk ontologi) menjadi instrumen penting untuk mendesain dan mengevaluasi intervensi yang efektif dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (2011) 'The theory of planned behaviour: Reactions and reflections', *Psychology & Health*, 26 (9), pp. 1113–1127.
- Anderson, L.W. & Krathwohl, D.R. (2010) *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing*. New York: Longman.
- Bandura, A. (2012) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bartholomew Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A., Fernández, M. E., Kok, G. & Parcel, G. S. (2016) *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brewer, N.T. et al. (2020) 'Risk perceptions and their relation to risk behavior', *Annals of Behavioral Medicine*, 54 (6), pp. 463–475.
- Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (2015) *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Godin, G. & Kok, G. (2018) 'The theory of planned behavior: A review of its applications in health behavior', *American Journal of Health Promotion*, 32 (5), pp. 1105–1118.
- Golden, S.D. & Earp, J.A.L. (2012) 'Social ecological approaches to individuals and their contexts', *Health Education & Behavior*, 39 (3), pp. 364–372.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Peters, G.-J. Y., Mullen, P. D., Parcel, G. S., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Markham, C. & Bartholomew, L. K. (2015) 'A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach', *Health Psychology Review*, 10 (3), pp. 297–312.
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M. & Sniehotta, F. (2016) 'Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review', *Health Psychology Review*, 10 (3), pp. 277–296.

- Mårtensson, L. & Hensing, G. (2012) 'Health literacy—a heterogeneous phenomenon: A literature review', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (1), pp. 151–160.
- McLeroy, K.R. et al. (2016) 'Ecological perspectives on health promotion programs', *Health Education Quarterly*, 42 (4), pp. 321–340.
- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F. F., Dombrowski, S. U., Bishop, A. & French, D. P. (2011) 'A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy', *Psychology and Health*, 26 (11), pp. 1479–1498.
- Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R. (2011) 'The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions', *Implementation Science*, 6 (42), pp. 1–12.
- Nutbeam, D. (2015) 'Health literacy as a public health goal', *Health Promotion International*, 30 (3), pp. 450–455.
- Oermann, M.H. & Gaberson, K.B. (2016) *Evaluation and Testing in Nursing Education*. New York: Springer.
- Peters, G.J.Y., Ruiter, R.A.C. & Kok, G. (2013) 'Threatening communication: A critical re-analysis and a revised meta-analytic test of fear appeal theory', *Health Psychology Review*, 7 (S1), pp. S8–S31.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. (2010) 'The health belief model and personal health behavior', *Health Education Quarterly*, 37 (2), pp. 175–186.
- Ryan, P. (2020) *Integrated Theory of Health Behavior Change*. Philadelphia: Lippincott.
- Simpson, E. (2013) *The Classification of Educational Objectives in the Psychomotor Domain*. London: David McKay Publishing.
- Skinner, B.F. (2014) *About Behaviorism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Sniehotta, F.F., Presseau, J. & Araújo-Soares, V. (2014) 'Time to retire the theory of planned behaviour', *Health Psychology Review*, 8 (1), pp. 1-7.
- Yardley, L. et al. (2016) 'Understanding user responses to digital health interventions', *Journal of Medical Internet Research*, 18 (6), pp. 1-16.

BAB 5

DETERMINAN PERILAKU KESEHATAN

Ns. Suwarsi, S.Kep., M.Kep., Ph.D.

Istilah *determinan* merujuk pada “faktor yang menentukan”. Dalam konteks perilaku kesehatan, istilah *determinan* menggambarkan berbagai faktor yang berkontribusi dalam membentuk dan mengarahkan tindakan kesehatan seseorang. Perilaku kesehatan tidak dapat dipahami hanya sebagai hasil dari keputusan individu, tetapi merupakan keluaran dari interaksi yang kompleks dengan banyak faktor dan saling memengaruhi dan menciptakan kondisi yang secara kolektif menentukan bagaimana seseorang bertindak dalam menjaga kesehatannya.

Beberapa bukti telah menunjukkan bahwa *determinan* perilaku kesehatan yang menjadi penentu penting adalah sebagai berikut:

1. **Determinan Penentu psikologis**

Perilaku kesehatan secara substansial dipengaruhi oleh *determinan* psikologis yang bekerja melalui berbagai mekanisme regulatif dan non-regulatif. Faktor seperti ekspektasi terhadap konsekuensi perilaku, kapasitas pengaturan diri, pola kebiasaan, serta karakteristik disposisional individu terbukti memberikan kontribusi signifikan terhadap variasi perilaku kesehatan (M. Hagger dkk., 2024).

Dari perspektif psikologis, penentu perilaku kesehatan memiliki nilai strategis karena berfungsi sebagai landasan konseptual yang mengarahkan pemilihan dan pelaksanaan tindakan kesehatan. *Determinan* berbasis keyakinan termasuk

ekspektasi hasil dan self-efficacy membentuk kerangka kognitif yang memengaruhi kecenderungan perilaku. Selain itu, determinan yang merepresentasikan kapasitas pengaturan diri, seperti perencanaan dan kontrol tindakan, berperan dalam memediasi transisi dari niat menuju implementasi perilaku. Proses non-sadar seperti kebiasaan dan kognisi implisit turut mengonstruksi respons perilaku secara otomatis, sedangkan determinan disposisional, misalnya dimensi kepribadian dan mekanisme regulasi diri jangka panjang menyediakan fondasi stabil yang memengaruhi pola perilaku kesehatan lintas situasi dan waktu. Keseluruhan aspek psikologis ini bekerja secara interaktif, sehingga membentuk konfigurasi psikologis yang kompleks dalam mengarahkan perilaku kesehatan individu.

2. Determinan sosial dan lingkungan

Determinan perilaku kesehatan juga meliputi aspek sosial dan lingkungan. Aspek sosial dan lingkungan meliputi struktur masyarakat, konteks kelembagaan, interpretasi budaya, dan sikap spesifik kelompok memainkan peran krusial (S. Short dkk., 2015). Perspektif sosial dan lingkungan menekankan bahwa perilaku kesehatan seseorang terbentuk dalam jaringan struktur sosial yang lebih luas, bukan terjadi dalam ruang hampa. Struktur masyarakat, seperti kelas sosial, pola interaksi sosial, dan distribusi sumber daya membatasi sekaligus memfasilitasi pilihan kesehatan yang bisa diambil seseorang. Konteks kelembagaan, termasuk kebijakan publik, sistem kesehatan, institusi pendidikan, dan organisasi komunitas, turut membentuk norma dan peluang dalam mengakses layanan kesehatan serta melakukan perilaku promotif. Perilaku kesehatan bersifat multidimensi dan tertanam dalam konteks kehidupan yang lebih luas, bervariasi di berbagai tahap kehidupan dan lingkungan sosial (S. Rubinelli dkk., 2020).

WHO (2025) menegaskan bahwa perilaku kesehatan merupakan hasil interaksi antara faktor individu dengan determinan sosial dan lingkungan yang membentuk kondisi hidup seseorang. Determinan sosial dapat lebih besar pengaruhnya terhadap kesehatan daripada pengaruh genetik

atau akses layanan kesehatan. Kondisi sosial dapat meliputi status sosial dan faktor budaya. Interpretasi budaya dalam lingkungan sosial memainkan peran penting dalam menentukan bagaimana individu memaknai penyakit, kesehatan, dan tindakan preventif. Budaya dapat mendorong atau menghambat perilaku kesehatan tertentu melalui nilai, tradisi, dan kepercayaan yang diwariskan. Sikap dan norma spesifik kelompok, misalnya kelompok sebaya, keluarga, komunitas, atau lingkungan kerja juga memengaruhi perilaku kesehatan melalui tekanan sosial, ekspektasi kelompok, dan proses peniruan (modeling). Dengan demikian, perilaku kesehatan adalah produk dari interaksi kompleks antara individu dan lingkungannya, di mana faktor sosial dan lingkungan sering kali menjadi kekuatan penentu yang lebih besar daripada preferensi personal.

3. Persepsi risiko

Determinan perilaku kesehatan pada aspek persepsi seseorang terhadap risiko yang mungkin bisa berdampak pada individu seringkali menjadi hal yang akan menentukan perilaku kesehatannya. Risiko maupun kerentanan yang dirasakan individu terhadap ancaman kesehatan merupakan mekanisme kunci perubahan perilaku (R. Ferrer dkk., 2015). Persepsi risiko akan mendorong perilaku yang lebih protektif. Gagasan bahwa persepsi masyarakat terhadap risiko kesehatan memengaruhi pengambilan risiko atau perilaku keselamatan mereka lazim, baik dalam teori perilaku kesehatan maupun komunikasi kesehatan terapan. Persepsi risiko memengaruhi perilaku terkait kesehatan dan keselamatan. Hal ini ditunjukkan baik dalam penelitian yang mengamati berbagai perilaku terkait kesehatan secara bersamaan maupun dalam studi yang hanya membahas aktivitas spesifik seperti kebersihan tangan dan vaksinasi. Oleh karena itu, persepsi risiko sebagai sebuah konsep sungguh dapat mempengaruhi perilaku kesehatan dan intervensi perubahan perilaku (Gaube, S., Lerner, E., & Fischer, P. 2019).

Beberapa teori lain yang menjelaskan tentang determinan perilaku kesehatan adalah:

A. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori Kognitif Sosial.

Teori Kognitif Sosial menyatakan bahwa perilaku ditentukan melalui interaksi dinamis dan timbal balik antara faktor pribadi, perilaku, dan lingkungan, di mana setiap elemen terus-menerus memengaruhi dan dipengaruhi oleh elemen lainnya (S. Abdullah dkk., 2019, A. Bandura et al., 1988). Proses pembelajaran sosial dengan faktor-faktor kognitif dan perilaku yang memengaruhi seseorang dalam proses pembelajaran sosial. Identitas utama teori kognitif sosial adalah pengenalan konsep agensi manusia dan konsep determinisme timbal balik triadik. Agensi manusia memiliki makna bahwa manusia memiliki kapasitas untuk mengarahkan diri mereka sendiri melalui kendali atas proses berpikir, motivasi, dan tindakan diri. Persepsi efikasi diri menempati peran penting dalam struktur kausal teori sosial kognitif karena keyakinan efikasi memengaruhi kemampuan manusia untuk beradaptasi terhadap perubahan, baik secara individu maupun kolektif. Perilaku kesehatan individu tidak hanya didorong oleh kekuatan lingkungan atau disposisi internal, tetapi oleh proses interaktif yang berkelanjutan (A. Luszczynska dkk., 2020).

Teori kognitif sosial berfokus pada interaksi timbal balik antara individu, lingkungan, dan perilaku, serta memberikan deskripsi tentang cara individu memulai dan mempertahankan perilaku, dengan mempertimbangkan lingkungan sosial mereka. Konstruk operasional utama dalam teori ini adalah ekspektasi hasil dan efikasi diri. Ekspektasi hasil berkaitan dengan konsekuensi yang diantisipasi dari tindakan seseorang. Efikasi diri mencerminkan estimasi subjektif tentang besarnya kendali pribadi yang diharapkan dimiliki individu dalam situasi apa pun. Teori ini telah diterapkan sebagai dasar untuk mengubah perilaku dalam berbagai disiplin ilmu dan latar, termasuk olahraga, pendidikan, pengembangan karier dan pekerjaan, serta kesehatan mental dan fisik. Intervensi telah menargetkan perubahan efikasi diri, ekspektasi hasil, atau keduanya, dengan asumsi bahwa peningkatan keyakinan ini menghasilkan perubahan hasil perilaku. Sejumlah besar bukti

yang mendukung prediksi teori telah terkumpul. Penelitian telah menggarisbawahi manfaat intervensi tersebut terhadap perilaku dan hasil target seperti prestasi akademik, promosi karier, pencarian kerja, berhenti merokok, partisipasi dalam olahraga fisik, dan mengonsumsi makanan sehat di berbagai populasi dan latar. Teori ini telah berpengaruh dalam pengembangan teori-teori lain yang telah mengadopsi sebagian darinya, khususnya, konstruk efikasi diri.

Faktor kognitif personal, perilaku yang dapat diamati, dan konteks lingkungan saling membentuk, menciptakan sistem kausalitas perilaku yang kompleks dan dinamis. Model ini telah diterapkan di berbagai bidang, termasuk kesehatan, manajemen organisasi, dan psikologi sosial, yang menunjukkan daya penjelasannya yang kuat (A. Bandura dkk., 2001). Untuk mengoreksi pendekatan behaviorisme yang terbatas terhadap psikologi dengan menekankan pentingnya penyebab internal perilaku, termasuk pikiran, harapan, persepsi diri, dan keyakinan.

Teori kognitif sosial menyediakan kerangka kerja konseptual agen untuk menganalisis determinan dan mekanisme psikososial yang melaluinya komunikasi simbolik memengaruhi pikiran, afek, dan tindakan manusia. Sistem komunikasi beroperasi melalui dua jalur. Dalam jalur langsung, mereka mendorong perubahan dengan menginformasikan, memberdayakan, memotivasi, dan membimbing partisipan. Dalam jalur yang dimediasi secara sosial, pengaruh media menghubungkan partisipan dengan jaringan sosial dan lingkungan komunitas yang memberikan insentif alami dan bimbingan personal yang berkelanjutan untuk perubahan yang diinginkan. Teori kognitif sosial menganalisis difusi sosial gaya perilaku baru dalam kaitannya dengan faktor-faktor psikososial yang mengatur perolehan dan adopsinya serta jaringan sosial tempat mereka menyebar dan didukung. Keterkaitan struktural menyediakan jalur difusi potensial; faktor sosial kognitif sangat menentukan apa yang berdifusi melalui jalur tersebut.

B. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori Perilaku Terencana

Determinan perilaku kesehatan memandang bahwa perencanaan merupakan faktor yang dapat menentukan perilaku kesehatan individu. Teori Perilaku Terencana (TPT) menyatakan bahwa perilaku manusia dipandu oleh tiga pertimbangan utama: sikap, norma subjektif, dan kendali perilaku yang dirasakan.

Menurut (I. Ajzen dkk., 2011), komponen-komponen ini muncul dari: Keyakinan perilaku (sikap), Keyakinan normatif (norma subjektif), dan Keyakinan kendali (kendali perilaku yang dirasakan). Deskripsi Singkat Teori Perilaku Terencana menyatakan perilaku manusia dipandu oleh tiga jenis pertimbangan: keyakinan tentang kemungkinan hasil perilaku dan evaluasi hasil tersebut (keyakinan perilaku), keyakinan tentang ekspektasi normatif orang lain dan motivasi untuk mematuhi ekspektasi tersebut (keyakinan normatif), dan keyakinan tentang keberadaan faktor-faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat kinerja perilaku dan kekuatan yang dirasakan dari faktor-faktor tersebut (keyakinan kendali). Dalam agregat nya masing-masing, keyakinan perilaku menghasilkan sikap yang baik atau tidak baik terhadap perilaku tersebut; keyakinan normatif menghasilkan tekanan sosial atau norma subjektif yang dirasakan; dan keyakinan kontrol menimbulkan perilaku yang dirasakan.

Armitage, et al., (2001) menemukan bahwa Teori perilaku terencana menyumbang 27% varians perilaku dan 39% varians niat. Khususnya, kontrol perilaku yang dirasakan secara signifikan memprediksi niat dan perilaku secara independen. Ketika ukuran perilaku berupa laporan diri, TPT menyumbang 11% lebih banyak varians dalam perilaku dibandingkan ketika ukuran perilaku bersifat objektif. Sikap, norma subjektif, dan PBC menyumbang lebih banyak varians dalam keinginan individu secara signifikan dibandingkan niat atau prediksi diri, tetapi niat dan prediksi diri merupakan prediktor perilaku yang lebih baik. Konstruk norma subjektif umumnya ditemukan sebagai prediktor niat yang lemah. Francesco La Barbera, et al.,

(2020) lebih lanjut menunjukkan bahwa kendali perilaku yang dirasakan dapat memodulasi efek sikap dan norma subjektif terhadap niat, menyoroti interaksi kompleks antara komponen-komponen ini.

C. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori *Health Belief Model* (HBM)

Determinan perilaku kesehatan juga meliputi faktor kepercayaan. Dalam hal ini teori health belief model atau Model Kepercayaan Kesehatan (HBM) merupakan teori psikologi yang dirancang untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku terkait kesehatan dengan mengkaji keyakinan dan persepsi individu tentang risiko dan intervensi kesehatan. HBM terdiri dari enam konstruk utama: kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, isyarat untuk bertindak, dan efikasi diri (Skinner, C. S., et al 2025).

Keyakinan merupakan target ideal karena merupakan karakteristik individu yang bertahan lama dan memengaruhi perilaku serta berpotensi dimodifikasi. Keyakinan juga dapat mencerminkan riwayat sosialisasi yang berbeda yang timbul dari perbedaan demografis, sekaligus membedakan individu dari latar belakang yang sama. Jika metode persuasif dapat digunakan untuk mengubah keyakinan yang terkait dengan perilaku kesehatan, dan intervensi tersebut menghasilkan perubahan perilaku kesehatan, maka hal ini akan menyediakan teknologi pendidikan kesehatan berbasis teori Abraham, C., & Sheeran, P. (2005).

D. Determinan Perilaku Kesehatan dari Teori COM-B Model

Determinan perilaku kesehatan menurut model COM-B mengidentifikasi tiga determinan utama perilaku kesehatan, yaitu; kapabilitas, peluang, dan motivasi, yang berinteraksi secara dinamis untuk memengaruhi tindakan kesehatan individu. Bukti dari berbagai studi mendukung bahwa

kapabilitas, peluang dan motivasi dapat mempengaruhi perilaku di berbagai konteks kesehatan.

Sebagai contoh aplikasi dari teori COM-B terkait dengan perilaku kesehatan, Zhang, et al., (2024) menemukan bahwa model COM-B secara efektif selain faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, ditemukan juga faktor yang menghambat perilaku kesehatan. Contoh hambatan perilaku kesehatan di antara penyintas stroke dalam berperilaku kesehatan adalah tempat tinggal di daerah pedesaan, pengetahuan, keterampilan, niat, pengaruh sosial, peran dan identitas sosial/profesional, konteks dan sumber daya lingkungan, keyakinan tentang kapabilitas, keyakinan tentang konsekuensi, dan regulasi perilaku. Perilaku kesehatan di antara penyintas stroke berada pada tingkat sedang, dan faktor-faktor hambatan yang teridentifikasi dapat dipetakan ke dalam model COM-B (Kapabilitas, Peluang, Motivasi, dan Perilaku). Hambatan utama perilaku kesehatan di antara penyintas stroke selaras dengan model COM-B. Faktor-faktor yang teridentifikasi ini harus dipertimbangkan secara cermat dalam perencanaan intervensi sistematis di masa mendatang yang bertujuan untuk meningkatkan perilaku kesehatan di antara para penyintas stroke.

Kapabilitas, Peluang, dan motivasi juga dijelaskan oleh McGrath et al., (2024) yang mengidentifikasi 37 determinan di seluruh kapabilitas, peluang, dan motivasi dalam promosi aktivitas fisik, termasuk kendala fisik, dukungan sosial, dan gaya komunikasi. Kapabilitas menjadi menonjol untuk membentuk perilaku kesehatan. Faktor kemampuan memiliki kendala dalam hal kemampuan fisik, penggabungan latihan dengan manajemen berat badan, kredibilitas layanan kesehatan. Misalkan kelemahan dalam hal gaya komunikasi dalam promosi physical activity (PA), harapan dukungan yang disesuaikan untuk PA, dukungan sosial, aksesibilitas, dan integrasi PA ke dalam kebiasaan rutin.

Peneliti lain seperti Armitage, et al., (2023), juga menunjukkan bahwa peluang dan motivasi secara signifikan memprediksi perilaku skrining kesehatan selama periode satu tahun. Model perubahan perilaku berbasis kapabilitas, peluang, dan motivasi (COM-B) dirancang untuk menangkap fitur-fitur utama dari berbagai model perubahan perilaku. Model COM-B bersifat prediktif terhadap kehadiran skrining selama periode satu tahun, yang berpotensi menjadikannya berharga untuk memahami perubahan perilaku kesehatan.

Dalam pandangan V. Timkova, et al., (2024) semakin memperkuat kegunaan model dengan menunjukkan bahwa sumber daya psikologis seperti efikasi diri sangat memengaruhi perubahan perilaku. Pendekatan COM-B menyediakan kerangka kerja sistematis untuk memahami dan merancang intervensi kesehatan yang ditargetkan di berbagai domain.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, S. M. (2019). Social cognitive theory: A Bandura thought review published in 1982-2012. *Psikodimensia: Kajian Ilmiah Psikologi*, 18(1), 85-100.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). The health belief model. *Predicting health behaviour*, 2(1), 28-80.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & health*, 26(9), 1113-1127.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499.
- Armitage, C. J., & Munro, K. J. (2023). Can the capabilities, opportunities and motivations model predict health behavior 1 year later?. *Health Psychology*, 42(4), 270.
- Bandura, A. (2009). Social cognitive theory of mass communication. In *Media effects* (pp. 110-140). Routledge.
- Gaube, S., Lerner, E., & Fischer, P. (2019). The concept of risk perception in health-related behavior theory and behavior change. In *Perceived safety: A multidisciplinary perspective* (pp. 101-118). Cham: Springer International Publishing.
- Hagger, M. S. (2025). Psychological determinants of health behavior. *Annual Review of Psychology*, 76.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2020). Changing behavior using social cognitive theory. *The handbook of behavior change*, 2, 32-45.
- McGrath, A., Lambe, B., Matthews, E., McDonnell, K., Harrison, M., & Kehoe, B. (2024). Determinants of physical activity promotion in primary care from the patient perspective of people at risk of or living with chronic disease: a COM-B analysis. *BMC Primary Care*, 25(1), 190.

- Rubinelli, S., & Diviani, N. (2020). The bases of targeting behavior in health promotion and disease prevention. *Patient education and counseling*, 103(12), 2395-2399.
- Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: Conceptual frames and empirical advances. *Current Opinion in Psychology*, 5, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.002>
- Skinner, C. S., Tiro, J., & Champion, V. L. (2015). Background on the health belief model. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 75, 1-34.
- Timkova, V., Minarikova, D., Fabryova, L., Buckova, J., Minarik, P., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2024). Facilitators and barriers to behavior change in overweight and obesity management using the COM-B model. *Frontiers in Psychology*, 15, 1280071.
- World Health Organization. (2025). *Social determinants of health: Report by the Director-General*. WHO.
- Zhang, M., Guo, L., Namassevayam, G., Wei, M., Xie, Y., Guo, Y., & Liu, Y. (2024). Factors associated with health behaviours among stroke survivors: A mixed-methods study using COM-B model. *Journal of Clinical Nursing*, 33(6), 2138-2152.

BAB 6

MODEL DAN TEORI PERILAKU KESEHATAN

Dr. Sobar Darmaja, S.Psi., MKM.

A. Pendahuluan

Pemahaman terhadap **perilaku kesehatan** menjadi landasan penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Istilah perilaku kesehatan mencakup seluruh tindakan, kebiasaan, serta keputusan individu atau kelompok yang memengaruhi kondisi kesehatannya, baik secara langsung maupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2012). Dalam konteks promosi kesehatan, perilaku manusia tidak hanya ditentukan oleh tingkat pengetahuan, tetapi juga oleh faktor sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan yang saling berinteraksi. Oleh karena itu, memahami bagaimana dan mengapa perilaku tersebut terbentuk merupakan langkah awal yang krusial dalam perancangan intervensi kesehatan yang efektif dan berkelanjutan.

Model dan teori perilaku kesehatan berperan sebagai **kerangka konseptual** untuk memahami pola pikir serta motivasi seseorang dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan (Glanz et al., 2015). Sebagai contoh, *Health Belief Model* (HBM) menjelaskan bahwa seseorang lebih cenderung melakukan tindakan pencegahan apabila ia merasa memiliki risiko terhadap penyakit tertentu dan percaya bahwa tindakan yang dilakukan akan memberikan manfaat. Sementara itu, *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991) menyoroti pengaruh niat, sikap, serta persepsi kontrol perilaku dalam menentukan

tindakan seseorang. Melalui teori-teori ini, program promosi kesehatan dapat disusun secara sistematis berdasarkan data dan bukti ilmiah.

Lebih jauh lagi, teori perilaku tidak hanya menjelaskan penyebab suatu perilaku, tetapi juga **membantu memprediksi dan mengevaluasi perubahan perilaku yang diharapkan**. *Transtheoretical Model* (Prochaska and Velicer, 1997a), misalnya, menggambarkan tahapan perubahan perilaku mulai dari ketidaksadaran terhadap risiko hingga tahap pemeliharaan perilaku baru. Dengan memahami tahapan tersebut, tenaga kesehatan dapat menyesuaikan strategi komunikasi dan intervensi sesuai dengan kesiapan individu untuk berubah, sehingga hasil yang diperoleh menjadi lebih optimal.

Dalam konteks **perencanaan kebijakan kesehatan publik**, teori perilaku berperan penting sebagai dasar dalam merumuskan dan mengevaluasi program yang berbasis bukti (*evidence-based policy*). Organisasi seperti WHO (2021) menggunakan pendekatan perilaku untuk mengembangkan kebijakan yang mendorong partisipasi masyarakat dan meningkatkan penerimaan terhadap intervensi kesehatan, seperti vaksinasi, promosi pola makan sehat, dan gaya hidup aktif. Hal ini menunjukkan bahwa teori perilaku tidak hanya relevan dalam tataran individu, tetapi juga dalam penyusunan kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional maupun global.

Selain itu, teori perilaku membantu menjelaskan **perbedaan-perbedaan dalam penerapan perilaku sehat** di antara berbagai kelompok sosial. Faktor pendidikan, nilai budaya, norma sosial, serta dukungan lingkungan terbukti berpengaruh terhadap kemampuan seseorang untuk menerapkan perilaku sehat (Bandura, 2004a). Dengan demikian, pendekatan perilaku perlu disesuaikan dengan konteks sosial dan budaya masyarakat agar pesan kesehatan tidak hanya informatif, tetapi juga mampu menumbuhkan motivasi dan perubahan nyata.

Secara keseluruhan, teori dan model perilaku kesehatan memberikan **panduan komprehensif** bagi tenaga kesehatan, peneliti, dan pembuat kebijakan dalam memahami serta memodifikasi perilaku masyarakat menuju arah yang lebih sehat. Integrasi teori klasik dan pendekatan modern yang berbasis teknologi, komunikasi sosial, serta partisipasi komunitas akan memperkuat efektivitas promosi kesehatan dan mendukung terciptanya masyarakat yang mandiri dalam menjaga kesehatannya.

B. Pengertian dan Konsep Dasar Perilaku Kesehatan

Pengertian Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan mencakup segala bentuk aktivitas individu yang berhubungan dengan upaya menjaga, meningkatkan, dan memulihkan kesehatan. Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan merupakan respons seseorang terhadap berbagai stimulus yang berkaitan dengan sakit, penyakit, lingkungan, serta faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan. Dengan demikian, perilaku kesehatan tidak hanya berkaitan dengan tindakan nyata seperti olahraga atau mengonsumsi obat, tetapi juga meliputi aspek psikologis seperti pola pikir, persepsi, dan sikap terhadap kesehatan. Pemahaman yang komprehensif tentang perilaku ini penting sebagai dasar untuk membentuk kebiasaan hidup sehat yang berkelanjutan.

Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Menurut WHO (2004) dan Notoatmodjo (2012), perilaku kesehatan dapat dikategorikan menjadi empat bentuk utama, yaitu perilaku preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Perilaku preventif mencakup berbagai tindakan pencegahan penyakit, seperti imunisasi dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Perilaku promotif berkaitan dengan peningkatan kualitas hidup melalui kebiasaan sehat, seperti menjaga pola makan, berolahraga, dan menghindari perilaku berisiko. Sementara itu, perilaku kuratif berkaitan dengan usaha pengobatan terhadap penyakit yang telah terjadi, dan perilaku

rehabilitatif berfokus pada pemulihan fungsi individu pasca sakit. Keempat jenis perilaku tersebut saling melengkapi dalam mendukung derajat kesehatan optimal bagi individu maupun masyarakat.

Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan seseorang terbentuk dari interaksi kompleks antara faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi aspek kognitif dan afektif seperti pengetahuan, sikap, dan keyakinan terhadap kesehatan, sedangkan faktor eksternal mencakup kondisi sosial, ekonomi, budaya, serta lingkungan fisik. Green dan Kreuter (2005) mengelompokkan determinan perilaku kesehatan ke dalam tiga kategori, yaitu faktor predisposisi (pengetahuan, nilai, dan sikap), faktor pendukung (sarana dan prasarana kesehatan), serta faktor penguat (dukungan sosial dan kebijakan). Kombinasi dari berbagai faktor ini akan menentukan sejauh mana seseorang mampu dan mau menjalankan perilaku sehat dalam kehidupannya.

Implikasi dalam Kesehatan Masyarakat

Pemahaman terhadap konsep perilaku kesehatan memiliki peran penting dalam pengembangan strategi intervensi kesehatan masyarakat. Dengan memahami bagaimana perilaku terbentuk dan faktor-faktor yang memengaruhinya, perancang program kesehatan dapat menyusun pendekatan yang lebih tepat sasaran sesuai dengan karakteristik masyarakat. Misalnya, program promosi kesehatan di lingkungan perkotaan akan berbeda dengan di pedesaan karena perbedaan tingkat pendidikan, nilai sosial, dan akses terhadap layanan kesehatan. Glanz, Rimer, dan Viswanath (2015) menegaskan bahwa penggunaan teori perilaku seperti *Health Belief Model* atau *Theory of Planned Behavior* dapat membantu memahami serta mengarahkan perubahan perilaku masyarakat menuju gaya hidup yang lebih sehat dan berkelanjutan.

C. Fungsi dan Manfaat Teori dalam Promosi Kesehatan

Fungsi Teori dalam Promosi Kesehatan

Teori memiliki peran sentral dalam membantu memahami dan menjelaskan berbagai faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan individu maupun kelompok. Glanz, Rimer, dan Viswanath (2015) menjelaskan bahwa teori berfungsi untuk menjelaskan mengapa perilaku tertentu muncul, bagaimana perilaku tersebut terbentuk, serta strategi apa yang dapat digunakan untuk mengubahnya. Dalam praktik promosi kesehatan, teori digunakan untuk mengidentifikasi determinan perilaku, seperti pengetahuan, sikap, norma sosial, dan motivasi, yang menjadi dasar dalam penyusunan intervensi. Selain itu, teori memberikan arah yang jelas dalam perancangan program promosi kesehatan agar intervensi yang dilakukan bersifat sistematis, terukur, dan berbasis pada bukti ilmiah. Dengan landasan teoretis yang kuat, tenaga kesehatan dapat merancang strategi perubahan perilaku yang lebih efektif dan sesuai dengan kondisi masyarakat sasaran.

Manfaat Penerapan Teori dalam Intervensi Kesehatan

Pemanfaatan teori dalam promosi kesehatan memberikan banyak keuntungan, terutama dalam meningkatkan kualitas dan efektivitas intervensi. Teori yang didukung oleh bukti empiris membantu memprediksi hasil yang diharapkan serta menyesuaikan pendekatan intervensi dengan konteks sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat (Nutbeam and Harris, 2010). Selain itu, teori juga berfungsi sebagai kerangka kerja untuk menilai sejauh mana perubahan perilaku yang terjadi sesuai dengan mekanisme yang dirancang (Green and Kreuter, 2005). Dengan demikian, teori tidak hanya berperan sebagai dasar konseptual, tetapi juga sebagai alat praktis dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan, sehingga hasilnya lebih berkelanjutan dan berdampak luas bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

D. Model dan Teori Utama Perilaku Kesehatan

1. *Health Belief Model* (HBM)

Konsep dan Komponen Utama

Health Belief Model (HBM) pertama kali dikembangkan oleh Rosenstock pada tahun 1950-an untuk menjelaskan mengapa sebagian individu tidak melakukan tindakan pencegahan kesehatan, meskipun informasi dan fasilitas sudah tersedia. Model ini berasumsi bahwa keputusan seseorang dalam melakukan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi mereka terhadap penyakit dan manfaat dari tindakan pencegahan. Komponen utama HBM mencakup *perceived susceptibility* (keyakinan individu mengenai kerentanannya terhadap penyakit), *perceived severity* (pandangan tentang tingkat keparahan dampak penyakit), *perceived benefits* (keyakinan terhadap manfaat dari tindakan kesehatan), dan *perceived barriers* (persepsi mengenai hambatan dalam melakukan tindakan tersebut). Dua konstruk tambahan, yaitu *cues to action* (pemicu tindakan seperti saran tenaga kesehatan atau kampanye publik) dan *self-efficacy* (keyakinan diri dalam melaksanakan tindakan sehat), turut memengaruhi kemungkinan seseorang untuk mengubah perilaku kesehatannya ((Glanz et al., 2015).

Aplikasi Teori HBM dalam Promosi Kesehatan

Dalam konteks promosi kesehatan, HBM menjadi dasar dalam merancang strategi dan intervensi perubahan perilaku. Model ini membantu perancang program memahami persepsi individu terhadap risiko dan manfaat suatu tindakan, sehingga pesan promosi dapat disusun secara lebih efektif. Misalnya, apabila rendahnya minat masyarakat untuk melakukan vaksinasi disebabkan oleh anggapan bahwa risiko penyakit kecil (*low perceived susceptibility*), maka intervensi perlu difokuskan pada peningkatan kesadaran akan kerentanan tersebut. Sebaliknya, apabila hambatan terbesar adalah biaya atau waktu (*perceived barriers*), maka strategi harus diarahkan untuk mempermudah akses dan meningkatkan kenyamanan

layanan. Selain itu, penguatan *perceived benefits*, pemanfaatan *cues to action* melalui media atau dukungan tokoh masyarakat, serta peningkatan *self-efficacy* melalui pelatihan atau pendampingan, akan membantu mendorong perubahan perilaku yang lebih konsisten dan berkelanjutan (Nutbeam and Harris, 2010).

2. Theory of Planned Behavior (TPB)

Konsep dan Komponen Utama

Theory of Planned Behavior (TPB) yang dikembangkan oleh Ajzen (1991) menjelaskan bahwa tindakan seseorang dipengaruhi oleh **niat berperilaku** (*behavioral intention*), yang terbentuk melalui tiga faktor utama: **sikap terhadap perilaku** (*attitude toward behavior*), **norma subjektif** (*subjective norm*), dan **persepsi kontrol perilaku** (*perceived behavioral control*). Sikap mencerminkan sejauh mana seseorang menilai suatu tindakan sebagai hal yang baik atau buruk, sementara norma subjektif berkaitan dengan harapan atau tekanan sosial dari lingkungan sekitar. Adapun persepsi kontrol perilaku berhubungan dengan keyakinan individu mengenai kemampuan dirinya untuk melaksanakan perilaku tertentu. Kombinasi dari ketiga faktor ini menentukan kekuatan niat seseorang dalam melakukan suatu tindakan, yang kemudian berpengaruh langsung terhadap perilaku aktualnya (Ajzen, 1991).

Aplikasi Teori TPB dalam Promosi Kesehatan

Dalam konteks **promosi kesehatan**, TPB memberikan kerangka berpikir yang sistematis untuk memahami faktor-faktor psikologis dan sosial yang memengaruhi perilaku sehat. Model ini dapat digunakan untuk merancang intervensi yang lebih tepat sasaran, seperti meningkatkan sikap positif terhadap perilaku sehat, memperkuat dukungan sosial melalui lingkungan dan keluarga, serta menumbuhkan rasa percaya diri individu untuk mengatasi hambatan dalam bertindak. Misalnya, dalam kampanye pencegahan penyakit tidak menular, pendekatan TPB dapat membantu menyusun pesan promosi yang menekankan manfaat, dukungan sosial,

dan kemampuan individu dalam melakukan perubahan perilaku. Dengan demikian, TPB menjadi alat penting dalam mengarahkan upaya promosi kesehatan agar lebih efektif dan berkelanjutan (Conner and Norman, 2015).

3. **Transtheoretical Model (TTM):** Menggambarkan tahapan perubahan perilaku dari prekontemplasi hingga pemeliharaan.

Konsep dan Komponen Utama

Transtheoretical Model (TTM) yang diperkenalkan oleh Prochaska dan DiClemente (1983) menggambarkan bahwa perubahan perilaku tidak terjadi secara tiba-tiba, melainkan melalui beberapa tahapan yang saling berkesinambungan. Lima tahap utama dalam model ini meliputi **prekontemplasi, kontemplasi, persiapan, aksi, dan pemeliharaan**. Pada tahap awal (prekontemplasi), individu belum memiliki kesadaran atau niat untuk mengubah perilaku. Memasuki tahap kontemplasi, individu mulai menyadari adanya masalah dan mempertimbangkan kemungkinan perubahan. Tahap persiapan menunjukkan komitmen untuk bertindak, diikuti dengan tahap aksi di mana perubahan perilaku benar-benar dilakukan. Terakhir, tahap pemeliharaan menekankan upaya mempertahankan perilaku baru agar tidak kembali ke kebiasaan lama. Model ini juga menyoroti pentingnya **efikasi diri, proses perubahan, dan keseimbangan keputusan** dalam mendukung keberhasilan perubahan perilaku (Prochaska and Velicer, 1997a).

Aplikasi Teori TTM dalam Promosi Kesehatan

Dalam penerapan **promosi kesehatan**, TTM menjadi panduan penting untuk merancang intervensi yang sesuai dengan tingkat kesiapan individu dalam berubah. Strategi promosi pada tahap awal biasanya difokuskan pada peningkatan kesadaran akan risiko kesehatan, sementara pada tahap aksi dan pemeliharaan diarahkan pada pemberian dukungan sosial dan penguatan motivasi agar perilaku sehat dapat dipertahankan. Pendekatan berbasis

tahapan ini membantu tenaga kesehatan memahami dinamika psikologis individu dan merancang program yang lebih personal serta efektif. Dengan demikian, penerapan TTM dapat meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan masyarakat serta mendukung perubahan perilaku yang berkelanjutan (Prochaska and Velicer, 1997b).

4. **Social Cognitive Theory (SCT):** Dikembangkan oleh Albert Bandura, menyoroti pembelajaran sosial, efikasi diri, dan interaksi antara individu dan lingkungan.

Konsep dan Komponen Utama

Social Cognitive Theory (SCT) yang dikembangkan oleh Albert Bandura (1986) menekankan bahwa perilaku manusia terbentuk melalui proses pembelajaran sosial, di mana individu belajar dari pengalaman pribadi maupun dengan mengamati orang lain. Teori ini berlandaskan pada konsep **determinisme timbal balik** (*reciprocal determinism*), yang menggambarkan hubungan saling memengaruhi antara faktor personal (seperti persepsi, keyakinan, dan motivasi), perilaku, serta lingkungan sosial. Salah satu konsep kunci dalam SCT adalah **efikasi diri** (*self-efficacy*), yaitu keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk melakukan suatu tindakan dengan berhasil. Tingkat efikasi diri ini berpengaruh terhadap bagaimana seseorang memandang tantangan, ketekunan dalam berusaha, serta keberhasilan dalam mencapai perubahan perilaku (Bandura, 1997).

Aplikasi Teori SCT dalam Promosi Kesehatan

Dalam penerapan **promosi kesehatan**, SCT berperan penting sebagai dasar dalam merancang strategi intervensi yang menggabungkan aspek kognitif, sosial, dan lingkungan. Misalnya, dalam program peningkatan perilaku hidup sehat, model ini dapat digunakan untuk memperkuat efikasi diri melalui pelatihan keterampilan, pemberian umpan balik positif, dan dukungan dari lingkungan sosial. Selain itu, penggunaan *role model* atau teladan perilaku sehat dalam kampanye kesehatan dapat mendorong individu untuk meniru tindakan positif tersebut. Perubahan lingkungan,

seperti penyediaan fasilitas pendukung dan sistem dukungan sosial, juga dapat memperkuat hasil intervensi. Dengan demikian, SCT memberikan pendekatan komprehensif dalam memahami serta memodifikasi perilaku kesehatan secara efektif dan berkelanjutan (Bandura, 2004b).

5. **Ecological Model of Health Behavior:** Melihat perilaku dari berbagai level: individu, interpersonal, organisasi, komunitas, dan kebijakan.

Konsep dan Komponen Utama

Ecological Model of Health Behavior (EMHB) menekankan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh berbagai tingkat faktor yang saling berinteraksi, mulai dari tingkat individu hingga kebijakan publik. Model ini mencakup lima level utama, yaitu **individu, interpersonal, organisasi, komunitas, dan kebijakan** (McLeroy et al., 1988). Pada level individu, perilaku ditentukan oleh aspek personal seperti pengetahuan, sikap, dan keterampilan. Level interpersonal melibatkan dukungan sosial dari keluarga, teman, dan kelompok sebaya. Level organisasi berkaitan dengan kebijakan serta budaya di lingkungan kerja atau lembaga pendidikan. Sementara itu, level komunitas melibatkan norma, nilai, dan jaringan sosial yang berkembang di masyarakat, dan level kebijakan berhubungan dengan peraturan, undang-undang, serta kebijakan pemerintah yang berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat. Pendekatan ekologi ini melihat bahwa perubahan perilaku yang efektif dan berkelanjutan harus melibatkan intervensi di berbagai level secara simultan (Sallis et al., 2015).

Aplikasi Teori EMHB dalam Promosi Kesehatan

Dalam konteks **promosi kesehatan**, model ekologi digunakan untuk mengembangkan program intervensi yang menyeluruh dengan mempertimbangkan interaksi antara individu dan lingkungannya. Misalnya, dalam mencegah penyakit tidak menular seperti obesitas, pendekatan ini tidak

hanya fokus pada peningkatan kesadaran individu mengenai pola makan sehat, tetapi juga pada penyediaan fasilitas umum yang mendorong aktivitas fisik, pembentukan kebijakan makanan sehat di sekolah dan tempat kerja, serta regulasi pemerintah yang membatasi promosi makanan tidak sehat. Dengan melibatkan berbagai lapisan pengaruh tersebut, promosi kesehatan menjadi lebih komprehensif dan efektif dalam menciptakan perubahan perilaku yang berkelanjutan. Oleh karena itu, **Ecological Model of Health Behavior** menjadi kerangka penting bagi pengembangan kebijakan dan strategi promosi kesehatan berbasis sistem (Glanz et al., 2015).

6. **Protection Motivation Theory (PMT):** Fokus pada persepsi ancaman dan kemampuan coping sebagai dasar motivasi untuk bertindak.

Konsep dan Komponen Utama

Protection Motivation Theory (PMT) yang diperkenalkan oleh Rogers (1975) menekankan bahwa motivasi seseorang untuk melindungi diri dari ancaman kesehatan ditentukan oleh dua proses utama, yaitu **penilaian ancaman** (*threat appraisal*) dan **penilaian kemampuan coping** (*coping appraisal*). *Threat appraisal* mencakup persepsi terhadap tingkat bahaya suatu ancaman (*perceived severity*) dan sejauh mana individu merasa rentan terhadapnya (*perceived vulnerability*). Sementara itu, *coping appraisal* melibatkan keyakinan terhadap efektivitas tindakan yang dilakukan (*response efficacy*), kepercayaan diri dalam melakukannya (*self-efficacy*), serta hambatan atau biaya yang mungkin timbul (*response cost*). Interaksi dari kedua proses tersebut memengaruhi tingkat motivasi seseorang untuk bertindak melindungi diri. Dengan demikian, PMT memberikan kerangka psikologis yang menjelaskan faktor-faktor yang mendorong individu mengambil tindakan preventif terhadap risiko kesehatan (Maddux and Rogers, 1983).

Aplikasi Teori PMT dalam Promosi Kesehatan

Dalam penerapan **promosi kesehatan**, PMT berperan penting dalam merancang pesan komunikasi dan strategi intervensi yang efektif untuk mendorong perubahan perilaku. Misalnya, dalam kampanye pencegahan penyakit menular seperti COVID-19 atau promosi vaksinasi, pesan yang disampaikan dapat difokuskan pada peningkatan persepsi bahaya dan kerentanan, sekaligus memperkuat keyakinan bahwa tindakan pencegahan efektif dan dapat dilakukan oleh individu. Selain itu, intervensi juga dapat diarahkan untuk mengurangi hambatan yang dirasakan, seperti rasa takut, biaya, atau kurangnya akses terhadap layanan kesehatan. Dengan mengoptimalkan keseimbangan antara persepsi ancaman dan kemampuan coping, PMT menjadi landasan yang kuat bagi tenaga kesehatan untuk menumbuhkan motivasi adaptif yang berujung pada perubahan perilaku yang lebih sehat (Floyd et al., 2000).

