

# **BUNGA RAMPAI**

# **KEPERAWATAN**

# **KOMUNITAS**



**Erni Nuryanti, S.Kep, Ners, M.Kes**  
**Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep**  
**Ellen Pesak, S.Kep., Ners., M.Kes**  
**Femmy K. Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH**  
**Ns. Rian Yuliyana., M.N.S**  
**Kusmiyati, S.Kep,Ns., M.Kes**  
**Rahma Trisnaningsih, SKM, M.P.H**  
**Ns. Miniharianti., M.Kep**

**Dr. Bambang Sutomo, S.Si. T, M.Kes**  
**Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS**  
**Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom**  
**Erni Mardiaty, SKM., M. Kes (Epid)**  
**Winda Triana, S.Pd., M.Pd**  
**Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep. Sp.Mat**  
**Dr. Getruida Banon H Alow, SPd., MKes**

**BUNGA RAMPAI**  
**KEPERAWATAN KOMUNITAS**

Erni Nuryanti, S.Kep, Ners, M.Kes  
Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep  
Ellen Pesak, S.Kep., Ners., M.Kes  
Femmy K. Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH  
Ns. Rian Yuliyana., M.N.S  
Kusmiyati, S.Kep,Ns., M.Kes  
Rahma Trisnaningsih, SKM, M.P.H  
Ns. Miniharianti., M.Kep  
Dr. Bambang Sutomo, S.Si.T, M.Kes  
Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS  
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom  
Erni Mardiaty, SKM., M. Kes (Epid)  
Winda Triana, S.Pd., M.Pd  
Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep. Sp.Mat  
Dr. Getruida Banon H Alow, SPd., MKes



# **BUNGA RAMPAI KEPERAWATAN KOMUNITAS**

## **Penulis:**

Erni Nuryanti, S.Kep, Ners, M.Kes  
Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep  
Ellen Pesak, S.Kep., Ners., M.Kes  
Femmy K. Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH  
Ns. Rian Yuliyana., M.N.S  
Kusmiyati, S.Kep,Ns., M.Kes  
Rahma Trisnaningsih, SKM, M.P.H  
Ns. Miniharianti., M.Kep  
Dr. Bambang Sutomo, S.Si.T, M.Kes  
Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS  
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom  
Erni Mardiaty, SKM., M. Kes (Epid)  
Winda Triana, S.Pd., M.Pd  
Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep. Sp.Mat  
Dr. Getruida Banon H Alow, SPd., MKes

## **ISBN :**

978-623-88692-1-3

## **Editor Buku**

La Ode Alifariki, S.Kep,Ns, M.Kes  
Sri Susanty, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep., PhD

**Cetakan Pertama : 2023**

## **Diterbitkan Oleh :**

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)

E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

**Anggota IKAPI: 263/JTE/2023**

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

## KATA PENGANTAR

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

Buku ini berjudul Keperawatan Komunitas mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep keperawatan komunitas. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep dasar komunitas dan konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

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

Kendari, 1 September 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

BAB 1 Konseptual Model Keperawatan Komunitas .....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Keperawatan Komunitas .....	2
C. Model Keperawatan Komunitas .....	4
BAB 2 Paradigma Keperawatan Komunitas .....	10
A. Pendahuluan.....	10
B. Paradigma Keperawatan Komunitas .....	11
BAB 3 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas .....	18
A. Pendahuluan.....	18
B. Keperawatan Komunitas .....	18
BAB 4 Peran Dan Fungsi Perawat Komunitas .....	35
A. Pendahuluan.....	35
B. Definisi Keperawatan Komunitas.....	36
C. Peran dan Fungsi Perawat Dalam Keperawatan Komunitas.....	38
BAB 5 Etika Dalam Lingkup Keperawatan Komunitas .....	46
A. Pendahuluan.....	46
B. Definisi Etika .....	47
C. Dasar Pemikiran Etika.....	47
D. Tujuan Etika Profesi Keperawatan .....	48
E. Jenis-jenis Etika .....	48
F. Aliran yang berhubungan dengan Etika .....	49
G. Perbedaan Pelayanan Keperawatan.....	49
H. Konsep Etika profesi.....	50
I. Prinsip Dasar Kode Etik.....	51
J. Fungsi Kode Etik.....	52

K. Perilaku Personal Perawat yang berkaitan dengan kode Etik .....	53
L. Prinsip-Prinsip dasar dan etika dalam kesehatan komunitas .....	54
M. Perawat Komunitas Dengan Upaya Kesehatan Lain .....	54
N. Dasar Aturan Praktik Perkesmas.....	55
O. Model Penyelesaian Dilema Etik .....	55
P. Peran Perawat Kesehatan Masyarakat.....	56
BAB 6_Konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) .....	59
A. Pendahuluan.....	59
B. Konsep Puskesmas .....	59
BAB 7_Promosi Kesehatan.....	71
A. Pendahuluan.....	71
B. Strategi Penerapan Promosi Kesehatan Pada Klien di Tatanan Komunitas .....	72
C. Ketrampilan Yang Diperlukan Dalam Melakukan Kegiatan Pengembangan Komunitas .....	75
D. Komunikasi Dalam Promosi Kesehatan .....	76
E. Komponen dalam praktik kesehatan di Komunitas .....	79
F. Media dalam Promosi Kesehatan .....	81
G. Contoh kasus promosi kesehatan di komunitas.....	82
BAB 8_Terapi Komplementer Dalam Perawatan Komunitas .....	86
A. Pendahuluan.....	86
B. Konsep Terapi Komplementer .....	86
C. Penerapan Aplikasi Terapi Komplementer dikomunitas (Literature Review) .....	91
BAB 9_Konsep Pemberdayaan.....	95
A. Konsep Dasar dan Sejarah Pemberdayaan.....	95
B. Sejarah Pemberdayaan Masyarakat dibidang Kesehatan di Indonesia .....	97

C.	Komponen-Komponen dalam Pemberdayaan .....	99
D.	Strategi Pemberdayaan Masyarakat.....	101
E.	Ruang lingkup partisipasi dan pemberdayaan masyarakat.....	103
F.	Bentuk realisasi pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan.....	103
BAB 10	Konsep Kemitraan Dalam Komunitas.....	109
A.	Pendahuluan.....	109
B.	Pengertian .....	109
C.	Komponen dalam Kemitraan.....	110
D.	Karakteristik Kolaborasi dan Kemitraan .....	111
E.	Fase Proses Kemitraan .....	112
F.	Manfaat Kemitraan .....	113
G.	Hambatan Kemitraan .....	113
BAB 11	KONSEP <i>Primary Health Care</i> (PHC) / Perawatan Kesehatan Primer .....	117
A.	Pendahuluan.....	117
B.	Pengertian PHC.....	118
C.	Tujuan phc .....	119
D.	Prinsip PHC .....	119
E.	Program PHC .....	121
F.	Karakteristik, Komponen, dan Empat Pilar PHC.....	123
BAB 12	Konsep Perilaku Kesehatan dan Perubahan Perilaku.....	127
A.	Pendahuluan.....	127
B.	Konsep Perilaku Kesehatan.....	128
C.	Strategi Perubahan Perilaku .....	130
BAB 13	Konsep Dasar Pencegahan Penyakit .....	138
A.	Pendahuluan.....	138
B.	Pengertian Pencegahan Penyakit.....	138

C. Tingkatan tahapan pencegahan.....	139
D. Bentuk-bentuk upaya pencegahan penyakit.....	139
BAB 14 Konsep Keperawatan Keluarga (Family Nursing) .....	148
A. Pendahuluan.....	148
B. Konsep Keperawatan Keluarga .....	148
BAB 15 Health Action Process Approach (HAPA) .....	159
A. Pendahuluan.....	159
B. Konsep HAPA.....	160

# BAB 10

## Konsep Kemitraan Dalam Komunitas

\*Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS\*

### A. Pendahuluan

Kolaborasi interprofessional dan interdisipliner merupakan elemen penting dari perawatan kesehatan yang berkualitas (Judith Ann Allender, Cherie Rector, 2010). Kemitraan bukanlah konsep baru dalam profesi keperawatan. Konsep kemitraan sebenarnya sudah ada dalam pendidikan keperawatan sejak abad-18 dan abad-19 (Beal, 2012). Sementara konsep kemitraan saat ini mengalami pergeseran dalam beberapa decade terakhir. Perubahan dari model kemitraan yang berfokus pada pembangunan tenaga kerja menjadi model yang bertujuan mendukung upaya advokasi untuk meningkatkan layanan kesehatan anak, keluarga dan masyarakat. Kemitraan diidentifikasi sebagai tahapan yang lebih tinggi dari proses pemberdayaan masyarakat (Melo & Alves, 2019).