7. **Diffusion of Innovation Theory:** Menjelaskan penyebaran inovasi kesehatan melalui tahapan adopsi dan peran opinion leader.

Konsep dan Komponen Utama

Diffusion of Innovation Theory (DOI) yang diperkenalkan oleh Everett Rogers (1962; 2003) menjelaskan bagaimana suatu gagasan, praktik, atau teknologi baru dapat menyebar dalam suatu sistem sosial melalui proses komunikasi yang berlangsung secara bertahap. Proses tersebut mencakup lima tahapan utama, yaitu **pengetahuan (knowledge)**, **persuasi (persuasion)**, **keputusan (decision)**, **implementasi (implementation)**, dan **konfirmasi (confirmation)**. Setiap individu atau kelompok melewati tahapan tersebut dengan kecepatan dan kesiapan yang berbeda, tergantung pada faktor seperti karakteristik pribadi, konteks sosial, dan akses terhadap informasi. Rogers juga membagi pengadopsi inovasi ke dalam lima kategori, yaitu **inovator**, **pengadopsi awal**, **mayoritas awal**, **mayoritas akhir**, dan **kelompok lamban (laggards)**. Selain itu,

keberhasilan penyebaran suatu inovasi sangat dipengaruhi oleh atribut inovasi itu sendiri, seperti keuntungan relatif, kesesuaian dengan nilai yang ada, tingkat kompleksitas, peluang untuk diuji coba, serta kemudahan untuk diamati oleh orang lain (Rogers, 2003).

Aplikasi Teori DOI dalam Promosi Kesehatan

Dalam praktik **promosi kesehatan**, teori ini menjadi dasar penting dalam merancang strategi penyebaran inovasi kesehatan yang efektif di masyarakat. Misalnya, dalam memperkenalkan intervensi baru seperti program imunisasi, teknologi aplikasi kesehatan, atau kampanye deteksi dini penyakit, tenaga kesehatan dapat memanfaatkan **tokoh masyarakat** atau **opinion leader** untuk mempercepat proses penerimaan. Strategi komunikasi yang disesuaikan dengan karakteristik kelompok sasaran juga berperan penting agar pesan kesehatan lebih mudah dipahami dan diterima. Dengan menerapkan pendekatan DOI, tenaga promosi kesehatan dapat merancang intervensi yang lebih partisipatif, berbasis bukti, dan berorientasi pada perubahan perilaku yang berkelanjutan (Dearing and Cox, 2018).

E. Model Integratif dan Aplikasi Modern

Model integratif dalam promosi kesehatan merupakan pendekatan yang menggabungkan berbagai teori perilaku untuk menjelaskan dan memodifikasi perilaku kesehatan yang bersifat kompleks. Pendekatan ini berangkat dari pemahaman bahwa tidak ada satu teori tunggal yang mampu menjelaskan seluruh faktor yang memengaruhi perilaku manusia. Dengan memadukan unsur dari teori-teori seperti *Health Belief Model (HBM)*, *Theory of Planned Behavior (TPB)*, dan *Social Cognitive Theory (SCT)*, model integratif memungkinkan analisis yang lebih menyeluruh terhadap faktor-faktor kognitif, sosial, dan lingkungan yang berperan dalam pembentukan perilaku sehat. Sebagai contoh, dalam intervensi pencegahan penyakit tidak menular, teori ini membantu mengombinasikan persepsi risiko (HBM), niat berperilaku (TPB), dan efikasi diri (SCT), sehingga

strategi promosi kesehatan menjadi lebih efektif, adaptif, dan sesuai dengan konteks budaya masyarakat (Montano and Kasprzyk, 2015).

Dalam era **promosi kesehatan modern**, pemanfaatan teknologi digital memberikan dimensi baru terhadap cara penyampaian pesan dan pelaksanaan intervensi kesehatan. Media sosial, aplikasi mobile, serta platform digital kini digunakan untuk menyebarkan pesan kesehatan secara interaktif, real-time, dan lebih personal. Teknologi tersebut tidak hanya memperluas jangkauan populasi sasaran, tetapi juga meningkatkan keterlibatan masyarakat melalui fitur seperti *digital coaching*, *gamifikasi*, dan komunitas daring yang mendukung perubahan perilaku sehat. Selain itu, kemampuan analitik dari platform digital memungkinkan pemantauan dan evaluasi intervensi secara langsung, sehingga strategi promosi dapat disesuaikan berdasarkan data lapangan dan kebutuhan pengguna (Noar and Harrington, 2012).

Lebih lanjut, **integrasi teori perilaku dengan teknologi data besar dan kecerdasan buatan (AI)** menghadirkan peluang baru untuk memperkuat efektivitas promosi kesehatan. Analisis data besar dapat digunakan untuk mengidentifikasi pola perilaku populasi, memperkirakan risiko kesehatan, serta menyesuaikan pesan intervensi secara individual. Sementara itu, AI memungkinkan penerapan *machine learning* untuk mengembangkan pesan kesehatan yang lebih tepat sasaran dan relevan dengan karakteristik psikologis audiens. Dengan menggabungkan fondasi teori perilaku klasik dan teknologi canggih, promosi kesehatan dapat berevolusi menjadi pendekatan yang lebih prediktif, personal, dan berbasis bukti ilmiah (Pagoto and Bennett, 2013).

F. Evaluasi dan Kritik terhadap Model Perilaku Kesehatan

Beragam model perilaku kesehatan telah berperan penting dalam pengembangan strategi promosi kesehatan di berbagai konteks. Model seperti *Health Belief Model (HBM)*, *Theory of Planned Behavior (TPB)*, dan *Social Cognitive Theory (SCT)*

sering digunakan untuk memahami dasar pengambilan keputusan individu terkait perilaku kesehatannya. Namun, hasil evaluasi menunjukkan bahwa teori-teori tersebut memiliki keterbatasan ketika dihadapkan pada keragaman sosial dan budaya. Misalnya, HBM cenderung menitikberatkan pada faktor persepsi risiko dan keyakinan individu tanpa cukup mempertimbangkan kondisi sosial, ekonomi, dan lingkungan yang juga memengaruhi perilaku kesehatan (Glanz et al., 2015).

Salah satu kritik utama terhadap teori-teori perilaku klasik adalah pendekatan yang terlalu menonjolkan **aspek individual**. Asumsi bahwa perubahan perilaku dapat dicapai hanya dengan mengubah sikap dan persepsi pribadi sering kali tidak sesuai dengan kenyataan sosial di masyarakat. Di lingkungan pedesaan atau komunitas dengan struktur sosial yang kuat, keputusan individu sering kali dipengaruhi oleh norma sosial, dukungan keluarga, dan akses terhadap layanan kesehatan. Dengan demikian, pendekatan yang hanya menyoroti faktor kognitif individu tidak cukup untuk memahami dinamika perilaku kesehatan secara utuh (Airhihenbuwa, 2007).

Selain itu, teori perilaku klasik sering dikritik karena **mengabaikan faktor struktural** seperti kemiskinan, ketimpangan sosial, dan kebijakan publik. Misalnya, meskipun seseorang memiliki keinginan kuat untuk berhenti merokok, lingkungan yang permisif terhadap kebiasaan tersebut serta lemahnya regulasi pengendalian tembakau dapat menjadi hambatan signifikan. Dalam situasi seperti ini, perubahan perilaku tidak dapat dilepaskan dari dukungan sosial dan kebijakan yang memadai (Cockerham, 2013). Karena itu, teori perilaku perlu dikembangkan menjadi lebih kontekstual dengan mempertimbangkan faktor sosial dan struktural secara bersamaan.

Untuk menjawab keterbatasan tersebut, para ahli mengusulkan **pendekatan ekologis** dalam promosi kesehatan. *Ecological Model of Health Behavior* menjelaskan bahwa perilaku merupakan hasil interaksi antara berbagai tingkat pengaruh –

mulai dari individu, hubungan interpersonal, organisasi, hingga kebijakan publik (McLeroy et al., 1988). Pendekatan ini menekankan bahwa intervensi promosi kesehatan sebaiknya tidak hanya berfokus pada perubahan individu, tetapi juga pada penciptaan lingkungan sosial dan kebijakan yang mendukung gaya hidup sehat.

Selain pendekatan ekologis, model integratif seperti *Integrated Behavioral Model (IBM)* mencoba menggabungkan elemen penting dari teori perilaku sebelumnya, termasuk TPB dan SCT. Model ini menyoroti bahwa niat untuk berperilaku sehat tidak hanya dipengaruhi oleh sikap dan norma sosial, tetapi juga oleh faktor eksternal seperti akses terhadap sumber daya, keterampilan, serta dukungan sosial (Montano and Kasprzyk, 2015). Pendekatan ini dianggap lebih aplikatif dalam promosi kesehatan karena mampu menyesuaikan dengan kondisi lokal dan realitas sosial-ekonomi masyarakat.

Dalam konteks **negara berkembang**, termasuk Indonesia, kebutuhan terhadap pendekatan yang bersifat **partisipatif dan kontekstual** semakin penting. Model seperti *Community-Based Participatory Research (CBPR)* menekankan keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan. Pendekatan ini memungkinkan adanya integrasi antara pengetahuan lokal dan teori ilmiah, sehingga intervensi kesehatan menjadi lebih relevan dan berkelanjutan (Rifkin, 2014). Sebagai contoh, pelibatan masyarakat dalam program pencegahan penyakit tidak menular dapat meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan upaya promosi kesehatan.

Dengan demikian, kritik terhadap teori perilaku klasik menegaskan perlunya **transformasi paradigma** dalam promosi kesehatan – dari fokus individualistik menuju pendekatan sistemik dan kolaboratif. Model modern yang bersifat integratif dan partisipatif dinilai lebih efektif untuk menghadapi tantangan sosial dan ketimpangan kesehatan yang kompleks. Melalui pendekatan yang mempertimbangkan interaksi antara faktor individu, sosial, budaya, dan kebijakan, promosi kesehatan dapat lebih adaptif dan berdampak luas dalam

meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Green and Tones, 2010).

G. Kesimpulan

Pemahaman yang mendalam terhadap berbagai teori dan model perilaku kesehatan merupakan landasan penting dalam memperkuat efektivitas promosi kesehatan yang berbasis bukti ilmiah. Beragam teori seperti *Health Belief Model*, *Theory of Planned Behavior*, *Transtheoretical Model*, hingga *Social Cognitive Theory* memberikan pemahaman tentang faktor psikologis, sosial, dan lingkungan yang memengaruhi keputusan individu untuk berperilaku sehat. Namun, dalam konteks sosial dan budaya yang majemuk seperti di Indonesia, pendekatan yang hanya menitikberatkan pada individu sering kali tidak cukup untuk menghasilkan perubahan perilaku yang berkesinambungan. Oleh karena itu, arah promosi kesehatan sebaiknya dikembangkan dengan menggabungkan teori perilaku dengan pendekatan ekologis, partisipatif, serta berbasis komunitas agar lebih sesuai dengan kondisi sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat.

Selain itu, kemajuan teknologi digital, pemanfaatan *big data*, dan penerapan kecerdasan buatan (AI) membuka peluang baru dalam pelaksanaan promosi kesehatan yang lebih efektif dan terukur. Teknologi ini memungkinkan intervensi yang bersifat personal, adaptif, dan interaktif, sehingga pesan kesehatan dapat disampaikan dengan lebih tepat sasaran. Dukungan dari *opinion leader*, kebijakan publik yang berpihak pada kesehatan masyarakat, serta sinergi antar sektor menjadi faktor strategis yang memperluas dampak dan keberlanjutan program promosi kesehatan.

Dengan demikian, arah strategis promosi kesehatan ke depan perlu menekankan integrasi antara teori klasik dan inovasi modern yang berbasis sistem dan partisipasi masyarakat. Sinergi antara pendekatan perilaku, pemanfaatan teknologi, komunikasi sosial, dan kebijakan publik akan menciptakan strategi promosi kesehatan yang lebih

komprehensif. Transformasi ini bertujuan tidak hanya untuk mengubah perilaku individu, tetapi juga membangun lingkungan sosial yang mendukung, sehingga terbentuk budaya hidup sehat yang kuat dan berkelanjutan di seluruh lapisan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Airhihenbuwa, C.O. (2007) *Healing Our Differences: The Crisis of Global Health and the Politics of Identity*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Ajzen, I. (1991) 'The theory of planned behavior', *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp. 179–211.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (2004) 'Health promotion by social cognitive means', *Health Education & Behavior*, 31(2), pp. 143–164.
- Bandura, A., 2004a. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31, 143–164.
- Bandura, A., 2004b. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31, 143–164.
- Cockerham, W.C. (2013) *Social Causes of Health and Disease*. 2nd edn. Cambridge: Polity Press.
- Conner, M. and Norman, P. (2015) *Predicting and Changing Health Behaviour: Research and Practice with the Theory of Planned Behaviour*. 3rd edn. Maidenhead: Open University Press.
- Dearing, J.W. and Cox, J.G. (2018) 'Diffusion of innovations theory, principles, and practice', *Health Affairs*, 37(2), pp. 183–190.
- DiClemente, C.C., Schlundt, D. and Gemmell, L. (2016) 'Readiness and stages of change in addiction treatment', *American Journal on Addictions*, 13(2), pp. 103–119.
- Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S. and Rogers, R.W. (2000) 'A meta-analysis of research on protection motivation theory', *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), pp. 407–429.

- Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. (2015) *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Golden, S.D. and Earp, J.A.L. (2012) 'Social ecological approaches to individuals and their contexts: Twenty years of health education & behavior health promotion interventions', *Health Education & Behavior*, 39(3), pp. 364–372.
- Green, J. and Tones, K. (2010) *Health Promotion: Planning and Strategies*. 2nd edn. London: SAGE Publications.
- Green, L.W. and Kreuter, M.W. (2005) *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edn. New York: McGraw-Hill.
- Green, L.W., Ottoson, J.M., García, C. and Hiatt, R.A. (2019) 'Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health', *Annual Review of Public Health*, 40(1), pp. 235–256.
- Janz, N.K. and Becker, M.H. (1984) 'The Health Belief Model: A decade later', *Health Education Quarterly*, 11(1), pp. 1–47.
- Klasnja, P. and Pratt, W. (2012) 'Healthcare in the pocket: Mapping the space of mobile-phone health interventions', *Journal of Biomedical Informatics*, 45(1), pp. 184–198.
- Maddux, J.E. and Rogers, R.W. (1983) 'Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change', *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), pp. 469–479.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988) 'An ecological perspective on health promotion programs', *Health Education Quarterly*, 15(4), pp. 351–377.
- Michie, S., Thomas, J. and Johnston, M. (2017) 'Improving health by changing behaviour: Evidence-based and AI-supported behaviour change interventions', *Health Psychology Review*, 11(3), pp. 311–326.

- Milne, S., Sheeran, P. and Orbell, S. (2000) 'Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory', *Journal of Applied Social Psychology*, 30(1), pp. 106-143.
- Montano, D.E. and Kasprzyk, D. (2015) 'Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model', in Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. (eds.) *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th edn. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 95-124.
- Noar, S.M. and Harrington, N.G. (2012) *eHealth Applications: Promising Strategies for Behavior Change*. New York: Routledge.
- Notoatmodjo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nutbeam, D. and Harris, E. (2010) *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories*. 3rd edn. Sydney: McGraw-Hill.
- Oldenburg, B., Glanz, K. and French, M.L. (2020) 'Diffusion of innovations', in Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. (eds.) *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 6th edn. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 285-310.
- Pagoto, S. and Bennett, G.G. (2013) 'How behavioral science can advance digital health', *Translational Behavioral Medicine*, 3(3), pp. 271-276.
- Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1983) 'Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), pp. 390-395.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., 1997a. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12, 38-48.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., 1997b. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12, 38-48.

- Rifkin, S.B. (2014) 'Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature', *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 2), pp. ii98–ii106.
- Rogers, E.M. (1962) *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- Rogers, E.M. (2003) *Diffusion of Innovations*. 5th edn. New York: Free Press.
- Rogers, R.W. (1975) 'A protection motivation theory of fear appeals and attitude change', *Journal of Psychology*, 91(1), pp. 93–114.
- Rogers, R.W. (1983) 'Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation', in Cacioppo, J.T. and Petty, R.E. (eds.) *Social Psychophysiology: A Sourcebook*. New York: Guilford Press, pp. 153–176.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. and Becker, M.H. (1988) 'Social learning theory and the Health Belief Model', *Health Education Quarterly*, 15(2), pp. 175–183.
- Sallis, J.F., Owen, N. and Fisher, E.B. (2015) 'Ecological models of health behavior', in Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. (eds.) *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th edn. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 43–64.
- World Health Organization (2004) *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2021) *Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines: WHO Technical Advisory Group on Behavioural Insights and Sciences for Health*. Geneva: WHO.

BAB 7

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU KESEHATAN

Sa'diah Multi Karina, S.KM., M.Kes.

A. Pendahuluan

Perilaku manusia merupakan suatu hasil interaksi yang sangat kompleks dari berbagai faktor baik internal maupun faktor eksternal. Dalam konteks promosi kesehatan, maka difokuskan kepada perilaku kesehatan, maka pemahaman terhadap perilaku kesehatan sangat penting untuk dilakukan rancangan intervensi yang efektif dengan di landasi pada dasar ilmu perubahan perilaku secara umum, yang tidak hanya ditentukan oleh pengetahuan, tetapi oleh faktor lain seperti lingkungan, nilai-nilai serta kondisi sosial budaya individu dan masyarakat.

B. Pengertian Perilaku Kesehatan

Beberapa ahli menjabarkan batasan tentang perilaku kesehatan seperti yang disampaikan oleh (Notoatmodjo, 2012). Perilaku Kesehatan adalah segala bentuk respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit, penyakit, dan sistem pelayanan kesehatan, baik berupa pengetahuan, sikap, maupun tindakan. Perilaku kesehatan ini dapat bersifat positif (mendukung masalah kesehatan) atau bersifat negatif (merugikan kesehatan). Notoatmojo menyatakan bahwa perilaku kesehatan dibedakan atas

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (health maintenance behavior), contoh dalam hal ini adalah perilaku seseorang dalam menjaga kamis dirinya agar tidak sakit, misalnya menjaga kesehatan diri agar tidak sakit, misalnya olahraga
2. Perilaku pemeliharaan kesehatan (health maintenance behavior), contoh dalam hal ini adalah perilaku seseorang dalam menjaga dirinya agar tidak sakit, misalnya menjaga kebersihan diri, konsumsi makan dengan gizi seimbang, kesehatan dengan olahraga
3. Perilaku pencarian pengobatan (health seeking behavior), contoh perilaku dalam hal ini tindakan seseorang ketika sakit, dengan mencari pengobatan melalui fasilitas kesehatan
4. Perilaku penggunaan sistem kesehatan (health service utilization behavior), perilaku seseorang memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia

C. Teori-Teori yang Mendasari Perilaku Kesehatan

Dikarenakan perilaku kesehatan ini merupakan hasil interaksi yang komplek antara faktor internal dan eksternal tentunya di adopsi penjabarannya dari teori perubahan perilaku secara umum yang diterjemahkan dalam perilaku kesehatan. Mengapa seseorang melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan kesehatan diperlukan pendekatan teoritis yang dapat menjelaskan bagaimana terbentuknya perilaku tersebut.

Teori perilaku kesehatan akan sangat membantu para tenaga kesehatan dan perancang program promosi kesehatan dalam memahami dan menyikapi bagaimana pengetahuan, sikap, keyakinan dan kondisi sosial lainnya dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam menjaga kesehatannya (Notoatmodjo, 2012).

Dalam konteks promosi kesehatan, mempelajari teori perilaku dapat menjadi kerangka dasar berfikir yang berfungsi sebagai *conceptual framework* dalam perencanaan promosi kesehatan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku manusia terkait dengan kesehatan. Teori perilaku merupakan dasar perencanaan intervensi kesehatan yang sistematis, karena

teori mampu menjelaskan sebab-akibat antara determinan perilaku dengan kesehatan yang diharapkan (Green & Kreuter, 2005).

Teori perilaku kesehatan berfungsi sebagai landasan konseptual untuk memahami determinan perilaku, mengidentifikasi hambatan perubahan, serta merancang strategi intervensi yang efektif (Glanz et al., 2008).

Pemahaman teori perilaku memiliki peranan penting dalam kegiatan promosi kesehatan karena teori memberikan arah yang jelas dalam merancang intervensi perubahan perilaku. Teori membantu tenaga kesehatan memahami mengapa seseorang melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan kesehatan, serta faktor-faktor apa yang mempengaruhi keputusan tersebut (Glanz et al., 2008). Melalui pendekatan teoritis, perancang program promosi kesehatan dapat mengidentifikasi variabel-variabel psikososial seperti pengetahuan, persepsi risiko, motivasi, efikasi diri, dan dukungan sosial yang berperan dalam pembentukan perilaku (Green & Kreuter, 2005). Dengan demikian, teori perilaku tidak hanya menjelaskan fenomena perilaku manusia, tetapi juga berfungsi memprediksi dan memodifikasi perilaku agar sejalan dengan tujuan kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2012).

Beberapa teori yang banyak digunakan dalam bidang promosi kesehatan berasal dari disiplin psikologi sosial, sosiologi, dan ilmu perilaku, seperti health belief model (hbm) oleh becker, theory of planned behavior (tpb) oleh ajzen, social cognitive theory (sct) oleh bandura, serta transtheoretical model (ttm) oleh prochaska dan diclemente. masing-masing teori memiliki pendekatan yang berbeda, namun semuanya berupaya menjelaskan bagaimana persepsi risiko, sikap, norma sosial, efikasi diri, dan dukungan lingkungan berperan dalam pembentukan dan perubahan perilaku kesehatan. pemahaman terhadap berbagai teori ini penting agar tenaga kesehatan mampu memilih pendekatan yang paling sesuai dengan karakteristik masyarakat sasaran, sehingga intervensi yang

dilakukan dapat lebih efektif, terukur, dan berkelanjutan (Simon-Morton, B et al., 2012).

Pemahaman terhadap teori-teori ini tidak hanya penting bagi akademisi, tetapi juga praktisi kesehatan masyarakat. dengan landasan teori yang kuat, program promosi kesehatan dapat dirancang secara lebih efektif, terarah, dan berkelanjutan. pendekatan berbasis teori juga memungkinkan tenaga kesehatan untuk menilai keberhasilan intervensi, karena teori memberikan indikator yang dapat diukur dari proses perubahan perilaku. dengan demikian, teori-teori perilaku kesehatan berperan sebagai fondasi ilmiah dalam upaya mencapai masyarakat yang lebih sehat, mandiri, dan berperilaku hidup bersih serta sehat

Teori Ilmu Perilaku Dalam Perubahan Perilaku Kesehatan (PRECEDE - PROCEED)

Dalam buku *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach* karya Lawrence W. Green dan Marshall W. Kreuter (2005), merupakan buku yang sering dijadikan rujukan, dimana dalam buku ini yang merupakan salah satu fondasi teori perilaku dan promosi kesehatan modern. Di dalam buku ini, Green & Kreuter memperkenalkan Model PRECEDE - PROCEED, yang sampai sekarang menjadi kerangka teori (theoretical framework) utama dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program promosi kesehatan.

Model PRECEDE-PROCEED adalah suatu model pembelajaran dan analisa perilaku kesehatan dengan pendekatan yang sistematis, digunakan untuk merencanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan. Model ini menggabungkan aspek perilaku dan lingkungan dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam teori ini ini digambarkan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor pendidikan (educational factors) dan ekologi sosial (ecological factors) yang dapat diidentifikasi, dimodifikasi, dan diukur. Sehingga di tekankan bahwa perubahan perilaku tidak terjadi secara spontan, tetapi melalui proses yang dapat direncanakan berdasarkan data dan teori.

Teori PRECEDE – PROCEED, dua bagian kajian , pertama PRECEDE singkatan dari Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation, Pada bagian ini berfokus pada tahapan diagnosis atau perencanaan awal, dimana perencana program berusaha memahami mengapa suatu masalah kesehatan terjadi, dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi perilaku masyarakat dan menekankan analisis awal; diagnosis sosil, perilaku dan pendidikan.

Untuk merancang intervensi yang efektif terdiri dari pendekatan 4 fase yaitu :

1. Social Diagnosis yaitu ; mengidentifikasi masalah dan kebutuhan masyarakat berdasarkan persepsi mereka terhadap kualitas hidup.
Contoh : rendahnya aktivitas fisik karena kurangnya fasilitas publik.
2. Epidemiological Diagnosis, yaitu ; Menentukan prioritas masalah kesehatan berdasarkan data penyakit, mortalitas, Morbiditas, dan faktor risiko.
Contoh: meningkatnya kasus hipertensi dan obesitas di suatu komunitas tertentu
3. Behavioral and Environmental Diagnosis, yaitu mengidentifikasi perilaku dan faktor lingkungan yang berkontribusi pada masalah kesehatan.
Contohnya kebiasaan makan tinggi lemak (perilaku) dan kurangnya akses makanan sehat (lingkungan)
4. Educational and Ecological Diagnosis yaitu Menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang terdiri dari:
 - a. **Predisposing faktor** ; adalah suatu faktor yang berkaitan dengan kesiapan atau kecenderungan awal seseorang untuk bertindak atau berperilaku tertentu. Dalam kontek Ilmu Perilaku dan Promosi kesehatan adalah faktor dari segala hal yang menjadi dasar atau pendorong terbentuknya perilaku tertentu sebelum perilaku itumuncul , faktor ini mencerminkan kesiapan psikologis,

pengetahuan, keyakinan seseorang untuk bertindak, variabelnya adalah Pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan motivasi.

Contoh; seseorang yang mengetahui bahaya merokok dan percaya bahwa merokok menyebabkan kanker paru akan termotivasi untuk berhenti

- b. **Enabling Faktor (faktor Pemungkin);** adalah segala sumber daya atau kondisi lingkungan yang memungkinkan seseorang untuk melaksanakan perilaku yang telah dimotivasi oleh faktor predisposisi. Variabelnya; 1) Ketersediaan fasilitas dan sarana, misalnya Puskesmas, tempat cuci tangan, sarana olahraga 2) Akses terhadap layanan kesehatan (jarak, biaya, waktu, keterjangkauan) 3) Keterampilan dan kemampuan individu dalam melaksanakan perilaku 4) Kebijakan dan peraturan yang mendukung.

Contoh; tersedianya Puskesmas dan Program BPJS memungkinkan masyarakat memanfaatkan layanan kesehatan

- c. **Reinforcing Faktor (Faktor Penguat) ;** pengaruh sosial atau lingkungan yang memperkuat atau melemahkan terjadinya perilaku setelah perilaku tersebut dilakukan. Faktor ini berfungsi sebagai umpan balik (feedback) yang menentukan apakah perilaku akan dipertahankan atau ditinggalkan (Simon-Morton, B et al., 2012). Contoh dukungan sosial (keluarga, tenaga kesehatan tokoh masyarakat), penghargaan dan kebijakan, norma yang berlaku di masyarakat.

Sebagai contoh ibu menyusui eksklusif lebih konsisten ketika mendapatkan dukungan dari suami dan tenaga kesehatan.

Ketiga faktor yang ada pada fase keempat dan teori yang diungkapkan oleh (Green & Kreuter, 2005) merupakan komponen variabel yang saling berinteraksi dalam membentuk, memelihara, dan memperkuat perilaku seseorang terhadap kesehatan.

Selanjutnya penjelasan PROCEED merupakan singkatan dari: Policy, Regulatory, and Organizational Contracts in Educational and Environmental Development; merupakan bagian dari analisa dan perencanaan, yaitu mendiagnosa masalah kesehatan dari hulu, dimulai dari kondisi sosial hingga faktor perilaku dan lingkungan yang mendasari. Bagian ini menekankan pada implementasi program dan evaluasi hasilnya. Tahap PROCEED terdiri dari :

1. Implementation, yaitu pelaksanaan program berdasarkan rencana intervensi yang telah dirancang
2. Proses evaluasi, menilai apakah program dilaksanakan sesuai dengan rencana
3. Impact Evaluation, yaitu menilai perubahan yang terjadi dalam pengetahuan, sikap, perilaku, dan lingkungan setelah intervensi
4. Outcome Evaluation, yaitu menilai dampak akhir terhadap status kesehatan dan kualitas hidup masyarakat

Tabel 7.1 Kaitan PRECEDE dengan PROCEED Program Perubahan Perilaku Kesehatan dalam Promosi Kesehatan

Tahap	Fokus Utama	Tujuan
PRECEDE	Diagnosis sosial, perilaku, lingkungan, dan pendidikan	Memahami akar masalah dan merancang intervensi yang relevan
PROCEED	Implementasi dan Evaluasi Program	Menilai efektivitas intervensi dan dampak terhadap kesehatan masyarakat.

Dengan demikian, maka hubungan keduanya dianalogikan sebagai berikut berfikir lanjut bertindak

1. PRECEDE :
 - a. Mendiagnosa dan Merencanakan
 - b. Memastikan bahwa program yang dirancang berdasarkan bukti dan kebutuhan nyata di masyarakat.

2. PROCEED :

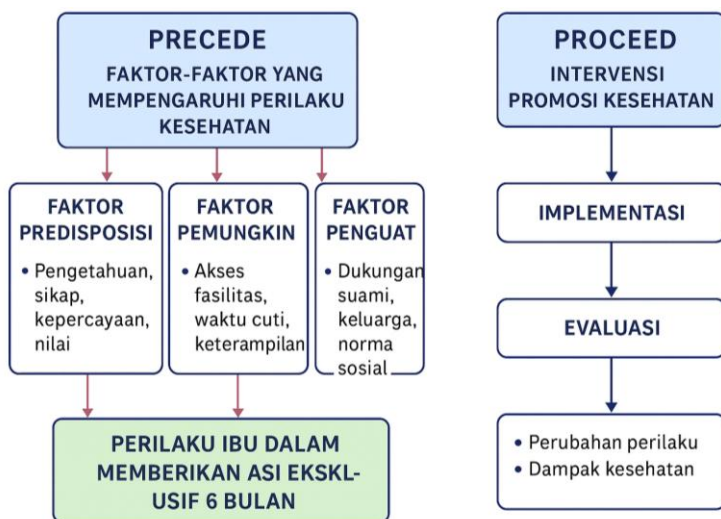
- a. Melakukan tindakan dan evaluasi
- b. Menjamin bahwa program tersebut berjalan efektif, efisien dan dapat diukur hasilnya.

Model PRECEDE-PROCEED mengajarkan bahwa promosi kesehatan yang efektif harus :

1. Berangkat dari analisis kebutuhan masyarakat (botton- up approach)
2. Mempertimbangkan faktor perilaku dan lingkungan
3. Didukung oleh kebijakan, regulasi, dan organisasi yang kuat,
4. Serta Dilengkapi dengan evaluasi berkelanjutan untuk memastikan keberhasilan program

Oleh karena itu, model ini sering digunakan sebagai kerangka konseptual dalam penelitian mahasiswa, maupun dalam perencanaan program intervensi kesehatan di masyarakat.

Berikut ini terjemahkan contoh Teori Model PRECEDE-PROCEED oleh (Green & Kreuter, 2005), diimplementasikan pada sebuah contoh permasalahan perilaku ibu dalam memberikan ASI eksklusif yang dicoba dijabarkan secara rinci dalam sebuah tabel, diagram singkat dan diagram keterkaitan yang bisa dijadikan bahan kajian dalam sebuah penelitian atau tulisan.



Gambar 7.1 Diagram Singkat Kaitan Precede Dengan Proceed
Sumber: (Green & Kreuter, 2005) & (Glanz et al., 2015)

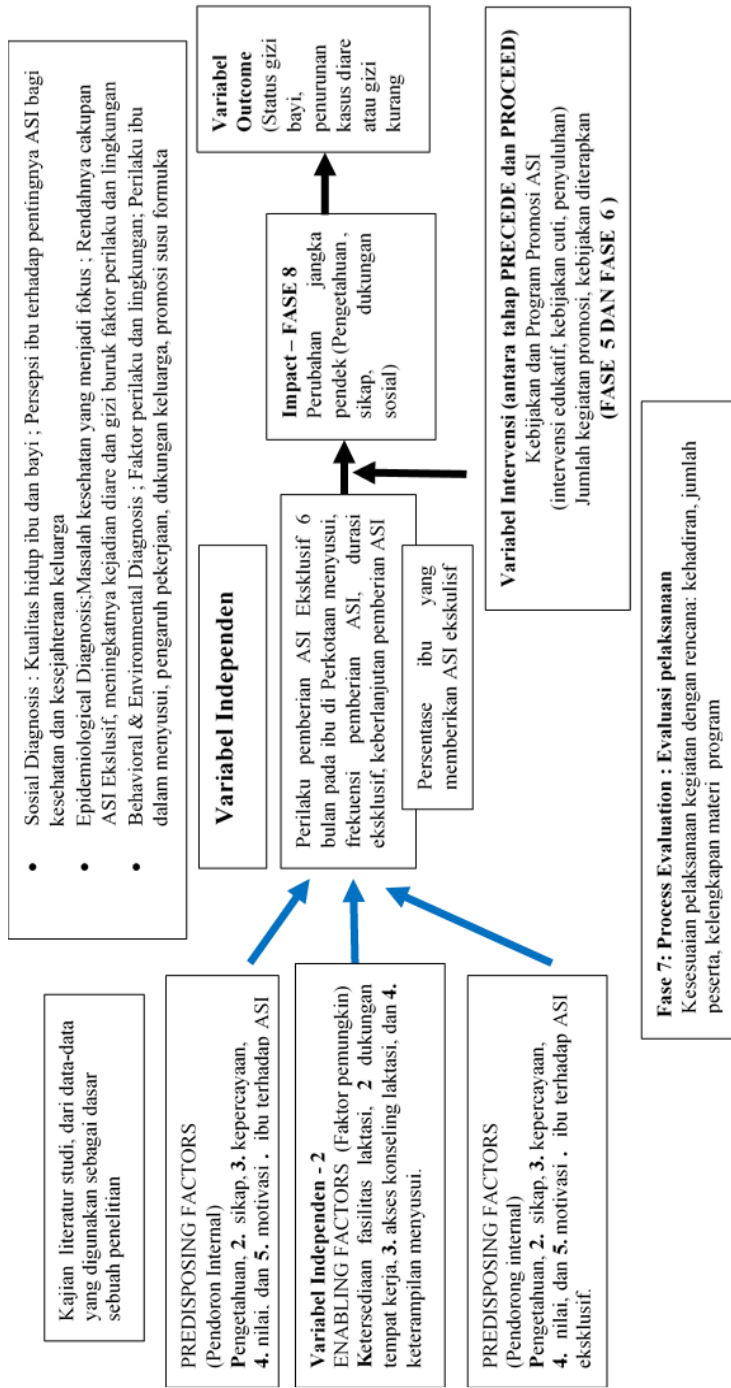
Tabel 7.2 Contoh Kerangka Konsep dan Variabel dari Perilaku Kesehatan – Pemberian ASI Eksklusif 6 bulan Ibu Perkotaan

TAHAP PRECEDE		
Fase	Jenis Faktor/ Variabel	Deskripsi Konteks ASI Eksklusif
Fase 1: Social Diagnosis	Kualitas hidup ibu dan bayi	Persepsi ibu terhadap pentingnya ASI bagi kesehatan bayi dan kesejahteraan keluarga
Fase 2: Epidemiological Diagnosis	Masalah kesehatan yang menjadi fokus	Rendahnya cakupan ASI eksklusif, meningkatnya kejadian diare dan gizi buruk
Fase 3: Behavioral & Environmental Diagnosis	Faktor perilaku dan lingkungan	Perilaku ibu dalam menyusui, pengaruh pekerjaan, dukungan

TAHAP PRECEDE		
Fase	Jenis Faktor/ Variabel	Deskripsi Konteks ASI Eksklusif
		keluarga, promosi susu formula
Fase 4: Educational & Ecological Diagnosis	Tiga kelompok faktor utama	
Variabel Independen- 1 PREDISPOSING FACTORS (Pendorong, internal)	1. Pengetahuan 2. Sikap 3. Kepercayaan 4. Nilai 5. Motivasi ibu terhadap ASI eksklusif	Ibu mengetahui manfaat ASI tapi belum yakin atau percaya diri untuk menyusui eksklusif
Variabel Independen- 2 ENABLING FACTORS (Faktor Pemungkin)	1. Ketersediaan fasilitas laktasi 2. Dukungan tempat kerja 3. Akses konseling laktasi 4. Keterampilan menyusui	Ibu bekerja tidak memiliki fasilitas menyusui di kantor
Variabel Independen-3 REINFORCINE Faktor	1. Dukungan suami 2. Keluarga 3. Tenaga kesehatan 4. Norma sosial di lingkungan masyarakat	Suami atau keluarga tidak mendukung, promosi susu formula kuat
Fase 5: Administrative & Policy Diagnosis	Dukungan organisasi, kebijakan, regulasi	Ketersediaan peraturan cuti melahirkan, kebijakan ruang

TAHAP PRECEDE		
Fase	Jenis Faktor/ Variabel	Deskripsi Konteks ASI Eksklusif
		laktasi, dukungan Dinkes dan perusahaan
Fase 6 : Implementation	Intervensi/ program yang dilakukan	Pelatihan ibu hamil, konseling menyusui, kampanye ASI eksklusif, pembentukan kelompok pendukung ibu menyusui
Fase 7: Process Evaluation	Evaluasi Pelaksanaan program	Kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana: kehadiran, jumlah peserta, kelengkapan materi
Fase 8: Impact Evaluation	Perubahan jangka pendek (pengetahuan, sikap, dukungan sosial)	Peningkatan pengetahuan dan motivasi untuk menyusui eksklusif
Fase 9: Outcome Evaluation	Perubahan jangka panjang/ hasil akhir	Meningkatnya proporsi ibu yang memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan

Contoh Kerangka Konsep dan Variabel dari Perilaku Kesehatan – Pemberian ASI Eksklusif 6 bulan Ibu Perkotaan



Teori *Health Belief Model* (HBM)

Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu teori paling klasik dan banyak digunakan dalam bidang promosi kesehatan dan ilmu perilaku, terutama untuk memahami mengapa seseorang mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat. Pertama kali dikembangkan oleh Irwin ., Rosenstock (1996) dan kemudian disempurnakan oleh (Becker, 1974) dan (Janz, N & Becker, 1984). Model ini menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang ditentukan oleh keyakinan (beliefs) individu tentang :

1. Risiko terhadap penyakit (perceived threat)
2. Manfaat melakukan tindakan pencegahan (perceived benefits)
3. Hambatan yang dirasakan (perceived barriers)
4. Serta faktor pemicu tindakan (cues to action) dan keyakinan diri (self-efficacy)

Teori ini digunakan untuk merancang intervensi promosi kesehatan dengan fokus pada perubahan persepsi individu dan sering digunakan untuk menjelaskan mengapa seseorang mau atau tidak mau mengubah perilaku berdasarkan *persepsi subjektif* terhadap kesehatan, bukan hanya faktor objektif medis.

HBM terdiri dari enam komponen utama (konstruk) yang saling terkait dan mempengaruhi kemungkinan seseorang mengambil tindakan kesehatan dengan variabel berikut ini, dengan jabaran definisi dan implikasinya terhadap program kesehatan.

1. Perceived Susceptibility (Kerentanan yang Dirasakan)

- a. **Definisi** : Keyakinan subjektif seseorang tentang kemungkinan dirinya akan terkena suatu masalah kesehatan atau penyakit tertentu
- b. **Implikasi Promkes** : Jika individu merasa sangat rentan, mereka akan lebih termotivasi untuk bertindak. Program promkes harus menyajikan data dan skenario yang relevan agar audiens menyadari risiko pribadi mereka (misalnya, "Jika Anda merokok, anda berisiko X kali lipat terkena kanker paru-paru)

2. **Perceived Severity (Keseriusan yang Dirasakan)**

- a. **Definisi** : Keyakinan subjektif seseorang tentang seberapa serius konsekuensi dari kondisi atau penyakit tersebut (baik secara klinis, finansial, maupun sosial)
- b. **Implikasi Promkes** : Keseriusan yang tinggi (misalnya, diare dapat menyebabkan kematian pada balita, atau stunting mempengaruhi masa depan anak) akan mendorong tindakan. Promosi kesehatan perlu menggaris bawahi dampak negatif yang nyata dari tindak bertindak

3. **Perceived Benefits (Manfaat yang Dirasakan)**

- a. **Definisi** : Keyakinan seseorang bahwa mengambil tindakan kesehatan yang direkomendasikan akan bermanfaat dalam mengurangi kerentanan atau keparahan penyakit
- b. **Implikasi Promkes** : Individu harus yakin bahwa manfaat dari perilaku sehat (misalnya, berolahraga) lebih besar daripada konsekuensi tindak bertindak. Kampanye promkes harus secara jelas menjabarkan *outcome* positif yang bisa didapatkan (misalnya, "Berhenti merokok akan meningkatkan stamina dan menghemat uang").

4. **Perceived Barriers (Hambatan yang Dirasakan)**

- a. **Definisi** : Keyakinan seseorang tentang biaya, ketidaknyamanan atau halangan lain yang mungkin dihadapi saat melakukan perilaku kesehatan yang direkomendasikan
- b. **Implikasi Promkes** : Ini adalah faktor penghambat utama. Hambatan bisa berupa biaya tinggi, waktu yang terbatas, rasa sakit, atau kesulitan emosional. Intervensi promkes harus bertujuan untuk mengurangi hambatan yang dirasakan (misalnya, menyediakan fasilitas skrining gratis, memberikan informasi bahwa cuci tangan hanya butuh waktu 20 detik).

5. **Cues to Action (Isyarat Bertindak)**

- a. **Definisi** : Faktor eksternal atau internal yang memicu individu untuk mengambil tindakan kesehatan

- b. **Implikasi Promkes** : Isyarat ini bisa berupa kampanye media massa, pengingat dari tenaga kesehatan, gejala fisik, atau pengalaman buruk dari orang terdekat. Dalam promkes, ini sering diterjemahkan menjadi pemberian informasi yang tepat waktu dan pesan yang persuasif (misalnya, poster peringatan bahaya DHF, anjuran rutin *check up* dari dokter).

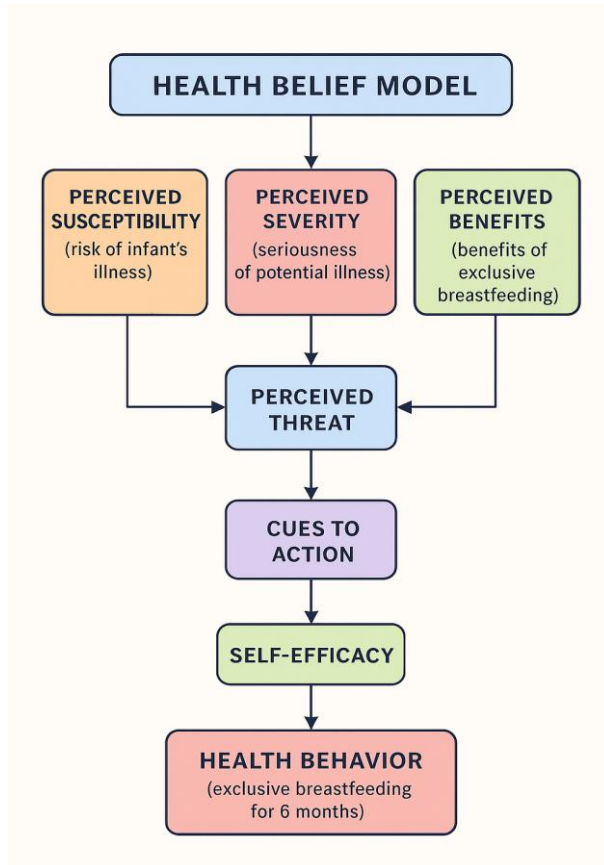
6. Self Efficacy (Efikasi Diri)

- a. **Definisi** : Keyakinan seseorang pada kemampuan diri untuk berhasil melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan
- b. **Implikasi Promkes** : Ini ditambahkan pada HBM dikemudian hari. Jika seseorang tidak yakin dapat melakukan suatu perilaku (misalnya, yakin bisa berhenti merokok), mereka cenderung tidak akan mencoba. Promkes harus fokus pada pemberdayaan dan pembentukan keterampilan (misalnya, pelatihan cara mencuci tangan yang benar, dukungan kelompok untuk berhenti merokok) agar individu merasa mampu.

Selanjutnya, penggunaan teori Health Belief Model (Becker, 1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs.) yang diterjemahkan untuk contoh kasus perubahan perilaku pemberian ASI Eksklusif 6 bulan pada ibu di perkotaan, maka strategi promosi dapat diarahkan untuk:

1. Meningkatkan persepsi manfaat dan keseriusan (edukasi tentang pentingnya ASI)
2. Mengurangi hambatan yang dirasakan (menyediakan ruang laktasi, cuti kerja)
3. Menambah pemicu tindakan (kampanye, dukungan suami, media sosial)
4. Meningkatkan self - efficacy (pelatihan manajemen ASI bagi ibu bekerja)

Bila dijabarkan dalam uraian yang lebih rinci serta kerangka konsep bila digunakan untuk sebuah kajian skripsi misalnya, dapat digambarkan diagram pada hal berikut ini (Glanz et al., 2015).



Gambar 7.2 Kerangka Model Teori Health Belief Model dalam Penggunaan Untuk Perubahan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif 6 bulan

Sumber: (Glanz et al., 2015) & (Rosenstock, 1974)

Tabel 7.3 Jabaran Penjelasan Komponen Dalam Health Belief Model pada Kasus Perilaku Pemberian Asi Eksklusif 6 Bulan pada Ibu di Perkotaan

No	Komponen utama	Makna dari Komponen Terhadap Perilaku Pemberian ASI Eksklusif 6 bulan Pada Ibu di Perkotaan	Program Promosi Yang Dilakukan
1	Perceived Susceptibility (Kerentanan yang Dirasakan)	Keyakinan ibu bahwa bayinya rentan terhadap masalah kesehatan jika tidak diberi ASI Eksklusif (misalnya, rentan terkena infeksi, diare, stunting, atau penyakit kronis di kemudian hari).	Tingkatkan Kesadaran Risiko: • Edukasi harus menyoroti data spesifik dan nyata (misalnya, fact sheet mengenai peningkatan risiko penyakit pada bayi yang tidak mendapat ASI Eksklusif). • Tekankan bahwa semua bayi, termasuk bayi di kota, berisiko
2	Preceived Severity (Keseriusan yang Dirasakan)	Keyakinan ibu bahwa konsekuensi dari penyakit/ masalah yang mungkin timbul akibat tidak diberi ASI Eksklusif adalah serius (misalnya, stunting memiliki dampak permanen	Yang Perlu di perhatikan Dampak Jangka Panjang: • Gunakan testimoni atau data yang menunjukkan dampak serius ketidakcukupan gizi pada masa

No	Komponen utama	Makna dari Komponen Terhadap Perilaku Pemberian ASI Eksklusif 6 bulan Pada Ibu di Perkotaan	Program Promosi Yang Dilakukan
		pada perkembangan kognitif, biaya pengobatan anak sakit tinggi).	depan anak (sekolah, pekerjaan) dan beban finansial keluarga
3	Perceived Benefits (Manfaat yang Dirasakan)	Keyakinan ibu bahwa menyusui eksklusif selama 6 bulan adalah tindakan terbaik yang dapat secara efektif mengurangi kerentanan dan keseriusan risiko tersebut.	Perjelas Keunggulan ASI: • Promosikan manfaat yang praktis dan ekonomis bagi ibu di kota (misalnya, ASI selalu tersedia, steril, dan gratis; menghemat biaya susu formula; mengurangi biaya pengobatan; bonding emosional).
4	Perceived Barriers (Hambatan yang Dirasakan)	Ini sering menjadi faktor penentu kegagalan di perkotaan: Waktu yang terbatas karena pekerjaan, kurangnya fasilitas laktasi di kantor	Fokus pada Reduksi Hambatan: • Pekerjaan: Advokasi kebijakan kantor (cuti laktasi, ruang laktasi).

No	Komponen utama	Makna dari Komponen Terhadap Perilaku Pemberian ASI Eksklusif 6 bulan Pada Ibu di Perkotaan	Program Promosi Yang Dilakukan
		(pumping atau ruang menyusui), kelelahan, rasa sakit saat menyusui/ memerah, dukungan keluarga/suami yang kurang, serta rasa malu/ canggung memerah ASI di tempat kerja.	• Teknis: Pelatihan teknik memerah dan menyimpan ASI perah (ASIP) yang benar. • Emosional/Sosial: Libatkan suami/ keluarga dalam sesi konseling
5	Cues to Action (Isyarat Bertindak)	Pemicu yang mengingatkan ibu untuk mempertahankan ASI Eksklusif, seperti: nasihat dokter/bidan, poster di klinik/kantor, pesan dari suami/keluarga, atau melihat bayi lain sakit.	Berikan Peringatan Tepat Waktu: • Internal: Tawarkan gejala fisik (misalnya, payudara penuh) sebagai pemicu. • Eksternal: Kirim pengingat digital atau chat rutin dari konselor laktasi/ bidan (khususnya pada bulan ke-3 dan ke-5, saat ibu sering menyerah).
6	Self-Efficacy (Efikasi Diri)	Keyakinan ibu bahwa ia mampu menghasilkan ASI	Fokus pada Reduksi Hambatan:

No	Komponen utama	Makna dari Komponen Terhadap Perilaku Pemberian ASI Eksklusif 6 bulan Pada Ibu di Perkotaan	Program Promosi Yang Dilakukan
		yang cukup dan dapat mengatasi tantangan menyusui eksklusif selama 6 bulan sambil menjalani rutinitas perkotaan (misalnya, yakin bisa memerah ASI sesuai jadwal).	• Pekerjaan: Advokasi kebijakan kantor (cuti laktasi, ruang laktasi). • Teknis: Pelatihan teknik memerah dan menyimpan ASI perah (ASIP) yang benar. • Emosional/Sosial: Libatkan suami/ keluarga dalam sesi konseling

Tabel 7.4 Contoh Jabaran Penjelasan Komponan Dalam Health Belief Model Pada Kasus Perilaku Pemberian Asi Eklusif 6 Bulan Pada Ibu di Perkotaan

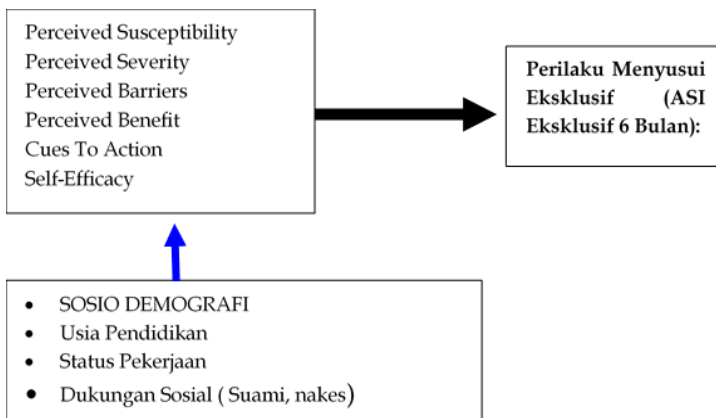
Komponen HBM - Variabel Independen	Contoh Pertanyaan	Jawaban Skala Likert
1. Kerentanan yang Dirasakan (Perceived Susceptibility) Keyakinan ibu tentang risiko bayi tidak	1. Saya yakin bayi saya lebih rentan terkena infeksi (misalnya diare) jika tidak mendapat ASI Eksklusif 6 bulan 2. Saya merasa bayi di perkotaan lebih	Sangat Setuju = 5 Setuju = 4 Cukup Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1

Komponen HBM - Variabel Independen	Contoh Pertanyaan	Jawaban Skala Likert
mendapat ASI Eksklusif	berisiko mengalami kurang gizi jika tidak mendapat ASI eksklusif dibandingkan dengan bayi yang tinggal di desa 3. Saya percaya bahwa anak yang tidak mendapat ASI Eksklusif akan lebih sering sakit dibandingkan anak yang mendapatkannya	
2. Keseriusan yang Dirasakan (Perceived Severity) Keyakinan ibu tentang dampak serius dari	1. Saya yakin stunting (gagal tumbuh) akibat tidak ASI eksklusif akan mempengaruhi masa depan kognitif anak secara permanen 2. Saya khawatir biaya pengobatan anak akan sangat tinggi jika anak saya sering sakit karena tidak mendapat ASI eksklusif 3. Saya percaya kegagalan ASI Eksklusif dapat menyebabkan penyesalan emosional	Sangat Setuju = 5 Setuju = 4 Cukup Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1

Komponen HBM - Variabel Independen	Contoh Pertanyaan	Jawaban Skala Likert
	jangka panjang pada diri saya sebagai ibu	
3. Manfaat yang Dirasakan (Perceived Benefits) Keyakinan ibu bahwa ASI Eksklusif efektif memberikan manfaat	1. Saya yakin ASI Eksklusif adalah cara yang paling efektif dan alamiah untuk melindungi bayi saya dari penyakit. 2. Bagi saya, menyusui eksklusif lebih praktis karena tidak perlu menyiapkan air panas, botol, dan susu formula saat bepergian atau bekerja. 3. Saya percaya ASI Eksklusif dapat membantu saya kembali ke berat badan sebelum hamil lebih cepat	Sangat Setuju = 5 Setuju = 4 Cukup Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1
4. Hambatan yang Dirasakan (Perceived Barriers) Persepsi ibu terhadap kesulitan dalam menjalani ASI Eksklusif.	1. Saya merasa sangat sulit menemukan waktu yg memadai utk memerah ASI di kantor setiap 3-4 jam. 2. Saya merasa ASI yang saya hasilkan tidak cukup untuk kebutuhan bayi selama 6 bulan penuh 3. Saya merasa sulit untuk mencuci & mensterilkan	Sangat Setuju = 5 Setuju = 4 Cukup Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1

Komponen HBM - Variabel Independen	Contoh Pertanyaan	Jawaban Skala Likert
	peralatan <i>pumping</i> & botol ASIP di tempat kerja saya 4. Rasa nyeri/tidak nyaman saat menyusui atau memerah ASI membuat saya ingin menyerah.	
Komponen HBM - Variabel Independen	Contoh Pertanyaan	Jawaban Skala Likert
5. Isyarat Bertindak (Cues to Action) Frekuensi atau kekuatan pemicu yang mendorong ibu untuk menyusui.	1. Nasihat atau anjuran dari Bidan/Dokter anak menjadi pemicu utama saya untuk memulai dan melanjutkan ASI Eksklusif. 2. Saya sering mendapat informasi/pengingat dari media sosial atau grup ibu menyusui yang memotivasi saya untuk ASI Eksklusif 3. Melihat teman atau kenalan yang sukses ASI Eksklusif mendorong saya untuk terus berusaha.	Sangat Setuju = 5 Setuju = 4 Cukup Setuju = 3 Tidak Setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1
6. Efikasi Diri (Self-Efficacy) Keyakinan ibu akan kemampuannya	1. Saya yakin mampu mengatasi rasa sakit/tidak nyaman saat menyusui.	Sangat Setuju = 5 Setuju = 4 Cukup Setuju = 3 Tidak Setuju = 2

Komponen HBM - Variabel Independen	Contoh Pertanyaan	Jawaban Skala Likert
untuk berhasil ASI Eksklusif.	2. Saya yakin saya bisa mengatur manajemen waktu yang baik antara pekerjaan dan kewajiban memerah ASI perah (ASIP). 3. Saya yakin ASI saya akan terus mencukupi kebutuhan bayi hingga usia 6 bulan, meskipun saya bekerja.	Sangat tidak setuju = 1



Gambar 7.3 Diagram Kerangka Konsep Teori Health Belief Model dalam Contoh Penelitian

Perilaku Menyusui Eksklusif (ASI Eksklusif 6 Bulan):

Adalah Status pemberian ASI kepada bayi, di mana bayi hanya menerima ASI (termasuk ASI perah) tanpa makanan atau minuman tambahan apapun (kecuali obat-obatan, vitamin, atau mineral tetes), sejak lahir hingga usia 6 bulan.

Kategori:

- Ya (berhasil ASI Eksklusif)
- Tidak (tidak berhasil ASI Eksklusif)

Apabila akan di lakukan penelitian maka menentukan Hipotesa Penelitian, Berdasarkan kerangka konsep di atas, hipotesis penelitian (dalam bentuk hipotesis nol H/O dan hipotesis alternatif H/A) dapat dirumuskan:

1. **H/A** : Terdapat hubungan positif yang signifikan antara **Perceived Susceptibility** dengan keberhasilan ASI Eksklusif 6 bulan.
2. **H/A** : Terdapat hubungan positif yang signifikan antara **Perceived Benefits** dengan keberhasilan ASI Eksklusif 6 bulan.
3. **H/A** : Terdapat hubungan negatif yang signifikan antara **Perceived Barriers** dengan keberhasilan ASI Eksklusif 6 bulan.
4. **H/A** : Self-Efficacy merupakan prediktor paling kuat terhadap perilaku ASI Eksklusif 6 bulan.

Theory Of Planned Behavior (TBP) – Ajzen (1991)

Konsep utama pada teori ini adalah, perilaku seseorang dipengaruhi oleh niat (intention) niat dan persepsi kemampuan diri berperan besar dalam mengubah perilaku (Ajzen, 1991).

Untuk bertindak, ada 3 hal yang mempengaruhi :

1. Sikap Terhadap Perilaku (Attitude Toward Behavior) ; adalah sejauh mana seseorang menilai perilaku tersebut adalah negatif dan positif
2. Norma subjektif (Subjective Norms) pengaruh tekanan sosial atau pandangan orang lain terhadap perilaku tersebut
3. Persepsi Kontrol Perilaku (Perceived Behavioral Control) adalah keyakinan bahwa seseorang mampu melakukan perilaku tersebut

Social Cognitive Theory (SCT)

Perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh interaksi timbal balik antara individu, lingkungan dan perilaku itu sendiri (reciprocal determinism). Faktor kunci perubahan perilakunya adalah

1. Self – Efficacy : Keyakinan seseorang terhadap kemampuan melakukan tindakan tertentu
2. Observational Learning , yaitu belajar dari mengamati orang lain
3. Reinforcement adalah penguatan positif atau negatif dari lingkungan

Teori model ini sangat berguna dalam suatu intervensi perubahan perilaku kesehatan berbasis komunitas atau pendidikan kesehatan yang melibatkan teladan dan dukungan sosial, misalnya pada metode Fokus Group Diskusi atau Positif Deviance.

Transtheoretical Model (TTM)

Transtheoretical Model (TTM) menjelaskan bahwa perubahan perilaku merupakan proses bertahap yang dilalui individu sebelum mencapai perilaku baru yang lebih sehat. Model ini diperkenalkan oleh Prochaska dan DiClemente melalui kajian mereka mengenai proses perubahan perilaku merokok (*Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change*) yang dipublikasikan dalam *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Prochaska & DiClemente, 1983).

Dalam model ini, individu melewati lima tahapan utama perubahan perilaku , yaitu :

1. *Precontemplation* (belum berniat berubah)
2. *Contemplation* (mulai berpikir untuk berubah)
3. *Preparation* (bersiap-siap)
4. *Action* (melakukan perubahan)
5. *Maintenance* (mempertahankan perilaku baru)

Teori ini dalam promosi kesehatan untuk perubahan perilaku sangat berguna untuk perencanaan intervensi yang bertahap, misalnya membantu seorang ibu yang belum siam menyusui eksklusif menjadi melakukan dan mempertahankan ASI eksklusif

Teory Of Interpersonak Behavior (TTB)

Konsep dasar teori ini (Triandis, 1977) menyatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh kebiasaan (habit), niat (intention), faktor sosial, dan faktor emosional. Komponen-komponen ini mencakup *pengaruh emosi terhadap perilaku, norma sosial, serta konsekuensi yang dirasakan individu*. Model ini menekankan bahwa emosi dan kebiasaan memiliki pengaruh kuat dalam membentuk perilaku kesehatan, bukan hanya aspek rasional atau kognitif.

Dari uraian teori-teori perubahan perilaku yang telah dijelaskan, mulai dari PRECEDE-PROCEED, Health Belief Model (HBM), Theory of Planned Behavior (TPB), Social Cognitive Theory (SCT), hingga Transtheoretical Model (TTM)seluruhnya saling melengkapi dalam merancang program promosi kesehatan yang komprehensif untuk mendukung perubahan perilaku.

Saling melengkapi satu sama lain dalam panduan suatu program promosi kesehatan untuk perubahan perilaku.

Pendekatan Integratif Menggabungkan Lima Dimensi Besar:

1. Kognitif: Pengetahuan, Persepsi, Dan Keyakinan Individu (Hbm)
2. Motivasi Dan Niat: Proses Pembentukan Niat Berperilaku (Tpb)Self-Efficacy Observasi: Pembelajaran Sosial - Dukungan (SCT).
3. Tahapan Perubahan: Strategi Intervensi Bertahap (TTM)
4. Konteks Sosial-Ekologis: Peran Lingkungan Dan Kebijakan (PRECEDE-PROCEED).

DAFTAR PUSTAKA

- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324–473.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education : Theory, Research, and Practice* (4th ed). Jossey- Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Green, L. ., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An educational and ecological approach* (4th ed). McGraw-Hill.
- Janz, N, K., & Becker, M. . (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1).
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi dan Perilaku. In *Promosi kesehatab*. Rineka Cipta.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*.
- Simon-Morton, B, G., McLeroy, K. R., & Wendel, M. L. (2012). *Behavior Theory in Health Promotion Practice and Research*. Jones & Bartlett Learning.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2).

BAB

8

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN (ADVOKASI, BINA SUASANA, DAN PEMBERDAYAAN)

Ns. Lalu Muhammad Sadam Husen, S.Kep., MKM.

A. Pengertian Advokasi

Menurut WHO, dikutip oleh UNFPA dan BKKBN (2002) dalam Maulana (2009), advokasi adalah kombinasi kegiatan individu dan sosial yang dirancang untuk mendapatkan komitmen politis, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan sistem yang mendukung tujuan kesehatan tertentu atau program.

Ringkasnya, advokasi adalah upaya atau proses untuk memperoleh komitmen dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat untuk memengaruhi kebijakan publik. Advokasi kesehatan adalah advokasi untuk memperoleh komitmen atau dukungan dalam bidang kesehatan atau untuk mendukung pengembangan lingkungan dan perilaku sehat. (Depkes, 2007)

Studi yang dilakukan oleh Rezeki et al. (2010) menunjukkan betapa pentingnya mendorong promosi kesehatan ini. Meskipun strategi advokasi telah diterapkan di wilayah kerja Puskesmas Seikijang, itu belum mencapai tingkat keberhasilan yang optimal. PHBS di wilayah tersebut kurang terlaksana karena kurangnya advokasi di wilayah tersebut. Jika masyarakat, dinas terkait, dan pemegang kebijakan kesehatan aktif, strategi advokasi dapat dilaksanakan.

Advokasi telah dilakukan melalui seminar dan presentasi, media, dan perkumpulan. Namun, karena kesibukan masyarakat sebagai petani, buruh, dan wiraswasta dengan jadwal yang tidak pasti, tidak ada dukungan pihak terkait untuk program PHBS. Selain itu, paradigma masyarakat menjadi lebih sulit disebabkan oleh tingkat pendidikan yang rendah rata-rata di SMA kebawah.

Selain itu, peningkatan program PHBS di Kecamatan Seikijang terhambat oleh kurangnya dukungan dari instansi terkait. Hal ini dapat dilihat dari presentasi program kesehatan yang dihadiri oleh lintas program dan lintas sektoral sekali setahun. Selain itu, PHBS tidak berjalan dengan baik karena tidak ada media yang mendukung untuk menginformasikan masyarakat seperti spanduk dan selebaran.

B. Tujuan Advokasi

1. Diperolehnya komitmen dan dukungan untuk kesehatan dalam berbagai bentuk, termasuk kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan, dan partisipasi dalam kegiatan, sesuai situasi dan usaha.
2. Adanya kesadaran, pemahaman, atau pengenalan
3. Adanya ketertarikan atau minat
4. Adanya keinginan, kepedulian, atau kesediaan untuk mendukung dan menerima perubahan
5. Adanya tindakan/perbuatan/kegiatan yang nyata
6. Adanya kelanjutan yang diharapkan

Sasaran dan Pelaku Advokasi Kesehatan

Sasaran advokasi kesehatan adalah berbagai pihak yang diharapkan dapat mendukung upaya kesehatan. Pihak-pihak ini termasuk para pengambil keputusan dan penentu kebijakan di pemerintahan, lembaga perwakilan rakyat, mitra bisnis dan swasta, badan penyanggah dana, media massa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, dan individu terkenal. Bukan hanya berpotensi mendukung kesehatan, tetapi juga berpotensi menentang atau merugikan.

Pelaku advokasi adalah orang-orang yang peduli dengan upaya kesehatan dan percaya bahwa mereka membutuhkan mitra untuk mendukungnya. Pelaku advokasi dapat berasal dari pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat atau agama, lembaga swadaya masyarakat, dan individu terkenal. Diharapkan mereka memahami masalah kesehatan, memiliki kemampuan untuk melakukan advokasi, terutama melalui pendekatan persuasif, dapat diandalkan, dan dihormati—paling tidak di depan kelompok sasaran.

Pendekatan dan Strategi dalam Advokasi

Terdapat lima strategi advokasi utama, menurut UNFPA dan BKKBN (2002): melibatkan pemimpin, bekerja sama dengan media, membangun kolaborasi, memobilisasi massa, dan membangun kapasitas. Untuk melakukan advokasi, koalisi, jaringan kerja, institusi, dan forum dapat dibentuk.

C. Prinsip Advokasi Promosi Kesehatan

Beberapa prinsip di bawah ini dapat digunakan sebagai pedoman dalam merancang advokasi yang berhasil.

1. Realistis.

Advokasi yang berhasil bergantung pada isu dan agenda yang spesifik, jelas dan terukur, memilih opsi dan membuat keputusan prioritas. Pilih isu dan agenda yang realistis sehingga dapat dicapai dalam jangka waktu tertentu (*time-bound*). Jangan buang energi dan waktu dengan pilihan yang mustahil. Gagasan yang mungkin dapat tercapai walaupun kecil tapi konsisten. Sekecil apapun, kesuksesan selalu memberikan motivasi, kegagalan biasa disertai dengan frustrasi.

2. Sistematis.

Advokasi adalah seni, tetapi bukan abstrak, memerlukan perencanaan yang akurat. *“If we fail to plan, we plan to fail,”* artinya jika kita gagal merencanakan, maka itu berarti kita sedang merencanakan kegagalan. Analisis dan rangkup informasi semenarik mungkin. Proses advokasi

dapat dimulai dengan memilih dan mendefinisikan isu strategis, membangun opini dan dukung dengan data dan fakta, memahami sistem kebijakan publik, membangun koalisi atau jejaring, merancang sasaran dan strategi, mempengaruhi pembuat kebijakan, dan memantau serta menilai gerakan atau program yang dilakukan.

3. Taktis.

Ingat, kita tidak mungkin melakukan advokasi sendirian. Pekerja sosial harus membangun koalisi atau aliansi atau sekutu dengan pihak lain. Sekutu dibangun berdasarkan kesamaan kepentingan dan saling percaya (*trust*). Sekutu terdiri dari sekutu dekat dan sekutu jauh. Sekutu dekat biasanya dinamakan lingkaran inti, yakni kumpulan orang atau organisasi 'yang menjadi penggagas, pemrakarsa, penggerak dan pengendali utama seluruh kegiatan advokasi'. Sekutu jauh adalah pihak-pihak lain yang mendukung kita, namun tidak terlibat dalam gerakan advokasi secara langsung. Lingkaran inti biasanya disatukan atau bersatu atas dasar kesamaan visi dan ideologis. Organisasi lingkaran inti bisa dibagi tiga berdasarkan fungsinya.

- a. Divisi kerja garis depan (*frontline unit*) yang melaksanakan fungsi juru bicara, perunding, pelobi, terlibat dalam proses legislasi dan menggalang sekutu
- b. Divisi kerja pendukung (*supporting unit*) yang menyediakan dukungan dana, logistik, informasi, data dan akses
- c. Divisi kerja basis (*ground atau underground work unit*) yang merupakan dapur gerakan advokasi membangun basis massa, pendidikan politik kader, memobilisasi aksi.

4. Strategis.

Advokasi melibatkan penggunaan kekuasaan atau *power*. Ada banyak tipe kekuasaan. Adalah penting untuk mempelajari diri kita, lembaga kita dan anggotanya untuk mengetahui jenis kekuasaan yang dimiliki. Kekuasaan intinya menyangkut kemampuan untuk mempengaruhi dan

membuat orang berperilaku seperti yang kita harapkan. Kita tidak mungkin memiliki semua kekuasaan seperti yang diinginkan, tetapi tidak perlu meremehkan kekuasaan yang kita miliki. Sadari bahwa advokasi dapat membuat perbedaan. Kita dapat melakukan perubahan- perubahan dalam hukum, kebijakan dan program yang bermanfaat bagi masyarakat. Melakukan perubahan tidaklah mudah, tetapi bukan hal yang mustahil. Memetakan dan mengidentifikasi kekuatan kita dan kekuatan lawan atau pihak oposisi secara strategis. Pemetaan *stakeholders* (*stakeholders mapping*) berdasarkan karakteristik, jenis dan tingkat kekuatan yang dimiliki, serta posisi mendukung atau tidak mendukung.

5. Berani.

Advokasi menyentuh perubahan dan rekayasa sosial secara bertahap. Jangan tergesa- gesa. Tidak perlu menakut- nakuti pihak lawan, tetapi tidak perlu pula menjadi penakut. *Trust your hopes, not fear*. Jadikan isu dan strategi yang telah dilakukan sebagai motor gerakan dan tetaplah berpijak pada agenda bersama. Pragmatis tanpa harus oportunis.

D. Strategi Advokasi

Individu, kelompok, dan semua sektor masyarakat dapat terlibat dalam advokasi yang paling efektif. Ada tiga strategi tindakan utama yang saling berhubungan:

1. Advokasi untuk mendorong komitmen politik untuk kebijakan yang mendukung isu-isu pembangunan dan meningkatkan permintaan publik;
2. Dukungan sosial membangun aliansi dan sistem dukungan sosial yang melegitimasi dan mendorong tindakan terkait pembangunan sebagai standar sosial.
3. Pemberdayaan memungkinkan individu dan kelompok untuk memperoleh pengetahuan, prinsip, dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan tindakan yang menguntungkan di luar pembangunan.

4. Untuk menerapkan program pendidikan kesehatan WHO, tujuan advokasi adalah:
 - a. Mengangkat tuntutan publik;
 - b. Memasukkan masalah kesehatan ke dalam agenda publik; dan
 - c. secara efektif menjangkau kelompok pembuat kebijakan yang berpengaruh, perwakilan terpilih, profesional, pemimpin politik dan agama, pialang kekuasaan dan kelompok kepentingan untuk bertindak dalam mendukung kesehatan.
5. Strategi penguatan dukungan sosial diarahkan:
 - a. Organisasi dan lembaga masyarakat yang melegitimasi dan mendorong gaya hidup sehat sebagai norma sosial dan kampanye kesehatan masyarakat
 - b. Di dalam sistem yang menyediakan infrastruktur untuk layanan perawatan kesehatan dan kegiatan pembangunan terkait yang berdampak pada kesehatan.

E. Bina Suasana

Menurut Effendi dan Makhfudli (2009), bina suasana yaitu penciptaan situasi yang kondusif untuk memberdayakan perilaku hidup bersih dan sehat. Perilaku hidup bersih dan sehat dapat tercipta dan berkembang jika lingkungan mendukung hal ini. Dalam konteks ini lingkungan mencakup lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, dan politik. Bina suasana menurut Kemenkes RI (2008) adalah upaya untuk menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu atau anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial dimanapun dia berada (keluarga, dirumah, orang-orang yang menjadi panutan/ idolanya, majelis agama dan lain-lain bahkan masyarakat umum) memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut.

Bina suasana mengajak para individu meningkat dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan. Pada pelaksanaannya terdapat tiga pendekatan dalam bina suasana, yaitu:

1. Bina Suasana Individu, dimaksudkan untuk individu yang merupakan tokoh masyarakat. Diharapkan mereka akan menyebarkan pendapat positif tentang perilaku baru melalui metode ini. Selain itu, mereka diharapkan dapat menjadi panutan bagi orang lain dalam hal perilaku yang sedang diperkenalkan, apakah mereka bersedia atau mau melakukannya. Bahkan, mereka dapat diminta untuk bersedia menjadi kader dan berbagi informasi untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku individu.
2. Bina Suasana Kelompok, dimaksudkan untuk kelompok masyarakat seperti pengurus rukun tetangga (RT), pengurus rukun warga (RW), kelompok agama, kelompok seni, organisasi profesi, organisasi wanita, organisasi siswa dan mahasiswa, dan kelompok pemuda. Tokoh masyarakat yang telah peduli dapat mengambil pendekatan ini sendiri atau bersama-sama dengan mereka. Diharapkan kelompok-kelompok tersebut menjadi peduli terhadap perilaku yang diperkenalkan dan setuju atau mendukungnya. Dukungan ini dapat berupa kelompok tersebut kemudian bersedia mempraktikkan perilaku yang diperkenalkan, mengadvokasi pihak-pihak yang terkait, atau melakukan kontrol sosial terhadap anggota kelompoknya.
3. Bina Suasana Masyarakat Umum, dilakukan terhadap masyarakat umum dengan membina dan memanfaatkan media komunikasi seperti radio, televisi, koran, majalah, dan situs web internet untuk membentuk pendapat umum. Dengan cara ini, diharapkan media massa tersebut menjadi peduli dan mendukung perilaku yang dipromosikan. Anggota masyarakat akan mulai melakukan perilaku yang diinginkan karena suasana atau pendapat umum yang positif ini dianggap sebagai pendukung atau "penekan" sosial.

Adapun tujuan tujuan dan juga implementasi dari bina suasana dalam melakukan promosi kesehatan antara lain:

1. Tujuan Umum

Mewujudkan suasana lingkungan (baik sosial maupun fisik) yang mendukung dan memotivasi masyarakat agar mau dan mampu menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. (Kemenkes RI, 2020)

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap gaya hidup sehat.
- b. Meningkatkan dukungan sosial terhadap kegiatan kesehatan dari pemimpin, media, dan tokoh masyarakat
- c. Menciptakan kebiasaan masyarakat yang mendukung perilaku sehat, seperti mencuci tangan, tidak merokok, dan menjaga lingkungan bersih.
- d. Menciptakan lingkungan fisik yang sehat, misalnya tersedianya sarana air bersih dan tempat sampah.
- e. Memperkuat motivasi dan kepercayaan diri masyarakat untuk melakukan perubahan perilaku sehat.

3. Contoh Implementasi Bina Suasana

- a. Kampanye PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) melalui media sosial, radio, dan spanduk di masyarakat.
- b. Melibatkan tokoh masyarakat, guru, dan pemuka agama dalam menyampaikan pesan kesehatan.
- c. Membuat lingkungan sekolah atau desa sehat dengan dukungan kebijakan setempat.
- d. Mengadakan lomba kebersihan lingkungan untuk menciptakan semangat positif.

F. Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Notoatmodjo (2009), pemberdayaan masyarakat adalah pendekatan promosi kesehatan yang berfokus pada masyarakat secara langsung. Tujuan utamanya adalah untuk menciptakan kemampuan masyarakat untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat dapat berupa pelayanan kesehatan gratis,

pengobatan gratis, koperasi dan pelatihan untuk meningkatkan pendapatan keluarga. Maulana (2009) membagi tujuan pemberdayaan masyarakat menjadi dua kategori: tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum adalah masyarakat dapat mengetahui, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kualitas kesehatannya. Tujuan ini mencakup memastikan bahwa orang yang sakit dapat mendapatkan perawatan medis tanpa mengalami kesulitan untuk membayarnya.

Tujuan khusus pemberdayaan masyarakat adalah untuk memahami dan menyadari pentingnya kesehatan, memiliki keterampilan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, memiliki cara untuk menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, dan berusaha bersama (bergotong royong) untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan lingkungannya. Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat adalah untuk meningkatkan potensi masyarakat, meningkatkan kontribusi masyarakat dalam upaya kesehatan, dan mengembangkan kegiatan gulungan yang lebih baik untuk masyarakat.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008), pemberdayaan masyarakat adalah proses pemberian informasi yang berkelanjutan dan berkelanjutan mengikuti perkembangan sasaran serta proses membantu sasaran tersebut untuk mengubah sasaran dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan), dari tidak tahu menjadi mau (aspek sikap), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah untuk meningkatkan potensi masyarakat, yang berarti segala potensi masyarakat harus dioptimalkan untuk mendukung program kesehatan (Kemenkes RI, 2000). Keluaran atau hasil yang diharapkan dari pemberdayaan tersebut adalah sebagai berikut: munculnya berbagai upaya kesehatan yang bersumber dari sumber daya masyarakat, peningkatan kemampuan dan kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan, dan munculnya upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat (Kemenkes RI, 2000). Pelatihan karyawan kesehatan, instruksi

pembuatan pupuk kompos, dan instruksi gizi adalah beberapa contohnya.

1. Unsur-unsur Pemberdayaan Masyarakat

- a. Kemampuan untuk mengakses informasi karena informasi merupakan kekuatan baru yang berkaitan dengan hal-hal seperti peluang, layanan, penegakan hukum, negosiasi efektif, dan akuntabilitas.
- b. Keterlibatan dan partisipasi—siapa yang terlibat dan bagaimana mereka berpartisipasi dalam keseluruhan proses pembangunan
- c. Akuntabilitas berkaitan dengan tanggung jawab publik atas semua tindakan yang dilakukan atas nama rakyat.
- d. Kapasitas organisasi lokal, hubungannya dengan kemampuan bekerja sama, mengorganisasi warga, dan mobilisasi sumber daya untuk memecahkan masalah

2. Langkah-langkah Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat mencakup berbagai tingkat sasaran yang diberdayakan, kegiatan internal komunitas dan masyarakat maupun eksternal, serta dukungan kebijakan politik. Oleh karena itu, langkah-langkah yang diambil untuk mendorong pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Merencanakan kegiatan program secara keseluruhan, termasuk waktu dan ukuran, dan memberikan perhatian kepada anggota kelompok masyarakat yang terpinggirkan
- b. Membuat tujuan. Biasanya berfokus pada bagaimana masyarakat dapat mengendalikan keputusannya, yang dapat memengaruhi kesehatan dan kehidupan masyarakat.
- c. Memilih pendekatan untuk mendorong pemberdayaan masyarakat
- d. Menjalankan strategi dan manajemen, yang dapat dilakukan dengan berbagai cara:

3. Memperbaiki peran stakeholder

- a. Meningkatkan kemampuan untuk mengidentifikasi masalah
- b. Meningkatkan kapasitas kepemimpinan lokal
- c. Meningkatkan kemandirian struktur organisasi
- d. Membangun hubungan yang memenuhi standar dengan pihak luar

DAFTAR PUSTAKA

- Basuki, E. dan Topobroto, S.H. 2017. Advokasi sebagai Usaha untuk Membangun Budaya Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Masyarakat. *Majalah Kedokteran Indonesia*, Volume: 57, Nomor: 3, Mei 2007
- Jurnal Komunikasi. (2017). *Jurnal Komunikasi*, 12(1), Oktober. P-ISSN: 1907-898X, E-ISSN: 2548-7647.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia – Mitra Kesmas. (n.d.). *Advokasi: Tujuan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Pedoman promosi kesehatan di puskesmas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Strategi nasional promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat 2020–2024*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Buku saku promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat: Tujuan umum dan tujuan khusus*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rezeki, dkk. 2010. Strategi Promosi Kesehatan Terhadap Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Individu Pada Masyarakat Perkebunan di Wilayah Puskesmas Sei Kijang Kabupaten Pelalawan. *Jurnal Ilmu Lingkungan* Volume 1, Juli 2013.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa: WHO.

BAB 9

PROMOSI KESEHATAN DI BERBAGAI TATANAN (SEKOLAH, TEMPAT KERJA DAN INSTITUSI PELAYANAN KESEHATAN)

Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes.

A. Pendahuluan

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Pengertian promosi kesehatan menurut Piagam Ottawa, yang dirumuskan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah proses untuk memungkinkan orang meningkatkan kendali atas, dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Lebih dari sekadar penyuluhan, promosi kesehatan mencakup upaya membangun kebijakan publik yang sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat partisipasi masyarakat, mengembangkan keterampilan individu, dan reorientasi pelayanan kesehatan, dengan tujuan akhir mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. (Ottawa Charter, 1986)

2. Tujuan dan Prinsip Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan memiliki tujuan utama untuk meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat dalam mengendalikan determinan kesehatan (kemampuan kontrol diri dan sosial) guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, sebagaimana didefinisikan dalam Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986). Secara operasional, tujuan ini diwujudkan melalui lima prinsip aksi utama, yaitu: (1) membangun kebijakan publik yang sehat (*healthy public policy*), (2) menciptakan lingkungan yang mendukung (*supportive environments*), (3) memperkuat partisipasi

masyarakat (*community action*), (4) mengembangkan keterampilan individu (*personal skills*), dan (5) reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health services*). Prinsip-prinsip ini menekankan pendekatan partisipatif dan pemberdayaan (*empowerment*), di mana masyarakat bukan sebagai objek pasif, melainkan mitra aktif yang dilibatkan secara penuh dalam setiap proses untuk mengatasi masalah kesehatannya sendiri. (Nutbeam & Muscat, 2021)

3. Strategi dan Pendekatan Promosi Kesehatan

Strategi promosi kesehatan di berbagai tatanan menerapkan pendekatan yang terintegrasi dan berkelanjutan, dimana di tatanan sekolah melalui pendekatan Sekolah Sehat dengan membentuk agent of change, di tatanan tempat kerja melalui pendekatan Tempat Kerja Sehat dengan program wellness dan K3, serta di tatanan fasilitas kesehatan melalui pendekatan Rumah Sakit Sehat yang mengoptimalkan peran PKPR dan PKRS. (Departemen Kesehatan RI, 2010)

4. Peran Promosi Kesehatan dalam Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat

Peran promosi kesehatan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat bersifat fundamental dan strategis, karena berfokus pada upaya mengubah determinan kesehatan yang dipengaruhi oleh perilaku dan kondisi sosial. Berbeda dengan pendekatan kuratif yang menangani masalah kesehatan setelah terjadi, promosi kesehatan berperan sebagai investasi utama dalam pencegahan penyakit (*preventif*) dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). (Ottawa Charter, 1986)

Peran ini diwujudkan melalui strategi yang komprehensif, mulai dari advokasi untuk kebijakan publik yang sehat (seperti regulasi tembakau dan pajak minuman manis), pengembangan keterampilan individu (*life skills*), hingga penguatan aksi komunitas. Dengan memampukan masyarakat untuk mengambil kendali atas kesehatan mereka sendiri (memperkuat kontrol diri dan sosial), promosi

kesehatan secara efektif dapat mengurangi beban penyakit, menekan ketimpangan kesehatan (*health inequalities*), dan pada akhirnya mendorong peningkatan produktivitas serta kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan. (Nutbeam & Muscat, 2021)

B. Promosi Kesehatan di Tatanan Sekolah

1. Konsep Promosi Kesehatan di Sekolah

Konsep Promosi Kesehatan di sekolah merupakan pendekatan komprehensif untuk menciptakan lingkungan yang memberdayakan seluruh warga sekolah dalam mengadopsi perilaku hidup sehat. Konsep ini diwujudkan melalui model **Sekolah Promosi Kesehatan (*Health Promoting School*)** yang tidak hanya mencakup pendidikan kesehatan dalam kurikulum, tetapi juga menitikberatkan pada penciptaan kebijakan sekolah yang sehat serta membangun kemitraan dengan keluarga dan masyarakat. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesejahteraan holistik warga sekolah, yang pada akhirnya terbukti mampu mendukung pencapaian akademik siswa dan membentuk kebiasaan sehat yang berkelanjutan. Implementasi dari konsep ini diakui secara global sebagai investasi strategis untuk membangun generasi yang lebih sehat dan produktif. (World Health Organization (WHO), 2021)

2. Komponen dan Indikator Promosi Kesehatan di Sekolah

Komponen dan indikator Promosi Kesehatan di Sekolah dirancang secara sistematis untuk memastikan pendekatan yang holistik dan terukur. Berdasarkan kerangka kerja global dari WHO, setidaknya terdapat tiga komponen inti yang saling terkait. Pertama, pendidikan kesehatan yang diindikasikan dengan adanya kurikulum formal untuk membangun literasi kesehatan, keterampilan hidup (*life skills*), serta pendidikan gizi dan kesehatan reproduksi.

Kedua, lingkungan sekolah yang sehat dan aman yang indikatornya mencakup kebijakan tertulis (seperti kawasan tanpa rokok dan anti-perundungan), ketersediaan fasilitas air

bersih, sanitasi dan kebersihan (WASH), serta keamanan fisik dan psikososial di lingkungan sekolah. Ketiga, keterlibatan masyarakat dan kemitraan, yang dapat diukur dari adanya program yang melibatkan orang tua, kerja sama dengan puskesmas setempat, serta partisipasi siswa dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan kesehatan. Indikator-indikator ini berfungsi sebagai alat pemantauan dan evaluasi untuk menilai keberhasilan transformasi sebuah sekolah menjadi institusi yang mempromosikan kesehatan secara berkelanjutan. (World Health Organization (WHO), 2021)

3. Peran Guru, Siswa, dan Tenaga Kesehatan

Keberhasilan promosi kesehatan di sekolah sangat bergantung pada kolaborasi sinergis antara guru, siswa, dan tenaga kesehatan. Guru berperan sebagai edukator dan model teladan yang mengintegrasikan kesehatan ke dalam kurikulum serta menciptakan iklim kelas yang mendukung. Siswa bertindak sebagai agen perubahan dan partner aktif, bukan hanya penerima pasif, melalui partisipasi dalam peer education dan klub kesehatan. Sementara itu, tenaga kesehatan (seperti perawat sekolah) memberikan dukungan teknis melalui skrining kesehatan, konseling, dan menjadi penghubung vital antara sekolah dengan sistem layanan kesehatan masyarakat. Kolaborasi ini menciptakan ekosistem yang mendukung kesejahteraan seluruh warga sekolah secara berkelanjutan. (Jourdan et al., 2008)

4. Strategi Promosi Kesehatan di Sekolah

Implementasi promosi kesehatan di sekolah memerlukan strategi yang komprehensif dan multi-level untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutannya. Menurut (WHO), 2021), kerangka kerja strategis harus mencakup tiga pendekatan utama. Pertama, pendekatan berbasis kurikulum melalui integrasi pendidikan kesehatan ke dalam mata pelajaran yang relevan, yang bertujuan membangun literasi kesehatan dan keterampilan hidup (life skills) siswa. Kedua, pendekatan berbasis lingkungan dengan menciptakan kebijakan sekolah yang sehat (seperti kawasan

tanpa rokok dan kantin sehat) serta memastikan fasilitas air bersih, sanitasi, dan higiene (WASH) yang memadai. Ketiga, pendekatan partisipatoris yang melibatkan seluruh komunitas sekolah, termasuk memberdayakan siswa sebagai agen perubahan melalui peer education, melibatkan orang tua, dan membangun kemitraan formal dengan pusat kesehatan masyarakat.

Sebuah tinjauan sistematis oleh (Langford et al., (2014) dalam Cochrane Database menyimpulkan bahwa strategi yang menggabungkan intervensi kurikulum dengan perubahan lingkungan dan keterlibatan komunitas inilah yang paling efektif dalam meningkatkan hasil kesehatan dan hasil pendidikan secara signifikan.

5. Indikator Keberhasilan Promosi Kesehatan di Sekolah

Pengukuran keberhasilan promosi kesehatan di sekolah memerlukan indikator yang komprehensif, mencakup baik *outcome* maupun proses, yang dapat dikelompokkan menjadi beberapa domain. Pertama, indikator kebijakan dan lingkungan, yang meliputi adopsi kebijakan sekolah sehat tertulis (seperti larangan merokok dan anti-perundungan), serta ketersediaan infrastruktur pendukung seperti sarana air bersih, sanitasi layak (WASH), dan kantin sehat. Kedua, indikator proses dan kapasitas, yang mengukur keterlibatan aktif seluruh warga sekolah, termasuk partisipasi siswa dalam perencanaan program, pelatihan guru untuk menjadi model perilaku sehat, dan keberadaan kemitraan yang berfungsi dengan pusat kesehatan masyarakat.