Konsep kemitraan pertama kali didirikan oleh David Olds dan program Kemitraan Perawat-Keluarga di Colorado (Marques & Rodriguez, 2016). Secara bertahap, sejak tahun 70-an, kemitraan ini lebih dilembagakan dengan ratusan program universitas pembelajaran komunitas/keterlibatan masyarakat yang bekerja sama dengan kemitraan dalam keperawatan di seluruh negara

### B. Pengertian

Keperawatan komunitas berfokus pada peningkatan kesehatan populasi dengan menekankan pencegahan dan memperhatikan berbagai factor penentu kesehatan serta

mengatasi masalah keadilan sosial. Kolaborasi komunitas adalah inti dari keperawatan komunitas yang bekerja meningkatkan kesehatan populasi dilingkungan tempat tinggal, bekerja, belajar dan bermain (American Public Health Association, 2013).

Kemitraan adalah hubungan atau kerja sama antara dua atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan atau memberikan manfaat. Partisipasi klien/masyarakat dikonseptualisasikan sebagai peningkatan inisiatif diri terhadap segala kegiatan yang memiliki kontribusi pada peningkatan kesehatan dan kesejahteraan.

Kemitraan merupakan interaksi yang dilakukan perawat, klien, professional lain dan anggota komunitas berdasarkan nilai Bersama, partisipasi bersama dan upaya bersama yang bertujuan memberikan manfaat bagi kesehatan masyarakat (Judith Ann Allender, Cherie Rector, 2010).

### **C. Komponen dalam Kemitraan**

Atribut yang sangat diperlukan dari kemitraan adalah kolaborasi. Tiga bagian penting dalam menekankan kolaborasi dan kemitraan (Yuan & Murphy, 2019) sebagai berikut:

1. Pemberdayaan klien sangat penting untuk bekerja secara kolaboratif dalam kemitraan. Perawat perlu mengenali dan menerima otonomi klien. Bahkan, klien bersedia mengontrol aktivitas yang berkaitan dengan kesehatannya sesuai dengan pemikiran dan minatnya sendiri.
2. Komunikasi yang efektif antara perawat sangat penting untuk menjalin kemitraan. Hal ini dapat membuat klien merasa aman dan nyaman. Pertanyaan terbuka, penegasan dan mendengarkan secara aktif dapat membangkitkan pengalaman, gagasan dan pengetahuan. Hal ini ditunjukkan untuk memfasilitasi keterlibatan mereka dalam perawatan kesehatan.
3. Menunjukkan tujuan bersama dan pengambilan keputusan secara bersama. Untuk meningkatkan kesejahteraan klien, bagian tugas perawat adalah

memastikan informasi yang berguna dan dapat dipahami disampaikan kepada klien dan tidak boleh dilakukan tanpa persetujuan klien.

#### **D. Karakteristik Kolaborasi dan Kemitraan**

Terdapat 5 karakteristik yang membedakan kolaborasi dari jenis interaksinya (Judith Ann Allender, Cherie Rector, 2010), diantaranya:

1. Tujuan Bersama (*Shared Goals*)  
Kolaborasi dalam keperawatan berfokus pada tujuan. Perawat, klien dan yang lain terlibat dalam upaya kolaborasi atau kemitraan mengenai alasan spesifik dilakukan kolaborasi.
2. Partisipasi timbal balik (*Mutual Participation*)  
Di dalam keperawatan komunitas, kolaborasi memerlukan partisipasi timbal balik, semua anggota tim berkontribusi dan saling menguntungkan. Masing-masing anggota tim mendiskusikan keterlibatan dan kontribusi yang diinginkan dan penting bagi semua anggota tim. Setiap anggota merasa dihargai dan tidak ada hirarki.
3. Penggunaan Sumber Daya yang di Maksimalkan (*Maximized use of Resources*)  
Artinya, kemitraan kolaboratif dirancang untuk memanfaatkan keahlian dari mereka yang paling berpengalaman dan dalam posisi terbaik untuk mempengaruhi hasil yang menguntungkan.
4. Tanggung jawab yang Jelas (*Clear Responsibility*)  
Setiap anggota dalam kemitraan memainkan peran tertentu sesuai dengan tugas terkait. Perawat dapat memainkan peran manajemen kasus atau kepemimpinan kelompok sedangkan yang lain memainkan peran sesuai dengan bidang keahlian masing-masing.
5. Batasan (*Boundaries*)  
Kolaborasi dalam praktek kesehatan masyarakat telah menentukan batasan dari awal sampai akhir sesuai dengan tujuan komunikasi. Bagian penting dari mendefinisikan kolaborasi adalah menentukan kondisi dimana itu terjadi dan

kapan akan dihentikan. Setelah tujuan kolaborasi tercapai, grup sebagai entitas formal dapat diakhiri.

#### **E. Fase Proses Kemitraan**

Terdapat beberapa fase dalam proses kemitraan (Nancy Lois Ruth Anderson et al., 2014):

6. Pra keterlibatan (*Pre-engagement Phase*)

Selama fase ini, anggota masyarakat dan perawat terlibat dalam kegiatan kerja Bersama yang memenuhi kebutuhan masyarakat dan membangun rasa saling percaya dan menghormati. Fase ini merupakan kesempatan bagi anggota masyarakat dan perawat untuk menunjukkan komitmen mereka kepada masyarakat dan keahlian terkait kesehatan yang relevan.

7. Keterlibatan (*Engagement Phase*)

Fase ini dapat digabungkan dengan fase pra-keterlibatan dan penilaian komunitas dan melibatkan proses identifikasi timbal balik dari mitra yang berkepentingan dalam komunitas dan akademi. Hal yang penting pada fase ini yaitu memastikan keseimbangan antara masing-masing anggota kemitraan.

8. Penilaian komunitas (*Community Assessment Phase*)

Anggota masyarakat berpartisipasi dalam proses penilaian masyarakat mengetahui batas lingkungan mereka dan berkontribusi pada pengumpulan pengetahuan dan sumber daya local. Penilaian mencari kekuatan dan asset komunitas serta kebutuhan dan kewajiban.

9. Desain intervensi (*Intervention Design Phase*)

Perawat memberikan panduan untuk melibatkan masyarakat dalam design, implementasi dan evaluasi program pencegahan mereka sendiri. Sangat cocok untuk memasukkan nilai-nilai masyarakat, warisan budaya dan agama dan perspektif sejarah selama proses interaksi.

10. Implementasi (*Implementation Phase*)

Pada fase ini tim kolaboratif biasanya berkembang menjadi unit kerja kooperatif dengan peran kerja yang mapan, jalur komunikasi, mekanisme pemecahan masalah, penghargaan

terhadap keahlian masing-masing dan strategi yang mendukung

11. Evaluasi (*Evaluation Phase*)

Pada saat proses implementasi bisa saja terjadi perubahan yang mengharuskan kembali pada fase sebelumnya sehingga diperlukan rencana intervensi Kembali.

12. Diseminasi, Keberlanjutan, Advokasi diri komunitas (*Dissemination, Sustainment, and Community Self-Advocacy Phases*)

Diseminasi dan rencana untuk mempertahankan kemitraan dan hasil proyek yang positif memerlukan kesetaraan kolaboratif untuk pekerjaan, dukungan dan penghargaan. Perencanaan keberlanjutan dimulai sejak proses, sehingga tidak mengakibatkan penghentian aktivitas kemitraan secara menyeluruh. Advokasi diri terjadi melalui kesukarelaan dalam komunitas dalam beberapa cara. Misalnya, anggota masyarakat dengan sukarela untuk berpartisipasi secara aktif agar program yang sudah ada tetap berjalan kerkesinambungan dan berkelanjutan.

**F. Manfaat Kemitraan**

Kemitraan antara akademisi, public, dan organisasi sector secara luas dalam literatur promosi kesehatan. Kemitraan antar Lembaga dapat memberikan pendekatan holistic untuk meningkatkan kesehatan dan mengurangi kesenjangan. Manajemen yang baik dalam mempertahankan keterlibatan antar mitra dapat membuat kemitraan tetap tertarik dan dapat bertumbuh dan berkembang (Estacio et al., 2017).