Ketiga, indikator *outcome* langsung, yang menilai perubahan perilaku dan pengetahuan siswa, seperti peningkatan praktik cuci tangan pakai sabun, penurunan prevalensi kekerasan antar teman, peningkatan konsumsi buah dan sayur, serta peningkatan literasi kesehatan. Keempat, indikator dampak akhir, yang mengevaluasi hasil jangka panjang seperti penurunan angka absensi siswa karena sakit, peningkatan indeks kebugaran jasmani, dan

perbaikan iklim psikososial sekolah yang mendukung kesejahteraan (*well-being*). Kerangka indikator global dari WHO menekankan bahwa kombinasi dari indikator-indikator inilah yang memberikan gambaran utuh tentang efektivitas sebuah sekolah sebagai institusi promosi kesehatan. (World Health Organization (WHO), 2021)

C. Promosi Kesehatan di Tatanan Tempat Kerja

1. Konsep Promosi Kesehatan Tempat Kerja

Promosi kesehatan kerja adalah upaya memberdayakan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri serta lingkungannya. Promosi kesehatan juga merupakan upaya untuk memberdayakan para pekerja agar tahu, mau, dan mampu mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan tempat kerja sehat. (Wulandari et al., 2013)

Promosi Kesehatan di tempat kerja merupakan upaya strategis untuk menciptakan lingkungan kerja yang sehat dan produktif. Sasaran utama dari promosi kesehatan ini adalah meningkatkan kesadaran karyawan tentang pentingnya gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, serta pemeliharaan kesehatan fisik dan mental. Dengan sasaran ini program promosi kesehatan dapat mengurangi risiko absensi karena sakit, meningkatkan semangat kerja dan memperkuat produktivitas perusahaan.

Promosi Kesehatan di tempat kerja juga menargetkan pengembangan budaya kerja yang mendukung kesejahteraan, seperti fasilitas olah raga, penyediaan makanan sehat serta edukasi terkait manajemen stress. Melalui pendekatan ini, karyawan tidak hanya memperoleh manfaat kesehatan secara individu, tetapi juga perusahaan mampu menciptakan lingkungan kerja yang harmonis dan berdaya saing tinggi.

2. Faktor Risiko Kesehatan di Tempat Kerja

Di tatanan tempat kerja, berbagai faktor risiko dapat memengaruhi kesehatan pekerja, mulai dari paparan fisik seperti kebisingan, suhu ekstrem, cahaya yang kurang memadai, hingga faktor kimiawi seperti gas, debu dan bahan beracun, serta faktor biologis berupa mikroorganisme dan patogen. Selain itu, risiko ergonomi (misalnya posisi tubuh yang salah, beban angkat berat), dan psikososial (tekanan kerja, shift panjang, kurangnya dukungan manajemen) juga turut memperbesar kemungkinan terjadinya cedera, penyakit akibat kerja ataupun kelelahan kronis. Oleh karena itu, identifikasi dan pengendalian faktor-risiko ini menjadi bagian penting dari strategi promosi kesehatan di tempat kerja untuk menjaga bukan hanya produktivitas, tetapi juga kualitas hidup pekerja.

3. Peran Manajemen dan Karyawan dalam Promosi Kesehatan

Dalam konteks promosi kesehatan di tempat kerja, peran manajemen dan karyawan bersifat simbiosis dan krusial bagi keberhasilan program. Manajemen berperan sebagai inisiator dan fasilitator dengan mengalokasikan anggaran, membentuk kebijakan perusahaan yang mendukung kesehatan (seperti fleksibilitas kerja dan larangan merokok), serta menyediakan infrastruktur yang memadai (seperti fasilitas olahraga dan layanan konseling). Komitmen dari level puncak ini menjadi penentu utama dalam menciptakan budaya organisasi yang memprioritaskan kesejahteraan karyawan.

Di sisi lain, karyawan berperan sebagai mitra aktif dan peserta, bukan hanya penerima pasif. Keterlibatan mereka diwujudkan melalui partisipasi dalam program yang ditawarkan (seperti skrining kesehatan dan kelas manajemen stres), memberikan umpan balik, serta membentuk kelompok dukungan sebaya (*peer support*). Menurut penelitian (Kelloway & Day, 2005), ketika karyawan merasa bahwa organisasi mereka peduli dengan kesejahteraan mereka

(disebut sebagai *perceived organizational support*), hal itu akan meningkatkan keterlibatan, kepuasan kerja, dan pada akhirnya menurunkan tingkat absenteisme. Dengan demikian, sinergi antara komitmen strategis dari manajemen dan partisipasi aktif dari karyawanlah yang mentransformasi program kesehatan dari sekadar aktivitas insidental menjadi investasi strategis bagi produktivitas dan sustainability perusahaan.

4. Strategi Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Strategi promosi kesehatan di tempat kerja yang efektif memerlukan pendekatan komprehensif dan terintegrasi, sebagaimana dirangkum dalam kerangka World Health Organization (WHO, 2020). Strategi inti mencakup tiga pilar utama. Pertama, penerapan kebijakan kesehatan di tempat kerja yang jelas, seperti kawasan tanpa rokok, kebijakan tentang kesehatan mental, dan jam kerja yang fleksibel untuk mendukung keseimbangan kehidupan kerja. Kedua, penciptaan lingkungan kerja yang sehat dan suportif, baik secara fisik dengan memastikan ergonomi dan keamanan workstation, maupun secara sosial dengan membangun budaya organisasi yang inklusif dan bebas dari diskriminasi. Ketiga, pemberdayaan karyawan melalui pendidikan dan partisipasi aktif, yang dapat diwujudkan dalam bentuk program vaksinasi, skrining kesehatan berkala, akses konseling, serta pelibatan mereka dalam komite kesehatan untuk memastikan program yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan. Dengan menggabungkan intervensi kebijakan, lingkungan, dan partisipasi individu ini, perusahaan dapat menciptakan ekosistem kerja yang tidak hanya meningkatkan kesejahteraan karyawan tetapi juga berkontribusi pada produktivitas dan sustainability organisasi secara keseluruhan.

5. Indikator Keberhasilan Promosi Kesehatan di Tempat Kerja

Keberhasilan program promosi kesehatan di tempat kerja dapat diukur melalui serangkaian indikator komprehensif yang mencakup aspek proses, *outcome*, dan dampak ekonomi. Indikator proses meliputi tingkat partisipasi karyawan dalam program, ketersediaan anggaran khusus, dan implementasi kebijakan kesehatan perusahaan seperti kawasan tanpa rokok dan fleksibilitas kerja. Indikator *outcome* terdiri dari perubahan perilaku kesehatan karyawan (seperti peningkatan aktivitas fisik dan pola makan sehat), penurunan faktor risiko (seperti stres dan konsumsi rokok), serta peningkatan produktivitas dan kepuasan kerja.

Indikator dampak ekonomi mencakup pengurangan biaya kesehatan perusahaan, penurunan angka absenteisme, dan peningkatan *presenteeism* (kinerja saat bekerja). Menurut penelitian Goetzel dkk (Goetzel et al., 2014), program yang berhasil secara konsisten menunjukkan perbaikan dalam indikator-indikator tersebut, dengan analisis *return on investment* (ROI) yang positif dalam jangka panjang, menjadikan promosi kesehatan sebagai investasi strategis yang menguntungkan bagi perusahaan dan karyawan.

D. Promosi Kesehatan di Institusi Pelayanan Kesehatan

1. Konsep Promosi Kesehatan Rumah Sakit dan Puskesmas

Konsep Rumah Sakit Promosi Kesehatan (RSPK) dan Puskesmas Promosi Kesehatan merupakan suatu pendekatan paradigma sehat yang mengubah orientasi pelayanan kesehatan dari yang semula kuratif-rehabilitatif menjadi lebih preventif-promotif secara terintegrasi. Menurut (WHO, 1991), rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kuratif tetapi harus menjadi pusat pendidikan kesehatan bagi masyarakat, pasien, dan keluarganya, serta bagi stafnya sendiri. Konsep ini menekankan pada penciptaan lingkungan fisik dan sosial yang mendukung

kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan revisi kebijakan rumah sakit untuk mendukung gaya hidup sehat.

Sementara itu, Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer, memiliki peran yang lebih luas dan dekat dengan komunitas. Puskesmas Promosi Kesehatan diwajibkan untuk melaksanakan upaya promotif dan preventif secara lebih sistematis, tidak hanya melalui penyuluhan tradisional tetapi juga melalui pendekatan Advokasi, Kemitraan, dan Pemberdayaan Masyarakat (AKPM). Pelaksanaannya mencakup upaya untuk menciptakan lingkungan sehat, meningkatkan ketahanan keluarga, dan mendorong perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di tatanan rumah tangga. Kedua konsep ini sejalan dengan prinsip Primary Health Care (PHC) yang dicanangkan dalam Deklarasi Alma-Ata, yang menekankan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan masyarakat dan menuntut partisipasi aktif dari semua sektor. (World Health Organization (WHO) & UNICEF, 1978)

2. Integrasi Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan

Integrasi promosi kesehatan dalam pelayanan kesehatan merupakan suatu strategi fundamental untuk meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan sistem kesehatan. Konsep ini menekankan bahwa upaya pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan (promotif-preventif) tidak boleh berdiri sendiri, tetapi harus menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari setiap interaksi kuratif dan rehabilitatif. Integrasi ini mewajibkan setiap tenaga kesehatan, baik di rumah sakit maupun puskesmas, untuk memanfaatkan "momen *teachable*" atau kesempatan emas dalam setiap kontak dengan pasien dan keluarganya untuk memberikan edukasi kesehatan, konseling singkat, dan motivasi perubahan perilaku. Menurut model "5A's" (*Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange*), pendekatan ini dapat dilakukan secara terstruktur bahkan dalam waktu yang terbatas. (Whitlock et al., 2002)

Prinsip ini sejalan dengan rekomendasi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tentang "*people-centred care*," di mana pelayanan kesehatan tidak hanya menyembuhkan penyakit tetapi juga memberdayakan individu dan komunitas untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Dengan demikian, integrasi ini mengubah paradigma hubungan tenaga kesehatan-pasien dari yang bersifat paternalistik menjadi kemitraan, yang pada akhirnya bertujuan untuk menghasilkan outcome kesehatan yang lebih baik dan mengurangi beban penyakit. (ILO, 2016)

3. Peran Tenaga Kesehatan dalam Edukasi Pasien dan Keluarga

Peran tenaga kesehatan dalam edukasi pasien dan keluarga telah berevolusi dari sekadar pemberi informasi menjadi fasilitator dan mitra yang memberdayakan dalam perjalanan kesehatan. Edukasi yang efektif, yang disesuaikan dengan kebutuhan, budaya, dan tingkat literasi kesehatan pasien, merupakan intervensi kritis untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan, mengelola penyakit kronis, dan mencapai *outcome* kesehatan yang lebih baik. Peran ini mencakup serangkaian tindakan, mulai dari menjelaskan diagnosis dan rencana terapi, melatih keterampilan *self-management* (seperti perawatan luka atau pengaturan insulin), hingga memberikan dukungan emosional dan memfasilitasi pengambilan keputusan bersama (*shared decision making*). (Kemenkes RI, 2017)

Model seperti pasien diminta untuk menjelaskan kembali informasi dengan kata-katanya sendiri, telah terbukti secara ilmiah meningkatkan pemahaman dan retensi informasi pasien, sekaligus memvalidasi keefektifan komunikasi tenaga kesehatan. Keterlibatan keluarga dalam edukasi juga sangat penting, karena keluarga seringkali menjadi sistem pendukung utama dan pengasuh (*caregiver*) yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan pasien. Dengan demikian, edukasi pasien dan keluarga bukanlah tugas tambahan, melainkan komponen inti dan integral dari

asuhan klinis yang berkualitas dan berpusat pada pasien (*patient-centred care*). (Caplin & Saunders, 2015)

4. Strategi Promosi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan

Di fasilitas pelayanan kesehatan, strategi promosi kesehatan harus dirancang secara menyeluruh melalui kombinasi advokasi, dukungan sosial, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan agar dapat mendorong perubahan perilaku dan meningkatkan partisipasi pasien serta keluarga dalam upaya promotif dan preventif. Sebagai contoh, di unit promosi kesehatan rumah sakit diterapkan advokasi terhadap manajemen dan staf agar menciptakan lingkungan “ramah kesehatan”, dukungan sosial melalui konseling atau kegiatan kelompok sebaya, serta pemberdayaan pasien dan keluarga untuk berperan aktif dalam pengelolaan kesehatan diri mereka yang semuanya dapat memperkuat efektivitas pelayanan promotif-preventif (Putri, 2023).

Dengan integrasi strategi tersebut, fasilitas pelayanan tidak hanya berfungsi sebagai tempat pengobatan, tetapi juga sebagai pusat pembelajaran kesehatan yang mampu meningkatkan kapasitas pasien, keluarga dan masyarakat agar lebih sadar, bermotivasi, dan kompeten untuk melakukan tindakan pencegahan (Nurdianna, 2018).

5. Indikator Keberhasilan Promosi Kesehatan di RS dan Puskesmas

Keberhasilan promosi kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas dapat diukur melalui indikator yang mencakup masukan (*input*), proses, keluaran (*output*) dan *outcome*. Indikator *input* meliputi komitmen, sumber daya manusia, ketersediaan kebijakan tertulis tentang promosi kesehatan, alokasi anggaran khusus, dan keberadaan tenaga terlatih yang bertanggung jawab.

Indikator proses terdiri dari cakupan skrining kesehatan, jumlah pasien yang mendapat konseling, ketersediaan materi edukasi kesehatan, serta pelaksanaan program komunitas. Indikator *output* adalah keluaran yang

dipantau dari kegiatan-kegiatan yang dilakukan. Indikator *outcome* meliputi peningkatan pengetahuan pasien, perubahan perilaku sehat, peningkatan kepuasan pasien, dan perbaikan status kesehatan masyarakat. (Wulandari et al., 2013)

E. Tantangan dan Peluang Promosi Kesehatan di Berbagai Tatanan

1. Kendala Implementasi di Lapangan

Dalam praktiknya, implementasi promosi kesehatan di tiga setting utama yaitu sekolah, tempat kerja, dan fasilitas kesehatan menghadapi kendala yang sistematis. Di sekolah, fokus yang berlebihan pada nilai akademik sering menjadikan pendidikan kesehatan sebagai program sampingan yang tidak prioritas. Guru juga umumnya tidak memiliki pelatihan yang cukup untuk mengajarkan materi kesehatan secara efektif dan menarik (Deschesnes et al., 2014). Di tempat kerja, kendala utamanya adalah persepsi bahwa program kesehatan adalah biaya, bukan investasi. Akibatnya, anggaran terbatas dan program sering kali bersifat sukarela sehingga partisipasinya rendah. Selain itu, budaya kerja yang menekankan produktivitas tinggi membuat karyawan enggan mengikuti program yang dianggap menyita waktu.

Sementara itu, di fasilitas kesehatan, sistem dan kebiasaan yang berfokus pada pengobatan penyakit menjadi penghalang terbesar. Tenaga kesehatan sudah sangat terbebani oleh tugas kuratif, sehingga kegiatan promotif seperti konseling dianggap sebagai beban tambahan. Akibatnya, kesempatan emas untuk mendidik pasien saat mereka berkunjung sering terlewatkan. Secara ringkas, kendala utama bukan hanya pada teknis pelaksanaan, tetapi lebih pada sistem, budaya, dan cara pandang yang sudah mengakar di masing-masing lingkungan.

2. Strategi Penguatan Kolaborasi Lintas Sektor

Strategi penguatan kolaborasi lintas sektor dalam promosi kesehatan perlu berfokus pada pendekatan yang holistik dan berorientasi pada manusia (*human-centered approach*), karena kesehatan tidak hanya ditentukan oleh faktor medis, tetapi juga oleh lingkungan sosial, ekonomi, dan budaya tempat individu beraktivitas. Di tatanan sekolah, kolaborasi antara tenaga kesehatan, guru, orang tua, dan pemerintah daerah dapat diwujudkan melalui program sekolah sehat yang menanamkan nilai-nilai perilaku hidup bersih dan sehat sejak dini. Di tempat kerja, sinergi antara manajemen perusahaan, dinas kesehatan, dan pekerja penting untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dan mendukung kesejahteraan mental serta fisik karyawan. Sementara itu, di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, kolaborasi lintas sektor dapat memperkuat promosi kesehatan berbasis komunitas dengan melibatkan organisasi masyarakat, media, dan sektor swasta dalam upaya pencegahan penyakit dan peningkatan literasi kesehatan. Pendekatan yang menempatkan manusia sebagai pusat kolaborasi menumbuhkan empati, kepercayaan, dan partisipasi aktif, sehingga promosi kesehatan menjadi lebih berkelanjutan dan bermakna bagi kehidupan masyarakat.

3. Pemanfaatan Teknologi Digital dalam Promosi Kesehatan

Pemanfaatan teknologi digital dalam promosi kesehatan berperan penting dalam meningkatkan efektivitas penyampaian informasi dan memperluas jangkauan intervensi kesehatan di berbagai tatanan. Di lingkungan sekolah, teknologi digital seperti media sosial edukatif, aplikasi pembelajaran kesehatan, dan video interaktif digunakan untuk menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat secara menarik serta mudah dipahami oleh peserta didik. Di tempat kerja, penerapan aplikasi kesehatan, pelatihan daring, serta sistem pemantauan kebugaran membantu meningkatkan kesadaran pekerja terhadap

pentingnya kesehatan fisik dan mental serta mendorong budaya kerja yang lebih sehat.

Sementara itu, di pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, pemanfaatan telemedicine, sistem informasi kesehatan, dan kampanye digital memperkuat hubungan antara tenaga kesehatan dan masyarakat melalui komunikasi yang cepat, akurat, dan berkelanjutan. Integrasi teknologi digital dalam promosi kesehatan tidak hanya memperluas akses informasi, tetapi juga meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menjaga kesehatannya secara mandiri dan berkelanjutan. (Kemenkes RI, 2023)

F. Penutup

1. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan mengenai promosi kesehatan di berbagai tatanan, dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan, yang didefinisikan sebagai proses pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kendali atas kesehatan mereka (Ottawa Charter, 1986), merupakan investasi strategis dan fundamental dalam meningkatkan derajat kesehatan. Pendekatan ini bergerak melampaui penyuluhan dengan membangun kebijakan sehat, lingkungan yang mendukung, dan menguatkan partisipasi masyarakat.

Di tatanan sekolah, pendekatan Sekolah Promosi Kesehatan terbukti efektif tidak hanya untuk meningkatkan kesehatan siswa tetapi juga mendukung hasil akademik, dengan guru, siswa, dan tenaga kesehatan berperan sebagai mitra aktif. Di tatanan tempat kerja, program promosi kesehatan yang komprehensif berhasil menciptakan lingkungan kerja yang lebih sehat, yang berimplikasi langsung pada penurunan absenteisme, peningkatan produktivitas, dan return on investment yang positif bagi perusahaan. Sementara itu, di institusi pelayanan kesehatan, integrasi promosi kesehatan ke dalam layanan kuratif

melalui edukasi pasien dan pemanfaatan setiap momen kontak merupakan kunci untuk meningkatkan outcome kesehatan dan memberdayakan masyarakat.

Namun, implementasinya di semua tatanan masih menghadapi kendala sistemik yang serupa, seperti terbatasnya anggaran dan sumber daya manusia, rendahnya komitmen manajemen/pimpinan, budaya yang masih berorientasi kuratif (di faskes) dan akademik (di sekolah), serta beban kerja yang tinggi. Oleh karena itu, upaya penguatan dibutuhkan untuk mengatasi tantangan ini dan memaksimalkan peluang yang ada.

2. Rekomendasi

Untuk mengoptimalkan implementasi promosi kesehatan di berbagai tatanan, dapat dirumuskan lima rekomendasi strategis untuk memperkuat promosi kesehatan di berbagai tatanan. Pertama, memperkuat komitmen politik dan alokasi anggaran melalui advokasi berbasis bukti mengenai manfaat investasi dalam program kesehatan. Kedua, meningkatkan kapasitas sumber daya manusia melalui pengembangan pelatihan berkelanjutan bagi tenaga pendidik, kader kesehatan di tempat kerja, dan tenaga kesehatan. Ketiga, membangun kemitraan strategis yang sinergis antar pemangku kepentingan dari sektor pendidikan, ketenagakerjaan, kesehatan, dan masyarakat. Keempat, memanfaatkan inovasi teknologi digital untuk memperluas jangkauan dan meningkatkan efektivitas program. Kelima, mengembangkan sistem pemantauan dan evaluasi yang komprehensif dengan indikator outcome yang terukur untuk memastikan akuntabilitas dan perbaikan program berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Caplin, M., & Saunders, T. (2015). Utilizing teach-back to reinforce patient education: A step-by-step approach. *Orthopaedic Nursing*, 34(6), 365–368.
- Departemen Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Didaerah Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia Jakarta 2010*.
- Deschesnes, M., Drouin, N., Tessier, C., & Couturier, Y. (2014). Schools' capacity to absorb a Healthy School approach into their operations: Insights from a realist evaluation. *Health Education*, 114(3), 208–224.
- Goetzel, R. Z., Henke, R. M., Tabrizi, M., Pelletier, K. R., Loeppke, R., Ballard, D. W., Grossmeier, J., Anderson, D. R., Yach, D., Kelly, R. K., McCalister, T., Serxner, S., Selecky, C., Shallenberger, L. G., Fries, J. F., Baase, C., Isaac, F., Crighton, K. A., Wald, P., ... Metz, R. D. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(9), 927–934.
- ILO. (2016). *Workplace Health Promotion: A WHO Global Framework*.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, G. S. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & Education*, 15(3), 36–38.
- Kelloway, E. K., & Day, A. L. (2005). Building healthy workplaces: What we know so far. In *Canadian Journal of Behavioural Science* (Vol. 37, Issue 4, pp. 223–249). American Psychological Association Inc.
- Kemenkes RI. (2017). *Pedoman Nasional Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)*.
- Kemenkes RI. (2023). *Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia sehat dan Unggul*.

- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2014, Issue 4). John Wiley and Sons Ltd.
- Nurdianna, F. (2018). Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 5(2), 217-231.
- Nutbeam, D. , & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598.
- Ottawa Charter. (1986). Konferensi Internasional Pertama tentang Promosi Kesehatan, Ottawa, 1986. *Piagam Ottawa Untuk Promosi Kesehatan*.
- Putri, A. H. R. (2023). Implementation of Health Promoting Hospital in the Context of Efforts to Maintain Patient Safety: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 6(9), 1721-1727.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N. , & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284.
- WHO. (2020). *WHO Global Strategy on Health, Environment and Climate Change : The Transformation Needed to Improve Lives and Well Being Sustainably Through Healthy Environments*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) & UNICEF. (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*.
- World Health Organization (WHO). (1991). *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*.

- World Health Organization (WHO). (2021). *Making Every School a Health-Promoting School : Global Standards and Indicators for Health-Promoting Schools and Systems*. World Health Organization.
- Wulandari, K., Kusumawati, S., & Surachman, E. (2013). Promosi Kesehatan di Tempat Kerja. In *Buku Ajar Promosi Kesehatan* (pp. 256–258). Poltekkes Kemenkes Jakarta II.

BAB 10

PERENCANAAN DAN IMPLEMENTASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Dr. dr. Teuku Renaldi, MKM.

A. Pendahuluan

Perencanaan dan implementasi program promosi kesehatan merupakan fondasi utama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Promosi kesehatan sendiri dipandang sebagai proses edukatif, advokatif, dan pemberdayaan yang bertujuan untuk membangun kemampuan individu, kelompok, dan komunitas dalam mengendalikan determinan kesehatan mereka, sesuai yang didefinisikan oleh Green & Kreuter maupun World Health Organization (WHO) (Green & Kreuter, 2005; WHO, 1986).

Dalam konteks pendidikan kesehatan dan kedokteran, perencanaan program promosi kesehatan bukan sekadar penyusunan kegiatan, melainkan proses sistematis yang mengintegrasikan kajian kebutuhan, penentuan prioritas, penetapan sasaran, serta pemilihan strategi intervensi berbasis bukti dan evaluasi berkelanjutan. Setiap tahapan merupakan siklus yang saling terkait dan membutuhkan pemanfaatan ilmu pengetahuan modern, pengalaman lapangan, serta adaptasi terhadap kebijakan kesehatan nasional dan lokal.

Model perencanaan seperti PRECEDE-PROCEED yang dikembangkan oleh Green dan Kreuter menjadi salah satu pendekatan ilmiah yang sering diadopsi dalam perencanaan promosi kesehatan, dengan memperhatikan faktor predisposisi, penguat, dan pendukung perilaku kesehatan masyarakat. Di sisi

lain, praktik di Indonesia sangat kental dengan kebutuhan akan pemenuhan regulasi (misal Permenkes), serta penguatan peran institusi pelayanan primer seperti Puskesmas, kader kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat dalam setiap lini siklus program promosi kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

Pentingnya penguasaan perencanaan dan implementasi program promosi kesehatan bagi calon tenaga kesehatan adalah agar mereka mampu berpikir dan bertindak strategis dalam merespons tantangan kesehatan masyarakat yang semakin kompleks, baik dalam tataran global maupun lokal. Pada akhirnya, sinergi antar teori model internasional serta adaptasi kebijakan dan kearifan lokal akan menghasilkan intervensi kesehatan yang relevan, efektif, dan berkelanjutan.

B. Prinsip Dasar dan Model Perencanaan Promosi Kesehatan

Perencanaan promosi kesehatan pada dasarnya merupakan proses terstruktur yang bertujuan mengidentifikasi masalah kesehatan, menetapkan tujuan, merancang strategi, dan mengimplementasikan intervensi untuk meningkatkan perilaku sehat secara individu maupun komunitas. Prinsip inti perencanaan promosi kesehatan mengacu pada Piagam Ottawa dan pengembangan teori perilaku kesehatan, yang menekankan pada penciptaan lingkungan yang mendukung, pembentukan kebijakan berwawasan kesehatan, penguatan aksi komunitas, pengembangan keterampilan individu, dan reorientasi pelayanan kesehatan (Green & Kreuter, 2005; WHO, 1986).

Model-model perencanaan seperti PRECEDE-PROCEED, logic model, maupun teori modifikasi perilaku memberikan kerangka konseptual yang sistematis untuk merancang dan menilai efektivitas program. Model PRECEDE-PROCEED, yang dikembangkan oleh Green dan Kreuter, menekankan pada fase diagnosis (PRECEDE) untuk mengidentifikasi faktor predisposisi, penguat, dan pendukung perilaku sehat, serta fase PROCEED untuk implementasi dan evaluasi intervensi. Model ini telah digunakan secara luas di berbagai negara termasuk

Indonesia sebagai pijakan dalam perencanaan dan evaluasi program promosi kesehatan.

Selain PRECEDE-PROCEED, logic model juga diadopsi karena membantu memvisualisasikan hubungan antara input, proses, output, dan outcome program, serta menyediakan alur berpikir yang logis dalam merancang intervensi promosi kesehatan. Prinsip-prinsip evidence-based dan penyesuaian terhadap konteks sosial-budaya sangat penting agar program yang dirancang dapat benar-benar merespon kebutuhan nyata dan berdampak maksimal pada perilaku kesehatan masyarakat.

Referensi dari buku ajar dan jurnal Scopus menunjukkan bahwa perencanaan yang berbasis model (model-driven planning) cenderung lebih adaptif, sistematis, serta memungkinkan penilaian secara komprehensif terhadap faktor penentu kesehatan, sehingga mendukung tercapainya tujuan promosi kesehatan yang berkelanjutan dan terukur (Nurwahidah, 2019).

C. Kebijakan dan Kerangka Regulasi di Indonesia

Kebijakan dan kerangka regulasi di Indonesia memainkan peran sentral dalam menentukan arah dan tata kelola program promosi kesehatan, agar selaras dengan tujuan pembangunan kesehatan nasional. Dasar hukum pelaksanaan promosi kesehatan diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, serta berbagai kebijakan terkait pencegahan penyakit dan peningkatan perilaku sehat (Kemenkes RI, 2015).

Dalam implementasinya, promosi kesehatan menjadi salah satu fungsi utama di Puskesmas, rumah sakit, dan institusi kesehatan lainnya, dengan pelaksanaan yang sering didorong oleh program nasional seperti Germas (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat), PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), dan program penguatan kader kesehatan. Regulasi nasional menuntut agar kebijakan promosi kesehatan bersifat multisektoral, melibatkan pemerintah, masyarakat, lintas sektor

pendidikan, serta dunia usaha, sehingga kolaborasi menjadi kunci keberhasilan program.

Artikel dalam jurnal nasional terindeks Scopus menegaskan bahwa kerangka regulasi Indonesia menekankan pada pemberdayaan masyarakat melalui advokasi, edukasi, dan penciptaan lingkungan yang mendukung perilaku sehat. Setiap program promosi kesehatan juga diwajibkan mengikuti prinsip evidence-based, adaptif terhadap perubahan epidemiologi, dan harus didukung oleh data terintegrasi agar dampak intervensi dapat diukur secara obyektif dan berkelanjutan (Ningsih, 2025).

Secara keseluruhan, kebijakan dan kerangka regulasi di Indonesia memadukan prinsip global promosi kesehatan dan lokalitas sosial-budaya, dengan mengarahkan pelaksanaan program pada penyelesaian masalah kesehatan prioritas nasional serta mendorong terwujudnya masyarakat yang mandiri dalam menjaga kesehatan (Kemenkes RI, 2024).

D. Analisis Situasi: Teori dan Praktek di Lapangan

Analisis situasi merupakan tahapan awal yang sangat krusial dan determinan dalam perencanaan program promosi kesehatan, karena membentuk dasar bagi identifikasi masalah, prioritas intervensi, dan penentuan strategi yang tepat serta relevan dengan kebutuhan masyarakat setempat. Proses analisis situasi tidak hanya sekadar pengumpulan data permukaan, melainkan suatu telaah menyeluruh terhadap status kesehatan masyarakat, pola perilaku, kondisi lingkungan fisik dan sosial, serta berbagai determinan kesehatan dengan menerapkan pendekatan baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Hal ini mencakup pengumpulan data primer melalui survei, wawancara mendalam, dan focus group discussion (FGD), serta telaah data sekunder seperti laporan profil kesehatan daerah, hasil survei nasional, dan data administrasi puskesmas atau dinas kesehatan terkait (Green & Kreuter, 2005).

Model PRECEDE-PROCEED menekankan pentingnya diagnosis situasi secara sistematis dengan mengidentifikasi faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan

masyarakat), faktor penguat (dukungan sosial, tokoh masyarakat, kebijakan lokal), serta faktor pendukung (ketersediaan fasilitas, akses layanan kesehatan) yang secara kolektif membentuk latar belakang perilaku kesehatan masyarakat. Melalui tahap diagnosis ini, berbagai masalah dasar dan faktor risiko akan teridentifikasi lebih jelas, sehingga langkah perencanaan dapat diarahkan secara terarah dan terukur. Buku-buku ajar promosi kesehatan menggambarkan analisis situasi sebagai rangkaian proses yang meliputi penelaahan kondisi epidemiologi daerah, pemetaan aktor dan sumber daya lokal, pemahaman kebijakan yang berlaku, serta pelibatan aktif pemangku kepentingan dari berbagai lapisan masyarakat.

Praktik analisis situasi di lapangan di Indonesia menuntut sensitivitas tinggi terhadap ragam budaya, dinamika sosial, tantangan geografis, serta faktor ekonomi dan politik yang dapat memengaruhi hasil perencanaan. Hasil riset menyoroti bahwa keterlibatan kader kesehatan, tokoh agama, perangkat desa, maupun organisasi lokal sangat membantu dalam menggali kebutuhan riil masyarakat, mengurangi bias data, serta meningkatkan kepercayaan dan partisipasi selama proses pengumpulan informasi. Teknik lain yang efektif adalah observasi langsung – misal, meninjau sarana air bersih, sanitasi, dan kondisi rumah tangga – sehingga data yang diperoleh benar-benar mencerminkan kondisi nyata (Dewi, 2025; Nurlaili & Hidayat, 2018).

Hasil analisis situasi yang komprehensif selanjutnya berperan sebagai fondasi utama untuk merumuskan tujuan, sasaran, serta strategi promosi kesehatan yang kontekstual dan berbasis bukti. Selain itu, pemetaan masalah dan kendala secara kolaboratif akan mengoptimalkan partisipasi masyarakat, memperkuat rasa kepemilikan, serta memastikan bahwa intervensi program merespons kebutuhan nyata, bukan sekadar program yang bersifat top-down atau seremonial. Pelaksanaan analisis situasi yang menyeluruh – mulai dari pengumpulan hingga analisis multi-perspektif – secara empiris terbukti

meningkatkan peluang keberhasilan dan keberlanjutan program promosi kesehatan di berbagai lingkungan, baik di daerah terpencil, perkotaan, hingga komunitas dengan karakteristik khusus.

E. Perumusan Tujuan, Sasaran, dan Strategi

Perumusan tujuan, sasaran, dan strategi merupakan inti dari perencanaan promosi kesehatan yang menentukan arah, sasaran, serta tingkat keberhasilan sebuah program. Pada tahap ini, tujuan harus dirumuskan secara jelas, terukur, dapat dicapai, relevan, dan terbatas waktu, mengikuti prinsip SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound). Karakteristik tujuan dalam model SMART memudahkan semua pemangku kepentingan, baik tenaga kesehatan maupun masyarakat, memahami apa yang hendak dicapai dan bagaimana kemajuannya diukur. Contoh tujuan SMART di bidang promosi kesehatan meliputi peningkatan cakupan pelayanan ANC di satu kecamatan dari 70% menjadi 80% dalam tiga tahun, atau kenaikan pengetahuan masyarakat tentang tanda bahaya kehamilan dari 60% menjadi 80% setelah enam bulan intervensi (Astuti, 2021; Hidayati, 2023).

Menurut buku ajar dan panduan WHO, perubahan perilaku sehat adalah tujuan utama program promosi kesehatan. Hal ini dicapai melalui peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan individu maupun kelompok untuk menjaga kesehatan secara aktif. Selain itu, perhatian khusus diberikan pada pembentukan lingkungan sosial dan fisik yang kondusif, sehingga gaya hidup sehat dapat dipelihara, didukung oleh kebijakan lokal dan nasional yang relevan (Green & Kreuter, 2005).

Perumusan sasaran program promosi kesehatan harus dilakukan secara cermat dan mendetail. Sasaran utama biasanya dibedakan menjadi tiga tingkat: sasaran primer (masyarakat luas atau populasi umum), sasaran sekunder (kelompok berisiko seperti ibu hamil, balita, remaja, lansia, pekerja), dan sasaran tersier (individu dengan masalah kesehatan spesifik atau

penyakit kronis). Dalam praktiknya, sasaran program disesuaikan dengan data epidemiologi, hasil analisis situasi, serta karakteristik demografis dan sosial budaya. Sasaran yang terdefinisi baik akan memudahkan perancangan strategi intervensi yang lebih adaptif dan berorientasi pada kebutuhan nyata, sekaligus memungkinkan pengukuran efektivitas program secara lebih akurat.

Strategi promosi kesehatan meliputi beragam pendekatan, di antaranya pendidikan kesehatan melalui penyuluhan dan pelatihan, advokasi kebijakan pada pemangku kepentingan, pemberdayaan masyarakat berbasis partisipasi, penyebaran informasi melalui KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi), serta kolaborasi lintas sektor dengan fasilitas pendidikan, swasta, organisasi keagamaan dan pemerintah daerah. Artikel dalam jurnal-jurnal terindeks Scopus di Asia Tenggara menyoroti bahwa strategi yang efektif adalah yang mampu membangun kemitraan komunitas, memperkuat kapasitas kader kesehatan, serta memanfaatkan media digital dan sosial untuk menjangkau populasi target dengan pesan yang mudah dipahami dan relevan.

Penentuan strategi tidak bersifat statis. Program promosi kesehatan harus responsif terhadap dinamika epidemiologi, perkembangan teknologi, serta perubahan perilaku dan sosial masyarakat. Pengalaman di Indonesia memperlihatkan bahwa keterpaduan antara strategi edukasi langsung di lapangan, penyebaran informasi berbasis teknologi, dan advokasi lintas sektor terbukti mampu meningkatkan pencapaian tujuan program, contohnya pada program PHBS di sekolah dan pemukiman padat penduduk atau kampanye peningkatan konsumsi tablet besi pada remaja putri.

Seluruh proses perumusan tujuan, sasaran, dan strategi harus berbasis data serta mengintegrasikan acuan model global seperti PRECEDE-PROCEED, prinsip SMART, maupun teori perubahan perilaku, dengan relevansi lokal. Upaya ini bertujuan agar setiap program yang dijalankan dapat menjawab kebutuhan masyarakat secara konkret dan menghasilkan

perubahan perilaku yang terukur, berkelanjutan, serta didukung oleh kebijakan dan partisipasi semua lapisan masyarakat (Ningsih, 2025).

F. Penyusunan Rencana Kegiatan dan Anggaran

Penyusunan rencana kegiatan dan anggaran merupakan tahap transisi yang sangat penting dalam siklus program promosi kesehatan, di mana strategi yang telah dirumuskan diubah menjadi pelaksanaan nyata di lapangan. Pada fase ini, seluruh kegiatan harus disusun secara terstruktur serta terinci dalam sebuah matriks kerja yang memuat komponen-komponen utama seperti nama kegiatan, tujuan, sasaran, metode pelaksanaan (misalnya pendidikan kesehatan, advokasi, KIE), penanggung jawab, waktu pelaksanaan, serta indikator keberhasilan yang jelas. Matriks ini tidak hanya memudahkan koordinasi, tetapi juga memastikan bahwa setiap langkah dalam program memiliki tujuan spesifik dan dapat dievaluasi progresnya (Kemenkes RI, 2015; Putri, 2025).

Rencana kegiatan juga harus memperhatikan urutan logis, mulai dari kegiatan persiapan, pelaksanaan inti, hingga monitoring dan evaluasi. Prioritas harus diberikan kepada kegiatan yang memiliki dampak paling besar dan efisiensi tinggi dalam mencapai tujuan, misalnya pelatihan kader, penyuluhan terfokus, maupun pembentukan forum komunitas sebagai agen perubahan perilaku. Dokumen perencanaan biasanya berisi bagan waktu (gant chart), sehingga seluruh pihak yang terlibat mengetahui tugas, jadwal, dan pelaporan secara sistematis.

Penjabaran tiap komponen dalam rencana kegiatan sangat penting, mulai dari detail kegiatan, alat dan bahan yang digunakan, format pelaporan, media komunikasi, serta mekanisme pelibatan masyarakat. Banyak buku ajar menegaskan peran lintas sektor, misalnya kolaborasi dengan instansi pendidikan, masyarakat, dan swasta, guna meningkatkan jangkauan dan efektivitas promosi kesehatan. Selain itu, aspek pelatihan SDM dan penguatan kapasitas lokal

wajib masuk ke dalam siklus kegiatan, agar proses pelaksanaan tidak tergantung pada satu pihak saja (Pamudji, 2025).

Anggaran program promosi kesehatan disusun berdasarkan analisis kebutuhan riil tiap komponen kegiatan, yang meliputi alokasi dana untuk pelatihan tenaga kesehatan dan kader masyarakat, pengadaan alat/media promosi, transportasi, insentif petugas, bahkan biaya monitoring dan evaluasi yang seringkali diabaikan. Penetapan anggaran dilakukan dengan mempertimbangkan sumber dana – baik dari pemerintah, bantuan swasta, hingga partisipasi masyarakat – dan wajib mengikuti regulasi pengelolaan keuangan publik di bidang kesehatan. Jurnal-jurnal di bidang manajemen kesehatan menyoroti pentingnya transparansi, akuntabilitas, serta pelaporan keuangan reguler, agar penggunaan dana benar-benar mendukung output dan outcome program, bukan hanya serapan anggaran.

Pelaksanaan rencana kegiatan dan anggaran harus dilakukan dengan supervisi dan pelaporan berkala, sehingga jika terdapat kendala atau perubahan kondisi lapangan, penyesuaian dapat segera dilakukan. Kolaborasi multidisipliner dan penggunaan teknologi modern (misal aplikasi monitoring digital) semakin banyak diterapkan untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam pengelolaan kegiatan serta laporan anggaran.

Dengan perencanaan kegiatan dan anggaran yang sistematis, realistis, dan transparan, program promosi kesehatan dapat dijalankan secara terpadu. Setiap tahap menuju tujuan akhir telah didukung baik oleh sumber daya manusia, dana maupun mekanisme pengelolaan yang baik, sehingga peluang keberhasilan program dan keberlanjutan intervensi kesehatan dapat diwujudkan sesuai harapan masyarakat dan regulasi bidang kesehatan.

G. Implementasi di Lapangan: Model dan Pengalaman Indonesia

Implementasi di lapangan merupakan ujian utama keberhasilan perencanaan promosi kesehatan, karena di tahap inilah strategi dan rencana aksi diwujudkan menjadi intervensi nyata bagi masyarakat. Dalam praktik di Indonesia, model implementasi promosi kesehatan banyak menempatkan pendekatan pemberdayaan, advokasi, pembinaan suasana, serta edukasi berkelanjutan melalui berbagai jalur seperti Puskesmas, rumah sakit, dan komunitas.

Studi di rumah sakit dan Puskesmas menunjukkan bahwa pelaksanaan program sangat dipengaruhi oleh keterlibatan aktif tenaga kesehatan, dukungan pemangku kepentingan, penyediaan fasilitas, dan respons masyarakat. Implementasi model internasional seperti PRECEDE-PROCEED terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku, misalnya PHBS di komunitas dan sekolah. Namun, tantangan seperti keterbatasan sumber daya manusia, anggaran, serta koordinasi lintas sektor masih sering dijumpai di lapangan.

Pengalaman Indonesia membuktikan bahwa program yang dikombinasikan dengan pelibatan kader kesehatan dan tokoh masyarakat mampu menjangkau kelompok berisiko, mendorong partisipasi, serta membangun lingkungan sosial yang mendukung perilaku sehat. Berbagai inovasi, seperti pemanfaatan media digital, talkshow kesehatan, penyuluhan, dan kemitraan lokal, telah diterapkan untuk memperluas dampak promosi kesehatan. Monitoring dan umpan balik diperlukan secara berkala untuk mengidentifikasi hambatan, menyusun solusi, dan mengoptimalkan tata kelola pelaksanaan di lapangan (Ningsih, 2025; Maulidiyah, 2024; Putri, 2025).

Dengan demikian, implementasi di lapangan tidak hanya bergantung pada perencanaan matang, tetapi juga kreativitas, kolaborasi, dan adaptasi terhadap kondisi serta tantangan nyata di masyarakat Indonesia

H. Monitoring dan Evaluasi Program

Monitoring dan evaluasi (Monev) merupakan komponen esensial dalam pelaksanaan program promosi kesehatan yang bertujuan memastikan seluruh tahapan program berjalan sesuai rencana, mengidentifikasi hambatan, dan menjamin tercapainya tujuan akhir secara efisien serta berkelanjutan. Monitoring berfokus pada pengawasan proses pelaksanaan program, termasuk pelaporan rutin mengenai pencapaian output, keterlibatan sasaran, serta pemenuhan indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam rencana kegiatan (Kemenkes RI, 2015).

Evaluasi, menurut literatur buku teks dan artikel terindeks Scopus, dibedakan menjadi tiga jenis utama, yaitu evaluasi formatif (penilaian proses perencanaan dan kesiapan sebelum pelaksanaan), evaluasi proses (penilaian selama pelaksanaan terhadap kepatuhan prosedur dan partisipasi), serta evaluasi hasil atau dampak (penilaian perubahan perilaku, status kesehatan, dan lingkungan setelah intervensi dilakukan). Evaluasi tersebut mengandalkan instrumen yang objektif, baik kuesioner, observasi, maupun data sekunder yang dapat diverifikasi.

Pengalaman di Indonesia menunjukkan bahwa tim monitoring biasanya terdiri dari perwakilan tenaga kesehatan, petugas program, serta kader atau tokoh masyarakat. Pelaporan hasil Monev dilakukan berkala melalui format standar yang memudahkan rekapitulasi data, analisis permasalahan, serta penyusunan rekomendasi untuk perbaikan program. Artikel riset terkini menegaskan pentingnya monitoring berbasis digital (misal: dashboard atau aplikasi) untuk meningkatkan transparansi, efisiensi pelaporan, dan kecepatan respons pengambilan keputusan di tingkat layanan kesehatan (Pamudji, 2025; Astari & Gustina, 2025).

Dengan demikian, monitoring dan evaluasi yang sistematis tidak hanya memperlihatkan pencapaian maupun hambatan implementasi, tetapi juga menghasilkan data empiris yang valid untuk optimalisasi, replikasi, dan pengembangan program promosi kesehatan berikutnya.

I. Tantangan, Inovasi, dan Strategi Adaptasi

Pelaksanaan program promosi kesehatan di Indonesia menghadapi beragam tantangan yang bersifat struktural, budaya, dan sumber daya. Hambatan utama meliputi keterbatasan tenaga kesehatan terlatih, kurangnya dukungan infrastruktur, ketimpangan distribusi sumber daya di daerah terpencil, serta resistensi sosial akibat norma atau kepercayaan lokal yang belum sejalan dengan perilaku hidup sehat. Buku ajar promosi kesehatan menekankan pentingnya analisis konteks lokal dalam mengidentifikasi potensi kendala di lapangan dan perlunya adaptasi strategi sesuai perubahan dinamika sosial serta perkembangan epidemiologi penyakit.

Sebagai respons, berbagai inovasi telah dikembangkan – mulai dari pemanfaatan teknologi digital dan media sosial untuk memperluas jangkauan edukasi, penerapan aplikasi mHealth, hingga penggunaan media interaktif dalam penyampaian pesan kesehatan. Artikel dalam jurnal terindeks Scopus menunjukkan bahwa kolaborasi lintas profesi dan sektor semakin diakui penting untuk mengoptimalkan sumber daya serta memperkuat advokasi kebijakan, baik melalui kemitraan pemerintah, swasta, lembaga keagamaan, maupun komunitas lokal (Ningsih, 2025; Maulidiyah, 2024).

Strategi adaptasi juga mencakup fleksibilitas dalam merancang materi, pendekatan komunikasi berbasis budaya, serta pelibatan kader kesehatan dan tokoh masyarakat untuk membangun kepercayaan publik. Inovasi dan adaptasi ini terbukti mendongkrak efektivitas program di tengah keterbatasan, sekaligus memastikan keberlanjutan intervensi, terutama pada masa-masa krisis seperti pandemi atau bencana. Dengan penerapan strategi inovatif dan adaptif, program promosi kesehatan dapat tetap relevan, inklusif, dan memberikan dampak signifikan pada perbaikan kesehatan masyarakat di seluruh Indonesia

J. Studi Kasus Terintegrasi

Studi kasus terintegrasi menjadi sarana penting untuk menganalisis penerapan teori, model, dan kebijakan promosi kesehatan dalam kehidupan nyata masyarakat Indonesia. Melalui studi kasus, mahasiswa dan praktisi dapat memahami secara komprehensif jalannya program dari tahap perencanaan hingga evaluasi, serta menilai faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan maupun kendala lapangan.

Salah satu contoh adalah implementasi model PRECEDE-PROCEED pada program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di komunitas desa. Studi eksperimental yang dilakukan di Aceh menunjukkan bahwa penggunaan model ini secara bermakna meningkatkan pengetahuan dan perilaku PHBS pada masyarakat, khususnya dalam aspek kebersihan pribadi dan lingkungan. Faktor kunci keberhasilan adalah pelibatan kader, edukasi berkelanjutan, dan penggunaan media yang sesuai konteks lokal.

Studi lain menyoroti program pencegahan stunting berbasis Puskesmas dengan pendekatan edukasi, pemberdayaan keluarga, pemantauan pertumbuhan balita, serta kolaborasi lintas sektor melalui forum rutin dan sistem pelaporan elektronik. Evaluasi berbasis model CIPP (Context, Input, Process, Product) menunjukkan efektivitas program dalam peningkatan pengetahuan ibu tentang gizi dan perilaku sehat, walaupun tantangan seperti keterbatasan SDM dan infrastruktur tetap membutuhkan inovasi solusi.

Di sisi lain, kampanye anti-merokok, promosi aktivitas fisik di sekolah, hingga advokasi eliminasi tuberkulosis telah diterapkan di berbagai wilayah dengan strategi promosi kesehatan berbasis komunitas dan dukungan kebijakan pemerintah. Studi kasus promosi kesehatan juga menegaskan pentingnya adaptasi pesan, metode, dan pelibatan berbagai pihak—dari tenaga kesehatan hingga pemuka lokal—agar perubahan perilaku dapat terjadi secara kolektif dan berkesinambungan (Nurlaili & Hidayat, 2018).

Referensi dari buku ajar dan jurnal-jurnal terindeks Scopus menegaskan bahwa studi kasus bukan hanya bukti empiris efektivitas promosi kesehatan, tetapi juga merupakan sumber pembelajaran berharga dalam mengembangkan program yang lebih inovatif, relevan, dan berdampak luas di masyarakat Indonesia

K. Penutup

Bab perencanaan dan implementasi program promosi kesehatan menegaskan pentingnya sinergi antara kerangka teoritis dan pendekatan praktis dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Perencanaan yang berbasis model dan data, serta pemahaman terhadap kebijakan dan regulasi nasional, memberikan fondasi yang kokoh untuk pelaksanaan program yang efektif, efisien, dan kontekstual sesuai karakteristik masyarakat Indonesia.

Pelaksanaan program di lapangan menuntut adaptasi, inovasi, serta kolaborasi lintas sektor agar strategi dapat berjalan optimal dan merespon kebutuhan serta tantangan aktual di masyarakat. Disertai monitoring dan evaluasi yang komprehensif, seluruh tahapan perencanaan hingga implementasi dapat terus disempurnakan untuk menghadirkan program yang berdampak nyata dan berkelanjutan.

Studi kasus yang telah diuraikan memperlihatkan bahwa keberhasilan promosi kesehatan sangat dipengaruhi oleh keterpaduan konsep, kebijakan, keterlibatan multi-pihak, dan fleksibilitas dalam pelaksanaan. Dengan demikian, penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam merancang, melaksanakan, serta menilai program promosi kesehatan menjadi kunci menuju masyarakat yang sehat dan sejahtera, sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan nasional dan prinsip-prinsip promosi kesehatan global.

DAFTAR PUSTAKA.

- Astari, R.A. & Gustina, D., 2025. 'Analisis Implementasi Promosi Kesehatan tentang Covid-19', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat UPNVJ*, 9(1), pp. 91-98.
- Astuti, D., 2021. 'Metode SMART untuk Tetapkan Tujuan dan Target Program', *Catatan Sehat*.
- Dewi, R.K., 2025. *Analisis situasi masyarakat RPS 5.docx*. Scribd.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W., 2005. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill.
- Hidayati, N., 2023. 'Metode SMART, cegah kehamilan remaja', *FKKMK UGM*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015. *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024. *Buku Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Maulidiyah, I., 2024. 'Penerapan Promosi Kesehatan untuk Mengubah Perilaku', *Jurnal Ulbi*, 4(1), pp. 78-86.
- Ningsih, R., 2025. 'Strategi Promosi Kesehatan dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Promkes*, 7(2), pp. 112-121.
- Nurlaili, S. & Hidayat, T., 2018. 'Analisis Situasi dan Pelaksanaan Perencanaan Promosi Kesehatan Pada Program Pembinaan Sekolah Sehat'. Academia.edu.
- Nurwahidah, N., 2019. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Makassar: FKIK UIN Alauddin.
- Pamudji, S., 2025. 'Kebijakan dan Praktik Monitoring Evaluasi Program Promosi Kesehatan', *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 13(1), pp. 53-61.

- Pamudji, S., 2025. 'Kebijakan dan Praktik Penyusunan Anggaran Program Promosi Kesehatan', *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 13(1), pp. 45-52.
- Putri, R.Y., 2025. *Matriks Program Kerja Rumah Sakit*. Scribd.
- World Health Organization, 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

BAB 11

PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

Dr. apt. Ika Ratna Hidayati, M.Sc.

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan salah satu hak dasar manusia yang diakui secara universal dan dijamin dalam berbagai peraturan nasional maupun internasional. Undang - undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Dalam konteks pembangunan Kesehatan di Indonesia, pendekatan promotif dan preventif menjadi prioritas utama sebagaimana tertuang dalam visi Indonesia Sehat 2025, yang menekankan pentingnya kesehatan, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Promosi kesehatan berperan strategis dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut. Berbeda dengan pendekatan kuratif dan rehabilitatif yang berfokus pada pengobatan, promosi kesehatan menitikberatkan pada upaya perubahan perilaku dan lingkungan agar masyarakat dapat mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatannya. Menurut World Health Organization , promosi kesehatan adalah proses memungkinkan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kontrol terhadap determinan kesehatan mereka guna memperbaiki kesehatan. Dengan demikian, promosi kesehatan merupakan investasi jangka panjang dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat ('An international conference, jointly organized by', 2000).

Tenaga kesehatan memiliki peran kunci dalam mewujudkan keberhasilan promosi kesehatan. Sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan, mereka tidak hanya bertugas memberikan asuhan medis, tetapi juga berperan sebagai edukator, komunikator, fasilitator, dan advokat dalam upaya promosi kesehatan (Rachmawati, 2019). Keberhasilan program promosi kesehatan, baik di tingkat individu, keluarga, maupun komunitas, sangat bergantung pada kapasitas dan komitmen tenaga kesehatan dalam menerapkan prinsip - prinsip promosi kesehatan secara efektif.

B. Konsep Dasar Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan merupakan salah satu pilar dalam upaya kesehatan masyarakat. Konsep ini tidak hanya mencakup kegiatan penyuluhan atau kampanye informasi kesehatan, tetapi meliputi seluruh proses yang memungkinkan individu dan masyarakat memperoleh kontrol yang lebih besar terhadap determinan kesehatannya. Dengan kata lain, promosi kesehatan berfokus pada pemberdayaan (*empowerment*) individu dan komunitas agar mampu membuat keputusan yang mendukung perilaku hidup sehat (World Health Organization, 2024).

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Menurut *World Health Organization* (1986), promosi kesehatan Adalah “*the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.*” Artinya, promosi Kesehatan tidak hanya berorientasi pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada peningkatan kemampuan masyarakat untuk bertindak. Notoatmodjo (2012) dalam (Jasrida Yunita, 2021) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai suatu kegiatan atau proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan.

Definisi tersebut menegaskan bahwa promosi kesehatan adalah upaya sistematis dan berkelanjutan untuk mengubah perilaku serta lingkungan agar lebih mendukung kesehatan. Hal ini sejalan dengan pendekatan *health for all* yang menekankan bahwa setiap individu memiliki hak sekaligus tanggung jawab untuk menjaga kesehatannya sendiri.

2. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan utama promosi kesehatan adalah terciptanya perilaku hidup sehat di kalangan individu, keluarga dan masyarakat. Menurut (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022), tujuan khusus promosi kesehatan meliputi :

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan
- b. Mendorong perubahan perilaku menuju perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Mengembangkan kemampuan masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan secara mandiri
- d. Menciptakan lingkungan yang mendukung terciptanya derajat kesehatan optimal

Literasi masyarakat terhadap kesehatan tercermin dari tingkat kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan yang dapat menjadi tolok ukur keberhasilan upaya promosi melalui strategi komunikasi yang efektif. Penguatan pendekatan modal sosial dan budaya diperlukan untuk mendorong kreativitas dan kearifan lokal dalam menjalankan promotif dan preventif di tingkat komunitas, utamanya dalam rangka mendorong perubahan perilaku konsisten melaksanakan 3M masing-masing wilayah.

3. Prinsip – Prinsip Promosi Kesehatan

Menurut Ottawa Charter (WHO, 1986), promosi kesehatan didasarkan pada lima prinsip utama :

- a. Membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (*building healthy public policy*). Setiap kebijakan public, baik di bidang ekonomi, Pendidikan, maupun

lingkungan, harus mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.

- b. Menciptakan lingkungan yang mendukung (*creating supportive environments*). Lingkungan fisik, sosial, dan budaya harus mendukung perilaku sehat.
- c. Memperkuat aksi Masyarakat (*strengthening community action*). Masyarakat harus dilibatkan secara aktif dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan.
- d. Mengembangkan keterampilan individu (*developing personal skills*). Melalui pendidikan dan pelatihan, individu diberikan kemampuan untuk membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatan.
- e. Menata ulang pelayanan kesehatan (*reorienting health services*). Sistem kesehatan harus lebih berfokus pada upaya promotif dan preventif dibanding kuratif semata.

Prinsip-prinsip tersebut memperluas cakupan promosi kesehatan dari sekedar penyuluhan menjadi gerakan sosial yang mencakup seluruh aspek kehidupan masyarakat.

4. Teori dan Model dalam Promosi Kesehatan

Dalam implementasinya, promosi kesehatan didasarkan pada berbagai teori perilaku dan model perubahan sosial. Beberapa model penting yang sering digunakan dalam praktik promosi kesehatan antara lain :

- a. Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model – HBM*)

Model ini dikembangkan oleh Rosenstock pada tahun 1966. HBM ini menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh persepsinya terhadap kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan untuk melakukan tindakan (Tremblay *et al.*, 2016).

- b. Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior – TPB*)

Diperkenalkan oleh Ajzen (1991), teori ini menekankan bahwa niat seseorang untuk berperilaku sehat dipengaruhi oleh sikap, norma subjektif, dan persepsi terhadap kontrol perilaku.

c. Model PRECEDE – PROCEED

Model yang dikembangkan oleh Green dan Kreuter (2005) ini menyediakan kerangka kerja komprehensif untuk merencanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan. Model ini menekankan bahwa perubahan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pendukung (*enabling*), dan penguat (*reinforcing*).

d. Teori Difusi Inovasi (*Diffusion of Innovation Theory*)

Rogers (2003) menjelaskan bahwa adopsi perilaku baru terjadi melalui proses komunikasi dan pengaruh sosial. Tenaga kesehatan dapat berperan sebagai *change agents* yang mempercepat difusi inovasi kesehatan ke masyarakat.

e. Model Ekologi Sosial (*Social Ecological Model*)

Model ini menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh interaksi antara individu dengan lingkungan sosial, fisik, dan kebijakan yang melingkupinya (Mcleroy *et al.*, 1988).

5. Pendekatan dalam Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan, antara lain :

- a. Pendekatan edukatif, melalui penyuluhan, konseling dan pendidikan kesehatan.
- b. Pendekatan sosial, dengan melibatkan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, dan media massa.
- c. Pendekatan lingkungan, dengan menciptakan lingkungan fisik dan sosial yang mendukung perilaku sehat
- d. Pendekatan pemberdayaan, yang menekankan keterlibatan aktif masyarakat dalam pengambilan keputusan.

Pendekatan yang efektif biasanya merupakan kombinasi dari beberapa strategi tersebut, disesuaikan dengan konteks budaya dan sosial masyarakat sasaran.

6. Relevansi Konsep Promosi Kesehatan bagi Tenaga Kesehatan

Pemahaman konsep dasar promosi kesehatan menjadi fondasi utama bagi tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya. Tenaga kesehatan tidak hanya bertanggung jawab memberikan pelayanan medis, tetapi juga berperan sebagai agen perubahan sosial yang mampu menginspirasi masyarakat untuk berperilaku sehat. Dengan menerapkan prinsip, teori, dan pendekatan promosi kesehatan secara komprehensif, tenaga kesehatan dapat menciptakan intervensi yang lebih efektif, partisipatif, dan berkelanjutan

C. Peran dan Fungsi Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan

1. Pentingnya Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan komponen kunci dalam sistem kesehatan yang berperan tidak hanya dalam pelayanan kuratif dan rehabilitatif, tetapi juga dalam upaya promotif dan preventif. Mereka berinteraksi langsung dengan masyarakat, sehingga memiliki posisi strategis dalam memengaruhi perilaku kesehatan individu maupun komunitas. Menurut Notoatmodjo (2012) dalam (Pakpahan dkk, 2021), tenaga kesehatan berperang sebagai agen perubahan (change agent) yang mampu mengarahkan masyarakat menuju perilaku hidup sehat melalui pendidikan, komunikasi, dan pemberdayaan.

2. Peran Utama Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan bersifat multidimensional dan melibatkan berbagai fungsi yang saling melengkapi. Beberapa peran utama tersebut antara lain :

a. Sebagai Edukator (Pendidik Kesehatan)

Peran edukator merupakan salah satu fungsi utama tenaga kesehatan. Mereka bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, kelompok maupun masyarakat secara luas. Pendidikan

kesehatan ini meliputi peningkatan pengetahuan tentang penyakit, perilaku pencegahan, gizi, kebersihan lingkungan, serta penggunaan pelayanan kesehatan yang benar. Menurut Glanz, Rimer, dan Viswanath (2015) tenaga kesehatan yang berperan sebagai edukator harus mampu menyesuaikan metode dan media pendidikan dengan karakteristik sasaran, sehingga pesan yang disampaikan mudah dipahami dan diterima. Misalnya, dalam konteks masyarakat pedesaan dengan tingkat pendidikan rendah, metode komunikasi interpersonal dan pendekatan kultural lebih efektif dibandingkan penyuluhan formal (Tremblay *et al.*, 2016).

b. Sebagai Komunikator

Tenaga kesehatan berperan sebagai komunikator yang menyampaikan pesan kesehatan dengan cara persuasif dan empatik. Mereka menjadi penghubung antara ilmu pengetahuan medis dan masyarakat awam. Peran ini menuntut keterampilan komunikasi interpersonal yang baik, termasuk kemampuan mendengarkan, memberikan umpan balik, dan membangun kepercayaan (Nutbeam, 2008).

c. Sebagai Konselor

Tenaga kesehatan juga berperan sebagai konselor bagi individu atau keluarga yang mengalami masalah kesehatan tertentu. Konseling merupakan proses interaksi yang membantu klien mengenali kesehatan, memahami pilihan solusi, dan membuat keputusan yang tepat. Konseling efektif dilakukan melalui pendekatan empatik dan non-direktif, dimana tenaga kesehatan berfungsi sebagai fasilitator yang membantu klien menemukan solusinya sendiri.

d. Sebagai Fasilitator dan Motivator

Dalam promosi kesehatan berbasis masyarakat, tenaga kesehatan berfungsi sebagai fasilitator yang memfasilitasi proses pemberdayaan komunitas. Mereka mendorong masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam

mengidentifikasi masalah, merencanakan kegiatan, dan mengevaluasi hasilnya (Monteiro, Jancey and Howat, 2014).

e. Sebagai Advokat Kesehatan

Peran advokat menempatkan tenaga kesehatan sebagai pihak yang memperjuangkan kepentingan masyarakat dalam kebijakan publik yang berdampak pada kesehatan. Misalnya, mendorong pemerintahan daerah membuat kebijakan bebas rokok di tempat umum, atau memperjuangkan penyediaan air bersih di wilayah tertentu (Tones, 2023). Dengan menjadi advokat, tenaga kesehatan berkontribusi dalam menciptakan lingkungan sosial dan kebijakan yang mendukung kesehatan masyarakat.

f. Sebagai Peneliti dan Inovator

Tenaga kesehatan juga berperan dalam kegiatan penelitian dan inovasi di bidang promosi kesehatan. Mereka dapat melakukan penelitian tindakan (action research) untuk mengevaluasi efektivitas intervensi, mengidentifikasi hambatan, dan mengembangkan strategi baru yang lebih kontekstual (Guerin *et al.*, 2022). Peran ini penting untuk memastikan bahwa program promosi kesehatan selalu berbasis bukti (*evidence-based practice*).

3. Fungsi Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan

Peran tenaga kesehatan tersebut dapat diuraikan lebih lanjut ke dalam fungsi-fungsi yang operasional. Menurut Notoatmojo (2012), fungsi tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan mencakup :

- a. Fungsi edukatif** : melaksanakan pendidikan kesehatan dengan metode yang sesuai.
- b. Fungsi administratif** : menyusun rencana kegiatan promosi kesehatan, mengorganisasi pelaksanaan, dan melakukan evaluasi.

- c. **Fungsi konsultatif** : memberikan nasehat dan rekomendasi kepada individu, keluarga, maupun lembaga terkait.
- d. **Fungsi koordinatif** : bekerjasama dengan lintas program dan lintas sektor dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan.
- e. **Fungsi penelitian** : melakukan pengkajian untuk meningkatkan efektivitas intervensi promosi kesehatan.

Fungsi -fungsi tersebut menegaskan bahwa promosi kesehatan bukan hanya tanggung jawab satu bidang, tetapi memerlukan sinergi berbagai disiplin ilmu dan profesi kesehatan.

4. Peran Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jenis Profesi

Dalam praktiknya, setiap profesi tenaga kesehatan memiliki kontribusi yang berbeda namun saling melengkapi dalam promosi kesehatan:

- a. Perawat : berperan penting dalam memberikan pendidikan kesehatan, khususnya melalui pendekatan *family nursing dan community nursing*.
- b. Bidang kedokteran : dokter berperan dalam mengedukasi pasien serta memberikan contoh perilaku sehat.
- c. Bidan : memegang peranan utama dalam promosi kesehatan ibu dan anak, termasuk program KIA, ASI eksklusif, dan kesehatan reproduksi.
- d. Tenaga gizi : bertanggung jawab dalam penyuluhan gizi seimbang dan pencegahan malnutrisi.
- e. Apoteker : memegang peranan utama dalam pelayanan kefarmasian serta memberikan edukasi tentang penggunaan obat.
- f. Sanitarian (tenaga kesehatan lingkungan) : berperan dalam menciptakan lingkungan yang sehat melalui pengawasan sanitasi dan perilaku hidup bersih.
- g. Tenaga kesehatan masyarakat : menjadi koordinator kegiatan promosi kesehatan lintas sektor dan memastikan keterlibatan komunitas secara aktif.

Pendekatan kolaboratif antar profesi ini penting untuk mencapai hasil yang lebih luas dan berkelanjutan (Gilbert, Yan and Hoffman, 2010).

5. Nilai dan Etika dalam Pelaksanaan Peran

Dalam menjalankan perannya, tenaga kesehatan harus berpedoman pada nilai – nilai etika profesi, seperti kejujuran, tanggung jawab, keadilan, dan penghormatan terhadap hak individu. Prinsip *respect for autonomy* sangat penting dalam promosi kesehatan, karena tujuan utamanya adalah meningkatkan kemampuan individu untuk membuat keputusan sendiri tentang kesehatannya (Kirana, 2020).

D. Tantangan dan Hambatan di Lapangan dalam Promosi Kesehatan oleh Tenaga Kesehatan

1. Pendahuluan

Meskipun promosi kesehatan telah menjadi salah satu prioritas dalam sistem kesehatan nasional, pelaksanaannya di lapangan masih menghadapi berbagai kendala. Tantangan tersebut dapat berasal dari faktor internal tenaga kesehatan, faktor kelembagaan, maupun faktor eksternal seperti kondisi sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat.

Menurut Green dan Kreuter (2005), efektivitas promosi kesehatan bergantung pada sejauh mana strategi yang dirancang dapat disesuaikan dengan konteks lingkungan dan kapasitas sumber daya yang tersedia. Oleh karena itu, pemahaman terhadap hambatan – hambatan di lapangan menjadi langkah penting untuk meningkatkan kualitas intervensi promosi kesehatan.

2. Tantangan Internal Tenaga Kesehatan

a. Kurangnya Kompetensi dan Keterampilan Promosi Kesehatan

Tidak semua tenaga kesehatan memiliki latar belakang pendidikan atau pelatihan yang memadai di bidang promosi kesehatan. Banyak di antara mereka yang lebih terfokus pada pelayanan kuratif dibandingkan aspek promotif dan preventif (Rachmawati, 2019).

b. Beban Kerja dan Keterbatasan Waktu

Tenaga kesehatan sering kali memiliki beban kerja tinggi, terutama di daerah dengan kekurangan sumber daya manusia. Akibatnya, kegiatan promosi kesehatan sering menjadi prioritas sekunder dibandingkan pelayanan klinis (Wagemakers *et al.*, 2025).

c. Sikap dan Persepsi Terhadap Promosi Kesehatan

Beberapa tenaga kesehatan masih memandang promosi kesehatan sebagai kegiatan non-klinis yang kurang penting atau tidak menghasilkan dampak langsung terhadap penurunan angka kesakitan. Sikap ini berpengaruh terhadap komitmen dalam melaksanakan kegiatan promosi kesehatan (Tremblay *et al.*, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- 'An international conference, jointly organized by' (2000), pp. 16-17.
- Gilbert, J.H.V., Yan, J. and Hoffman, S.J. (2010) 'A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice', *Journal of Allied Health*, 39(SUPPL. 1), pp. 196-197.
- Guerin, R.J. *et al.* (2022) 'Methods to improve the translation of evidence-based interventions: A primer on dissemination and implementation science for occupational safety and health researchers and practitioners', *Safety Science*, 152(January 2021), p. 105763. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2022.105763>.
- Jasrida Yunita, R.M.S. (2021) *Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan, Jakarta: EGC*. Available at: [https://repository.uin-alaududin.ac.id/19791/1/2021_Book_Chapter_Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.pdf](https://repository.uin-alaududin.ac.id/19791/1/2021_Book_Chapter_Promosi_Kesehatan_dan_Perilaku_Kesehatan.pdf).
- Kementerian Kesehatan RI (2023) 'Undang-undang Republik Indonesia no 17 Tahun 2023 tentang kesehatan'.
- Kirana, Y. (2020) 'Psikologi Dan Etika Profesi Dalam Nilai-Nilai Ilmu Pengetahuan', *Pustaka Pelajar*, 7(1), pp. 130-149. Available at: <https://ejurnal.stih-painan.ac.id/index.php/jihk/article/view/53/27>.
- Mcleroy, K.R. *et al.* (1988) 'An Ecological Perspective on Health Promotion Programs', *Health Education & Behavior*, 15(4), pp. 351-377. Available at: <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2022) 'Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, pp. 1-592.

- Monteiro, S.M.D.R., Jancey, J. and Howat, P. (2014) 'Physical activity and nutrition intervention for mothers of young children: Process evaluation', *Health*, 06(03), pp. 223–230. Available at: <https://doi.org/10.4236/health.2014.63033>.
- Nutbeam, D. (2008) 'The evolving concept of health literacy', *Social Science and Medicine*, 67(12), pp. 2072–2078. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
- Pakpahan dkk (2021) *Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan, Jakarta: EGC*. Available at: https://repositori.uin-alauddin.ac.id/19791/1/2021_Book_Chapter_Promosi_Kesehatan_dan_Perilaku_Kesehatan.pdf.
- Rachmawati, W.C. (2019) *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Penerbit Wineka Media.
- Tones, G.& (2023) *Health Promotion Planing and Strategies*. 5th edn. SAGE Publications.
- Tremblay, J. *et al.* (2016) 'Health Behavior Theory, Research, and Practice', *Educacao e Sociedade*, 1(1), pp. 1689–1699. Available at: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao_PereiraAS_1.pdf%0Ahttp://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_11/rbcs11_01.htm%0Ahttp://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7845/1/td_2306.pdf%0Ahttps://direitofma2010.files.wordpress.com/2010/.
- Wagemakers, A. *et al.* (2025) 'A participatory systems approach in community health promotion: Lessons learnt from an overall evaluation of a program to reduce health inequities', *Evaluation and Program Planning*, 113(August), p. 102695. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2025.102695>.
- WHO (1986) 'Ottawa Chartre for Health Promotion', *Ottawa Chartre for Health Promotion*, pp. 1–5. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

World Health Organization (2024) *World health* WORLD HEALTH
ORGANIZATION - *World health statistics 2024*. ISBN
9789240094703. *tatistics 2024*.

BAB 12 | METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Dr. dr. Yanti Harjono Hadiwiardjo, MKM.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan mencakup rangkaian intervensi yang lebih luas bagi masyarakat dan individu untuk meningkatkan kendali atas determinan kesehatan mereka. Promosi kesehatan mencakup pembangunan kebijakan publik yang mendukung, penguatan dari Gerakan komunitas atau masyarakat, pengembangan keterampilan personal dan reorientasi layanan kesehatan.) Promosi kesehatan didefinisikan sebagai kegiatan yang berupaya untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap Perilaku Hidup Bersih Sehat. Kegiatan promosi kesehatan ini dilakukan melalui proses komunikasi yang terdiri dari pemberi pesan (komunikator), penerima pesan (komunikan), pesan, media dan umpan balik (Trisutirno, Ichsan ; Hasnidar ; Sanya Anda ; Rohani Retnauli; Sunomo Hadi ; Efendi Sianturi; Tasnim, 2022)

Promosi kesehatan dikatakan berhasil jika tujuan dan pesan yang disampaikan tercapai. Promosi kesehatan yang efektif bergantung pada pendekatan yang didasarkan pada teori dan diterapkan pada berbagai tingkatan. Pada tingkat individu, model-model seperti *Health Belief Model*, *Theory of Planned Behaviour*, dan *Transtheoretical Model* untuk membantu memahami persepsi, keinginan, dan motivasi untuk perilaku sehat. Teori pada tingkat interpersonal seperti *Social Cognitive Theory* menekankan peran pengaruh sosial dan pembelajaran melalui pengamatan dalam suatu jejaring. Pada tingkat

komunitas, menyoroti tindakan yang dilakukan bersama dan penyebaran secara luas ide-ide baru. Pada Kerangka kerja yang lebih luas, termasuk Model Ekologis dan Model PRECEDE-PROCEED, dirancang untuk mengatasi determinan secara komprehensif pada berbagai tingkat dan menekankan perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Metode dan media yang digunakan pada saat dilakukannya promosi kesehatan memengaruhi keberhasilan dari promosi kesehatan. Pemilihan metode dan media yang digunakan dapat dipilih berdasarkan tujuan, sasaran, pemberi pesan promosi kesehatan, keadaan sosial budaya dan anggaran yang tersedia. “(Rosdiana, 2022)”

B. Metode Promosi Kesehatan

Metode merupakan suatu rangkaian cara yang digunakan dalam suatu upaya untuk meraih hasil atau tujuan sebagaimana pada awal promosi kesehatan telah ditetapkan direncanakan yang bertujuan untuk mengintervensi perilaku sehingga terjadi perubahan perilaku.

Metode pemberian pesan yang dipakai dalam promosi kesehatan adalah metode pendidikan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan. Metode Pendidikan kesehatan dibagi menjadi 4 yaitu “(Rosdiana, 2022)(Trisutirno, Ichsan ; Hasnidar ; Sanya Anda ; Rohani Retnauli; Sunomo Hadi ; Efendi Sianturi; Tasnim, 2022)”

1. Berdasarkan Teknik Komunikasi

a. Teknik komunikasi langsung (tatap muka / direct communication)

Metode promosi kesehatan ini dilakukan dengan tidak menggunakan media perantara yakni pemberi pesan kesehatan bertatapapan dan berbicara langsung dengan penerima pesan. Respon dari penerima pesan dapat diperoleh dalam waktu yang singkat dan sama. Keterbatasan pada metode promosi kesehatan ini adalah pada metode ini lebih banyak memerlukan tenaga pemberi pesan

b. Teknik komunikasi tidak langsung

Merupakan metode promosi kesehatan yang dilakukan dengan tidak bertatap muka langsung dengan penerima pesan namun dalam memberikan pesan kesehatan tersebut menggunakan media atau alat bantu baik media cetak, elektronik, media luar ruang maupun media sosial

2. Berdasarkan jumlah sasaran yang dicapainya “(Trisutrisno, Ichsan ; Hasnidar ; Sanya Anda ; Rohani Retnauli; Sunomo Hadi ; Efendi Sianturi; Tasnim, 2022)(Aji et al., 2023)”

a. Metode Individual

Metode individual ini metode kesehatan individu dengan sasaran individu dilakukan untuk mengubah perilaku individu dan disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan individu. Contoh metode individu ini adalah bimbingan dan konseling.



Gambar 12.1 Contoh Metode Konseling

Sumber: Halodoc

https://www.halodoc.com/kesehatan/konseling?srsltid=afmbooqnxejssvxxmhzhpzhoxljdmeavvxe46_cjq-w6mz_8nv8wimkj

b. Metode Kelompok

1) Kelompok kecil

Metode promosi kesehatan ini merupakan metode yang diterapkan pada sekitar 5-15 orang atau

yang disebut dengan kelompok kecil. Metode ini biasanya dilakukan oleh satu pemberi pesan kesehatan yang membahas satu topik. Beberapa jenis model promosi kesehatan pada kelompok kecil ini adalah permainan simulasi (simulation game), curah pendapat (brainstorming), bermain peran (role play), diskusi kelompok, demonstrasi, permainan (games), bola salju (snow balling), kelompok kecil (Buzz group)



Gambar 12.2 Contoh Desain permainan Ular Tangga versi Stunting

Sumber: kemenkes (2019)

<https://ayosehat.kemkes.go.id/ular-tangga-stunting>



Gambar 12.3 Contoh metode permainan :
Permainan ular tangga

Sumber: Universitas Sari Mulia (2019)

<https://promkes.unism.ac.id/2019/10/01/permainan-ular-tangga-sebagai-salah-satu-media-promosi-kesehatan-pada-anak-sekolah/>

2) Kelompok besar

Metode promosi kesehatan ini diterapkan pada sekelompok dengan 15 orang atau lebih. Model yang dapat digunakan antara lain talk show, demonstrasi, ceramah, dan seminar Metode yang paling sering diterapkan adalah model ceramah. hal ini disebabkan metode ceramah lebih mudah dan murah dari segi biaya , tenaga dan waktu. “(Manik, Hotmauli; Kintoko Rochadi, 2020)”



Gambar 12.4 Contoh metode ceramah

Sumber : Desa Latisae (2022)

“<https://lasitae.digitaldesa.id/berita/penyuluhan-kb-keluarga-berencana-oleh-pemerintah-kabupaten-baru-dpmdppkbpppa->”



Gambar 12.5 Contoh seminar kesehatan

Sumber: Dinkes Riau (2023)

“<https://dinkes.riau.go.id/seminar-kesehatan-nasional-dengan-temaawas-genting-ayo-wujudkan-aksi-1000-hpk-dalam-gerakan-cegah>”

c. Metode Massa

Pada Metode promosi kesehatan pesan disampaikan sekaligus kepada sasaran dengan jumlah besar yang sifatnya massa atau publik. Contoh dari

metode masyarakat yang umum diterapkan adalah Ceramah umum (public speaking) yang diberikan oleh Menteri Kesehatan dalam memperingati Hari Kesehatan Nasional di depan masyarakat untuk menyampaikan pesan kesehatan.



Gambar 12.6 Contoh Ceramah Kesehatan

Sumber: Bhayangkari, 2019

<https://bhayangkari.or.id/pengurus/ceramah-kesehatan-dalam-rangka-hkgb-ke-67-dan-hut-ke-71-polwan-ri-tahun-2019/>

3. Berdasarkan metode komunikasi “(Junitasari et al., 2024)”

a. Metode Didaktik

metode promosi kesehatan ini merupakan metode satu arah yang dilakukan oleh pemberi promosi kesehatan bersifat aktif memberikan pesan kesehatan kepada sasaran promosi kesehatan dengan tidak memberikan kesempatan aktif untuk bertanya atau berpendapat.

b. Metode Sokratik

Metode promosi kesehatan ini merupakan metode dua arah dilakukan secara dua arah yakni pemberi dan sasaran promosi kesehatan kesehatan sama-sama aktif. Sasaran promosi kesehatan diberi kesempatan untuk bertanya atau mengemukakan pendapatnya.

4. Berdasarkan indera penerima "(Rosdiana, 2022)"

a. Metode Melihat

Pada metode promosi kesehatan ini penerima pesan menerima pesan kesehatan melalui indera penglihatan seperti pemasangan poster dan gambar

b. Metode Mendengar

Pada metode promosi kesehatan ini penerima pesan menerima pesan kesehatan melalui indera pendengar seperti penyuluhan yang dilakukan melalui radio atau upload audio melalui media sosial

c. Metode kombinasi

Pada metode promosi kesehatan ini penerima pesan menerima pesan kesehatan melalui beberapa indera seperti dengan melihat, mendengar dan meraba langsung pada saat demonstrasi.

C. Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan didefinisikan sebagai media komunikasi yang digunakan dalam pendidikan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan. Media dan bahan komunikasi pendidikan kesehatan merujuk pada alat, saluran, dan sumber daya yang digunakan untuk memberikan pesan-pesan kesehatan kepada penerima pesan kesehatan secara efektif.

Media promosi kesehatan memiliki beberapa manfaat yaitu menghindari dari kebosanan atau kejenuhan, menimbulkan minat bagi penerima pesan, memudahkan penyampaian pesan kesehatan dan membantu mengurangi hambatan pada pemahaman pesan kesehatan yang disampaikan. Selain memiliki beberapa manfaat, media promosi juga memiliki beberapa fungsi yaitu fungsi afektif, atensi, kompensatori dan kognitif. "(Rosdiana, 2022)"

Pada promosi kesehatan terdapat beberapa media atau alat bantu yang dipakai pada dalam pemberian pesan promosi kesehatan. Terdapat beberapa pembagian dari media "(Haro, Masta ; Aliyah Fahmi, 2019)"

1. Berdasarkan Fungsinya

a. Media Cetak

Media ini menggunakan pesan secara visual yang mana terdiri dari foto atau gambar dalam suatu tatanan warna yaitu Booklet, Leaflet, Flyer, Flipchart, Rubrik atau tulisan dan Poster

Terdapat kelebihan dari penggunaan media cetak ini yaitu dapat mencakup banyak orang, dapat bertahan lama, dapat dibawa, pemahaman menjadi lebih mudah, gairah belajar meningkat dan tidak memerlukan energi listrik. Kelemahan dari media ini adalah tidak adanya efek suara dan mudah untuk terlipat



Gambar 12.7 Leaflet

Sumber : Kemeskes 2018

“<https://ayosehat.kemkes.go.id/brosur--leaflet-stunting>”

b. Media Elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak, dapat dilihat dan didengar dalam penyampaian promosi kesehatan dengan melalui alat elektronik seperti televisi, radio, Video Compac Disc, slideshow, film strip dan lain-lain.

Dibandingkan dengan media cetak, pada penggunaan media elektronik memungkinkan lebih banyak orang yang menerima pesan kesehatan yang disampaikan karena media elektronik memiliki cakupan yang lebih luas. Media elektronik juga memungkinkan penyampaian pesan kesehatan menjadi lebih jelas dan menarik karena dalam penggunaan media elektronik dapat menggunakan elemen multimedia seperti video dan gambar. Pesan dan dalam media elektronik yang digunakan sebagai bahan diskusi dapat diulang pemutarannya.



Gambar 12.8 Penyuluhan dengan menggunakan TV Display

Sumber : Kemenkes, RS Otak Muh Hatta Bukit Tinggi
“<https://www.rsomh.co.id/?page=promosi>”

c. Media luar ruang

Media ini merupakan media yang pemberian pesan kesehatannya dilakukan di luar ruang secara umum seperti media elektronik statis dan media cetak.

Contohnya papan reklame / billboard, pameran, spanduk, TV layar lebar, banner, papan pengumuman dan lain-lain.



Gambar 12.9 Baliho himbauan waspada corona virus

Sumber : PPID kabupaten Bengkalis 2020

“<https://ppid.bengkaliskab.go.id/web/detailberita/2221/ajak-masyarakat-waspada-virus-corona,-diskominfotik-pajang-baliho-imbauan>”

d. Media Sosial

Pada saat ini banyak terdapat media sosial yang dapat digunakan untuk promosi kesehatan seperti facebook, twitter, instagram dan sebagainya.

Media sosial ini memiliki kemampuan untuk menyampaikan pesan dalam promosi kesehatan dengan lebih jelas dan menarik. Media sosial ini juga memiliki cakupan yang lebih luas sehingga pesan dapat lebih banyak sampai ke orang.

Pada era digital saat ini media sosial telah banyak digunakan untuk memberikan kesehatan namun media promosi kesehatan tradisional seperti leaflet dan poster tetap berguna dalam pemberian pesan kesehatan. “(Barik et al., 2019)”



Gambar 12.10 Promosi Kesehatan di Facebook

Sumber : Promosi Kesehatan PKM IPUH

"<https://www.facebook.com/promkes.pkmipuh/>"

2. Berdasarkan jenisnya

- Media visual yaitu media ini hanya menggunakan unsur gambar, grafik dan tata letak dalam penyampaian promosi kesehatan seperti booklet, leaflet, poster, lembar balik dan sebagainya
- Media audio yaitu media yang menggunakan suara dalam penyampaian promosi kesehatan seperti bentuk siaran radio, rekaman suara dan sebagainya
- Media audiovisual merupakan media kombinasi yang menggunakan kombinasi audio dan visual misalnya, video, televisi, animasi dan sebagainya

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, S. P., Nugroho, F. S., & Rahardjo, B. (2023). Promosi dan Pendidikan Kesehatan di Masyarakat (Strategi dan Tahapannya). Global Eksekutif Teknologi. In *Promosi dan Pendidikan Kesehatan*.
<https://eprints.univetbantara.ac.id/id/eprint/140/1/2>
 Buku Promosi Dan Pendidikan Kesehatan Di Masyarakat-1.pdf
- Barik, A. L., Purwaningtyas, R. A., & Astuti, D. (2019). The Effectiveness of Traditional Media (Leaflet and Poster) to Promote Health in a Community Setting in the Digital Era: A Systematic Review. *Jurnal Ners*, 14(3 Special Issue), 76–80.
<https://doi.org/10.20473/jn.v14i3.16988>
- Haro, Masta ; Aliyah Fahmi, L. I. N. S. N. S. N. P. W. M. A. R. A. M. ; R. F. ; R. (2019). *Komunikasi Kesehatan'* (S. A. Rayhaniah (ed.)).
- Junitasari, H., Darwis, D., & Ningsih, L. (2024). Pengaruh Penyuluhan Metode Sokratik Dan Didaktik Dengan Media Fruveble Card Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Konsumsi Buah Dan Sayur Pada Anak. *Jurnal Promosi Kesehatan Poltekkes Bengkulu*, 1(1).
<https://doi.org/10.33088/jurnalprosehatkuu.v1i1.731>
- Manik, Hotmauli; Kintoko Rochadi, F. A. S. (2020). Pengaruh Metode Promosi Kesehatan terhadap Pengetahuan dan Sikap Penderita TB dalam Pencegahan TB di Puskesmas AEK Parombunan Kota Sibolga. *Health Sains*, 1(3).
<https://doi.org/https://doi.org/10.46799/jhs.v1i3.27>
- Rosdiana. (2022). Dasar Promosi Kesehatan. In *Kaaffah Learning Center2* (I).
- Trisutirno, Ichsan; Hasnidar; Sanya Anda; Rohani Retnauli; Sunomo Hadi ; Efendi Sianturi; Tasnim, L. N. L. G. ; N. B. I. S. P. H. S. M. O. S. (2022). Pendidikan dan Promosi Kesehatan. In A. Karim (Ed.), *Pendidikan dan Promosi Kesehatan* (I). Yayasan Kita menulis.

BAB 13 | PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Soepri Tjahjono Moedji Widodo, S.Pd., M.Pd.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan merupakan pendekatan strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya edukatif, preventif, dan pemberdayaan. Promosi kesehatan telah diakui sebagai bagian penting dari sistem kesehatan primer, terutama setelah Konferensi Alma-Ata dan Ottawa Charter yang menekankan pentingnya upaya promotif dan presventif dalam kebijakan kesehatan (Baum, 2016). Seiring meningkatnya beban penyakit tidak menular dan kompleksitas determinan sosial kesehatan, perencanaan program promosi kesehatan menjadi lebih krusial dalam memastikan efektivitas intervensi.

Perencanaan program promosi kesehatan merupakan langkah sistematis untuk merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi intervensi yang bertujuan meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku sehat pada individu maupun komunitas. Keberhasilan promosi kesehatan sangat bergantung pada kualitas perencanaan yang mempertimbangkan konteks sosial, budaya, dan lingkungan target populasi. Tanpa perencanaan yang matang, program sering kali gagal mencapai sasaran atau mengalami kendala dalam pelaksanaannya (Baum, 2016).

Perubahan paradigma dalam layanan kesehatan dari kuratif menuju preventif memperkuat urgensi penyusunan program promosi kesehatan yang terarah. Di berbagai negara,

termasuk Indonesia, kebijakan kesehatan nasional semakin menekankan pada intervensi berbasis masyarakat yang dirancang secara partisipatif dan berkelanjutan (Fuady *et al.*, 2024). Pendekatan ini memerlukan perencanaan yang komprehensif agar seluruh komponen sistem kesehatan, baik pemerintah, masyarakat, maupun sektor swasta, dapat berkontribusi secara optimal.