**G. Hambatan Kemitraan**

Kendala bahasa dan miskomunikasi dapat menghambat kolaborasi efektif. Hal ini biasanya terjadi karena adanya kesalahpahaman dari anggota tim kolaborasi karena pengetahuan dan motivasi dari masing masing-masing anggota tim. Sterotipe dan persepsi dari ketidaksamaan kekuatan dan otoritas yang dimiliki masing-masing anggota tim dapat menyabotase komunikasi dan kolaborasi yang efektif. Kekhawatiran tentang berbagi informasi dengan tim,

ketidakfleksibelan dan kegelisahan dengan batasan-batasan yang ditentukan juga dapat menghambat kolaborasi. Sangat membantu bagi anggota tim untuk berbagi informasi tentang disiplin ilmu dan latar belakang masing-masing serta harapan pribadi terkait dengan upaya kolaboratif. Faktor structural, seperti waktu yang tidak memadai, sumber daya dan dukungan Lembaga juga dapat menjadi hambatan dalam kemitraan.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Public Health Association. (2013). The definition and practice of public health nursing. *American Public Health Association, 2013*.
- Beal, J. A. (2012). Academic-Service Partnerships in Nursing: An Integrative Review. *Nursing Research and Practice, 2012*, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/501564>
- Estacio, E. V., Oliver, M., Downing, B., Kurth, J., & Protheroe, J. (2017). Effective partnership in community-based health promotion: Lessons from the health literacy partnership. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph14121550>
- Judith Ann Allender, Cherie Rector, K. D. W. (2010). *Community Health Nursing: promoting and protecting the public's health* (7th ed.). Wolter Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Marques, N., & Rodriguez, E. (2016). Partnerships in Public Health Nursing as an Effective Means to Promote Health Services in Schools. *Journal of Community & Public Health Nursing, 2*(2), 9-10. <https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000119>
- Melo, P., & Alves, O. (2019). Community empowerment and community partnerships in nursing decision-making. *Healthcare (Switzerland), 7*(2), 1-8. <https://doi.org/10.3390/healthcare7020076>
- Nancy Lois Ruth Anderson, J. L., Manuel ángel Oscós-Sánchez, D. V. P., Garcia, G., & Mancha, J. (2014). Approaches to Community Nursing Research Partnerships: A Case Example. *J Transcult Nurs, 2*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1043659613515721>. Approaches
- Yuan, S., & Murphy, J. (2019). Partnership in nursing care: a concept analysis. *Nursing Communications, 3*(1), 21. <https://doi.org/10.53388/tmrin20181029>

## BIODATA PENULIS



**Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS** lahir di Magelang, pada 30 Maret 1987. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Aisyiyah Yogyakarta dan S2 *Community and family Nursing* di Kasetsart University, Thailand. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program studi Ilmu Keperawatan, Universitas Alma Ata Yogyakarta (2012-sekarang). Penulis aktif menulis artikel ilmiah terkait kesehatan lansia dan komunitas yang diterbitkan dalam jurnal nasional maupun internasional. Email penulis [brune@almaata.ac.id](mailto:brune@almaata.ac.id)

# BAB 11

## KONSEP *Primary Health Care* (PHC) / Perawatan Kesehatan Primer

\*Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom\*

### A. Pendahuluan

Tujuan penulisan buku ini adalah memahami *Primary Health Care* (PHC) yang diperkenalkan oleh *World Health Organization* (WHO) sekitar tahun 70-an, dengan tujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Manfaatnya dari PHC adalah produk dan layanan kesehatan esensial yang diperlukan untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, dan mengelola penyakit.

*World Health Essembly* tahun 1977 telah menghasilkan kesepakatan global untuk mencapai kesehatan Bagi Semua atau *Health for All*. Pada tahun 2000 (KBS 2000/HFA *by The Year* 2000), yaitu tercapainya suatu derajat kesehatan yang optimal yang memungkinkan setiap orang hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Pada tahun 1978, konferensi di Alma Ata menetapkan *Primary Health Care* (PHC) sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai Kesehatan Bagi Semua (KBS) atau *Health for All by The Year 2000* (HFA 2000). Dalam konferensi tersebut Indonesia juga ikut menandatangani dan telah mengambil kesepakatan global dengan menyatakan bahwa untuk mencapai kesehatan bagi semua tahun 2000. HFA (2000) kuncinya adalah PHC (*Primary Health Care*) dan bentuk operasional dari PHC tersebut di Indonesia adalah PKMD (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa). PHC merupakan suatu cara untuk mencapai cakupan kesehatan universal dengan pembangunan kesehatan berkelanjutan untuk tahun 2030.

Cakupan kesehatan universal berarti semua individu dan komunitas dapat menerima layanan kesehatan esensial yang mereka butuhkan tanpa mengalami kesulitan keuangan.

Organisasi Kesehatan Dunia melalui UNICEF yang mengidentifikasi perawatan kesehatan primer sebagai salah satu kunci untuk mencapai kesehatan bagi semua. Fokus dari pelayanankesehatan primer luas jangkauannya dan merangkum berbagai aspek masyarakat dan kebutuhan kesehatan. PHC merupakan pola penyajian pelayanan kesehatan dimana konsumen pelayanan kesehatan menjadi mitra dengan profesi dan ikut serta mencapai tujuan umum kesehatan yang lebih baik.

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar dan modal utama untuk hidup, karena setiap manusia berhak untuk hidup dan memiliki kesehatan yang optimal. Kenyataannya tidak semua orang memperoleh atau mampu memiliki derajat kesehatan yang optimal, karena berbagai masalah bersama secara global, diantaranya adalah kesehatan lingkungan yang buruk, sosial ekonomi yang rendah yang menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan gizi, pemeliharaan kesehatan, perididikan dan kebutuhan lainnya. *Primary Health Care* merupakan salah satu pendekatan dan alat untuk mencapai kesehatan bagi semua pada tahun 2000 sebagai tujuan pembangunan kesehatan semesta dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk operasional PHC di Indonesia adalah PKMD dengan berlandaskan kepada Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) yang merupakan ketetapan MPR untuk dilaksanakan dengan melibatkan kerjasama lintas sektoral dari instansi- instansi yang berwenang dalam mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

## **B. Pengertian PHC**

*Primary Health Care* (PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta biaya yang dapat

terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*). PHC merupakan strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk. PHC menekankan pada perkembangan pelayanan kesehatan yang bisa diterima dan terjangkau oleh masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diberikan merupakan upaya esensial yang dapat diraih dengan mengutamakan pada peningkatan layanan kesehatan yang partisipasi masyarakat dalam menentukan sendiri terkait upaya kesehatan yang tepat bagi dirinya.

### **C. Tujuan phc**

Tujuan dari *Primary Health Care* adalah memberikan pelayanan kesehatan utama sesuai dengan kebutuhan masyarakat sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan. Adapun indikator layanan PHC antara lain :

1. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
2. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
3. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
4. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

Tiga unsur utama yang terkandung dalam PHC adalah sebagai berikut :

1. Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
2. Melibatkan peran serta masyarakat
3. Melibatkan kerjasama lintas sektor dan lintas program

### **D. Prinsip PHC**

Prinsip PHC adalah pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan masyarakat yang optimal. Lima prinsip PHC sebagai berikut :

1. Pemerataan upaya kesehatan

Pemerataan upaya kesehatan dimaksudkan agar distribusi perawatan kesehatan primer dan layanan kesehatan lainnya dalam masyarakat, diberikan dengan kualitas layanan kesehatan utama yang sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan, politik, latar belakang budaya, dan kelas sosial.

2. Penekanan pada upaya preventif

Upaya preventif merupakan upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat untuk mencegah terjadinya penyakit, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular.

3. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan

Teknologi medis harus disediakan dan dapat diakses, dijangkau, layak dan dapat diterima oleh berbagai budaya masyarakat (contoh penggunaan alat pendingin untuk penyimpanan vaksin).

4. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian

Peran serta atau partisipasi masyarakat secara maksimal baik dari sumber lokal, nasional maupun sumber daya lainnya. Peran serta masyarakat merupakan proses di mana individu dan keluarga bertanggung jawab atas kesehatan diri mereka sendiri dan orang-orang yang ada di sekitar mereka serta mampu mengembangkan kapasitas sumber daya kesehatan untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat. Partisipasi bisa dalam bentuk kemampuan masyarakat mengidentifikasi kebutuhan kesehatannya atau kemampuan masyarakat pada upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal. Masyarakat secara mandiri dapat berpartisipasi aktif pada upaya peningkatan derajat kesehatan mulai dari lingkungan tempat tinggal, lingkungan masyarakat sekitar, hingga lingkungan yang lebih luas dari jangkauan masyarakat.

5. Kerjasama lintas sektoral dalam membangun kesehatan  
Kerjasama lintas sektoral maupun lintas program dalam membangun kesehatan sangat diperlukan guna meningkatkan promosi kesehatan dan kemandirian masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kerjasama lintas sektor dapat mencakup beberapa elemen yang tersedia di masyarakat, misal : sektor pertanian (diperlukan ketahanan pangan dan jaminan kualitas serta standard keamanan pangan bagi masarakat berdasarkan kesehatan), sektor pendidikan (menyangkut informasi kesehatan baik formal maupun informal pada metode pencegahan, penanganan dan ketrampilan rehabilitasi upaya kesehatan), dan sektor Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) (diperlukan pemantauan kualitas dan ketersediaan Air bersih bagi kebutuhan utama masyarakat dalam menjaga kesehatan).