Tantangan terbesar dalam perencanaan promosi kesehatan adalah kebutuhan untuk menyusun program yang relevan dengan kebutuhan komunitas yang beragam, namun tetap berbasis bukti ilmiah. Pendekatan berbasis bukti (*evidence-based planning*) memungkinkan perencana program untuk menggunakan data epidemiologis dan hasil penelitian sebagai dasar pengambilan keputusan (Green *et al.*, 2024).

Perencanaan program promosi kesehatan melibatkan proses yang kompleks mulai dari analisis situasi, identifikasi masalah, penetapan tujuan, hingga penyusunan strategi implementasi dan evaluasi. Model-model seperti PRECEDE-PROCEED, Logic Model, dan P-Process telah banyak digunakan sebagai kerangka kerja yang membantu perencana dalam menyusun langkah-langkah program secara sistematis (Glanz, 2015).

Partisipasi masyarakat dalam tahap perencanaan juga menjadi elemen penting dalam memastikan relevansi dan keberlanjutan program. Melibatkan masyarakat sebagai subjek aktif dalam perencanaan tidak hanya meningkatkan rasa memiliki terhadap program, tetapi juga memperkuat keberlanjutan intervensi dalam jangka panjang (Laverack, 2019).

Perubahan lingkungan sosial, digitalisasi informasi, serta meningkatnya literasi kesehatan masyarakat turut memengaruhi dinamika perencanaan program. Perencanaan yang efektif saat ini harus mempertimbangkan strategi komunikasi digital, penggunaan media sosial, serta intervensi berbasis teknologi yang mampu menjangkau populasi muda secara lebih efektif (Seth M. Noar, 2012; Qorahman *et al.*, 2024).

Perencanaan program promosi kesehatan tidak hanya menjadi aspek teknis dalam manajemen program kesehatan, tetapi juga mencerminkan komitmen etis dan politik terhadap hak kesehatan masyarakat. Bab ini akan membahas secara mendalam konsep, tahapan, model, serta faktor-faktor kunci dalam perencanaan program promosi kesehatan yang berkelanjutan, partisipatif, dan berbasis bukti.

B. Pengertian Perencanaan Program Promosi Kesehatan

Perencanaan program promosi kesehatan adalah proses sistematis untuk merancang intervensi yang bertujuan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui pendekatan edukatif, partisipatif, dan berbasis bukti. Dalam konteks promosi kesehatan, perencanaan bukan hanya menyusun agenda kegiatan, melainkan merupakan langkah strategis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, menentukan tujuan intervensi, serta menyusun cara pencapaian yang efektif dan efisien (Bauman, Nutbeam, 2023). Perencanaan menjadi fondasi utama agar kegiatan promosi kesehatan tidak bersifat reaktif, melainkan preventif dan terarah.

Perencanaan program adalah proses yang mencakup analisis situasi, penetapan tujuan, pemilihan strategi intervensi, dan penyusunan evaluasi yang relevan. Perencanaan program dalam kesehatan masyarakat dapat diartikan sebagai upaya terorganisasi untuk mengatur sumber daya, strategi, dan waktu dalam rangka mencapai hasil kesehatan yang diinginkan. (Green *et al.*, 2024). Definisi ini meluas pada upaya menciptakan perubahan perilaku sehat melalui pemberdayaan masyarakat, komunikasi yang efektif, dan pendekatan lintas sektor.

Menurut Karen Glanz, Barbara K. Rimer, (2015). perencanaan promosi kesehatan harus mempertimbangkan teori perilaku, kebutuhan spesifik populasi sasaran, serta faktor sosial-ekologis yang mempengaruhi kesehatan. Oleh karena itu, proses perencanaan tidak bisa dilepaskan dari analisis mendalam terhadap konteks lokal. Tanpa pemahaman yang menyeluruh tentang karakteristik komunitas, maka intervensi

yang dirancang cenderung tidak sesuai dan berisiko tidak berdampak signifikan terhadap perubahan perilaku.

Karakteristik utama perencanaan program promosi kesehatan meliputi sifatnya yang sistematis, partisipatif, berbasis data, dan fleksibel terhadap perubahan lingkungan. Sistematis berarti seluruh proses berjalan melalui tahapan yang terstruktur mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi hasil (Kelly, 2006; Issel, Wells, 2022). Sementara itu, pendekatan partisipatif menekankan pentingnya pelibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan, guna memastikan program lebih diterima dan berkelanjutan.

Selain itu, perencanaan program yang efektif harus berbasis data dan bukti ilmiah (evidence-based). Hal ini berarti keputusan yang diambil dalam proses perencanaan sebaiknya bersandar pada data epidemiologis, survei kesehatan, dan temuan riset terbaru (Brownson, 2017). Data yang akurat membantu perencana mengidentifikasi prioritas kesehatan yang paling mendesak dan merancang intervensi yang memiliki potensi dampak besar.

Fleksibilitas juga merupakan karakteristik penting dalam perencanaan promosi kesehatan. Dinamika sosial, perubahan kebijakan, dan kondisi darurat seperti pandemi menuntut adanya kemampuan adaptasi dalam perencanaan program. Oleh karena itu, perencanaan sebaiknya tidak bersifat kaku, melainkan memungkinkan revisi strategi secara berkala sesuai perubahan konteks (Laverack, 2019). Perencanaan yang responsif akan memperbesar kemungkinan keberhasilan intervensi. Keberhasilan perencanaan promosi kesehatan sangat ditentukan oleh kejelasan tujuan yang dirancang.

Tujuan yang SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) menjadi acuan utama dalam menentukan arah dan ukuran pencapaian dari suatu program (McKenzie, Neiger, Thackeray, 2023). Tanpa tujuan yang jelas dan terukur, program cenderung kehilangan fokus dan sulit untuk dievaluasi secara objektif. Pengertian dan karakteristik perencanaan promosi kesehatan mencerminkan kombinasi

antara ilmu, seni, dan keterampilan manajerial. Perencanaan yang baik mampu menjembatani kesenjangan antara pengetahuan dan praktik di lapangan, serta mendorong terciptanya lingkungan yang mendukung perilaku sehat secara berkelanjutan. Bab ini akan mengelaborasi secara rinci komponen-komponen penting dari perencanaan program yang efektif, termasuk pendekatan teoritis dan aplikasinya di berbagai konteks.

C. Karakteristik Perencanaan Promosi Kesehatan

Perencanaan promosi kesehatan memiliki sejumlah karakteristik khusus yang membedakannya dari jenis perencanaan lainnya dalam bidang kesehatan. Karakteristik-karakteristik ini mencerminkan pendekatan strategis, partisipatif, dan berbasis bukti yang menjadi ciri khas dari promosi kesehatan. Pemahaman terhadap karakteristik ini sangat penting untuk memastikan bahwa program yang dirancang mampu menjawab kebutuhan masyarakat secara efektif dan berkelanjutan.

1. Berbasis Masyarakat (Community-Based)

Program promosi kesehatan yang efektif melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam proses identifikasi masalah, penetapan prioritas, dan pelaksanaan kegiatan. Pendekatan ini memperkuat rasa memiliki (*sense of ownership*) dan mendorong keberlanjutan program (Laverack, 2019).

2. Sistematis dan Terstruktur

Proses perencanaan dilakukan secara logis dan berurutan, mulai dari analisis kebutuhan hingga evaluasi program. Hal ini memastikan bahwa setiap langkah saling terkait dan berkontribusi pada pencapaian tujuan program (McKenzie, Neiger, Thackeray, 2023).

3. Berbasis Bukti (Evidence-Based)

Perencanaan program harus didasarkan pada data epidemiologis, hasil penelitian, dan evaluasi sebelumnya. Pendekatan ini meningkatkan efektivitas dan efisiensi penggunaan sumber daya (Brownson, 2017).

4. Fleksibel dan Adaptif

Program dirancang untuk mampu merespons dinamika sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan. Fleksibilitas penting agar program tetap relevan meskipun terjadi perubahan kondisi (Bauman, Nutbeam, 2023).

5. Partisipatif dan Kolaboratif

Perencanaan melibatkan berbagai pemangku kepentingan lintas sektor seperti pemerintah, lembaga pendidikan, masyarakat sipil, dan sektor swasta. Pendekatan *health in all policies* ini meningkatkan sinergi dan jangkauan program (WHO, 2016).

6. Berorientasi pada Perubahan Perilaku dan Pemberdayaan

Fokus utama program adalah menciptakan perubahan perilaku sehat secara berkelanjutan, tidak hanya melalui edukasi, tetapi juga dengan memperbaiki kondisi sosial dan lingkungan yang mempengaruhi perilaku (Green *et al.*, 2024).

7. Berkeadilan Sosial dan Pro-Kelompok Rentan

Program harus memperhatikan akses dan partisipasi kelompok rentan seperti anak, perempuan, lansia, dan masyarakat miskin untuk mengurangi ketimpangan kesehatan (Baum, 2016).

8. Dapat Dievaluasi (Evaluability)

Setiap program harus memiliki indikator keberhasilan yang jelas dan terukur agar hasilnya dapat dinilai secara objektif dan menjadi dasar pengembangan lebih lanjut (Issel, Wells, 2022).

D. Langkah-Langkah Perencanaan Program Promosi Kesehatan

Perencanaan program promosi kesehatan merupakan proses sistematis yang terdiri dari beberapa tahapan yang saling berkesinambungan. Setiap tahapan memiliki peran penting dalam memastikan bahwa program yang dirancang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, berbasis data, dan dapat diimplementasikan secara efektif. Langkah-langkah ini menjadi acuan dalam menyusun program yang tidak hanya efektif secara teknis, tetapi juga berkelanjutan dan diterima oleh masyarakat. Kerangka ini banyak diadaptasi dari berbagai model

perencanaan seperti *PRECEDE-PROCEED*, *P-Process*, dan *Logic Model* (Glanz, Rimer & Viswanath, 2015; McKenzie, Neiger & Thackeray, 2022).

1. Langkah-langkah utama dalam perencanaan program promosi kesehatan:

a. Identifikasi Masalah

Langkah awal adalah mengidentifikasi isu atau masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat sasaran. Proses ini melibatkan pengumpulan data primer maupun sekunder, seperti survei kesehatan, data morbiditas, atau laporan epidemiologi, untuk menemukan masalah kesehatan yang paling mendesak dan penting untuk diintervensi (Brownson, 2017).

1) Analisis Situasi

Setelah masalah diidentifikasi, dilakukan analisis situasi untuk memahami lebih dalam faktor-faktor penyebabnya, baik dari aspek individu, sosial, lingkungan, maupun kebijakan. Analisis ini juga mencakup pemetaan sumber daya yang tersedia, potensi dukungan, hambatan, serta karakteristik populasi sasaran (Green *et al.*, 2024).

2) Penetapan Prioritas dan Tujuan

Tidak semua masalah dapat ditangani sekaligus, sehingga perlu ditentukan prioritas intervensi berdasarkan tingkat urgensi, dampak, dan ketersediaan sumber daya. Setelah prioritas ditentukan, perencana menyusun tujuan yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan terikat waktu (SMART) untuk menjadi panduan dalam perumusan strategi (McKenzie, Neiger, Thackeray, 2023).

3) Penentuan Strategi dan Intervensi

Pada tahap ini disusun strategi promosi kesehatan yang paling sesuai dengan tujuan program dan karakteristik populasi sasaran. Intervensi dapat berupa pendidikan kesehatan, perubahan lingkungan, advokasi kebijakan, atau kombinasi dari berbagai

pendekatan. Pemilihan strategi harus berbasis teori dan bukti ilmiah agar efektif (Glanz, 2015).

4) Implementasi dan Monitoring

Tahapan implementasi mencakup pelaksanaan kegiatan sesuai rencana yang telah disusun, termasuk pengorganisasian sumber daya, pelatihan pelaksana, serta penjadwalan kegiatan. Monitoring dilakukan secara bersamaan untuk memastikan bahwa kegiatan berjalan sesuai rencana, mengidentifikasi hambatan, dan melakukan perbaikan secara real time (Bauman, Nutbeam, 2023).

5) Evaluasi Program

Evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana program mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dapat mencakup evaluasi proses, hasil, dan dampak. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan selanjutnya, termasuk perbaikan program dan pengembangan intervensi yang lebih baik di masa mendatang (Issel, Wells, 2022).

2. Model-model Perencanaan Promosi Kesehatan

Pada mengembangkan program promosi kesehatan yang efektif, para perencana sering menggunakan model-model konseptual yang sistematis untuk memandu proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan. Model-model ini membantu memastikan bahwa program disusun secara logis, berbasis data, serta mempertimbangkan konteks sosial dan budaya masyarakat. Beberapa model populer seperti PRECEDE-PROCEED, P-Process, Logic Model, dan SWOT Analysis telah digunakan secara luas oleh praktisi kesehatan masyarakat untuk merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi promosi kesehatan yang partisipatif, adaptif, dan berorientasi pada hasil.

a. Model PRECEDE-PROCEED

Model ini dikembangkan oleh Green dan Kreuter sebagai kerangka kerja perencanaan yang komprehensif. PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling

Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) berfokus pada diagnosis sosial dan epidemiologis, sedangkan PROCEED (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) berfokus pada implementasi dan evaluasi (Green LW, 2005). Model ini menekankan keterlibatan masyarakat dan mengintegrasikan pendekatan perilaku serta lingkungan dalam perencanaan intervensi kesehatan.

Model PRECEDE-PROCEED adalah salah satu pendekatan perencanaan program kesehatan masyarakat yang paling terkenal dan komprehensif. Model ini dikembangkan oleh **Lawrence W. Green** dan **Marshall W. Kreuter**, dan digunakan untuk merancang, menerapkan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan berbasis kebutuhan masyarakat. Model ini memadukan antara pendekatan edukatif dan ekologis dalam tahap awal (PRECEDE), serta pendekatan administratif dan evaluatif dalam tahap selanjutnya (PROCEED).

1) Struktur Model PRECEDE

Model ini terdiri dari dua bagian utama:

a) *PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation)*

Merupakan tahap analisis kebutuhan yang terdiri dari:

- (1) **Tahap 1: Social Assessment**, Mengidentifikasi kualitas hidup, masalah sosial, dan aspirasi masyarakat.
- (2) **Tahap 2: Epidemiological Assessment**, Menentukan masalah kesehatan yang paling penting berdasarkan data epidemiologis.
- (3) **Tahap 3: Behavioral and Environmental Assessment**, Menilai perilaku dan faktor lingkungan yang memengaruhi masalah kesehatan.

(4) Tahap 4: Educational and Ecological Assessment, Menjelaskan faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan), faktor penguat (dukungan sosial), dan faktor pemungkin (akses terhadap layanan dan sumber daya).

(5) Tahap 5: Administrative and Policy Assessment, Menilai kebijakan, organisasi, dan sumber daya yang mendukung implementasi program.

b) *PROCEED (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)*

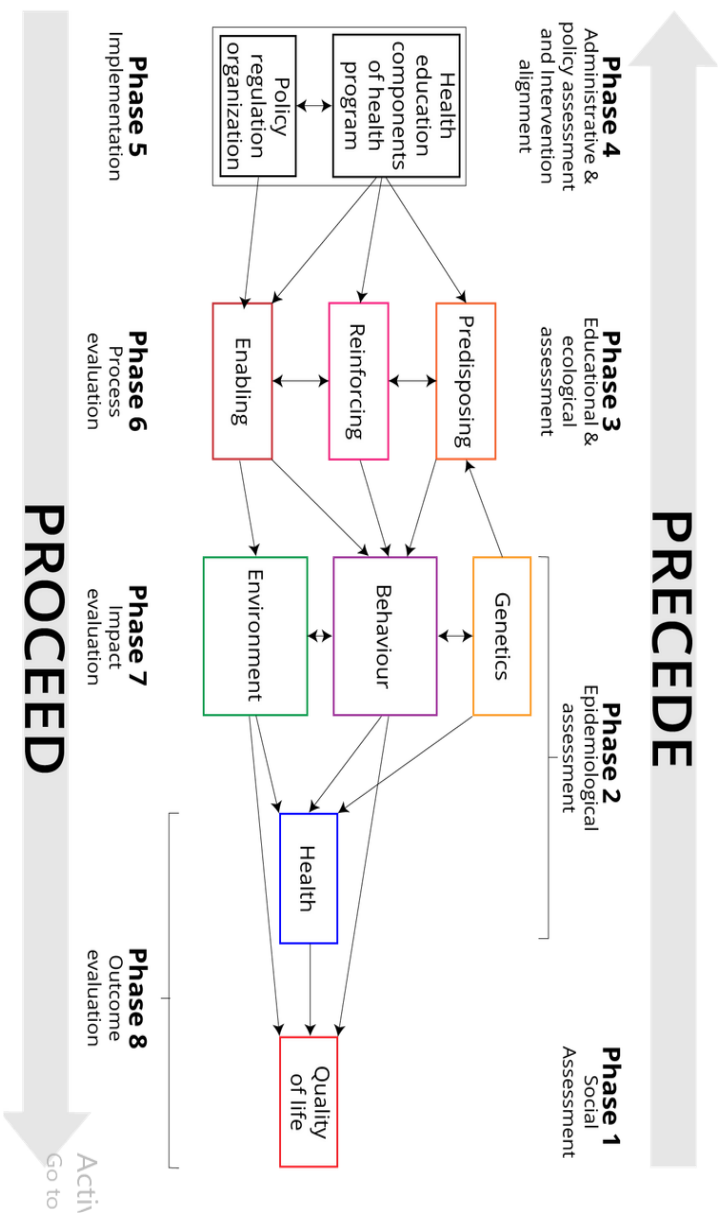
Merupakan tahap implementasi dan evaluasi:

(1) Tahap 6: Implementation, Melaksanakan intervensi atau program yang dirancang.

(2) Tahap 7: Process Evaluation, Mengevaluasi apakah program dilaksanakan sesuai rencana.

(3) Tahap 8: Impact Evaluation, Menilai perubahan jangka pendek dalam perilaku atau lingkungan.

(4) Tahap 9: Outcome Evaluation, Mengevaluasi hasil jangka panjang, misalnya perubahan status kesehatan masyarakat.



Gambar 13.1 Model PRECEDE-PROCEED
(Green LW, 2005)

Gambar **Model PRECEDE-PROCEED** yang digunakan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan.

Model ini dibagi menjadi **8 fase**: 4 fase pertama (*PRECEDE*) berfokus pada perencanaan dan analisis, sedangkan 4 fase berikutnya (*PROCEED*) berfokus pada pelaksanaan dan evaluasi.

Bagian PRECEDE (Perencanaan & Diagnosis)

- 1) **Phase 1 Social Assessment**, Mengidentifikasi masalah sosial dan kebutuhan masyarakat yang memengaruhi **Quality of Life** (kualitas hidup).
- 2) **Phase 2 Epidemiological Assessment**, Menentukan masalah kesehatan utama (misalnya penyakit tertentu, angka kematian) dan faktor-faktor penentunya seperti **Genetics, Behaviour** (perilaku), dan **Environment** (lingkungan).
- 3) **Phase 3 Educational & Ecological Assessment**, Mengidentifikasi faktor pendidikan dan ekologi yang memengaruhi perilaku:
 - a) **Predisposing factors** (pengetahuan, sikap, keyakinan, motivasi).
 - b) **Enabling factors** (ketersediaan sumber daya, akses, keterampilan).
 - c) **Reinforcing factors** (dukungan sosial, umpan balik, penghargaan).
- 4) **Phase 4 Administrative & Policy Assessment**, Menilai kebijakan, regulasi, sumber daya, dan komponen pendidikan kesehatan yang diperlukan agar intervensi dapat dilaksanakan sesuai rencana.

Bagian PROCEED (Implementasi & Evaluasi)

- 1) **Phase 5 Implementation**, Melaksanakan program sesuai desain intervensi yang telah disusun.
- 2) **Phase 6 Process Evaluation**, Mengevaluasi **proses pelaksanaan**: apakah kegiatan dilakukan sesuai rencana dan target partisipasi tercapai.

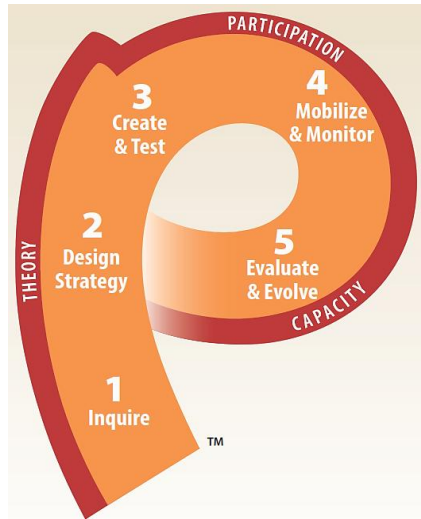
- 3) **Phase 7 Impact Evaluation**, Mengukur dampak jangka pendek-menengah, misalnya perubahan **behaviour** atau **environment** yang diinginkan.
- 4) **Phase 8 Outcome Evaluation**, Mengevaluasi hasil akhir (jangka panjang), seperti peningkatan **Health** (kesehatan) dan **Quality of Life** masyarakat.

Alur Hubungan dalam Gambar

- 1) **Genetics**, **Behaviour**, dan **Environment** adalah determinan utama kesehatan.
- 2) Faktor **Predisposing**, **Enabling**, dan **Reinforcing** memengaruhi perilaku.
- 3) Perilaku dan lingkungan memengaruhi **Health**, yang pada akhirnya memengaruhi **Quality of Life**.
- 4) Setiap fase saling terhubung dan memandu langkah dari diagnosis masalah hingga evaluasi hasil.

b. Model P-Process

Model ini merupakan pendekatan komunikasi strategis yang dikembangkan oleh Johns Hopkins Center for Communication Programs dan digunakan oleh UNICEF untuk merancang intervensi perubahan perilaku. P-Process mencakup lima langkah: analisis situasi, strategi, pengembangan dan pengujian, implementasi, serta monitoring dan evaluasi (Health Communication Capacity Collaborative, 2013). Model ini sangat sesuai untuk kampanye komunikasi kesehatan yang membutuhkan strategi yang terfokus dan berkelanjutan.



Gambar 13.2 P-Process evaluasi
(HCCC, 2013)

1) Pengertian Model P-Process

P-Process adalah model yang dikembangkan oleh **Johns Hopkins University Center for Communication Programs (CCP)** untuk merancang program komunikasi perubahan perilaku sosial (Social and Behavior Change Communication – SBCC). Model ini bersifat siklus dan dirancang agar fleksibel, partisipatif, serta responsif terhadap konteks lokal (Health Communication Capacity Collaborative, 2013).

2) Lima Langkah P-Process

a) **Inquire (Penelusuran & Analisis Situasi)**

- (1) Memahami masalah, mengidentifikasi audiens, hambatan, faktor pendukung, kebijakan, dan program yang ada.
- (2) Mengumpulkan data melalui riset awal, kajian literatur, serta analisis saluran komunikasi dan mitra potensial.
- (3) Output: *Situation analysis* dan pernyataan masalah.

b) Design Your Strategy (Merancang Strategi)

- (1) Menentukan tujuan komunikasi, segmentasi audiens, pendekatan program, saluran komunikasi, rencana implementasi, dan M&E (monitoring & evaluation).
- (2) Memilih teori atau model perubahan perilaku yang relevan.
- (3) Output: *Strategic plan* yang disepakati semua pihak.

c) Create & Test (Mencipta & Uji Coba)

- (1) Mengembangkan materi komunikasi (media massa, cetak, pelatihan, dll.) yang memadukan kreativitas dan sains.
- (2) Melakukan *pretest* dengan audiens sasaran, revisi, dan uji ulang sebelum finalisasi.
- (3) Output: Paket materi siap distribusi.

d) Mobilize & Monitor (Pelaksanaan & Pemantauan)

- (1) Melaksanakan program sesuai rencana, mendistribusikan materi, memantau kegiatan, serta melakukan penyesuaian bila diperlukan.
- (2) Output: Rangkaian kegiatan program yang berjalan optimal dengan penyesuaian dari hasil monitoring.

e) Evaluate & Evolve (Evaluasi & Pengembangan Lanjutan)

- (1) Mengukur hasil dan dampak, mengidentifikasi pembelajaran, dan merencanakan pengembangan program ke depan.
- (2) Hasil evaluasi disebarluaskan ke donor, mitra, dan pemangku kepentingan.
- (3) Output: Laporan evaluasi, publikasi, dan rencana langkah berikutnya.

c. Logic Model

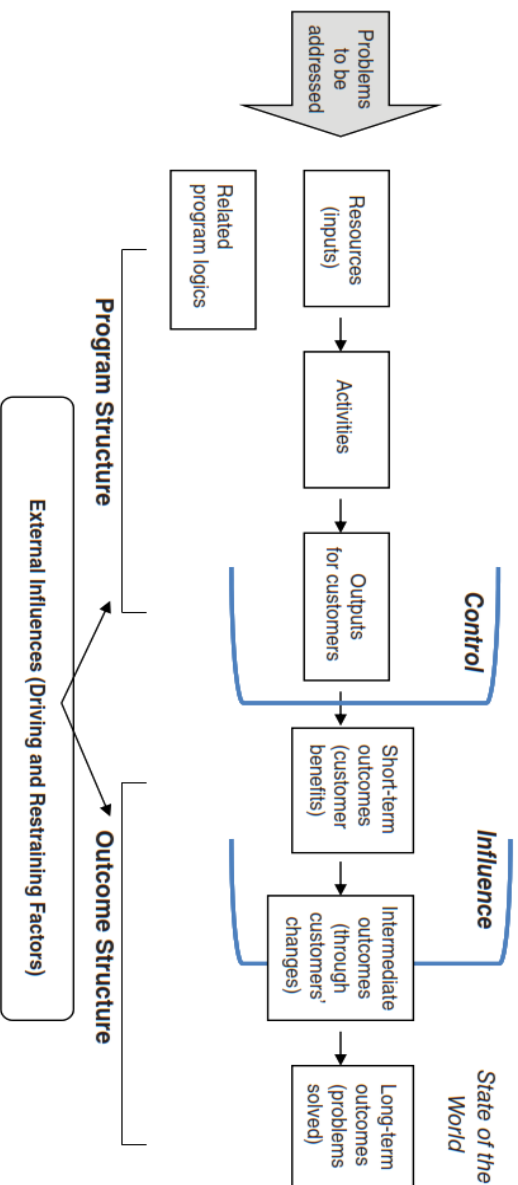
Logic model adalah representasi visual dari hubungan antara sumber daya, kegiatan, output, dan hasil dalam sebuah program kesehatan. Model ini membantu pemangku kepentingan memahami bagaimana program dirancang untuk mencapai tujuan tertentu, serta menjadi alat penting dalam evaluasi (McLaughlin, J.A. & Jordan, 2015). Logic model memperjelas asumsi dan alur logis intervensi dari input hingga dampak jangka panjang.

Pengertian

Logic Model adalah alat visual yang digunakan untuk merancang, memantau, dan mengevaluasi program. Model ini menggambarkan hubungan sebab-akibat antara sumber daya (input), kegiatan (activities), hasil langsung (outputs), hasil jangka pendek-menengah (outcomes), dan dampak jangka panjang (impacts) ((McLaughlin, J.A. & Jordan, 2015).

Komponen Logic Model

- 1) **Input:** Segala sumber daya yang dibutuhkan seperti dana, SDM, peralatan, dan mitra.
- 2) **Activities:** Kegiatan utama yang dilakukan, seperti pelatihan, lokakarya, kampanye, atau penyuluhan.
- 3) **Outputs:** Produk langsung dari kegiatan, seperti jumlah pelatihan yang diadakan, peserta yang dilibatkan, atau media yang dibagikan.
- 4) **Outcomes:** Perubahan perilaku, pengetahuan, keterampilan, atau sikap dalam jangka pendek dan menengah.
- 5) **Impact:** Dampak jangka panjang seperti peningkatan derajat kesehatan, menurunnya prevalensi penyakit, atau peningkatan kualitas hidup.



Gambar 13.3 Basic Logic Model

Gambar **Basic Logic Model** yang menggambarkan hubungan logis antara sumber daya, kegiatan, hasil, dan dampak program, termasuk faktor-faktor eksternal yang memengaruhi keberhasilannya.

1) Problems to be addressed

Masalah atau kebutuhan yang menjadi alasan program dibuat. Inilah titik awal yang menentukan tujuan program.

2) Program Structure (dapat dikendalikan sepenuhnya oleh manajer program)

- a) **Resources (inputs)**, Sumber daya yang tersedia untuk menjalankan program, seperti dana, tenaga kerja, waktu, fasilitas, dan data.
- b) **Activities**, Kegiatan inti yang dilaksanakan menggunakan sumber daya tersebut.
- c) **Outputs for customers**, Produk atau layanan yang dihasilkan dan diberikan kepada penerima manfaat langsung (misalnya pelatihan, layanan kesehatan, modul pembelajaran).
- d) Bagian ini diberi label **Control**, artinya program memiliki kendali penuh atas elemen-elemen ini.

3) Outcome Structure (lebih dipengaruhi daripada dikendalikan langsung)

- a) **Short-term outcomes (customer benefits)**, Perubahan awal yang diharapkan pada penerima manfaat segera setelah menerima output, seperti peningkatan pengetahuan, keterampilan, atau sikap.
- b) **Intermediate outcomes (through customers' changes)**, Perubahan perilaku, kebiasaan, atau kondisi pada penerima manfaat yang terjadi sebagai hasil dari perubahan jangka pendek.
- c) **Long-term outcomes (problems solved)**, Dampak besar yang menjadi tujuan akhir program, misalnya peningkatan kesehatan masyarakat atau pengurangan angka kemiskinan.

d) Bagian ini diberi label **Influence** karena program hanya memengaruhi hasilnya, tidak mengendalikannya sepenuhnya.

4) Related program logics

Program lain yang memiliki keterkaitan dan dapat memengaruhi hasil.

5) External Influences (Driving and Restraining Factors)

Faktor eksternal yang mendorong atau menghambat keberhasilan program, misalnya kebijakan pemerintah, kondisi ekonomi, budaya, atau teknologi. Faktor-faktor ini memengaruhi baik struktur program maupun hasilnya.

6) State of the World

Kondisi akhir yang diharapkan tercapai di masyarakat atau dunia setelah long-term outcomes terwujud.

d. Analisis SWOT dalam Perencanaan Kesehatan

SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) digunakan untuk menilai posisi internal dan eksternal dari sebuah program atau organisasi. Pada konteks promosi kesehatan, analisis SWOT membantu tim perencana memahami kapasitas internal dan tantangan eksternal sebelum merancang strategi intervensi (Ginter, Swayne, Duncan, 2025). Model ini berguna dalam tahap awal perencanaan, khususnya dalam menyusun kebijakan dan strategi yang kontekstual dan realistis.

1) Pengertian SWOT

SWOT adalah singkatan dari Strengths (kekuatan), Weaknesses (kelemahan), Opportunities (peluang), dan Threats (ancaman).

Metode ini digunakan untuk menganalisis faktor internal dan eksternal yang memengaruhi suatu program, termasuk program kesehatan. Pada konteks perencanaan kesehatan, analisis SWOT membantu tim perencana mengidentifikasi kondisi riil

organisasi atau program sebelum menentukan strategi intervensi.

2) Tujuan Analisis SWOT dalam Perencanaan Kesehatan

- a) Memetakan faktor internal (kekuatan & kelemahan) yang dimiliki organisasi kesehatan atau program.
- b) Mengidentifikasi faktor eksternal (peluang & ancaman) yang dapat memengaruhi keberhasilan intervensi kesehatan.
- c) Menyediakan dasar data untuk pengambilan keputusan yang strategis.
- d) Mengarahkan perencanaan program agar lebih realistis, terukur, dan berorientasi hasil.

3) Komponen SWOT dalam Konteks Kesehatan

a) Strengths (Kekuatan)

Faktor positif dari dalam organisasi/program yang mendukung pencapaian tujuan, seperti:

- (1) Tenaga kesehatan yang kompeten
- (2) Dukungan kebijakan pemerintah
- (3) Fasilitas dan peralatan kesehatan memadai
- (4) Jaringan kemitraan yang luas

b) Weaknesses (Kelemahan)

Faktor internal yang menjadi hambatan, misalnya:

- (1) Keterbatasan anggaran
- (2) Kurangnya tenaga ahli di bidang tertentu
- (3) Manajemen data kesehatan yang belum optimal
- (4) Rendahnya keterlibatan masyarakat

c) Opportunities (Peluang)

Faktor eksternal yang dapat dimanfaatkan, contohnya:

- (1) Tren teknologi kesehatan (e-health, telemedicine)
- (2) Program bantuan internasional
- (3) Dukungan media untuk promosi kesehatan

- (4) Kesadaran masyarakat yang semakin tinggi tentang kesehatan

d) Threats (Ancaman)

Faktor eksternal yang dapat menghambat, seperti:

- (1) Wabah penyakit baru
- (2) Perubahan regulasi yang membatasi program
- (3) Persaingan sumber daya antar sektor
- (4) Isu politik atau ekonomi yang tidak stabil

4) Langkah Penerapan SWOT dalam Perencanaan Kesehatan

- a) Pengumpulan Data**, melalui survei, wawancara, observasi, dan studi dokumen.
- b) Identifikasi Faktor Internal & Eksternal**, memisahkan kekuatan/kelemahan (internal) dan peluang/ancaman (eksternal).
- c) Analisis dan Prioritas**, menentukan faktor mana yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan program.
- d) Formulasi Strategi**, memadukan kekuatan dan peluang untuk strategi ofensif, meminimalkan kelemahan dan mengatasi ancaman untuk strategi defensif.
- e) Integrasi ke Rencana Program**, menggabungkan hasil analisis ke dalam dokumen perencanaan kesehatan.

E. Peran Stakeholder dan Partisipasi Masyarakat

Perencanaan dan pelaksanaan program promosi kesehatan tidak dapat dilakukan secara efektif tanpa melibatkan berbagai pemangku kepentingan (*stakeholders*). Stakeholder mencakup pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, akademisi, media, dan masyarakat luas. Peran mereka saling melengkapi dalam menyediakan sumber daya, pengetahuan, jaringan, dan legitimasi sosial untuk mendukung keberhasilan program (Bryson, Crosby & Bloomberg, 2014). Pendekatan multipihak ini memungkinkan terciptanya

intervensi yang lebih relevan, berkelanjutan, dan diterima oleh masyarakat.

1. Partisipasi Lintas Sektor

Partisipasi lintas sektor merupakan salah satu prinsip utama dalam promosi kesehatan, sebagaimana diamanatkan oleh pendekatan *Health in All Policies* dari WHO. Pendekatan ini menekankan bahwa faktor penentu kesehatan tidak hanya berasal dari sektor kesehatan, tetapi juga dari pendidikan, transportasi, perumahan, dan lingkungan (WHO, 2016). Dengan mengintegrasikan kebijakan lintas sektor, diharapkan dapat tercapai dampak kesehatan yang lebih luas dan berkesinambungan.

Implementasi partisipasi lintas sektor membutuhkan koordinasi yang kuat, mekanisme komunikasi yang efektif, dan tujuan yang disepakati bersama. Sebagai contoh, program pencegahan penyakit tidak menular memerlukan keterlibatan sektor pendidikan untuk promosi gaya hidup sehat di sekolah, sektor pangan untuk memastikan ketersediaan makanan bergizi, dan sektor transportasi untuk menyediakan infrastruktur pendukung aktivitas fisik (Rasanathan *et al.*, 2017). Sinergi ini memperbesar peluang keberhasilan program dibandingkan jika dilakukan secara sektoral.

Tantangan dalam partisipasi lintas sektor antara lain perbedaan prioritas antar lembaga, keterbatasan anggaran, dan kurangnya kapasitas sumber daya manusia di beberapa sektor (Kickbusch, & Gleicher, 2012). Oleh karena itu, dibutuhkan kepemimpinan yang inklusif dan komitmen politik yang kuat untuk mengatasi hambatan ini. Pendekatan kolaboratif yang terencana dapat membantu menyatukan visi dan misi antar sektor untuk mencapai tujuan kesehatan bersama.

2. Kolaborasi Masyarakat dan Pemerintah

Kolaborasi antara masyarakat dan pemerintah menjadi fondasi penting dalam pelaksanaan program promosi kesehatan. Masyarakat berperan sebagai subjek sekaligus

objek dari program, sedangkan pemerintah bertugas sebagai fasilitator, penyedia sumber daya, dan pengambil kebijakan (Laverack, 2019). Keterlibatan aktif masyarakat dalam seluruh tahapan, mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi, akan meningkatkan rasa memiliki (*ownership*) dan keberlanjutan program.

Partisipasi masyarakat dapat dilakukan melalui forum warga, kelompok swadaya, atau kemitraan dengan organisasi berbasis komunitas. Pendekatan ini memungkinkan penyesuaian program dengan kebutuhan lokal, sehingga intervensi menjadi lebih tepat sasaran (Zakus and Lysack, 1998). Selain itu, kolaborasi semacam ini dapat memobilisasi sumber daya lokal yang seringkali tidak terjangkau oleh pemerintah.

Keterlibatan pemerintah sangat penting dalam memberikan kerangka regulasi, dukungan pendanaan, dan pelatihan teknis untuk masyarakat. Pemerintah juga memiliki peran dalam memastikan kesetaraan akses dan mencegah ketimpangan partisipasi antar kelompok sosial (Bauman, Nutbeam, 2023). Hubungan saling mendukung ini membentuk ekosistem promosi kesehatan yang lebih resilien terhadap perubahan sosial, ekonomi, dan lingkungan.

Secara keseluruhan, keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan promosi kesehatan sangat bergantung pada sinergi antara stakeholder lintas sektor dan kolaborasi yang erat antara masyarakat dan pemerintah. Tanpa kemitraan ini, program berisiko kehilangan relevansi, efektivitas, dan keberlanjutan. Oleh karena itu, integrasi peran seluruh pihak menjadi strategi kunci untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

F. Kebijakan dan Etika dalam Perencanaan Promosi Kesehatan

Kebijakan dalam perencanaan promosi kesehatan merupakan kerangka hukum, administratif, dan operasional yang mengatur bagaimana program dirancang, diimplementasikan, dan dievaluasi. Kebijakan ini dapat berupa

regulasi nasional, pedoman teknis, maupun peraturan daerah yang berfungsi memastikan kesesuaian program dengan tujuan pembangunan kesehatan nasional (Bauman, Nutbeam, 2023). Kebijakan yang jelas membantu mencegah tumpang tindih program, meningkatkan koordinasi antar lembaga, dan memperkuat akuntabilitas publik.

Etika dalam promosi kesehatan mengacu pada prinsip moral yang mengarahkan perencanaan dan pelaksanaan program agar menghormati hak individu dan kelompok. Prinsip-prinsip ini meliputi *beneficence* (berbuat baik), *non-maleficence* (tidak merugikan), *autonomy* (menghormati pilihan individu), dan *justice* (keadilan distribusi) (Beauchamp and Childress, 2019). Penerapan etika sangat penting untuk mencegah diskriminasi, pelanggaran privasi, atau intervensi yang memaksakan perilaku tertentu tanpa persetujuan.

Dalam konteks kebijakan kesehatan, promosi kesehatan sering diintegrasikan ke dalam *Health in All Policies* (HiAP), yang menekankan bahwa keputusan di semua sektor harus mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan (WHO, 2016). Pendekatan ini membantu mengatasi determinan sosial kesehatan, seperti pendidikan, pekerjaan, dan lingkungan, yang berada di luar sektor kesehatan tetapi sangat mempengaruhi status kesehatan masyarakat.

Etika juga mencakup keterlibatan masyarakat secara bermakna dalam proses perencanaan. Partisipasi publik bukan hanya kewajiban moral, tetapi juga strategi efektif untuk memastikan relevansi program (Laverack, 2019). Dengan melibatkan masyarakat dalam identifikasi masalah dan perumusan solusi, perencanaan promosi kesehatan dapat lebih mencerminkan kebutuhan riil dan nilai-nilai budaya lokal.

Kebijakan yang baik harus dilandasi oleh bukti ilmiah yang kuat (*evidence-informed policy*). Brownson (2017) menekankan bahwa kebijakan berbasis bukti tidak hanya meningkatkan efektivitas program, tetapi juga memperkuat legitimasi keputusan di mata publik dan pemangku kepentingan. Namun, integrasi bukti ke dalam kebijakan

memerlukan kapasitas analisis data, advokasi, dan komunikasi risiko yang baik.

Dari sudut pandang etika, perlindungan data dan privasi menjadi isu penting, terutama di era digital. Penggunaan teknologi dalam promosi kesehatan, seperti aplikasi pelacak aktivitas fisik atau platform konseling daring, harus mematuhi regulasi perlindungan data pribadi dan transparansi penggunaan informasi (Gostin, Wiley, 2016). Pelanggaran privasi dapat merusak kepercayaan publik dan menghambat keberhasilan program.

Selain itu, kebijakan promosi kesehatan perlu mempertimbangkan prinsip keadilan sosial (*health equity*). Baum (2016) menekankan bahwa kebijakan yang baik harus memastikan bahwa kelompok rentan, seperti masyarakat miskin, penyandang disabilitas, atau kelompok minoritas, mendapatkan prioritas dalam intervensi. Hal ini mencegah semakin lebarnya kesenjangan kesehatan antar kelompok masyarakat.

Integrasi kebijakan dan etika yang kuat dalam perencanaan promosi kesehatan akan menciptakan program yang tidak hanya efektif secara teknis, tetapi juga adil dan dapat diterima secara sosial. Perpaduan keduanya memastikan bahwa promosi kesehatan berjalan selaras dengan tujuan pembangunan berkelanjutan, yakni meningkatkan derajat kesehatan dengan tetap menghormati martabat manusia (Nations, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Baum, F. (2016) *The New Public Health*, Oxford University Press. Available at:
https://doi.org/10.1016/S0140-6736(80)92737-3.
- Bauman, Nutbeam, N.D. (2023) *Evaluation in a Nutshell: A practical guide to the evaluation of health promotion programs*, 3rd Edition Third Edit. Rochelle Deighton. Available at:
https://accessworldmed.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3320§ionid=280484979.
- Beauchamp, T. and Childress, J. (2019) ‘Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary’, *American Journal of Bioethics*, 19(11), pp. 9–12. Available at:
https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402.
- Brownson, et al (2017) *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*. Available at:
https://doi.org/https://doi.org/10.1093/oso/9780190683214.001.0001.
- Fuady, A. *et al.* (2024) ‘Bridging the gap: financing health promotion and disease prevention in Indonesia’, *Health Research Policy and Systems*, 22(1). Available at:
https://doi.org/10.1186/s12961-024-01206-7.
- Ginter,Swayne,Duncan, D. (2025) ‘The Strategic Management of Health Care Organizations’, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 3(1), pp. 1–15. Available at:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpj.2015.06.056><https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827>[Ainternal-pdf://semisupervised-3254828305/semisupervised.ppt%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005%0Ahttp://dx.doi.org/10.10](https://www.semanticscholar.org/paper/The-Strategic-Management-of-Health-Care-Organizations-Ginter-Swayne-Duncan/2025)

- Glanz, B.R. (2015) *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=9BQWCgAAQBAJ&pg=PP1&hl=id&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>.
- Gostin, Wiley, L.. (2016) *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Third edit. Oakland, California : University of California Press.
- Green LW, K.M. (2005) *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th Editio. McGraw-Hill.
- Green, J. et al. (2024) *Green & Tones' health promotion : planning and strategies*. 5th edn. SAGE Publications.
- Health Communication Capacity Collaborative (2013) *The P Process. Five Steps to Strategic Communication*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg.
- Issel, Wells, W. (2022) *Health Program Planning and Evaluation Fifth Edition*. Fifth Edit. Jones & Bartlett Learning.
- Kelly, P.J. (2006) *Health Program Planning and Evaluation, Family & Community Health*. Available at: <https://doi.org/10.1097/00003727-200601000-00012>.
- Kickbusch, & Gleicher, D. (2012) *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/326429>.
- Laverack (2019) *Public Health Power, Empowerment and Professional Practice*. 4th edn. Bloomsbury Publishing.
- McKenzie, Neiger, Thackeray, T. (2023) *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs*. Available at: https://books.google.co.id/books?id=2Bh1EAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

- McLaughlin, J.A. & Jordan, G.. (2015) *Using Logic Models*. Wiley Online Library. Available at: <https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch3>.
- Nations, U. (2022) *The UN 2030 Agenda for Sustainable Development, Sustainable Development Goals Series*. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-031-07461-5_1.
- Qorahman, W. *et al.* (2024) *Perencanaan dan Evaluasi Promosi Kesehatan*. Eureka Media Aksara.
- Rasanathan, K. *et al.* (2017) 'Governing multisectoral action for health in low- and middle-income countries', *PLoS Medicine*, 14(4), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002285>.
- Seth M. Noar, N.G.H. (2012) *eHealth Applications Promising Strategies for Behavior Change*. Edited by W.O. Library. Routledge communication series. Available at: <https://www.book2look.com/embed/9781136514166>.
- WHO (2016) 'Situation analysis of health sector', *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, p. 64. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>.
- Zakus, J.D.L. and Lysack, C.L. (1998) 'Revisiting community participation', *Health Policy and Planning*, pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/13.1.1>.