#### **E. Program PHC**

Delapan Program PHC yaitu :

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan
2. penyakit serta pengendaliannya.
3. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
4. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
5. Kesehatan Ibu dan Anak termasuk KB
6. Imunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
7. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemic setempat
8. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
9. Penyediaan obat-obat essensial

Tanggung jawab Tenaga Kesehatan dalam pelaksanaan program PHC :

1. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan
2. Bekerjasama dengan masyarakat, keluarga, dan individu
3. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat

4. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
5. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

Tanggung jawab tenaga kesehatan untuk melaksanakan program PHC tersebut diperlukan upaya menyeluruh dan terintegrasi. Pelayanan kesehatan yang menyeluruh meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Pelayanan yang integratif artinya pelayanan kesehatan ditujukan kepada semua penduduk karena sebelum ada Puskesmas, pelayanan kesehatan di kecamatan belum terkoordinir secara baik misal terdapat balai pengobatan, balai kesejahteraan Ibu dan Anak, usaha higiene sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit menular, dan sebagainya.

Pelayanan yang menyeluruh dan terintegrasi hendaknya mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

1. Terorganisasi
2. Progresif
3. Berkesinambungan
4. Mencakup beberapa aspek
5. Intim dengan masyarakat
6. Berorientasi kepada keluarga
7. Meliputi kesehatan individu dan masyarakat

PHC dapat dilaksanakan oleh petugas kesehatan pada pemberi layanan utama bidang kesehatan, hendaknya memiliki beberapa unsur atau ruang lingkup sebagai berikut :

1. Pendidikan tentang masalah kesehatan, cara pencegahan dan pengendalian penyakit.
2. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
4. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
5. Immunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
7. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
8. Penyediaan obat-obat esensial

## **F. Karakteristik, Komponen, dan Empat Pilar PHC**

Karakteristik Pelayanan Kesehatan Primer/PHC adalah :

1. Lebih menekankan pencegahan daripada pengobatan
2. Bergantung pada swadaya rumah, partisipasi masyarakat dan teknologi yang dimiliki rakyat yang dapat diterima, sesuai dan terjangkau oleh masyarakat.
3. Menggabungkan pengetahuan ilmiah modern dan teknologi kesehatan yang layak dengan praktik penyembuhan tradisional yang dapat diterima dan efektif dimanfaatkan oleh masyarakat.
4. Harus dibentuk di sekitar pola kehidupan masyarakat.
5. Harus memenuhi kebutuhan masyarakat setempat dan menjadi bagian integral dari sistem perawatan kesehatan nasional.
6. Harus dirumuskan dan dilaksanakan dengan melibatkan penduduk setempat.

Komponen Pelayanan Kesehatan Primer/PHC ada delapan komponen penting yaitu

1. Pendidikan tentang masalah kesehatan umum dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegah dan kendalikan mereka
2. Perawatan kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana
3. Promosi nutrisi yang tepat
4. Imunisasi terhadap penyakit menular utama
5. Pasokan air bersih yang memadai
6. Sanitasi dasar
7. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik lokal
8. Perawatan yang tepat untuk penyakit umum dan cedera.

Empat Pilar Pelayanan Kesehatan Primer/PHC merupakan pelayanan kesehatan primer, bukan hanya sekadar mengobati pasien atau mengimunisasi anak dan sebagainya. Pelayanan Kesehatan Primer/PHC merupakan sebuah etos dan konsep yang dibangun sebagai sebuah sistem. Agar konsep tersebut berhasil, harus menerapkan empat Pilar Pelayanan Kesehatan Primer/PHC sebagai berikut:

1. Partisipasi Masyarakat  
Partisipasi penuh masyarakat dapat dibuktikan melalui keterlibatan masyarakat pada upaya melaksanakan tindakan pencegahan dan penanganan masalah kesehatan.
2. Teknologi Tepat Guna: Teknologi tepat guna adalah teknologi yang secara ilmiah sehat, disesuaikan dengan kebutuhan lokal dan dapat diterima oleh masyarakat. Teknologi tepat guna tersebut dapat digunakan dan dapat dipertahankan oleh masyarakat, sebagai bagian dari kemandirian masyarakat dalam upaya menjaga dan mempertahankan kesehatan. Contoh teknologi tepat guna adalah penggunaan pita/gelang berwarna untuk mengukur lingkaran lengan atas dan penggunaan air kelapa untuk rehidrasi oral.
3. Koordinasi Antar Sektor : Pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan primer yang bersifat preventif dan promotif tidak dapat dilaksanakan secara terpisah oleh berbagai sektor kesehatan. Kerjasama lintas sektor dari berbagai elemen yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan perlu berfungsi secara optimal tidak hanya sektor kesehatan, tetapi juga pendidikan, hukum, tata kota dan desa, pertanian, industri dan sektor lainnya.
4. Distribusi yang Merata : Layanan kesehatan harus tersedia untuk setiap orang di masyarakat dan tidak tergantung pada kemampuan sosial ekonomi seseorang untuk mendapatkan layanan kesehatan terbaik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Barzegari, Javad, et al. (2023). *Delivering Primary Health Care (PHC) Services for Controlling NCDs During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review*. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37495870/> / *Journal of Prevention* : 1-23, diakses tanggal 10 Juli 2023).
- Bitton, Asaf, et al. (2029). *Primary health care system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017*. *BMJ Global Health* 4. Suppl 8 (2019): e001551. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6703296/> diakses tanggal 12 Juli 2023)
- Doshmangir, Leila, Esmaeil Moshiri, and Farshad Farzadfar. (2020) *Seven decades of primary healthcare during various development plans in Iran: a historical review*. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32383619/> *Archives of Iranian medicine* 23.5: 338-352 diakses Tanggal 20 Juli 2023)
- Murphy, Patrick, Fred Burge, and Sabrina T. Wong. (2019) *Measurement and rural primary health care: a scoping review*. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31365828/> *Rural and Remote Health* 19.3: 1-10 diakses Tanggal 20 Juli 2023)
- Sharma, Nila, et al. (2019) *Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: a systematic scoping review*. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31852698/> *BMJ open* 9.12: e031666 diakses Tanggal 24 Juli 2023)

## BIODATA PENULIS



**Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep., Sp.Kom** lahir di Denpasar, pada 4 Desember 1976. Ia tercatat sebagai lulusan Fakultas Ilmu Keperawatan UI dan Program Doktorat Ilmu Kesehatan FKM-Unair. Wanita yang kerap disapa Yessy ini adalah anak dari pasangan Sudarso (ayah) dan Alm. Sri Hartini (ibu). **Yessy Dessy Arna** merupakan Dosen Bidang Ilmu Keperawatan di **Poltekkes Kemenkes Surabaya** dan Praktisi *Wound Care*. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah terpublikasi pada Jurnal Nasional terakreditasi dan jurnal Internasional. Bertugas sebagai Asesor LAM-PTKes dan Penyuluh Anti Korupsi LSP-KPK.

# BAB 12

## Konsep Perilaku Kesehatan dan Perubahan Perilaku

\*Erni Mardiaty, SKM., M. Kes (Epid)\*

### A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan kondisi tubuh optimal baik dalam aspek fisik, mental, dan kesejahteraan kehidupan. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh WHO mengenai definisi kesehatan yaitu kesehatan dinyatakan secara fungsional sebagai sumber daya yang dapat membuat individu mampu untuk menjalani kehidupan yang produktif baik secara individual, sosial, ekonomi (Jacob & Sandjaya, 2018). Definisi kesehatan juga dijelaskan oleh Oktavilantika et al., (2023) sebagai mencapai tujuan hidup dengan menjaga hal multidimensi yaitu fisik, mental, sosial, ekonomi, politik, dan spiritual yang setara pada individual dan komunitas sosial.

Pola-pola perilaku dan kebiasaan tertentu juga dapat menentukan tingkat kesehatan individu. Perilaku kesehatan sangat berhubungan dengan mempertahankan dan memelihara kesehatan dimana jika perilaku kesehatan individu buruk maka akan memberikan dampak yang buruk pula pada kondisi kesehatan (Wati & Ridlo, 2020). Fokus dari perilaku kesehatan menurut Norma (2021) berada dalam berbagai variasi seperti peningkatan perilaku kesehatan, perilaku menjaga kesehatan, menghindari perilaku yang mengancam kesehatan dan perilaku peran kesehatan (kepatuhan dengan peraturan medis). Menurut Rakhmawati et al., (2023) perilaku kesehatan adalah tindakan yang diambil oleh individu yang dapat memengaruhi kesehatan atau kematian.

## B. Konsep Perilaku Kesehatan

### 1. Pengertian perilaku

Perilaku merupakan bagian dari aktivitas suatu organisme. Perilaku adalah apa yang dilakukan organisme atau apa yang diamati oleh organisme lain. Perilaku juga merupakan bagian dari fungsi organisme yang terlibat dalam suatu tindakan. Perilaku merupakan respon atau reaksi terhadap stimulus (rangsang dari luar) (Mahendra et al., 2019). Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Irwan, 2017):

#### a. Bentuk pasif/perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran dan sikap yang terjadi pada seseorang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

#### b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain.

Domain perilaku dapat dibagi kedalam tiga domain: (a) Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. (b) Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respons Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung, melalui pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek secara tidak langsung dilakukan dengan pertanyaan hipotesis, kemudian

dinyatakan pendapat responden. (c) Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Suatu rangsangan akan direspon oleh seseorang sesuai dengan arti rangsangan itu bagi orang yang bersangkutan. Respon atau reaksi ini disebut perilaku, bentuk perilaku dapat bersifat sederhana dan kompleks. Dalam peraturan teoritis, tingkah laku dapat dibedakan atas sikap, di dalam sikap diartikan sebagai suatu kecenderungan potensi untuk mengadakan reaksi (tingkah laku). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi fasilitas yang memungkinkan (Irwan, 2017).

## 2. Perilaku kesehatan

Perilaku sehat adalah tindakan individu, kelompok, dan organisasi termasuk perubahan sosial, pengembangan dan implementasi kebijakan, peningkatan keterampilan koping, dan peningkatan kualitas hidup. Perilaku kesehatan juga didefinisikan sebagai atribut pribadi seperti keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, termasuk keadaan dan sifat afektif dan emosional, dan pola perilaku, tindakan, dan kebiasaan yang jelas terkait dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan promosi kesehatan (Sari & Besral, 2020).

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyektif yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat

(Julismín, 2020). Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori, menurut (Pakpahan et al., 2021) yaitu *preventive* (pencegahan), *illness* (penyakit), dan *sick- role* (peran sakit).

a. *Preventive behavior* (perilaku pencegahan)

Bentuk dari kategori ini dalam perilaku kesehatan adalah dengan individu melakukan pencegahan penyakit dan menjaga kesehatan. Keadaan individu pada tipe kategori ini berada pada kondisi yang sehat dengan perilaku-perilaku yang dilakukan individu mengarah pada gaya hidup dan pemeliharaan kesehatan yang optimal seperti olahraga, diet tinggi serat, dan menggunakan sabuk pengaman atau helm. Tindakan pencegahan ini masuk dalam level *primary prevention*.

b. *Illness behavior* (perilaku sakit)

Perilaku sakit didefinisikan sebagai perilaku yang diambil individu yang menerima keadaan sakit dan mencari bantuan atau informasi mengenai penyakit. Keadaan individu pada tipe kategori ini berada pada kondisi menerima masalah kesehatan dan mencari bantuan. Kategori ini masuk dalam level *secondary prevention*.

c. *Sick-role behavior* (Perilaku peran sakit)

Perilaku peran sakit adalah segala perilaku yang diambil individu untuk merasa lebih baik atau mengobati penyakitnya. Keadaan individu dalam perilaku ini mengalami sakit dan sudah menerima diagnosis. Tindakan yang bisa dilakukan oleh individu seperti melakukan pengobatan, olahraga untuk mengurangi risiko kardiovaskular, dan diet untuk individu yang mengalami obesitas. Bentuk perilaku ini berada pada level *tertiary prevention*.

### C. Strategi Perubahan Perilaku

Beberapa ahli telah memberikan dasar-dasar teori mengenai perubahan perilaku individu kearah kesehatan yang lebih baik dan optimal. Para tenaga kerja professional

melakukan beberapa intervensi tertentu dalam pekerjaannya seperti merubah perilaku kesehatan organisasi atau individual, serta dengan menggunakan tipe-tipe pendekatan perubahan perilaku kesehatan dengan level yang berbeda dibutuhkan untuk mempertahankan dan meningkatkan keefektifan perubahan perilaku (Rachmawati, 2019).

Menurut (Muzdalia et al., 2022) beberapa metode teori membantu tenaga kesehatan dan peneliti mengetahui apa yang individu percayai mengenai kesehatan, mengapa individu mengambil suatu perilaku yang memengaruhi kesehatan, serta bagaimana mempertahankan perubahan perilaku menuju perilaku sehat. Berhimpong et al., (2020) menyatakan bahwa daya tarik teori individual dalam perubahan perilaku kesehatan berada pada potensialnya yang kuat untuk menambah informasi di bidang penelitian kesehatan. Dengan penggunaan teori dapat menjadi dasar pengembangan dalam intervensidan evaluasi yang dapat membantu mengidentifikasi penentu utama dalam pengukuran perubahan perilaku kesehatan individu.

Meningkatkan perilaku sehat dan mengurangi perilaku yang menimbulkan risiko kesehatan adalah tantangan utama yang dihadapi profesional kesehatan. Berikut ini adalah strategi perubahan perilaku kesehatan yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk dapat mengubah perilaku kesehatan kliennya (Pakpahan et al., 2021):

1. Meningkatkan kesadaran

Model *transtheoretical* menekankan pentingnya meningkatkan kesadaran ketika klien tidak memiliki niat untuk mengubah perilaku atau baru mulai mempertimbangkan untuk mengubah perilaku. Penting untuk menilai alasan mengapa seseorang tidak ingin berkomitmen untuk berubah, seperti kurangnya pengetahuan, kurangnya keterampilan, kurangnya sumber daya dan dukungan, dan kurangnya waktu. Peningkatan kesadaran sangat penting untuk membantu klien menjadi sadar akan masalah kesehatan atau perilaku yang perlu

ditangani. Tenaga kesehatan dapat menggunakan alat bantu berupa literasi dan audio visual sesuai dengan budaya dan preferensi pribadi pasien.

2. Mengevaluasi kembali diri sendiri

Hal ini mengacu pada *social cognitive theory* yang menjelaskan bahwa perubahan dihasilkan dari adanya ketidakpuasan dalam diri seseorang yang mengarah pada penilaian seseorang terkait dengan perilakunya. Misalnya, apakah saya akan lebih menyukai diri saya jika saya berhenti merokok? Ketika klien yakin bahwa mereka dapat mengatasi hambatan, mereka akan cenderung mengubah perilakunya. Ketika klien tidak yakin bahwa mereka dapat berubah, maka tenaga kesehatan harus menilai alasan kenapa klien menolak untuk berubah dan hambatan yang dirasakan saat klien ingin berubah.

3. Menetapkan tujuan untuk berubah

Jika klien siap untuk berubah, maka mereka harus membuat komitmen dan mengembangkan rencana tindakan untuk memulai perilaku baru. Membuat komitmen adalah strategi yang efektif untuk memulai perubahan. Tujuan harus ditetapkan oleh klien dan tenaga kesehatan dapat menasihati klien. Misalnya, klien membuat tujuan untuk berjalan 10 menit setiap hari untuk satu minggu. Klien harus yakin bahwa tujuannya dapat tercapai karena dapat membangun kepercayaan dirinya.

4. Mempromosikan efikasi diri

Klien harus difasilitasi untuk dapat melakukan perilaku sesuai dengan tujuan. Tenaga kesehatan juga harus memberikan umpan balik yang positif sehingga dapat meningkatkan efikasi diri klien. Belajar dari pengalaman orang lain dan mengamati perilaku orang lain adalah salah satu strategi kognitif sosial yang paling efektif untuk meningkatkan efikasi diri. Berikut beberapa pertimbangan yang dapat dilakukan untuk menghasilkan perubahan perilaku:

- a. Klien harus dapat berbagi tentang jenis kelamin, usia, etnis, ras, dan bahasa.
  - b. Klien harus memiliki kesempatan untuk mengamati perilaku yang diinginkan.
  - c. Klien harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk terlibat dalam perilaku.
  - d. Klien perlu merasakan manfaat dari terlibat dalam perilaku target.
  - e. Klien perlu memiliki kesempatan untuk mempraktikkan perilaku.
5. Meningkatkan manfaat dari adanya perubahan  
Pemberian *reward* atau penguatan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan manfaat dari perubahan perilaku. Pentingnya penguatan didasarkan pada premis bahwa semua perilaku ditentukan oleh konsekuensi. Jika konsekuensinya positif, perilaku tersebut kemungkinan besar akan terjadi lagi. Namun, jika konsekuensinya negatif, kecil kemungkinan perilaku tersebut akan terulang kembali. Pemberian penguatan positif lebih efektif dalam mengubah perilaku daripada pemberian penguatan atau hukuman negatif (pengalaman yang tidak menyenangkan).
6. Menggunakan *clue* untuk melakukan perubahan  
Penggunaan petunjuk tidak dapat dihilangkan sama sekali tetapi dapat dikurangi atau dibatasi. Misalnya, saat makan hanya memilih salad dan sayuran di atas makanan lain.
7. Mengelola hambatan untuk berubah  
Adanya hambatan untuk berubah merupakan konstruk utama dalam *health belief model*, *the social cognitive model*, dan *the health promotion model*. Contoh hambatan internal adalah:
- a. Tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang tidak jelas.
  - b. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan.
  - c. Kurangnya sumber daya.
  - d. Kurang motivasi.
  - e. Kurang dukungan

Hambatan seperti ini sering kali perlu diatasi saat memulai proses perubahan dengan meningkatkan kesadaran mengevaluasi kembali diri sendiri.