BAB 14

PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Dr. Esty Febriani, M.Kes.

A. Pendahuluan

Promosi Kesehatan Adalah proses untuk memungkinkan masyarakat untuk dapat Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health. Pemantauan dan evaluasi (*Monitoring and Evaluation* atau M&E) merupakan salah satu komponen penting dalam siklus pengelolaan program promosi kesehatan. Pemantauan bertujuan untuk memastikan kegiatan berjalan sesuai rencana, mengidentifikasi hambatan, dan memperbaiki strategi pelaksanaan. Sedangkan evaluasi bertujuan untuk menilai efektivitas dan dampak program, menentukan keberhasilan, serta mengidentifikasi pembelajaran untuk peningkatan program ke depan.

Keduanya berfungsi memastikan bahwa setiap kegiatan promosi kesehatan tidak hanya dilaksanakan sesuai rencana, tetapi juga menghasilkan perubahan perilaku, peningkatan kapasitas masyarakat, serta perbaikan lingkungan sosial yang lebih mendukung kesehatan. Tanpa M&E yang terencana dan berkesinambungan, program sering kali berhenti pada tataran pelaksanaan kegiatan seperti penyuluhan, edukasi, kampanye, atau pelatihan tanpa mekanisme umpan balik yang bermakna yang bertujuan untuk peningkatan efektivitas kegiatan dan pembelajaran institusional.

Pemantauan dan evaluasi akan bermanfaat bagi pembuat keputusan dalam memutuskan alokasi anggaran dan akuntabilitas keputusan, tenaga kesehatan dalam upaya memastikan efektivitas program, masyarakat dalam meyakinkan bahwa program yang dilakukan bermanfaat dan penelitian serta akademisi dalam merancang intervensi yang memiliki dasar yang kuat dan akan memberikan dampak.

1. Konteks dan Urgensi Pemantauan dan Evaluasi

Dalam konteks Indonesia, pentingnya M&E di bidang promosi kesehatan semakin menonjol seiring dengan transformasi sistem kesehatan menuju paradigma *preventif-promotif*. Program nasional seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dan *Health Promotion at Primary Health Care* mendorong setiap Puskesmas untuk mengintegrasikan kegiatan promosi kesehatan dalam seluruh layanan esensial. Promosi

Kesehatan juga menjadi dasar dari transformasi kesehatan yang diperkuat dengan landasan kebijakan, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Dokumen kebijakan ini, secara eksplisit menggaris bawahi arah kebijakan kesehatan yang fokus pada upaya promotif preventif, sehingga akan mengurangi beban penyakit.

Namun hingga saat ini, masih banyak kegiatan yang tidak memiliki mekanisme M&E yang sistematis. Laporan pelaksanaan sering kali hanya menyoroti jumlah kegiatan (output) tanpa menilai perubahan perilaku atau hasil nyata di masyarakat (outcome).

Kesenjangan ini menyebabkan banyak pembelajaran lapangan tidak terdokumentasi dengan baik dan inovasi yang efektif tidak terdiseminasi secara luas. Padahal, M&E dapat memberikan informasi penting untuk mengukur efektivitas, efisiensi, serta keberlanjutan program. Melalui data yang dikumpulkan secara konsisten dan dianalisis secara kritis, M&E berperan sebagai fondasi bagi pengambilan keputusan berbasis bukti (*evidence-based decision*

making) untuk tujuan pelaksanaan kegiatan yang berdampak pada perubahan.

2. Peran M&E dalam Efektivitas Program dan Pembelajaran Organisasi

Pemantauan dan evaluasi tidak hanya untuk dipahami sebagai alat pengawasan atau audit administratif. Paradigma baru promosi kesehatan, M&E berperan sebagai alat refleksi dan pembelajaran organisasi. Konsep ini sejalan dengan gagasan organisasi yang belajar *learning organization* di mana setiap institusi kesehatan mulai dari Puskesmas hingga Dinas Kesehatan harus menjadikan hasil M&E sebagai bahan pembelajaran untuk meningkatkan strategi intervensi.

Melalui M&E yang baik, pelaksana program dapat mengidentifikasi kesenjangan antara rencana dan pelaksanaan, menemukan faktor penghambat, serta memperbaiki pendekatan yang tidak efektif. Misalnya, hasil evaluasi pelatihan kader promosi kesehatan di beberapa daerah menunjukkan bahwa efektivitas pelatihan sangat bergantung pada tindak lanjut berupa supervisi lapangan dan dukungan logistik. Tanpa pemantauan berkelanjutan, keterampilan kader menurun dan motivasi melemah.

3. M&E sebagai Instrumen Pemberdayaan Masyarakat

Berdasarkan Rifkin (2000). Pemantauan dan Evaluasi lebih dari sekadar instrumen teknokratis, tapi juga memiliki dimensi sosial dan partisipatif. Dalam promosi kesehatan berbasis masyarakat, pemantauan yang dilakukan secara partisipatif dapat memperkuat kapasitas dan kepemilikan masyarakat terhadap program. Masyarakat bukan hanya menjadi penerima manfaat, tetapi juga aktor utama yang menilai kemajuan, menentukan prioritas, dan mengevaluasi hasil program secara mandiri. Hal yang sama juga dinyatakan oleh Labonté dan Laverack (2008). Pemantauan dan evaluasi (M&E) dalam promosi kesehatan tidak dapat direduksi menjadi sekadar proses teknokratis yang berfokus pada indikator perilaku individu atau hasil jangka pendek. Evaluasi yang terbatas pada data kuantitatif, seperti angka

morbiditas, mortalitas, atau perilaku sehat yang dapat diukur, justru berisiko mengabaikan dimensi sosial dan politik dari kesehatan itu sendiri. Dengan demikian, M&E seharusnya menilai sejauh mana intervensi memperkuat kapasitas komunitas untuk bertindak, memengaruhi kebijakan publik, dan mengurangi kesenjangan sosial – bukan hanya sejauh mana individu mengubah perilakunya.

Pendekatan ini dikenal sebagai *Participatory Monitoring and Evaluation* (PM&E), yang menekankan kolaborasi antara petugas kesehatan, kader, dan anggota masyarakat. Melalui proses ini, data yang dikumpulkan tidak hanya bersifat kuantitatif, tetapi juga mencerminkan nilai-nilai sosial dan pengalaman masyarakat. Sebagai contoh; Kabupaten program pendampingan kesehatan jiwa (keswa) dengan pendampingan kader di kabupaten Ponorogo turut berperan dalam mencatat perubahan perilaku pasien dan dinamika keluarga selama pendampingan. Hasil pemantauan tersebut kemudian digunakan dalam forum diskusi untuk memperkuat strategi pendampingan dan reintegrasi sosial¹.

Dengan demikian, M&E yang partisipatif berfungsi ganda: sebagai alat kontrol dan sebagai proses pemberdayaan. Ia menumbuhkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) Yayasan Lentera Kesehatan Nusantara. 2024. Laporan tahunan, CHEER (Community Health Empowerment for Early-Detecting and Reintegrating of Schizophrenia). masyarakat, memperkuat transparansi, serta membangun kepercayaan antara masyarakat dan tenaga kesehatan.

B. Konsep Dasar Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi (M&E) merupakan dua proses yang saling melengkapi dalam sistem manajemen program promosi kesehatan. Pemantauan (*monitoring*) adalah proses pengumpulan data dan informasi secara rutin untuk mengetahui sejauh mana kegiatan promosi kesehatan dilaksanakan sesuai dengan rencana kerja dan target yang telah

ditetapkan. Evaluasi (*evaluation*) adalah penilaian sistematis terhadap relevansi, efektivitas, efisiensi, dampak, dan keberlanjutan suatu program atau kegiatan. Dalam konteks siklus manajemen promosi kesehatan, M&E menjadi tahapan penting setelah pelaksanaan kegiatan dan menjadi dasar bagi perencanaan ulang di periode berikutnya.

1. Dasar Teoritis Pemantauan dan Evaluasi

Menurut Green dan Kreuter (2005) dalam Joko Tri Atmojo dkk (2024) menyatakan, M&E merupakan bagian integral dari proses perencanaan program yang dirancang untuk memastikan bahwa intervensi kesehatan dapat mencapai tujuan perilaku dan lingkungan yang diharapkan. Sementara Nutbeam dan Bauman (2016) menekankan bahwa M&E bukan hanya tentang mengukur hasil akhir, tetapi juga tentang memahami bagaimana dan mengapa perubahan terjadi.

Dalam promosi kesehatan, hasil yang diharapkan tidak hanya berupa keluaran fisik seperti jumlah pelatihan atau penyuluhan, melainkan perubahan perilaku, peningkatan pengetahuan, dan terbentuknya lingkungan sosial yang mendukung kesehatan masyarakat.

2. Prinsip-Prinsip Dasar Pemantauan dan Evaluasi

Labonté & Laverack (2008) dan Nutbeam dan Bauman (2016) menyatakan pentingnya prinsip partisipatif dan keterlibatan masyarakat dalam proses pemantauan dan evaluasi. Prinsip tersebut sesuai dengan definisi WHO tentang promosi kesehatan yang dituangkan dalam Menurut *Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO, 1986), promosi kesehatan adalah proses untuk memberdayakan masyarakat agar dapat meningkatkan kendali atas, dan memperbaiki, kesehatan mereka. Definisi ini menekankan bahwa promosi kesehatan bukan sekadar kegiatan penyuluhan atau pencegahan penyakit, tetapi suatu proses sosial dan politik yang memungkinkan individu serta komunitas untuk memahami, memengaruhi, dan mengendalikan faktor-faktor yang menentukan kesehatan—baik perilaku, lingkungan,

sosial, ekonomi, maupun kebijakan publik. Untuk mencapai keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi aspirasi, memenuhi kebutuhan, serta menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan demikian, kesehatan dipandang sebagai sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan semata tujuan hidup, dan promosi kesehatan berfungsi sebagai upaya kolektif untuk menciptakan kondisi sosial yang adil, berdaya, dan mendukung kesejahteraan bersama.

Secara komprehensif prinsip utama dalam pelaksanaan pemantauan dan evaluasi program promosi kesehatan meliputi:

- a. **Partisipatif** — Proses M&E harus melibatkan semua pemangku kepentingan, mulai dari pelaksana program, kader, hingga masyarakat penerima manfaat. Pendekatan ini memungkinkan masyarakat turut menilai kemajuan kegiatan, mengidentifikasi hambatan, serta memberikan masukan terhadap strategi program.
- b. **Berorientasi hasil** — Fokus utama M&E bukan pada proses administratif, tetapi pada perubahan nyata yang dihasilkan dalam perilaku, lingkungan, dan kapasitas masyarakat.
- c. **Berbasis bukti (*evidence-based*)** — Setiap keputusan dan tindak lanjut hasil M&E harus didukung oleh data yang valid, reliabel, dan terverifikasi.
- d. **Berkelanjutan (*sustainability*)**. M&E tidak dilakukan hanya pada akhir program, melainkan secara periodik dan menjadi bagian dari sistem pembelajaran berkelanjutan di institusi pelaksana.

Prinsip-prinsip tersebut memastikan bahwa M&E tidak bersifat sekadar kontrol birokratis, tetapi berfungsi sebagai mekanisme pembelajaran yang mendorong peningkatan kualitas dan akuntabilitas program.

3. M&E dalam Siklus Manajemen Promosi Kesehatan

Dalam kerangka *Health Promotion Planning Cycle* (WHO, 2021), M&E menempati posisi penting di antara tahapan analisis situasi, perencanaan, pelaksanaan, dan umpan balik. Informasi dari hasil pemantauan digunakan untuk menilai kemajuan implementasi dan menjadi dasar bagi evaluasi, sementara hasil evaluasi digunakan untuk memperbaiki perencanaan berikutnya. Siklus ini bersifat dinamis dan berulang (*iterative*), memastikan bahwa pembelajaran dari satu tahap dimanfaatkan untuk memperkuat tahap berikutnya.

Contohnya, pemantauan pelaksanaan program sekolah sehat dapat mengidentifikasi bahwa meskipun kegiatan penyuluhan rutin dilakukan, perilaku cuci tangan siswa belum meningkat secara signifikan. Hasil pemantauan ini kemudian menjadi dasar bagi evaluasi untuk menilai faktor penyebabnya – misalnya kurangnya fasilitas air bersih atau tidak adanya dukungan dari pihak sekolah – dan merumuskan intervensi perbaikan yang lebih tepat sasaran.

4. Pemantauan dan Evaluasi sebagai Alat Pemberdayaan Masyarakat

Sebagaimana dalam konsep pemberdayaan masyarakat, M&E juga berperan penting untuk menilai sejauh mana komunitas berkembang dari tahap penyadaran (*awareness*) menuju pengkapasitasan (*capacity building*) hingga mencapai kemandirian (*self-reliance*). Proses ini memungkinkan masyarakat menilai kemajuan mereka sendiri dalam mengelola masalah kesehatan lokal.

Sebagai contoh, dalam program kesehatan jiwa berbasis masyarakat di Ponorogo, pemantauan partisipatif yang dilakukan oleh kader membantu keluarga pasien mengenali tanda-tanda kekambuhan lebih dini dan memperkuat dukungan sosial di tingkat desa. Hasil ini menunjukkan bahwa M&E bukan hanya alat ukur, melainkan juga mekanisme untuk memperkuat *ownership* dan *self-efficacy* masyarakat dalam upaya promosi kesehatan.

Dengan demikian, M&E menjadi fondasi penting bagi keberhasilan program promosi kesehatan yang adaptif, inklusif, dan berkelanjutan – sebuah sistem yang tidak hanya mengukur keberhasilan teknis, tetapi juga pertumbuhan sosial dan kapasitas komunitas untuk menjaga kesehatannya sendiri.

C. Kerangka Pemantauan dan Evaluasi

Kerangka pemantauan dan evaluasi (M&E) dalam promosi kesehatan disusun untuk memastikan bahwa setiap tahapan pelaksanaan program mulai dari perencanaan hingga dampak akhir dapat diukur dan dianalisis secara sistematis. Salah satu pendekatan yang paling umum digunakan adalah kerangka *input-process-output-outcome-impact*, yang menggambarkan alur logis antara sumber daya yang digunakan, kegiatan yang dilakukan, hasil langsung yang dicapai, hingga dampak jangka panjang terhadap kesehatan masyarakat.

Kerangka pemantauan tersebut secara lebih lengkap adalah sbb:

1. Input (Masukan)

Input meliputi seluruh sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan promosi kesehatan, seperti tenaga pelaksana, dana, sarana-prasarana, bahan komunikasi, dan dukungan kebijakan. Contoh indikator input adalah: jumlah kader yang dilatih, media edukasi yang tersedia, atau dukungan lintas sektor. Pemantauan input membantu memastikan bahwa semua sumber daya disiapkan sesuai rencana dan dimanfaatkan secara efisien.

2. Process (Proses atau Pelaksanaan)

Proses menggambarkan aktivitas yang dilakukan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Dalam konteks promosi kesehatan, beberapa contoh indikator proses adalah: kegiatan penyuluhan, pelatihan kader, kunjungan rumah, kampanye media, hingga koordinasi lintas sektor. Pemantauan proses berfungsi mengidentifikasi hambatan pelaksanaan, mengukur partisipasi masyarakat, serta menilai kualitas pelaksanaan kegiatan.

3. Output (Hasil Langsung)

Output merupakan hasil langsung dari kegiatan yang dilaksanakan, seperti; jumlah peserta pelatihan, banyaknya kegiatan edukasi yang dilakukan, atau jumlah rumah tangga yang mendapat kunjungan kader. Output bersifat kuantitatif dan mudah diukur, tetapi belum menunjukkan perubahan perilaku atau dampak jangka panjang.

4. Outcome (Hasil Antara)

Outcome menunjukkan perubahan perilaku, pengetahuan, atau kapasitas masyarakat setelah intervensi dilakukan. Dalam promosi kesehatan, outcome dapat berupa peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, atau meningkatnya keterlibatan masyarakat dalam kegiatan kesehatan. Evaluasi outcome penting untuk melihat efektivitas intervensi terhadap perubahan perilaku yang diharapkan.

5. Impact (Dampak)

Dampak merupakan hasil jangka panjang dari keseluruhan program terhadap status kesehatan masyarakat. Misalnya; penurunan angka kesakitan akibat diare, peningkatan status gizi anak, atau berkurangnya kasus penyakit tidak menular. Dampak ini mencerminkan keberhasilan sistem promosi kesehatan dalam memengaruhi determinan sosial dan lingkungan kesehatan secara luas.

Hubungan Antar Komponen

Kelima komponen dalam kerangka M&E saling berkaitan secara logis dan membentuk rantai kausalitas. Input yang memadai memungkinkan proses berjalan optimal; proses yang efektif menghasilkan output berkualitas; output yang baik berkontribusi pada outcome yang signifikan; dan outcome yang kuat pada akhirnya akan menciptakan impact yang berkelanjutan.

Hubungan ini dapat digambarkan melalui *logic model* atau *results framework* yang membantu perencana program memahami keterkaitan antar variabel serta mengidentifikasi titik-titik kritis yang perlu dipantau.

Dalam praktik promosi kesehatan, *logic model* tidak hanya berfungsi untuk memvisualisasikan alur program, tetapi juga menjadi alat komunikasi bagi pemangku kepentingan. Dengan kerangka ini, pihak Puskesmas, kader, dan pemerintah daerah dapat memiliki pemahaman yang sama tentang apa yang diukur, kapan, dan dengan cara apa.

Aplikasi Kerangka M&E di Lapangan

Sebagai contoh, dalam program kesehatan jiwa khususnya pendampingan Orang Dengan Skizofrenia (ODS), komponen input mencakup pelatihan kader dan penyediaan alat Komunikasi Edukasi Informasi (KIE). Proses meliputi kegiatan penyuluhan oleh kader keswa, dan pendampingan keluarga atau *caregiver*. Output berupa jumlah rumah tangga yang mendapat kunjungan kader keswa dan peningkatan pengetahuan tentang isu Skizofrenia. Outcome terukur kepatuhan pengobatan pasien. Sementara dampak diukur dengan meningkatnya jumlah ODS yang stabil dan penurunan stigma tetangga dan masyarakat.

Dengan kerangka yang jelas, M&E dapat dilakukan secara sistematis, transparan, dan mudah dipahami oleh semua pihak. Pengukuran secara rutin akan menjadi masukan dalam penyempurnaan pendekatan yang dilakukan. Pendekatan ini juga mendukung *evidence-based planning*, karena setiap tahap program memiliki indikator yang dapat diverifikasi dan dijadikan dasar pengambilan keputusan.

D. Metode Pengukuran dan Instrumen Pemantauan dan Evaluasi

Metode pemantauan dan evaluasi (M&E) dalam promosi kesehatan dirancang untuk memperoleh informasi yang akurat, relevan, dan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan. Pemilihan metode bergantung pada tujuan evaluasi, ketersediaan sumber daya, serta jenis data yang dibutuhkan.

Proses pemantauan dan evaluasi tidak cukup hanya dengan mengukur dengan kuantitatif, tetapi menggunakan kombinasi antara pendekatan kuantitatif dan pendekatan kualitatif, sehingga hasilnya mencerminkan baik dimensi statistik maupun konteks sosial dari pelaksanaan program.

1. Pendekatan Kuantitatif

Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengukur capaian program secara numerik dan obyektif. Beberapa metode yang umum digunakan antara lain:

- a. **Survei KAP (*Knowledge, Attitude, Practice*)** untuk mengukur tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat terhadap isu kesehatan tertentu.
- b. **Kuesioner terstruktur** untuk menilai kepuasan peserta pelatihan atau efektivitas kampanye media.
- c. **Analisis data rutin** dari laporan kegiatan Puskesmas, logbook kader, dan sistem pelaporan daring.

Kelebihan metode kuantitatif adalah kemampuannya menghasilkan data yang mudah dianalisis secara statistik dan dapat dibandingkan antarwaktu atau antarl wilayah. Namun, metode ini sering kali kurang mampu menangkap faktor-faktor kontekstual yang memengaruhi hasil program.

2. Pendekatan Kualitatif

Pendekatan kualitatif digunakan untuk memahami persepsi, motivasi, dan dinamika sosial di balik capaian program. Beberapa teknik yang umum digunakan antara lain:

- a. **Wawancara mendalam (*in-depth interview*)** dengan peserta, kader, dan pemangku kepentingan.
- b. **Diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion/FGD*)** untuk mengeksplorasi pengalaman dan pandangan masyarakat.
- c. **Observasi partisipatif**, di mana petugas atau peneliti mengamati secara langsung proses kegiatan di lapangan.

Pendekatan ini membantu menggalikan faktor-faktor non-teknis seperti budaya, gender, dan kepercayaan yang sering kali berpengaruh besar terhadap keberhasilan promosi kesehatan.

3. Metode Campuran (Mixed Methods)

Dalam praktiknya, kombinasi antara pendekatan kuantitatif dan kualitatif atau *mixed methods* sering digunakan. Misalnya, survei KAP digunakan untuk mengukur perubahan perilaku secara statistik, sementara FGD dilakukan untuk memahami mengapa sebagian masyarakat belum mengadopsi perilaku sehat tersebut.

Pendekatan ini dianggap ideal dalam promosi kesehatan karena mampu menangkap kompleksitas interaksi sosial dan perubahan perilaku yang tidak dapat dijelaskan hanya dengan angka.

4. Instrumen Pemantauan dan Evaluasi

Pada panduan praktis untuk manager program yang ditulis oleh WHO (2023)¹ digambarkan beberapa instrumen yang umum digunakan dalam program promosi kesehatan dan secara praktis dapat digunakan seperti contoh berikut:

- a. *Checklist monitoring*, digunakan untuk memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai standar operasional
- b. *Logbook kader*, berisi catatan kegiatan lapangan seperti kunjungan rumah, jumlah peserta edukasi, dan hasil observasi.
- c. *Formulir pelaporan kegiatan*, baik manual maupun digital, yang dikompilasi di tingkat Puskesmas dan Dinas Kesehatan.
- d. *Sistem informasi digital (e-Promkes)*, yang memungkinkan integrasi data antarwilayah dan memudahkan analisis waktu nyata.

Instrumen-instrumen tersebut perlu disesuaikan dengan konteks lokal dan kapasitas pengguna di lapangan agar data yang dihasilkan akurat dan dapat dimanfaatkan secara optimal.

5. Evaluasi Partisipatif

Salah satu pendekatan penting dalam M&E promosi kesehatan adalah **evaluasi partisipatif** (*Participatory Evaluation*), yaitu proses di mana masyarakat dilibatkan secara aktif dalam pengumpulan, analisis, dan interpretasi data. Pendekatan ini menekankan prinsip kesetaraan antara pelaksana program dan penerima manfaat.

Dalam evaluasi partisipatif, masyarakat tidak hanya menjadi objek pengamatan, tetapi juga subjek yang berkontribusi pada proses refleksi dan pengambilan keputusan. Misalnya, dalam program kesehatan jiwa di Ponorogo, kader dan keluarga pasien berpartisipasi dalam diskusi evaluatif untuk menilai kemajuan pemulihan, tantangan yang dihadapi, dan solusi yang mungkin dilakukan bersama. Pendekatan ini terbukti memperkuat rasa kepemilikan (*ownership*), meningkatkan motivasi masyarakat, dan memperkuat keberlanjutan program.

6. Pelaksanaan Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Evaluasi merupakan tahapan penting dalam siklus promosi kesehatan yang bertujuan menilai sejauh mana program mencapai sasaran yang telah ditetapkan serta mengidentifikasi pembelajaran yang dapat digunakan untuk peningkatan program ke depan. Evaluasi dilakukan secara sistematis untuk menilai *relevansi, efektivitas, efisiensi, dampak, dan keberlanjutan* dari setiap intervensi promosi kesehatan.

Jenis dan Tahapan Evaluasi

Evaluasi dalam promosi kesehatan umumnya dilaksanakan pada tiga tahap utama:

- a. **Evaluasi awal (baseline)** – dilakukan sebelum kegiatan dimulai untuk mengukur kondisi awal masyarakat, seperti tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku. Data baseline menjadi tolok ukur pembandingan untuk menilai perubahan setelah program dijalankan.
- b. **Evaluasi pertengahan (mid-term)** – dilaksanakan di tengah pelaksanaan program untuk menilai kemajuan, mengidentifikasi hambatan, dan memberikan

rekomendasi perbaikan. Evaluasi ini bersifat formatif dan membantu menyesuaikan strategi intervensi agar tetap relevan dengan kebutuhan masyarakat.

- c. **Evaluasi akhir (endline)** – dilakukan setelah program selesai untuk menilai hasil dan dampak jangka pendek maupun jangka panjang. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar untuk replikasi atau pengembangan program di wilayah lain.

7. Tantangan dan Upaya Penguatan M&E

Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi (M&E) dalam promosi kesehatan menghadapi berbagai tantangan yang bersumber dari keterbatasan sumber daya, kapasitas teknis, hingga aspek kelembagaan. Meskipun kebijakan nasional telah menempatkan M&E sebagai bagian integral dari siklus manajemen kesehatan, walaupun implementasinya di lapangan sering kali belum optimal. Untuk itu, diperlukan strategi penguatan yang sistematis dan berkelanjutan agar M&E tidak hanya menjadi kegiatan administratif, tetapi berfungsi sebagai alat pembelajaran dan perbaikan program.

a. Tantangan dalam Pelaksanaan M&E

Beberapa tantangan dalam pelaksanaan M&E diantaranya adalah:

1) Keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM)

Banyak tenaga promosi kesehatan di tingkat Puskesmas dan kader masyarakat belum memiliki keterampilan teknis yang memadai dalam pengumpulan, pengolahan, dan analisis data M&E. Kegiatan pemantauan sering dilakukan secara rutin, namun tidak disertai pemahaman mendalam tentang makna data yang dikumpulkan. Akibatnya, laporan cenderung bersifat deskriptif tanpa analisis yang tajam.

2) Keterbatasan Kapasitas Analisis Data

Analisis hasil M&E membutuhkan kemampuan memahami statistik dasar, interpretasi tren, dan penggunaan perangkat analisis sederhana. Di banyak

daerah, data yang terkumpul tidak digunakan untuk pengambilan keputusan karena minimnya kemampuan analisis, terutama di tingkat Puskesmas dan kader lapangan.

3) Lemahnya Tindak Lanjut dan Umpan Balik

Salah satu kendala utama adalah tidak adanya mekanisme tindak lanjut dari hasil M&E. Laporan hasil evaluasi sering berhenti di meja pelaksana tanpa dijadikan dasar perbaikan program. Akibatnya, kesalahan atau kelemahan yang sama berulang dari tahun ke tahun.

4) Sistem Pelaporan Manual dan Tidak Terintegrasi

Meskipun Kementerian Kesehatan telah mengembangkan sistem digital seperti *e- Promkes*, banyak wilayah yang masih bergantung pada pelaporan manual berbasis kertas. Hal ini menyulitkan konsolidasi data antarwilayah dan memperlambat proses analisis serta pengambilan keputusan.

5) Koordinasi Lintas Sektor yang Lemah

Promosi kesehatan bersifat multisektoral, namun koordinasi antar instansi — seperti dinas pendidikan, sosial, dan pemerintah desa — sering kali terbatas. Akibatnya, pemantauan lintas program (misalnya sekolah sehat, posyandu, dan kampung KB) belum berjalan terpadu.

b. Upaya Penguatan Sistem M&E

Sedangkan upaya yang dilakukan untuk penguatan sistem M&E adalah:

1) Pelatihan dan Penguatan Kapasitas SDM

Diperlukan pelatihan berkelanjutan bagi petugas promosi kesehatan dan kader mengenai dasar-dasar M&E, termasuk penyusunan indikator, teknik pengumpulan data, serta interpretasi hasil. Pendekatan *learning by doing* melalui studi kasus dan praktik lapangan terbukti lebih efektif dalam meningkatkan kompetensi kader.

2) Supervisi dan Mentoring Berkala

Supervisi yang dilakukan secara periodik oleh tim Dinas Kesehatan dapat membantu memastikan kualitas data dan pemanfaatan hasil M&E. Selain memeriksa kelengkapan laporan, kegiatan supervisi juga harus difokuskan pada *coaching* dan pembelajaran reflektif agar pelaksana lapangan memahami makna data yang dikumpulkan.

3) Pemanfaatan Teknologi Digital

Pengembangan sistem pelaporan digital seperti *e-Promkes* atau *dashboard M&E* berbasis aplikasi mobile perlu diperluas hingga tingkat kader. Dengan sistem digital, data dapat di input secara real-time, terintegrasi antara wilayah, dan dianalisis dengan lebih cepat. Contohnya, beberapa kabupaten telah menggunakan sistem digital untuk pelaporan PHBS dan TB, yang mempercepat proses umpan balik dari tingkat Puskesmas ke Dinas Kesehatan.

4) Penguatan Koordinasi Lintas Sektor dan Partisipasi Masyarakat

M&E akan lebih efektif bila melibatkan lintas sektor dan komunitas lokal. Pemerintah desa, sekolah, organisasi masyarakat, dan media lokal dapat berperan dalam pemantauan kegiatan promosi kesehatan. Kolaborasi ini memperluas cakupan data dan memperkuat rasa kepemilikan masyarakat terhadap hasil program.

5) Penerapan Budaya Belajar (*Learning Organization*)

Setiap kegiatan M&E sebaiknya diikuti dengan forum refleksi yang menampung pembelajaran dari lapangan. Dengan demikian, institusi pelaksana promosi kesehatan dapat berkembang menjadi organisasi pembelajar yang mampu beradaptasi dan berinovasi berdasarkan pengalaman nyata.

E. Kesimpulan

Pemantauan dan evaluasi (M&E) merupakan komponen esensial dalam pelaksanaan program promosi kesehatan. Keduanya tidak sekadar berfungsi sebagai alat administratif untuk memastikan pelaksanaan kegiatan, melainkan sebagai mekanisme pembelajaran berkelanjutan yang menjamin efektivitas, efisiensi, dan keberlanjutan program. Melalui M&E yang sistematis, pelaksana program dapat menilai kemajuan, mengidentifikasi hambatan, serta memperbaiki strategi berdasarkan data dan bukti yang akurat.

Peran M&E kini semakin penting dalam konteks transformasi digital sistem yang menjadi bagian dari transformasi kesehatan di Indonesia.⁷ Pemanfaatan **teknologi digital** telah merevolusi cara pengumpulan, pengelolaan, dan analisis data promosi kesehatan. Aplikasi seperti **e-Promkes**, dashboard pelaporan digital, dan sistem pemantauan berbasis mobile memungkinkan pelaporan secara real-time, meningkatkan transparansi, serta mempercepat proses pengambilan keputusan di semua tingkatan layanan kesehatan. Dengan analitik digital, data M&E dapat divisualisasikan dalam bentuk grafik tren, peta interaktif, dan laporan dinamis yang mudah dipahami oleh pembuat kebijakan maupun masyarakat.

Selain itu, teknologi digital juga memperluas partisipasi masyarakat. Kader dan masyarakat kini dapat berkontribusi langsung melalui aplikasi atau platform daring untuk melaporkan kegiatan, hasil, maupun umpan balik. Hal ini memperkuat prinsip partisipatif dalam promosi kesehatan sekaligus menumbuhkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) terhadap keberhasilan program.

M&E juga berperan strategis dalam pemberdayaan masyarakat. Ketika dirancang secara partisipatif, M&E mendorong masyarakat untuk aktif dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian program kesehatan. Proses ini memperkuat kapasitas lokal, membangun kepercayaan antara petugas dan warga, serta menjamin keberlanjutan hasil program di tingkat komunitas.

Ke depan, penguatan sistem M&E dalam promosi kesehatan perlu diarahkan pada tiga pilar utama:

1. **Peningkatan kapasitas sumber daya manusia**, termasuk keterampilan analisis data dan pemanfaatan teknologi digital.
2. **Integrasi sistem informasi kesehatan berbasis digital**, yang menghubungkan Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan masyarakat dalam satu ekosistem data.
3. **Kolaborasi lintas sektor dan partisipasi masyarakat**, untuk memastikan data M&E mencerminkan kondisi riil di lapangan dan menjadi dasar kebijakan yang inklusif.

Dengan fondasi M&E yang kuat dan dukungan teknologi digital, promosi kesehatan di Indonesia dapat berjalan lebih adaptif, efisien, dan berkelanjutan. M&E bukan lagi sekadar alat kontrol, melainkan sarana strategis untuk membangun sistem kesehatan masyarakat yang belajar, berinovasi, dan berpusat pada kebutuhan komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Joko Tri Atmojo Aris Widiyanto Rina Tri Handayani Andriani Noerlita Ningrum.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia sehat dan Unggul. 2023.
- Kumar S, Preetha G. Health promotion: An effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*. 2012;37(1):5.
- Labonté R, Laverack G. Health Promotion: Concepts and Context. In: *Health Promotion in Action* [Internet]. London: Palgrave Macmillan UK; 2008. p. 6–24. Available from: http://link.springer.com/10.1057/9780230228375_2
- Nutbeam D, & BA. Evaluation in A Nutshell. A Practical Guideline to The Evaluation of Health Promotion Programs. Vol. 3rd. Mc-Graw Hill; 2022.
- Presiden Republik Indonesia. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. 2023.
- S B Rifkin GLH, Draper and AK. Participatory Approaches In Health Promotion And Health Planning A Literature Review. London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2000. 139 p.
- Tri Yuniarti & Isnani Nurhayati, editor. Promosi Kesehatan. 1st ed. Tahta Media Group; 2024.
- (WHO) WHO. Health Promotion [Internet]. World Health Organization (WHO). Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>
- World Health Organization (WHO). Practical guide to evaluation for programme managers and evaluation staff. Geneva; 2023.

BAB 15

PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN KESEHATAN

Ns. Agustina Chriswinda Bura Mare, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan

Pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan dua komponen penting dalam promosi kesehatan modern. Pendidikan kesehatan tidak sekadar kegiatan penyampaian informasi, tetapi proses terencana yang bertujuan membentuk perilaku sehat melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan Masyarakat. WHO (2020) menekankan bahwa pendidikan kesehatan harus mengombinasikan strategi komunikasi, perubahan perilaku, dan peningkatan kapasitas masyarakat.

Sementara itu, pemberdayaan masyarakat memberikan ruang bagi individu dan komunitas untuk berpartisipasi aktif dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, membuat keputusan, dan mengimplementasikan solusi kesehatan. Pendekatan ini kemampuan masyarakat untuk mengelola kesehatan secara mandiri (Ariyanti et al., 2025).

Perawat memiliki peran yang sangat strategis sebagai pendidik, fasilitator, dan agen perubahan dalam meningkatkan literasi kesehatan dan memberdayakan Masyarakat. Integrasi pendidikan kesehatan dengan pemberdayaan masyarakat dapat membantu meningkatkan derajat kesehatan, mendorong kemandirian, serta memperkuat ketahanan komunitas terhadap masalah kesehatan.

B. Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok maupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Widodo, 2014). Pendidikan kesehatan diartikan sebagai proses belajar yang dirancang untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan motivasi individu atau kelompok untuk berperilaku sehat (Glanz et al., 2015). Pendidikan Kesehatan merupakan semua upaya Pendidikan dengan tujuan mengubah perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat (Milah, 2022). Proses ini mencakup pemahaman mengenai faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan, seperti keyakinan, norma sosial, dan persepsi risiko (Brewer et al., 2017).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan bertujuan mengubah perilaku ke arah yang lebih sehat, meningkatkan literasi kesehatan, serta membantu masyarakat mengembangkan keterampilan untuk mengelola penyakit kronis (Batterham et al., 2016). Peningkatan literasi kesehatan di tingkat komunitas memberikan potensi besar untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku kesehatan yang menghasilkan luaran kesehatan yang lebih baik (Guzys et al., 2015). Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah membantu individu dan masyarakat mengenali masalah serta kebutuhan kesehatannya, memahami tindakan yang dapat dilakukan dengan sumber daya yang dimiliki dan dukungan dari luar, serta mampu menentukan kegiatan yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan (Widodo, 2014).

3. Prinsip-prinsip Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan nyata masyarakat. Prinsip-prinsip utama Pendidikan Kesehatan yaitu:

a. Berpusat pada klien

Pendidikan kesehatan harus dirancang sesuai dengan kebutuhan spesifik klien—baik individu, keluarga, maupun masyarakat—dan tidak terbatas pada satu materi tertentu. Klien didorong untuk terlibat aktif melalui berbagi pengalaman, pendapat, dan perasaan.

b. Berorientasi pada pengalaman

Proses pembelajaran tidak hanya berlangsung di ruang kelas, tetapi juga melalui berbagai pengalaman sehari-hari yang dapat memengaruhi pengetahuan, sikap, dan kebiasaan terkait kesehatan.

c. Perubahan perilaku berasal dari diri sendiri

Pendidikan kesehatan tidak dapat sekadar “ditransfer” oleh pendidik, melainkan sasaran pendidikan perlu mampu menginisiasi perubahan perilakunya sendiri. Peran pendidik adalah menciptakan lingkungan yang mendukung terjadinya perubahan tersebut.

d. Tujuan tercapai jika ada perubahan perilaku

Keberhasilan pendidikan kesehatan diukur melalui perubahan sikap dan perilaku sasaran menuju kondisi yang lebih baik dan selaras dengan tujuan yang telah ditetapkan.

e. Saling berbagi antara pendidik dan klien

Interaksi antara pendidik dan klien bersifat dialogis, di mana keduanya saling bertukar pengalaman, perasaan, serta pandangan profesional, sehingga terbangun kemitraan yang setara.

f. Komprehensif

Pendidikan kesehatan perlu mempertimbangkan seluruh aspek kesehatan klien secara menyeluruh, tidak hanya berfokus pada satu aspek tertentu.

4. Tahapan Pendidikan Kesehatan

Tahapan pendidikan kesehatan meliputi:

a. Pengkajian kebutuhan belajar (*needs assessment*)

Pengkajian kebutuhan belajar dilakukan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan hambatan belajar. Pendidikan kesehatan perlu mempertimbangkan seluruh aspek kesehatan klien secara menyeluruh, tidak hanya berfokus pada satu aspek tertentu.

- 1) **Apa:** Kumpulkan data kuantitatif & kualitatif untuk memahami masalah kesehatan, faktor penentu, sumber daya, literasi kesehatan, dan preferensi belajar audiens.
- 2) **Cara praktis:** survei singkat, FGDs (*focus group discussions*), wawancara kunci, analisis data layanan kesehatan lokal, pemetaan aset komunitas.
- 3) **Mengapa penting:** kebutuhan nyata menentukan tujuan program, mengurangi mismatch antara materi dan kebutuhan audiens (HSE, 2024).

b. Merumuskan tujuan & prioritas (*SMART objectives & stakeholder alignment*)

Dari hasil pengkajian susun tujuan spesifik, terukur, *achievable*, relevan, dan *time-bound* (SMART). Libatkan stakeholder utama (kader, tokoh masyarakat, fasilitas kesehatan) (Graham et al., 2025; Salajegheh, 2024). Pisahkan tujuan proses (mis. jumlah sesi, cakupan peserta) dan tujuan hasil (peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku). Perumusan yang jelas mempermudah evaluasi.

c. Desain intervensi - teori dan strategi (*Design: theory-based & participatory*)

Pilih pendekatan teori perilaku (mis. *Social Cognitive Theory*, *Health Belief Model*), metode pengajaran (konseling, demo, *peer education*), dan media (digital, cetak, audiovisual). Gunakan pendekatan partisipatif seperti *Participatory Learning & Action (PLA)* untuk memastikan relevansi lokal dan kepemilikan komunitas.

Model perencanaan (mis. PRECEDE-PROCEED) dapat membantu menyusun intervensi yang komprehensif (Allaham et al., 2022; Alves, 2022).

d. Pengembangan materi & pra-uji (*Materials development & pretest/pilot*)

Buat modul, leaflet, storyboard video, dan panduan fasilitator; lakukan pra-uji (*cognitive testing*) pada sebagian kecil audiens. Hal ini perlu dilakukan guna mendeteksi kebingungan bahasa, ketidaksesuaian budaya, atau masalah teknis sebelum pelaksanaan skala penuh. Studi implementasi menekankan pentingnya pilot untuk meningkatkan keberhasilan implementasi (Alves, 2022; Salajegheh, 2024).

e. Pemberdayaan & pelatihan pelaksana (*Capacity building*)

Latih kader, perawat, atau fasilitator tentang materi, teknik komunikasi, pencatatan, dan monitoring. Gunakan *training-of-trainers* (ToT) bila akan memperluas program. Fokus pada tahap ini adalah keterampilan fasilitasi, teknik pembelajaran partisipatif, dan pencatatan fidelity (bagaimana memastikan intervensi dilaksanakan sesuai rencana) (Al-Omary et al., 2024; Graham et al., 2025). Evaluasi kesiapan pelaksana berdampak besar pada efektivitas program.

f. Implementasi (*Delivery: fidelity, reach, dose*)

Laksanakan kegiatan edukasi sesuai rencana — pertemuan kelompok, kunjungan rumah, sesi demonstrasi, konten digital, dsb.

Parameter yang dipantau:

- 1) *Fidelity* — seberapa setia intervensi dilaksanakan sesuai manual;
- 2) *Reach* — proporsi target audiens yang dicapai;
- 3) *Dose* — jumlah dan durasi kontak edukasi.

Catat adaptasi yang terjadi (modifikasi sesuai konteks) karena konteks sering memaksa perubahan saat implementasi (Graham et al., 2025; Salajegheh, 2024).

g. Monitoring dan evaluasi proses (*Process evaluation*)

Pantau bagaimana program berjalan (kualitas pelaksanaan, partisipasi, hambatan). Elemen penting: *fidelity, dose delivered vs. received, reach, recruitment*, dan *konteks*. Evaluasi proses menjelaskan *mengapa* intervensi berhasil/gagal dan membantu perbaikan cepat (real-time) (Salajegheh, 2024).

h. Evaluasi outcome & impact (*Outcome & impact evaluation*)

Ukur perubahan yang diharapkan, seperti: pengetahuan, sikap, *self-efficacy*, praktik perilaku, indikator klinis (mis. tekanan darah, gula darah), serta outcome jangka panjang bila memungkinkan. Metode yang dapat digunakan yaitu pre-post desain, kelompok kontrol (jika memungkinkan), *mixed methods* (kuantitatif + kualitatif) untuk memahami dampak dan mekanisme perubahan. *Evidence* dari studi-studi komunitas (mis. PLA) menunjukkan efek pada outcome kesehatan bila intervensi diimplementasikan dengan baik (Allaham et al., 2022).

i. Skala-up, keberlanjutan & diseminasi (*Scale-up, sustainability & dissemination*)

Rencanakan mekanisme *institutionalization* (mis. integrasi ke layanan primer), sumber pendanaan, penguatan kapasitas lokal, dan strategi komunikasi hasil kepada stakeholder & pembuat kebijakan. Gunakan hasil monitoring & evaluasi proses sebagai bukti untuk advokasi skala-up; dokumentasikan adaptasi yang berhasil agar model dapat direplikasi. Implementasi mapping & perencanaan skala-up membantu transisi dari pilot ke program berkelanjutan (Graham et al., 2025).

5. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan adalah cara atau pendekatan yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada individu, kelompok, atau masyarakat agar terjadi peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, dan perubahan perilaku. Pemilihan metode harus mempertimbangkan karakteristik sasaran, tingkat literasi kesehatan, ketersediaan sumber daya, serta konteks budaya dan sosial.