## DAFTAR PUSTAKA

- Berhimpong, M. J. A., Rattu, A. J. M., & Pertiwi, J. M. (2020). Analisis Implementasi Aktivitas Fisik Berdasarkan Health Belief Model oleh Tenaga Kesehatan di Puskesmas. *Journal of Public Health and Community Medicine*, 1(4), 54–62.
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan*.
- Jacob, D. E., & Sandjaya. (2018). Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua. *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan (JNIK)*, 1(69), 1–16. <https://journal.unhas.ac.id/index.php/jnik/index>
- Julismin. (2020). Gambaran Pelayanan dan Perilaku Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Geografi*, Vol. 5(No. 1), 123–134. <https://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/geo/article/viewFile/8153/6798>
- Mahendra, D., Jaya, I. M. M., & Lumban, A. M. R. (2019). Buku Ajar Promosi Kesehatan. *Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI*, 1–107.
- Muzdalia, I., Sri Darmawan, Sakka, L., & Muzakkir. (2022). Belajar Promosi Kesehatan. In *Jurnal Penelitian Pendidikan Guru Sekolah Dasar* (Vol. 6, Issue August).
- Norma, N. D. R. F. A. Y. S. (2021). Pengetahuan remaja tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sebagai upaya pencegahan COVID-19 di wilayah kerja puskesmas Klasaman kota Sorong. *PengabdianMu: Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(5), 536–542. <http://journal.umpalangkarya.ac.id/index.php/pengabdianmu/article/view/2088>
- Oktavilantika, D. M., Suzana, D., Damhuri, T. A., Kesehatan, I., & Gunadarma, U. (2023). Literature Review : Promosi Kesehatan dan Model Teori Perubahan Perilaku Kesehatan. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7(2018), 1480–1494. [file:///D:/doc/ners/kian/6007-Article Text-11375-1-10-20230412.pdf](file:///D:/doc/ners/kian/6007-Article%20Text-11375-1-10-20230412.pdf)
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Tasnim, Mustar,

- Ramdany, R., Manurung, E. I., & Sianturi, E. (2021). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. In *Yayasan Kita Menulis*.
- Rachmawati, W. C. (2019). Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku. In *Jakarta: Rineka Cipta*.
- Rakhmawati, N. S., Dewi, P. N. Y., Kartika, E., & Iswanto. (2023). Risk Factors Of Occupational Diseases In Scavengers At TPST RDF, Cilacap District. *Jurnal Kesehatan Global*, 6(2), 81–89.
- Sari, N. I., & Besral, B. (2020). Penggunaan mHealth Mampu Memperbaiki Perilaku Kesehatan Pasien Penyakit Tidak Menular. *Jurnal Biostatistik, Kependudukan, Dan Informatika Kesehatan*, 1(1), 57.  
<https://doi.org/10.51181/bikfokes.v1i1.4090>
- Wati, P. D. C. A., & Ridlo, I. A. (2020). Hygienic and Healthy Lifestyle in the Urban Village of Rangkah Surabaya. *Jurnal PROMKES*, 8(1), 47.  
<https://doi.org/10.20473/jpk.v8.i1.2020.47-58>

## BIODATA PENULIS



Erni Mardiyati. SKM. M.Kes Epid. dilahirkan di Semarang, Maret 1967. Menyelesaikan pendidikan Starta Satu pada tahun 2006 di Universitas Diponegoro Semarang. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Epidemiologi di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2011. tahun 1998 aktif mengajar di Sekolah pengatur rawat Gigi Semarang. Pada tahun 2001 sampai sekarang aktif mengajar di Program Studi Diploma III Jurusan kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Semarang hingga tahun 2020. Pada tahun 2020 aktif mengajar di Poltekkes Kemenkes Jakarta 1 hingga sekarang. aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi.

# BAB 13

## Konsep Dasar Pencegahan Penyakit

Winda Triana, S.Pd., M.Pd

### A. Pendahuluan

Menurut kamus besar bahasa indonesia (KBBI), defenisi tentang pencegahan penyakit mengacu pada pengertian kata 'pencegahan' dan kata 'penyakit'. pencegahan menurut KBBI adalah sebuah langkah-langkah untuk mencegah sesuatu. sedangkan penyakit adalah suatu hal yang menyebabkan gangguan kesehatan pada makhluk hidup, maka dapat disimpulkan jika pencegahan penyakit adalah langkah-langkah yang dilakukan mencegah terjadinya gangguan kesehatan pada makhluk hidup.

Pencegahan penyakit atau yang dalam bahasa inggris dikenal sebagai *disease prevention* adalah langkah atau cara yang bisa ditempuh untuk mencegah terjadinya penyakit.pencegahan peyakit dilakukan untuk menyembuhkan dan mengobati berbagai gejala yang mungkin muncul.

### B. Pengertian Pencegahan Penyakit

Pencegahan adalah mengambil suatu tindakan yang diambil terlebih dahulu sebelum kejadian, dengan didasarkan pada data/keterangan yang bersumber dari hasil analisis epidemiologi atau hasil pengamatan/penelitian epidemiologi (Nasry, 2006).

Pencegahan merupakan komponen yang paling penting dari berbagai aspek kebijakan publik (sebagai contoh pencegahan kejahatan, pencegahan penyalahgunaan anak, keselamatan berkendara), banyak juga yang berkontribusi secara langsung maupun tidak langsung untuk kesehatan.

Leavell dan Clark (1965) dalam bukunya Preventive

medicine for the doctors in his community, mengenalkan konsep yang menarik dalam pemikiran tentang tindakan preventif untuk semua jenis penyakit yang dinamakan LEVELS OF PREVENTION atau tingkatan tahapan pencegahan. Konsep pencegahan adalah suatu bentuk upaya sosial untuk promosi, melindungi, dan mempertahankan kesehatan pada suatu populasi tertentu (National Public Health Partnership, 2006).

### **C. Tingkatan tahapan pencegahan**

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan sesuai dengan perkembangan patologi penyakit itu dari waktu ke waktu, sehingga upaya pencegahan itu dibagi atas berbagai tingkat sesuai dengan perjalanan penyakit. Pencegahan tingkat awal dan pertama berhubungan dengan keadaan penyakit yang masih dalam tahap prepatogenesis, sedangkan pencegahan tingkat kedua dan ketiga sudah berada dalam keadaan pathogenesis atau penyakit sudah tampak.

### **D. Bentuk-bentuk upaya pencegahan penyakit**

Upaya yang dilakukan pada setiap tingkat itu meliputi bentuk upaya pencegahan sebagai berikut:

1. Pencegahan tingkat awal (primordial prevention)
  - a. Pemantapan status kesehatan (underlying condition)
  - b. Pencegahan tingkat pertama (Primary Prevention)
  - c. Promosi kesehatan (health promotion)
  - d. Pencegahan khusus
2. Pencegahan tingkat kedua (Secondary Prevention)
  - a. Diagnosis awal dan pengobatan tepat (early diagnosis and prompt treatment)
  - b. Pembatasan kecacatan (disability limitation)
3. Pencegahan tingkat ketiga (Tertiary Prevention)  
Rehabilitasi (rehabilitation)

Tabel 1. 4 Tingkat pencegahan menurut fase penyakit

Tingkat pencegahan	Fase penyakit
Pencegahan tingkat dasar Primordial prevention	Kondisi normal kesehatan
pencegahan tingkat pertama Primary Prevention	Promosi kesehatan dan pencegahan khusus
pencegahan tingkat kedua Secondary Prevention	diagnosis dini serta pengobatan yang tepat Fase patogenesis awal
Tertiary Prevention	pencegahan terhadap terjadinya cacat dan terakhir adalah rehabilitasi Fase lanjut (pengobatan dan rehabilitasi)

Sumber : Beoglehole, WHO 1993

#### 4 tingkat pencegahan penyakit

##### 1. Pencegahan tingkat Dasar (Primordial Prevention)

Pencegahan tingkat dasar merupakan usaha mencegah terjadinya risiko atau mempertahankan keadaan risiko rendah dalam masyarakat terhadap penyakit secara umum. Tujuan primordial prevention ini adalah untuk menghindari terbentuknya pola hidup social-ekonomi dan cultural yang mendorong peningkatan risiko penyakit. Pencegahan ini meliputi usaha memelihara dan mempertahankan kebiasaan atau pola hidup yang sudah ada dalam masyarakat yang dapat mencegah meningkatnya risiko terhadap penyakit dengan melestarikan pola atau kebiasaan hidup sehat dapat mencegah atau mengurangi tingkat risiko terhadap penyakit tertentu atau terhadap berbagai penyakit secara umum. Contohnya seperti memelihara cara makan, kebiasaan berolahraga, dan kebiasaan lainnya dalam usaha mempertahankan tingkat risiko yang rendah terhadap berbagai penyakit tidak menular.

Pencegahan tingkat dasar ini dapat dilakukan dengan usaha mencegah timbulnya kebiasaan baru dalam masyarakat atau mencegah generasi yang sedang tumbuh untuk tidak melakukan kebiasaan hidup yang dapat

menimbulkan risiko terhadap berbagai penyakit seperti kebiasaan merokok, minum alkohol dan sebagainya.

Sasaran pencegahan tingkat dasar ini terutama kelompok masyarakat usia muda dan remaja dengan tidak mengabaikan orang dewasa dan kelompok manula. Pencegahan awal ini diarahkan untuk mempertahankan kondisi dasar atau status kesehatan masyarakat yang bersifat positif yang dapat mengurangi kemungkinan suatu penyakit atau faktor risiko yang bersifat sosial atau berhubungan dengan gaya hidup atau pola makan. Upaya awal terhadap tingkat pencegahan primordial merupakan upaya mempertahankan kondisi kesehatan yang positif yang dapat melindungi masyarakat dari gangguan kondisi kesehatan yang sudah baik.

## **2. Pencegahan Tingkat Pertama (Primary Prevention)**

Pencegahan tingkat pertama merupakan upaya untuk mempertahankan orang yang sehat agar tetap sehat atau mencegah orang yang sehat menjadi sakit (Eko budiarto, 2001). Pencegahan tingkat pertama (primary prevention) dilakukan dengan dua cara :

- a. Menjauhkan agen agar tidak dapat kontak atau memapar penjamu
- b. Menurunkan kepekaan penjamu. Intervensi ini dilakukan sebelum perubahan

Pencegahan tingkat pertama merupakan suatu usaha pencegahan penyakit melalui usaha-usaha mengatasi atau mengontrol faktor-faktor risiko dengan sasaran utamanya orang sehat melalui usaha peningkatan derajat kesehatan secara umum (promosi kesehatan) serta usaha pencegahan khusus terhadap penyakit tertentu. Tujuan pencegahan tingkat pertama adalah mencegah agar penyakit tidak terjadi dengan mengendalikan agent dan faktor determinan.

Pencegahan penyakit tingkat pertama dibagi dalam usaha peningkatan derajat kesehatan dan usaha pencegahan khusus anatar lain:

- a. Usaha peningkatan derajat kesehatan (*health promotion*) atau pencegahan umum meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan masyarakat secara optimal, mengurangi peranan penyebab dan derajat risiko serta meningkatkan lingkungan yang sehat secara optimal. contohnya makan makanan bergizi seimbang, berperilaku sehat, meningkatkan kualitas lingkungan untuk mencegah terjadinya penyakit misalnya, menghilangkan tempat berkembang biaknya kuman penyakit, mengurangi dan mencegah polusi udara, menghilangkan tempat berkembang biaknya vektor penyakit misalnya genangan air yang menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk Aedes atau terhadap agent penyakit seperti misalnya dengan memberikan antibiotic untuk membunuh kuman.
- b. Usaha pencegahan khusus (*specific protection*) merupakan usaha yang terutama ditujukan kepada pejamu dan atau pada penyebab untuk meningkatkan daya tahan maupun untuk mengurangi risiko terhadap penyakit tertentu. Contohnya yaitu imunisasi atau proteksi bahan industry berbahaya dan bising, melakukan kegiatan kumur-kumur dengan larutan Flour untuk mencegah terjadinya karies pada gigi. Sedangkan terhadap kuman penyakit misalnya mencuci tangan dengan larutan antiseptic sebelum operasi untuk mencegah infeksi, mencuci tangan dengan sabun sebelum makan untuk mencegah penyakit diare.

Pencegahan pertama dilakukan pada masa sebelum sakit yang dapat berupa :

- a. Penyuluhan kesehatan yang intensif.
- b. Perbaikan gizi dan penyusunan pola menu gizi yang adekuat.
- c. Pembinaan dan pengawasan terhadap pertumbuhan balita khususnya anak-anak, dan remaja pada umumnya.
- d. Perbaikan perumahan sehat.
- e. Kesempatan memperoleh hiburan yang sehat untuk memungkinkan pengembangan kesehatan mental maupu sosial.

- f. Nasihat perkawinan dan pendidikan seks yang bertanggung jawab.
- g. Pengendalian terhadap faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi timbulnya suatu penyakit.
- h. Perlindungan terhadap bahaya dan kecelakaan kerja.

3. **Pencegahan tingkat kedua (secondary prevention)**

**Sasaran utama** pada mereka yang baru terkena penyakit atau yang terancam akan menderita penyakit tertentu melalui diagnosis dini untuk menemukan status patogeniknya serta pemberian pengobatan yang cepat dan tepat.

- a. **Tujuan utama** pencegahan tingkat kedua ini, antara lain untuk mencegah meluasnya penyakit menular dan untuk menghentikan proses penyakit lebih lanjut, mencegah komplikasi hingga pembatasan cacat.
- b. **Usaha pencegahan** penyakit tingkat kedua secara garis besarnya dapat dibagi dalam diagnosa dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment) serta pembatasan cacat.
- c. **Tujuan utama** ialah mencegah penyebaran penyakit bila penyakit ini merupakan penyakit menular, dan tujuan utama dari pengobatansegera adalah untuk mengobati dan menghentikan proses penyakit, menyembuhkan orang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi dan cacat. Cacat yang terjadi diatasi terutama untuk mencegah penyakit menjadi berkelanjutan hingga mengakibatkan terjadinya kecacatan yang lebih baik lagi.
- d. Kegiatan pencegahan tingkat kedua menemukan penderita secara aktif pada tahap dini. Kegiatan ini meliputi :
  - 1) Pemeriksaan berkala pada kelompok populasi tertentu seperti pegawai negeri, buruh/ pekerja perusahaan tertentu, murid sekolah dan mahasiswa serta kelompok tentara, termasuk pemeriksaan kesehatan bagi calon mahasiswa, calon pegawai,

- calon tentara serta bagi mereka yang membutuhkan surat keterangan kesehatan untuk kepentingan tertentu
- 2) Penyaringan (screening) yakni pencarian penderita secara dini untuk penyakit yang secara klinis belum tampak gejala pada penduduk secara umum atau pada kelompok risiko tinggi
  - 3) Surveilans epidemiologi yakni melakukan pencatatan dan pelaporan secara teratur dan terus-menerus untuk mendapatkan keterangan tentang proses penyakit yang ada dalam masyarakat, termasuk keterangan tentang kelompok risiko tinggi.

Selain itu, pemberian pengobatan dini pada mereka yang dijumpai menderita atau pemberian kemoprofilaksis bagi mereka yang sedang dalam proses patogenesis termasuk mereka dari kelompok risiko tinggi penyakit menular tertentu.

#### **4. Pencegahan tingkat ketiga (tertiary prevention)**

Pencegahan pada tingkat ketiga ini merupakan pencegahan dengan sasaran utamanya adalah penderita penyakit tertentu, dalam usaha mencegah bertambah beratnya penyakit atau mencegah terjadinya cacat serta program rehabilitasi.

Tujuan utamanya mencegah proses penyakit lebih lanjut, seperti pengobatan dan perawatan khusus penderita kencing manis, tekanan darah tinggi, gangguan saraf dan lain-lain serta mencegah terjadinya cacat maupun kematian karena penyebab tertentu, serta usaha rehabilitasi.

Rehabilitasi merupakan usaha pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial seoptimal mungkin yang meliputi rehabilitasi fisik/medis (seperti pemasangan protese), rehabilitasi mental (*psychorehabilitation*) dan rehabilitasi sosial, sehingga setiap individu dapat menjadi anggota masyarakat yang produktif dan berdaya guna.