- a. **Metode Ceramah (*Lecture-Based Education*):** Metode ceramah digunakan untuk penyampaian informasi secara langsung kepada audiens dalam jumlah banyak.
Kelebihan: efisien, dapat menjangkau banyak peserta.
Keterbatasan: rendah interaktivitas, risiko kejenuhan.
- b. **Diskusi Kelompok (*Group Discussion / Small Group Discussion*):** Metode ini menekankan partisipasi aktif peserta untuk membahas topik kesehatan.
Kelebihan: meningkatkan critical thinking dan pemahaman mendalam.
Konteks: sangat cocok untuk isu sensitif atau terkait perilaku. Penelitian menunjukkan diskusi kelompok efektif meningkatkan *self-efficacy* dan pemahaman komunitas (Kretchy et al., 2022).
- c. **Demonstrasi dan Redemonstrasi (*Demonstration Method*):** Digunakan untuk mengajarkan keterampilan praktis, seperti cara mencuci tangan, perawatan luka, senam diabetes, dan latihan pernapasan. Prinsipnya adalah "*I see-I do-I learn*". Efektivitas meningkat bila peserta melakukan praktik ulang (Bab et al., 2022).
- d. **Konseling Individu (*Individual Counseling*):** Metode interpersonal untuk mengubah perilaku spesifik pada individu.
Contoh: konseling gizi, konseling hipertensi, konseling laktasi.

- e. **Peer Education (Pendidikan Sebaya):** Metode di mana edukasi diberikan oleh orang yang sebaya/serupa dengan target audiens. Digunakan pada remaja, komunitas risiko tinggi, atau kelompok rentan.
- f. **Pendidikan Berbasis Komunitas / Participatory Learning and Action (PLA):** Pendekatan partisipatif yang melibatkan masyarakat dalam analisis masalah kesehatan, perencanaan solusi, dan evaluasi. Metode PLA terbukti efektif meningkatkan perubahan perilaku kesehatan komunitas di berbagai negara.
- g. **Pembelajaran Berbasis Teknologi (Digital Health Education)**
 Bentuk: e-learning, tele-education, video edukasi, WhatsApp-based education, aplikasi kesehatan (mHealth).
 Kelebihan: fleksibel, dapat menjangkau wilayah luas, biaya rendah.

6. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah alat bantu yang digunakan untuk mempermudah pemahaman pesan. Media dipilih berdasarkan kesesuaian dengan metode, konteks budaya, dan karakteristik sasaran.

- a. **Media cetak (*Print Media*)**
 Contoh: leaflet, booklet, brosur, poster.
 Fungsi: menyampaikan pesan visual, sederhana, dan mudah dibawa pulang.
- b. **Media visual (*infografis, chart, flipchart*)**
 Digunakan untuk memperjelas konsep yang kompleks.
- c. **Media audiovisual (*Video edukasi, animasi, motion graphic*)**
 Video edukasi terbukti meningkatkan perhatian, minat, dan pemahaman prosedur kesehatan.
 Video berdurasi pendek (1-3 menit) paling efektif (Alves, 2022).

d. Media digital dan interaktif (Aplikasi *mobile*, *e-learning*, *telehealth*)

Termasuk aplikasi mobile seperti mHealth, platform e-learning, Zoom/Google Meet, chatbot edukasi, WhatsApp group. Studi 2022–2024 menunjukkan media digital meningkatkan literasi kesehatan dan engagement peserta (Salajegheh, 2024).

e. Media demonstrasi (model, alat peraga, phantom)

Cocok untuk keterampilan klinis dan praktik perawatan diri. Mempercepat pembelajaran motorik dan meningkatkan kepercayaan diri peserta (Bab et al., 2022).

f. Media lingkungan (environmental media)

Contoh: billboard, mural, banner di fasilitas kesehatan, papan edukasi. Cocok untuk penguatan pesan (*reinforcement*) dan edukasi populasi besar (Pires et al., 2022).

g. Media berbasis komunitas (*community forum*, *teater*, *roleplay*)

Metode ini efektif untuk masyarakat pedesaan atau komunitas dengan norma budaya kuat. Role play meningkatkan empati dan keterlibatan emosional peserta (Allaham et al., 2022).

C. Konsep Pemberdayaan Masyarakat

1. Definisi Pemberdayaan Masyarakat

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) pemberdayaan berasal dari kata dasar daya yang berarti kekuatan atau kemampuan. Pemberdayaan dalam KBBI diartikan sebagai sebuah proses atau cara, atau pun juga sebagai suatu perbuatan untuk menuju berdaya. Pemberdayaan masyarakat adalah proses meningkatkan kemampuan individu dan kelompok untuk mengontrol keputusan yang memengaruhi kesehatan mereka. Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu pendekatan yang sangat penting dalam upaya menuju kesehatan yang berkualitas (Suprpto et al., 2024). Melalui pemberdayaan, masyarakat diberi pengetahuan,

keterampilan, dan sumber daya untuk mengambil peran aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya (Angreni et al., 2024).

2. Karakteristik Masyarakat yang Berdaya

Masyarakat yang berdaya memiliki kemampuan dalam mengambil keputusan, akses informasi yang baik, serta self-efficacy yang tinggi.

3. Strategi Pemberdayaan

- a. *Community engagement* – melibatkan masyarakat dalam setiap tahap program.
- b. *ABCD (Asset-Based Community Development)* – fokus pada kekuatan dan sumber daya komunitas.
- c. *Participatory Learning and Action (PLA)* – tahap pembelajaran aktif oleh Masyarakat.
- d. *Model PRECEDE-PROCEED* – model perencanaan kesehatan yang komprehensif.

4. Peran Perawat dalam Pemberdayaan

Perawat memiliki peran kunci dalam pemberdayaan masyarakat karena mereka berada pada posisi yang langsung berinteraksi dengan individu, keluarga, dan komunitas. Pemberdayaan masyarakat menuntut pendekatan yang partisipatif, dan perawat berperan sebagai edukator kesehatan yang membantu meningkatkan literasi kesehatan masyarakat melalui edukasi promotif-preventif, penyuluhan, pendampingan, serta peningkatan kemampuan manajemen diri (self-management). Bukti terbaru menunjukkan bahwa intervensi edukasi oleh perawat berkontribusi signifikan terhadap peningkatan perilaku kesehatan dan kemampuan masyarakat dalam mengelola penyakit kronis maupun penyakit menular. Perawat juga memfasilitasi proses pembelajaran keluarga dalam merawat lansia atau anggota keluarga yang memiliki penyakit kronis sehingga meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup mereka.

Selain sebagai edukator, perawat berperan sebagai fasilitator partisipasi komunitas dengan cara membangun jejaring, mengorganisir kelompok masyarakat, dan

menggerakkan komunitas untuk terlibat dalam perencanaan serta pelaksanaan program kesehatan. Pendekatan ini terbukti efektif dalam memperkuat kapasitas masyarakat, meningkatkan kesadaran kolektif, dan memperluas jangkauan intervensi kesehatan berbasis komunitas. Perawat juga bertindak sebagai advokat yang menjembatani kebutuhan masyarakat dengan layanan kesehatan, memastikan akses yang merata, serta memperjuangkan kelompok rentan melalui kolaborasi lintas sektor. Dengan mengintegrasikan peran sebagai edukator, fasilitator, dan advokat, perawat memperkuat kemandirian masyarakat dan menciptakan perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan.

D. Proses Pemberdayaan Masyarakat

1. Pengkajian

Pengumpulan data melalui survei, wawancara, dan data epidemiologi menjadi dasar penentuan prioritas masalah.

2. Perencanaan

Perencanaan dilakukan melalui pendekatan partisipatif sehingga masyarakat menjadi pemilik program.

3. Implementasi

Implementasi mencakup pelatihan kader, edukasi berbasis kelompok, dan kampanye Kesehatan.

4. Evaluasi

Evaluasi program bertujuan menilai efektivitas program dan keberlanjutan dampak Kesehatan.

E. Tantangan dan Isu Terkini

Beberapa tantangan yang dihadapi dalam implementasi pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat antara lain:

1. Kesenjangan literasi kesehatan (Batterham et al., 2016).
2. Misinformasi kesehatan melalui media digital (Nutbeam & Muscat, 2021).

3. Keterbatasan sumber daya dan kebijakan yang belum sepenuhnya mendukung (Kickbusch & Nutbeam, 2017).
4. Ketidakmerataan akses digital (Rowlands, 2019).

F. Penutup

Pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan strategi penting dalam meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menjaga kesehatan secara mandiri. Peran perawat sebagai pendidik dan fasilitator sangat penting dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan berdaya. Dengan pendekatan yang terencana, berbasis bukti, dan berpusat pada masyarakat, pendidikan kesehatan dan pemberdayaan dapat memberikan dampak signifikan pada derajat kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Allaham, S., Kumar, A., Morriss, F., Lakhanpaul, M., Wilson, E., Sikorski, C., Martin, J., Costello, A., Manikam, L., & Heys, M. (2022). Participatory learning and action (PLA) to improve health outcomes in high-income settings: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 12(2), e050784. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050784>
- Al-Omary, H., Soltani, A., Stewart, D., & Nazar, Z. (2024). Implementing learning into practice from continuous professional development activities: a scoping review of health professionals' views and experiences. *BMC Medical Education*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06016-7>
- Alves, Regina F. (2022). Health On You programme: Development and implementation of web-based health education intervention for university students. *Health Education Journal*, 81(6), 667-678. <https://doi.org/10.1177/00178969221107876>
- Angreni, W. O. N., Rahagia, R., Setyawati, A., Kamaruddin, M. I., & Suprpto, S. (2024). Community participation in clean and healthy living as an effort to improve the quality of health. *Abdimas Polsaka*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/10.35816/abdimaspolsaka.v3i1.60>
- Ariyanti, K. S., Prasetyo, B., Helminasari, S., & Abigayl, I. (2025). *Teori Pemberdayaan dan Pembangunan Masyarakat*. Penerbit Pradina Pustaka.
- Bab, N., Khodadadi, H., & Nasirzadeh, M. (2022). Planning, implementation, and evaluation of educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model for mothers about oral health promotion on children aged 3-6 years. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 243. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_561_21

- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3–12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Brewer, Noel T, Chapman, Gretchen B, Rothman, Alexander J, Leask, Julie, & Kempe, Allison. (2017). Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(3), 149–207. <https://doi.org/10.1177/1529100618760521>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Graham, N. D., Graham, I. D., Vanderspank-Wright, B., Nadalin-Penno, L., Fergusson, D. A., & Squires, J. E. (2025). Planning for implementation success: insights from conducting an implementation needs assessment. *JBIM Evidence Implementation*, 23(1), 90–102. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000458>
- Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*, 15(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6>
- HSE. (2024). *A Framework for Health Needs Assessment*. 1–29. <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/publichealth/publichealthdepts/imprhealthservice/needassess.html>
- Kretchy, I. A., Okoibhole, L. O., Sanuade, O. A., Jennings, H., Strachan, D. L., Blandford, A., Agyei, F., Asante, P., Todowede, O., Kushitor, M., Adjaye-Gbewonyo, K., Arhinful, D., Baatiema, L., Dankyi, E., Grijalva-Eternod, C. S., Fottrell, E. F., & de-Graft Aikins, A. (2022). Scoping review of community health participatory research projects in Ghana. *Global Health Action*, 15(1), 2122304. <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2122304>

- Milah, A. S. (2022). *Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan Keperawatan*. Edu Publisher.
- Pires, M., Shaha, S., King, C., Morrison, J., Nahar, T., Ahmed, N., Jennings, H. M., Akter, K., Haghparast-Bidgoli, H., Khan, A. K. A., Costello, A., Kuddus, A., Azad, K., & Fottrell, E. (2022). Equity impact of participatory learning and action community mobilisation and mHealth interventions to prevent and control type 2 diabetes and intermediate hyperglycaemia in rural Bangladesh: analysis of a cluster randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(6), 586–594. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-217293>
- Salajegheh, M. (2024). Effective factors in planning, implementation, and management of educational program evaluation in medical sciences: A practical guide. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 126. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_308_23
- Suprpto, S., Arda, D., & Kurni Menga, M. (2024). Community empowerment in an effort towards quality health. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Edukasi Indonesia*, 1(2), 49–55. <https://doi.org/10.61099/jpmei.v1i2.40>
- Widodo, B. (2014). Pendidikan Kesehatan dan Aplikasinya di SDMI. *Madrasah*, 7(1), 89–100.

BAB 16

PENANGANAN PENYAKIT MENULAR MELALUI PROMOSI

apt. Mitha Dwi Puspitasari, M.Farm.

Bab ini membahas peran strategis promosi kesehatan dan ilmu perilaku dalam menanggulangi penyakit menular. Seiring dengan kemajuan medis, intervensi non-farmasi yang berfokus pada perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat menjadi kunci utama dalam memutus rantai penularan. Pembahasan dalam bab ini mencakup analisis komprehensif mulai dari kerangka teori perubahan perilaku, strategi intervensi multifaset – termasuk komunikasi risiko, pemberdayaan masyarakat, dan advokasi kebijakan – hingga evaluasi program yang efektif. Dengan mengintegrasikan studi kasus relevan dan bukti empiris terkini, bab ini menyajikan panduan praktis bagi para profesional kesehatan masyarakat, akademisi, dan pembuat kebijakan dalam merancang dan mengimplementasikan program promosi kesehatan yang efektif untuk pengendalian penyakit menular di era modern.

A. Pendahuluan: Paradigma Baru dalam Pengendalian Penyakit Menular

Penyakit menular, mulai dari pandemi global seperti COVID-19 hingga penyakit endemis seperti Tuberkulosis (TB), HIV/AIDS, dan Malaria, terus menjadi tantangan signifikan bagi kesehatan masyarakat global. Meskipun intervensi biomedis seperti vaksinasi dan pengobatan farmakologis memegang peranan vital, efektivitasnya sangat bergantung pada perilaku individu dan kolektif di masyarakat (World Health Organization, 2022). Perilaku seperti kepatuhan pengobatan, praktik kebersihan, penggunaan alat pelindung

diri, dan kesediaan untuk melakukan tes kesehatan adalah domain utama dari promosi kesehatan dan ilmu perilaku.

Oleh karena itu, paradigma pengendalian penyakit menular telah bergeser dari model yang murni klinis menjadi pendekatan yang lebih holistik dan sosio-ekologis. Promosi kesehatan tidak lagi dipandang sebagai pelengkap, melainkan sebagai komponen inti yang strategis. Pendekatan ini mengakui bahwa penularan penyakit adalah sebuah fenomena yang kompleks, dipengaruhi oleh faktor individu (pengetahuan, sikap), sosial (norma, budaya), dan struktural (kebijakan, akses layanan kesehatan) (Nutbeam, 2017). Bab ini akan mengupas tuntas bagaimana promosi kesehatan secara sistematis dapat diimplementasikan untuk memodifikasi perilaku dan lingkungan sosial guna mencapai pengendalian penyakit menular yang berkelanjutan.

B. Landasan Teoritis: Memahami dan Mendorong Perubahan Perilaku

Untuk merancang intervensi yang efektif, praktisi promosi kesehatan harus berlandaskan pada teori perubahan perilaku yang kokoh. Teori-teori ini menyediakan kerangka kerja untuk memahami mengapa orang melakukan perilaku tertentu dan bagaimana cara memfasilitasi perubahannya. Beberapa teori yang paling relevan dalam konteks penyakit menular antara lain:

1. Health Belief Model (HBM)

Model ini menyatakan bahwa seseorang akan mengambil tindakan untuk mencegah penyakit jika mereka percaya bahwa:

- a. Rentan terhadap penyakit (*Perceived Susceptibility*): Mereka merasa berisiko terkena penyakit.
- b. Penyakit tersebut serius (*Perceived Severity*): Konsekuensi dari penyakit tersebut dianggap parah.
- c. Tindakan yang dianjurkan bermanfaat (*Perceived Benefits*): Perilaku preventif yang disarankan efektif.

- d. Hambatan untuk bertindak rendah (*Perceived Barriers*): Kendala untuk melakukan tindakan (misalnya, biaya, waktu) dapat diatasi.
- e. Ada pemicu untuk bertindak (*Cues to Action*): Ada stimulus yang mendorong mereka untuk bertindak, seperti kampanye media atau nasihat dokter (Rosenstock et al., 1988).

Aplikasi: Dalam kampanye vaksinasi, HBM digunakan untuk menekankan risiko keparahan penyakit (misalnya COVID-19), menyoroti manfaat perlindungan dari vaksin, dan mengatasi hambatan seperti misinformasi atau kesulitan akses.

2. Theory of Planned Behavior (TPB)

TPB menjelaskan bahwa niat (*intention*) adalah prediktor utama perilaku. Niat itu sendiri dipengaruhi oleh tiga faktor utama:

- a. Sikap (*Attitude*): Evaluasi positif atau negatif individu terhadap perilaku tersebut.
- b. Norma Subjektif (*Subjective Norms*): Persepsi tentang tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku tersebut.
- c. Persepsi Kontrol Perilaku (*Perceived Behavioral Control*): Keyakinan individu mengenai kemampuannya untuk melakukan perilaku tersebut (*self-efficacy*) (Ajzen, 1991).

Aplikasi: Sebuah studi *quasi-eksperimental* di Indonesia menunjukkan bahwa edukasi kesehatan berbasis TPB secara signifikan meningkatkan pengetahuan dan perilaku pencegahan TB. Intervensi ini tidak hanya fokus pada sikap tetapi juga pada norma sosial dan keyakinan pasien akan kemampuannya melakukan tindakan preventif (Yulianingsih et al., 2025).

3. Social Cognitive Theory (SCT)

SCT menekankan interaksi timbal balik antara individu (kognisi), perilaku, dan lingkungan. Konsep sentralnya adalah efikasi diri (*self-efficacy*), yaitu keyakinan

seseorang pada kemampuannya untuk berhasil dalam situasi tertentu. Selain itu, pembelajaran observasional (observational learning) – belajar dengan mengamati orang lain – juga merupakan komponen kunci (Bandura, 1986).

Aplikasi: Program pencegahan HIV/AIDS sering menggunakan model peran (role model) dari komunitas yang sama untuk mendemonstrasikan penggunaan kondom yang benar dan konsisten. Ini membangun efikasi diri dan menunjukkan bahwa perilaku tersebut diterima secara sosial.

4. COM-B Model

Model yang lebih baru dan praktis ini menyatakan bahwa untuk sebuah Perilaku (*Behaviour*) terjadi, seseorang harus memiliki:

- a. Kemampuan (*Capability*): Kemampuan fisik dan psikologis untuk melakukan perilaku (misalnya, pengetahuan dan keterampilan).
- b. Kesempatan (*Opportunity*): Faktor lingkungan fisik dan sosial yang memungkinkan perilaku tersebut.
- c. Motivasi (*Motivation*): Proses otak yang mengarahkan perilaku, baik secara reflektif (perencanaan) maupun otomatis (kebiasaan, emosi).

Intervensi dirancang dengan mengidentifikasi faktor mana (C, O, atau M) yang paling menghambat perilaku yang diinginkan (Michie et al., 2011).

Aplikasi: Untuk meningkatkan praktik cuci tangan pakai sabun, intervensi berbasis COM-B mungkin tidak hanya memberikan edukasi (*Capability*), tetapi juga memastikan ketersediaan sabun dan air bersih di lokasi strategis (*Opportunity*) dan menggunakan poster pengingat yang emosional di dekat wastafel (*Motivation*).

C. Strategi Promosi Kesehatan dalam Praktik

Penerapan teori ke dalam aksi memerlukan strategi yang terencana dan multifaset. Berikut adalah pilar-pilar utama strategi promosi kesehatan untuk penanganan penyakit menular.

1. Komunikasi Kesehatan dan Komunikasi Risiko

Komunikasi yang efektif adalah tulang punggung promosi kesehatan, terutama saat wabah. Komunikasi risiko adalah pertukaran informasi, saran, dan opini secara *real-time* antara para ahli dan masyarakat yang menghadapi ancaman. Prinsip utamanya meliputi:

- a. Transparansi dan Kejujuran: Sampaikan apa yang diketahui dan apa yang tidak diketahui untuk membangun kepercayaan. Jangan memberikan jaminan palsu.
- b. Cepat dan Konsisten: Informasi harus disebarkan sesegera mungkin melalui berbagai saluran untuk menjangkau semua lapisan masyarakat dan pesan harus konsisten di antara semua lembaga yang terlibat.
- c. Empati dan Kepedulian: Akui ketakutan dan kekhawatiran masyarakat. Pesan harus disampaikan dengan nada yang menunjukkan kepedulian.
- d. Memberikan Arahan yang Jelas dan Praktis: Beri tahu masyarakat secara spesifik apa yang harus mereka lakukan untuk melindungi diri mereka sendiri dan orang lain (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

Sebuah tinjauan sistematis terhadap komunikasi kesehatan selama pandemi COVID-19 menyimpulkan bahwa pesan yang jelas, konsisten, dan disampaikan oleh sumber yang terpercaya secara signifikan meningkatkan kepatuhan terhadap protokol kesehatan (Vaughan & Tinker, 2023).

2. Pemberdayaan dan Keterlibatan Masyarakat (*Community Engagement*)

Pengendalian penyakit menular tidak akan berhasil tanpa partisipasi aktif dari masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat adalah proses di mana individu dan kelompok mendapatkan kontrol atas keputusan dan tindakan yang memengaruhi kesehatan mereka. Strategi keterlibatan masyarakat meliputi:

- a. **Pendekatan Partisipatif:** Melibatkan tokoh masyarakat, tokoh agama, dan anggota komunitas dalam setiap tahap perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program.
- b. **Pendidikan oleh Sebaya (*Peer Education*):** Memanfaatkan anggota komunitas yang terlatih untuk mendidik teman sebayanya, terbukti efektif terutama dalam program kesehatan reproduksi dan HIV.
- c. **Pengembangan Kapasitas Lokal:** Melatih kader kesehatan atau relawan lokal untuk melakukan surveilans sederhana, memberikan informasi, dan menjadi penghubung antara komunitas dan fasilitas kesehatan.

Sebuah tinjauan bukti cepat menunjukkan bahwa selama wabah Ebola, keterlibatan pemimpin lokal dan kelompok masyarakat adalah faktor kunci dalam membangun kepercayaan, memfasilitasi pelacakan kontak, dan mengubah praktik pemakaman yang berisiko (Cleary et al., 2020).

3. Advokasi dan Kebijakan Berwawasan Kesehatan

Promosi kesehatan juga bekerja di tingkat struktural untuk menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat. Advokasi bertujuan untuk memengaruhi para pembuat kebijakan agar mengeluarkan regulasi atau mengalokasikan sumber daya yang mendukung kesehatan masyarakat.

Bentuk advokasi dalam penanganan penyakit menular dapat berupa:

- a. **Mendorong Kebijakan Vaksinasi:** Mengadvokasikan kebijakan untuk mewajibkan atau mempermudah akses vaksinasi bagi anak-anak dan kelompok rentan.
- b. **Meningkatkan Anggaran Kesehatan:** Melobi pemerintah untuk meningkatkan alokasi dana bagi program pencegahan TB atau Malaria.
- c. **Regulasi Terkait Sanitasi:** Mendorong pemerintah daerah untuk membuat peraturan yang menjamin akses air bersih dan sanitasi layak bagi seluruh warga.

Studi kasus dari PATH menunjukkan bahwa upaya advokasi yang strategis di Uganda berhasil menggandakan pendanaan domestik pemerintah untuk vaksin-vaksin esensial, menunjukkan dampak nyata dari advokasi kebijakan terhadap pengendalian penyakit (PATH, 2021).

4. Studi Kasus: Implementasi di Lapangan

a. Pengendalian Tuberkulosis (TB) di Indonesia

Tantangan: Kepatuhan pengobatan TB yang rendah dan stigma sosial yang tinggi. Intervensi Promosi Kesehatan:

- 1) Pendekatan DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) yang Dimodifikasi: Selain pengawasan minum obat oleh petugas kesehatan atau keluarga (PMO), program ini diintegrasikan dengan konseling berbasis SCT untuk membangun efikasi diri pasien dalam menyelesaikan pengobatan.
- 2) Keterlibatan Masyarakat: Melatih kader 'Aisyiyah dan tokoh masyarakat untuk melakukan penemuan kasus aktif, memberikan edukasi dari pintu ke pintu, dan mengurangi stigma melalui dialog komunitas.
- 3) Advokasi: Bekerja sama dengan pemerintah desa untuk mengalokasikan dana desa bagi transportasi pasien ke puskesmas dan penyediaan nutrisi tambahan. Hasil: Studi kasus di Ternate menunjukkan bahwa strategi promosi kesehatan yang melibatkan advokasi, kemitraan, dan pemberdayaan masyarakat, meskipun menghadapi kendala dana, mampu meningkatkan dukungan sosial dan pemahaman masyarakat tentang TB (Lestaluhu & Afiati, 2022).

b. Pencegahan Malaria di Wilayah Endemis

Tantangan: Penggunaan kelambu berinsektisida yang tidak konsisten. Intervensi Promosi Kesehatan:

- 1) Komunikasi Perubahan Perilaku (*Behavior Change Communication*): Menggunakan media lokal (radio, pertunjukan wayang) untuk menyampaikan pesan tentang pentingnya tidur di dalam kelambu *setiap*

malam. Pesan ini tidak hanya fokus pada kesehatan tetapi juga pada manfaat lain seperti tidur lebih nyenyak tanpa gangguan nyamuk.

- 2) Demonstrasi dan Keterlibatan Langsung: Petugas kesehatan dan relawan mendemonstrasikan cara memasang dan merawat kelambu dengan benar.
- 3) Pendekatan COM-B: Memastikan ketersediaan kelambu gratis (*Opportunity*), memberikan instruksi yang mudah dipahami (*Capability*), dan menggunakan testimoni dari tetangga yang anaknya terhindar dari malaria untuk meningkatkan motivasi (*Motivation*). Hasil: Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa intervensi yang mempromosikan penggunaan kelambu berinsektisida sangat efektif dalam mengurangi kasus malaria, terutama jika dikombinasikan dengan distribusi massal (Gryseels et al., 2021).

5. Evaluasi Program Promosi Kesehatan

Evaluasi adalah komponen krusial untuk mengukur keberhasilan dan mengidentifikasi area perbaikan. Evaluasi tidak hanya mengukur hasil akhir (misalnya, penurunan angka penyakit), tetapi juga proses dan dampak jangka pendek-menengah.

Kerangka Evaluasi RE-AIM: Kerangka ini dapat digunakan untuk mengevaluasi program promosi kesehatan secara komprehensif:

- a. **Reach (Jangkauan):** Berapa banyak dan siapa saja populasi target yang berhasil dijangkau oleh program?
- b. **Effectiveness (Efektivitas):** Apa dampak program terhadap perilaku dan status kesehatan? Apakah ada hasil yang tidak diinginkan?
- c. **Adoption (Adopsi):** Berapa banyak fasilitas atau organisasi yang mau mengadopsi dan melaksanakan program ini?

- d. **Implementation (Implementasi):** Sejauh mana program diimplementasikan sesuai dengan rencana? Apa saja hambatannya?
- e. **Maintenance (Pemeliharaan):** Sejauh mana program dapat berkelanjutan dalam jangka panjang di tingkat individu maupun organisasi? (Glasgow et al., 1999).

Evaluasi program harus menggunakan metode campuran (kualitatif dan kuantitatif) untuk mendapatkan gambaran yang utuh. Survei, wawancara mendalam, *focus group discussion* (FGD), dan analisis data epidemiologi adalah beberapa metode yang dapat digunakan.

6. Tantangan dan Pertimbangan Etis

Meskipun memiliki potensi besar, implementasi promosi kesehatan untuk penyakit menular menghadapi sejumlah tantangan:

- a. Misinformasi dan Disinformasi: Penyebaran informasi salah melalui media sosial dapat dengan cepat merusak kepercayaan dan menghambat upaya kesehatan masyarakat.
- b. Stigma dan Diskriminasi: Penyakit seperti HIV dan TB sering kali disertai dengan stigma yang membuat orang enggan mencari pengobatan atau melakukan tes.
- c. Kesenjangan Kesehatan: Kelompok marginal dan terpencil sering kali memiliki akses terbatas terhadap informasi dan layanan kesehatan, sehingga memperlebar kesenjangan.
- d. Keberlanjutan Program: Banyak program promosi kesehatan bergantung pada pendanaan proyek jangka pendek, sehingga sulit untuk dipertahankan dalam jangka panjang.

Pertimbangan Etis:

Praktisi promosi kesehatan harus menavigasi dilema etis yang kompleks. Misalnya, bagaimana menyeimbangkan antara kepentingan kesehatan kolektif (misalnya, karantina atau wajib masker) dengan otonomi dan kebebasan individu?

Intervensi harus dirancang untuk meminimalkan paksaan dan memaksimalkan pilihan berdasarkan informasi (informed choice), serta memastikan bahwa beban dan manfaat program didistribusikan secara adil (Gostin & Wiley, 2016).

7. Kesimpulan dan Arah Masa Depan

Promosi kesehatan dan ilmu perilaku bukan lagi sekadar "tambahan" dalam penanganan penyakit menular, melainkan sebuah pilar fundamental yang setara dengan intervensi klinis. Dengan berlandaskan pada teori yang kuat, menerapkan strategi multifaset yang melibatkan komunikasi, pemberdayaan masyarakat, dan advokasi kebijakan, serta melakukan evaluasi yang sistematis, kita dapat secara efektif mengubah perilaku individu dan norma sosial untuk memutus rantai penularan.

Ke depan, promosi kesehatan harus semakin adaptif terhadap teknologi digital. Pemanfaatan media sosial untuk kampanye kesehatan, aplikasi seluler untuk pengingat pengobatan (mHealth), dan analisis *big data* untuk memahami sentimen publik dapat meningkatkan jangkauan dan efektivitas intervensi. Namun, sentuhan manusiawi, pemahaman konteks lokal, dan komitmen terhadap keadilan kesehatan akan tetap menjadi inti dari promosi kesehatan yang berhasil dalam melindungi masyarakat dari ancaman penyakit menular.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Communicating During an Outbreak or Public Health Investigation*. Field Epidemiology Manual. <https://www.cdc.gov/field-epi-manual/php/chapters/communicating-investigation.html>
- Cleary, E., et al. (2020). Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5(10), e003188. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Gostin, L. O., & Wiley, L. F. (2016). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint* (3rd ed.). University of California Press.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2020). *Health program planning: An educational and ecological approach* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Gryseels, C., et al. (2021). The effect of insecticide-treated bed nets on malaria incidence, prevalence and mortality in children in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(5), P631–643.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lestaluhu, V., & Afiati, F. (2022). Analisis Implementasi Strategi Promosi Kesehatan dalam Pencegahan Penyakit Tuberkulosis (TB) (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas

- Kalumata Kota Ternate). *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia* (MPPKI), 5(1), 85-91.
<https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/MPPKI/article/view/2774>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2017). Health promotion glossary (2017). *Health Promotion International*, 32(3), 515-529.
- PATH. (2021). *Advocacy and policy case studies*. PATH. <https://www.path.org/who-we-are/programs/advocacy-and-policy/advocacy-and-policy-case-studies/>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Vaughan, E., & Tinker, T. (2023). Effectiveness of communications in enhancing adherence to public health behavioural interventions: a COVID-19 evidence review. *BMC Public Health*, 23(1), 1621. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16472-7>
- World Health Organization. (2022). *Global strategic preparedness and response plan for COVID-19: 2022*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Promoting health: Guide to national implementation of health promotion strategies*. Geneva: WHO Press. Retrieved from <https://www.who.int/publications>

TENTANG PENULIS



Fatmawati M. Saing, S.KM., M.Kes. Lahir di Bisoli (Kabupaten Jeneponto), pada tanggal 23 Januari 1989. Menyelesaikan pendidikan S-1 Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Alauddin Makassar (2011); jenjang S-2 Konsentrasi Promosi Kesehatan Prodi Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Muslim Indonesia, Makassar (2017). Saat ini bekerja di Universitas Karya Persada Muna, menjabat sebagai Kepala Pusat Penelitian Lingkungan Hidup (PPLH) dan sebagai Dosen tetap (2020 s.d sekarang).



Lisna, S.KM., M.Kes. lahir di Muna, pada 20 Desember 1980. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Hasanudin. Wanita yang kerap disapa Lis ini adalah anak dari pasangan Alm (La Dia) dan Wa Woila.
Email: lisnamkes1980gmail.com



Ns. Emilia, S.Kep., M.Kep. Lahir di Bintuhan, pada 15 Mei 1981. Wanita yang kerap disapa Emil ini adalah anak pertama dan 4 bersaudara, lahir dari pasangan Suardi (ayah) dan Azma (ibu), berasal dari Provinsi Bengkulu tepatnya di kabupaten Kaur (Bintuhan). Telah menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKES Persada Husada Indonesia, Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Jakarta, dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi RMIK. Penulis juga aktif sebagai dosen di STIKES Persada Husada Indonesia Jakarta. Serta terlibat dalam penulisan Buku Keperawatan Holistik, Buku

Kedokteran Gigi Geriatrik, Buku Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Geriatri, Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan buku ini merupakan salah satu karya penulis untuk mendukung pengembangan ilmu Keperawatan di Indonesia.

Alamat email: ia.emil81@gmail.com



Ns. Said Taufiq, S.KM., M.Kes. lahir di Lhokseumawe-Aceh, 15 Juni 1976. Beliau tercatat sebagai lulusan Universitas Gadjah Mada Jogjakarta 2004, akrab disapa 'Said' adalah anak dari pasangan Said Muhammad Ali (ayah) dan Syarifah Fathimah (ibu). **Said Taufiq** sudah cukup lama menekuni profesi sebagai dosen dari 2001 dan saat ini tercatat sebagai dosen tetap pada Poltekkes Kemenkes Aceh.



Ns. Suwarsi, S.Kep., M.Kep., Ph.D. Lahir di Lampung, pada 15 Juli 1985. Tercatat sebagai lulusan dari St. Paul University Philippines dalam bidang Doktor in Nursing Science. Suwarsi tercatat sebagai dosen aktif di Program Studi Keperawatan Program Sarjana di Universitas Respati Yogyakarta. Suwarsi sangat aktif dalam bidang penelitian, pengabdian masyarakat dan penulisan buku. Selain sebagai akademisi, suwarsi aktif di masyarakat sebagai ketua PKK di RT, dan menjadi ketua Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia Wilayah DIY (IPKKI DIY 2023-2029).



Dr. Sobar Darmaja, S.Psi., MKM. lahir di Brebes, 7 Juni 1976. Penulis merupakan seorang akademisi dan praktisi di bidang psikologi dan kesehatan masyarakat dengan latar belakang pendidikan formal yang kuat. Menyelesaikan pendidikan sarjana di bidang Psikologi pada Universitas Muhammadiyah Malang, kemudian melanjutkan studi magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di

Universitas Indonesia, serta menamatkan program doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Andalas, Padang. Kombinasi disiplin ilmu psikologi dan kesehatan masyarakat tersebut menjadi fondasi utama dalam kiprahnya sebagai pendidik, peneliti, sekaligus penggerak organisasi profesi. Dalam perjalanan kariernya, penulis mengabdikan sebagai dosen PNS dpk LLDIKTI dengan pengalaman panjang di berbagai posisi kepemimpinan. Pernah menjabat sebagai Wakil Ketua STIKIM (2007–2019), Plt Ketua STIKIM (2019–2020), serta sejak 2020 dipercaya sebagai Direktur Politeknik Karya Husada (POKADA). Selain itu, penulis juga aktif sebagai asesor BAN-PT dan asesor BKD yang berkontribusi dalam penjaminan mutu pendidikan tinggi di Indonesia. Kiprahnya di organisasi profesi dan alumni pun cukup luas. Ia tercatat sebagai Dewan Pakar Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) periode 2022–2026, Ketua Ikatan Alumni S3 IKM Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang (2022–2027), Sekretaris PELITA (2022–2026), serta Ketua Asosiasi Perguruan Tinggi Kesehatan (APTKes) Wilayah DKI Jakarta (2025–2029). Dengan pengalaman lebih dari dua dekade di bidang pendidikan tinggi, kesehatan masyarakat, dan organisasi profesi, penulis terus berkomitmen untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, meningkatkan mutu pendidikan, serta memperkuat peran psikologi kesehatan masyarakat dalam praktik promosi kesehatan di Indonesia.



Sa'diah Multi Karina, SKM, M.Kes, lahir Jakarta, 14 September 1963, Lulus Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Bekerja sebagai Dosen Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta II. Pengalaman menulis ; 1993- 2000 menjadi Penulis tetap artikel beberapa tabloid; harian Republika, tabloid Ibu dan anak, Nakita, Kontributor buku Nakita, Penyuluhan di berbagai Institusi, Menjadi Pembicara Seminar dan menjadi pelatih pada beberapa pelatihan



Ns. Lalu Muhammad Sadam Husen, S.Kep., MKM. lahir di Bateat, 6 Agustus 1992. Riwayat pendidikan: S1 Ilmu Keperawatan STIKES Qamaru Huda (2014), Profesi Ners STIKES Qamaru Huda (2016), S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA (2017). Saat ini bertugas sebagai

Dosen Tetap Yayasan di Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu (UNIQHBA). Sejak tahun 2018 penulis mulai aktif mengajar di Prodi Profesi Ners dan S1 Keperawatan, di tahun 2022 pindah Home Based ke Prodi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu (UNIQHBA) Lombok Tengah NTB. Penulis juga aktif dalam penerbitan jurnal nasional terakreditasi salah satu karya tulis yang pernah dihasilkan di Sinta 2 adalah *Socio-Cultural And Maternal Mental Health Factors In Stunting Among The Sasaq Tribe Central Lombok*. Dan juga di sinta 4 dengan judul Faktor Penyebab Kurang Aktifnya Lansia Dengan Hipertensi Dalam Melakukan Pemeriksaan Kesehatan Di Puskesmas. Dan pernah menulis buku yang berjudul Pendidikan dan Promosi Kesehatann dan Komunikasi Kesehatan di Rumah Sakit.

Email :lalusadam68@gmail.com



Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes. lahir pada tanggal 19 Februari 1968 dan besar di Yogyakarta. Menyelesaikan masa studi studi S2 di Universitas Diponegoro, Semarang. Sampai saat ini, penulis bertugas sebagai pengajar di Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta II.



Dr. dr. Teuku Renaldi, MKM. merupakan dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala (FK USK). Beliau menyelesaikan pendidikan dokter (S1 dan profesi) di FK USK pada tahun 2004 dan 2007. Pada tahun 2025, beliau meraih gelar Doktor dari kampus yang sama. Sejak tahun 2008, Dr. dr. Teuku Renaldi, M.K.M. telah aktif sebagai dosen di FK USK, serta terlibat dalam berbagai tim pengembangan kurikulum dan *assessment* baik Program Studi Pendidikan Dokter maupun Magister Kesehatan Masyarakat. Selain itu, beliau juga berpengalaman dalam manajemen pendidikan kedokteran melalui posisi strategis seperti anggota Tim Satuan Jaminan Mutu Fakultas FK USK dan *Medical Education Unit* FK USK. Di luar aktivitas kampus, beliau pernah menjabat sebagai Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RS Prince Nayef bin Abdul Aziz USK dan menjadi *Medical Interpreter* pada *International Committee of Red Cross (ICRC) Field Hospital* Banda Aceh. Pada bidang penelitian, Dr. dr. Teuku Renaldi, M.K.M. memegang peran penting sebagai peneliti utama dan anggota tim dalam sejumlah riset multidisiplin kedokteran dan kesehatan masyarakat. Publikasinya telah terbit di jurnal bereputasi nasional dan internasional, di antaranya sebagai penulis utama dalam penelitian adaptasi instrumen survei iklim sekolah di Banda Aceh yang dimuat pada *Journal of Vulnerable Children and Youth Studies* tahun 2025. Ia juga terlibat sebagai penulis dalam penelitian lintas profesi kesehatan yang terbit pada *Journal of Multidisciplinary Healthcare Q1*, serta penelitian tentang pendekatan multi-disaster preparedness dari perspektif Indonesia dan Kanada. Rekam jejak prestasi Dr. dr. Teuku Renaldi, M.K.M. juga dibuktikan dengan penghargaan *Best Poster Award* dari *The Besrouer Centre for Global Family Medicine* pada tahun 2020 sebagai anggota peneliti dalam karya tentang penanganan kesiapsiagaan multi-bencana. Dalam bidang pengabdian masyarakat beliau aktif mengikuti berbagai kegiatan sosial dan pelatihan, seperti *International Family Medicine Forum* di Toronto serta pelatihan *Safe Communities Safe Schools (SCSS)* yang diadakan oleh University of Colorado secara daring. Selain aktivitas

akademik dan sosial, beliau juga menjadi delegasi Indonesia untuk *The Sadok Besroure Centre for Innovation in Global Health*, menunjukkan kontribusi aktif di kancah global. Seluruh pengalaman dan keilmuan yang dimiliki menunjukkan komitmen Dr. dr. Teuku Renaldi, M.K.M. dalam pengembangan pendidikan, penelitian, serta pelayanan masyarakat di bidang kedokteran.



Dr. apt. Ika Ratna Hidayati, M.Sc. lahir di Kediri, pada 19 Juni 1980. Ia tercatat sebagai lulusan doktoral dari Institut Teknologi Bandung. Wanita yang kerap disapa Ika ini adalah anak dari pasangan M. Mahmudi (ayah) dan Istiqomah (ibu). **Ika Ratna H** bukanlah orang baru di dunia pendidikan. Ia merupakan dosen Farmasi di Universitas Muhammadiyah Malang sejak 2008 sampai sekarang. Ia pernah menjadi pengurus organisasi profesi apoteker dan juga asosiasi pendidikan tinggi. Email : hidayati@umm.ac.id



Dr. dr. Yanti Harjono Hadiwiardjo, MKM. lahir di Bandung, pada 16 Oktober 1972. Pendidikan terakhir diraih di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saat ini aktif mengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta dan mengampu untuk mata kuliah *Preventive Community Health Oriented Course*. Email: yantiharjono@gmail.com



Soepri Tjahjono Moedji Widodo, S.Pd., M.Pd. Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta Penulis lahir di Yogyakarta tanggal 28 Januari 1972. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Respati Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Psikologi Pendidikan dan Bimbingan, Program Studi Bimbingan dan

Konseling Universitas Negeri Yogyakarta, S2 pada Program Studi Teknologi Pendidikan Universitas Sebelas Maret Surakarta. Sekarang sedang melanjutkan studi S3 pada Program Studi Bimbingan dan Konseling Universitas Negeri Yogyakarta. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: soepritj@gmail.com



Dr. Esty Febriani M.Kes, lahir di desa Kototinggi Sumatera Barat tahun 1966, menyelesaikan pendidikan S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat UI tahun 2016, bekerja sebagai dosen S2 program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Bhakti Husada Indonesia (UBHI) sejak tahun 2018 dan memegang jabatan sebagai Direktur Eksekutif Yayasan Lentera Kesehatan Nusantara.

Sebagai dosen, penulis adalah pengampu utama untuk mata ajaran; Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Kesehatan Reproduksi, Promosi Kesehatan dan Kesehatan Global. Selain itu, penulis juga melakukan cukup banyak penelitian terutama untuk isu kesehatan ibu dan anak, Tuberkulosis (TB) dan kesehatan Jiwa dan melakukan publikasi di jurnal Nasional dan Internasional.



Ns. Agustina Chriswinda Bura Mare, S.Kep., M.Kep. merupakan dosen pada Program Studi Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya. Lahir di Denpasar, pada tanggal 28 Agustus 1993. Ketertarikan di dunia kesehatan dimulai dengan menjalani pendidikan S1 Keperawatan dan

Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya (UKWMS) yang lulus pada tahun 2016. Setelah itu, penulis menjadi asisten dosen di UKWMS dan melanjutkan studi Magister Keperawatan dengan bidang minat Keperawatan Dewasa di Universitas Diponegoro. Gelar Magister keperawatan berhasil diraih pada tahun 2020. Setelah menyelesaikan studi magister penulis kembali mengabdikan sebagai dosen tetap di Program Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan UKWMS pada tahun

2020 hingga saat ini. Penulis juga aktif mengajar pada Program Studi S1 Keperawatan UKWMS. Sebagai seorang dosen penulis aktif dalam melakukan pengajaran sesuai bidang kepakaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Penulis juga aktif dalam menulis artikel pada berbagai jurnal baik nasional maupun internasional.

Email Penulis: chriswinda@ukwms.ac.id



apt. Mitha Dwi Puspitasari, M.Farm. lahir di Sleman pada tanggal 19 Mei 1988. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Farmasi, Profesi Apoteker, dan Magister Farmasi di Universitas Islam Indonesia. Memiliki pengalaman sebagai apoteker praktisi fasilitas pelayanan kefarmasian. Aktif dalam organisasi profesi Ikatan Apoteker Indonesia (IAI). Saat ini, penulis sebagai akademisi di Universitas Alma Ata Fakultas Ilmu Kedokteran dan Ilmu-ilmu Kesehatan Email :mithadp@almaata.ac.id