Pencegahan timbulnya penyakit dikenal dengan istilah 5

Level Of Prevention Against Diseases. Leavel dan Clark dalam bukunya *Preventive Medicine For The Doctor In His Community* mengemukakan adanya tiga tingkatan dalam proses pencegahan terhadap timbulnya suatu penyakit. Kedua tingkatan utama tersebut meliputi hal-hal sebagaiberikut :

1. Fase sebelum sakit

Fase re-pathogenesis dengan tingkat pencegahan yang disebut pencegahan primer (*primary prevention*). Fase ini ditandai dengan adanya keseimbangan antara agent (kuman penyakit/ penyebab), host (pejamu) dan environment (lingkungan).

2. Fase selama proses sakit

Fase pathogenesis, terbagi dalam 2 tingkatan pencegahan yang disebut pencegahan sekunder (*secondary prevention*) dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*). Fase ini dimulai dari pertama kali seorang terkena sakit yang pada akhirnya memiliki kemungkinan sembuh atau mati.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, Eko & Anggraeni, Dewi. 2013. Pengantar Epidemiologi. Jakarta: BukuKedokteran EGC
- Bustan, M.N. 2007. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Rineka Cipta
- Notosoedirdjo & Latipun. 2005. Kesehatan Mental, Konsep, dan Penerapan. Jakarta:UMM Press
- Ryadi, A.L. Slamet & Wijayanti, T. 2014. Dasar-Dasar Epidemiologi Edisi ke-2. Jakarta: Salemba Medika
- Loveday.dkk. 2014. National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare Associated Infections in NHS Hospitals in England. Journal of Hospital Infection. Vol 86: hal 1.
- Rivai. 2005. Ilmu Kesehatan Masyarakat Dan Kedokteran Pencegahan . Jurnal Mutiara Kesehatan Indonesia. Vol 1, No. 1, edisi Juni 2005
- Nasrin, dkk. 2002. Himpunan Bahan Kuliah Epidemiologi Penyakit Tidak Menular.Jakarta : UI Press
- [https://.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PP%20NO.%2040%20TH%201991%20ttg%20penanggulangan%20Wabah%20Penyakit%20Menular.pdf](https://.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PP%20NO.%2040%20TH%201991%20ttg%20penanggulangan%20Wabah%20Penyakit%20Menular.pdf)

## BIOGRAFI PENULIS



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

model ini, oleh karena itu, gunakan metode analitik jalur. Ada sebuah sejumlah studi empiris yang telah menerapkan HAPA dan mengkonfirmasi kegunaannya (untuk gambaran umum, lihat Schwarzer & Luszczynska, 2015). Tidak selalu ada kecocokan sempurna antara model dan dunia nyata aplikasi. Karena adanya variasi dalam pertanyaan penelitian dan kendala kontekstual, seringkali ada lebih banyak lagi versi HAPA yang pelit yang bertujuan untuk pemeriksaan hanya aspek tertentu dari model. Di dalam beberapa kasus, misalnya, belum mencukupi validitas diskriminan antara perencanaan tindakan dan mengatasi perencanaan, jadi lebih disukai untuk meruntuhkannya dua aspek menjadi satu konstruksi perencanaan (Zhou, Gan, Ke, Knoll, Lonsdale, & Schwarzer, 2016). Di tempat lain kasus, belum ada diskriminan yang memadai validitas antara efikasi diri mengatasi dan efikasi diri pemulihan, dan oleh karena itu, keduanya digabungkan menjadi satu sebuah konstruksi yang diberi nama efikasi diri kemauan (Craciun, Schüz, Lippke, & Schwarzer, 2012).

4. Ilustrasi empiris perubahan perilaku: Desain mediator

HAPA bukanlah teori yang mudah diuji yang dapat dibantah oleh data. Lebih tepatnya, ini adalah kerangka kerja arsitektur terbuka yang berfungsi sebagai panduan untuk penelitian dan praktik. Oleh karena itu, studi bervariasi dalam jumlah dan jenis konstruk yang mereka gunakan. Juga, beberapa studi memilih jendela model yang sempit, misalnya, dengan melihat sisi volisional saat menghadapi sampel individu yang sudah cukup termotivasi untuk perubahan perilaku.

## DAFTAR PUSTAKA

- Biddle, SJH, & Fuchs, R. (2009). Psikologi latihan: Pandangan dari Eropa. *Psikologi Olahraga dan Latihan*, 10, 410–419.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.). (2005). *Memprediksi perilaku kesehatan: Penelitian dan praktik dengan model kognisi sosial (Edisi ke-2nd)*. Buckingham, Inggris: Open University Press .
- Gollwitzer, PM, & Sheeran, P. (2006). Niat implementasi dan pencapaian tujuan: Sebuah meta-analisis efek dan proses. *Kemajuan dalam Psikologi Sosial Eksperimental* , 38, 69–119.
- Lippke, S., & Ziegelmann, JP (2008). Perubahan perilaku kesehatan berbasis teori: Mengembangkan, menguji dan menerapkan teori untuk intervensi berbasis bukti. *Psikologi Terapan: Tinjauan Internasional*, 57, 698–716.
- Luszczynska, A., Tryburcy, M., & Schwarzer, R. (2007). Meningkatkan konsumsi buah dan sayur: Intervensi efikasi diri dibandingkan dengan kombinasi efikasi diri dan intervensi perencanaan. *Penelitian Pendidikan Kesehatan*, 22, 630–638.
- Scholz, U., Schüz, B., Ziegelmann, JP, Lippke, S., & Schwarzer, R. (2008). Di luar niat berperilaku: Perencanaan memediasi antara niat dan aktivitas fisik. *Jurnal Psikologi Kesehatan Inggris*, 13, 479–494.
- Schüz, B., Sniehotta, FF, Mallach, N., Wiedemann, A., & Schwarzer, R. (2009). Memprediksi transisi dari tahap perubahan yang disengaja, disengaja, dan tindakan: Kepatuhan terhadap rekomendasi perawatan diri lisan. *Penelitian Pendidikan Kesehatan*, 24, 64–75. doi : 10.1093/dia/cym092
- Schwarzer, Ralf (2014-06-11). Schwarzer, Ralf (ed.). *Efikasi Diri* . doi : 10.4324/9781315800820 . ISBN 9781317763703.
- Sniehotta, FF (2009). Menuju teori perubahan perilaku yang disengaja: Rencana, perencanaan, dan pengaturan diri . *Jurnal Psikologi Kesehatan Inggris*, 14, 261–273.
- Sniehotta, FF, Scholz, U., & Schwarzer, R. (2006). Rencana tindakan dan rencana penanggulangan untuk latihan fisik: Sebuah

- studi intervensi longitudinal dalam rehabilitasi jantung. *Jurnal Psikologi Kesehatan Inggris*, 11, 23-37.
- Sniehotta, FF, Schwarzer, R., Scholz, U., & Schüz, B. (2005). Perencanaan tindakan dan perencanaan penanggulangan untuk perubahan gaya hidup jangka panjang: Teori dan penilaian. *Jurnal Psikologi Sosial Eropa*, 35, 565-576.
- Sutton, S. (2005). Model tahapan perilaku kesehatan. Dalam M. Conner & P. Norman (Eds.), *Memprediksi perilaku kesehatan: Penelitian dan praktik dengan model kognisi sosial* (edisi ke-2, hlm. 223-275). Maidenhead, Inggris: Open University Press.
- Wiedemann, AU, Lippke, S., Reuter, T., Schüz, B., Ziegelmann, JP, & Schwarzer, R. (2009). Prediksi transisi tahapan asupan buah dan sayur. *Penelitian Pendidikan Kesehatan*, 24, 596-607. doi : 10.1093/dia/cym092 .
- Wiedemann, AU, Schüz, B., Sniehotta, FF, Scholz, U., & Schwarzer, R. (2009). Menguraikan hubungan antara niat, perencanaan, dan perilaku: Analisis mediasi yang dimoderasi. *Psikologi & Kesehatan*, 24 (1), 67-79.
- Wilson, Hollie; Sheehan, Maria; Palk, Gavan; Watson, Angela (2016). "Efisiensi diri, perencanaan, dan mengemudi dalam keadaan mabuk: Menerapkan pendekatan proses tindakan kesehatan". *Psikologi Kesehatan* . 35 (7): 695-703. doi : 10.1037/hea0000358 . PMID 27195901 .

## BIODATA PENULIS



**Dr. Getruida Banon H Alow, SPd. MKes**, menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Pajajaran Bandung, melanjutkan Program Sarjana di Institut Keguruan Ilmu Pendidikan, menyelesaikan Program Magister Manajemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Kesehatan Ibu & Anak/ Kesehatan Reproduksi UGM Yogyakarta, selanjutnya menyelesaikan Program S3 minat Manajemen Sumber Daya Manusia di Universitas Negeri Jakarta, saat ini sebagai Dosen Tetap di Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado



PT MEDIA PUSTAKA INDO  
Jl. Merdeka RT4/RW2  
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah  
No hp. 0838 6333 3823  
Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)  
E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

