

Editor :

Dr. Nani Yuniar, M.Kes.

Ida Mardhiah Afrini Kasman, S.KM., M.Kes.



KONSEP DAN STRATEGI **PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU**

Harmanto | Nina Mardiana | Sari Aldilawati | Muhammad Jayadi Abdi
Yuhelva Destri | Arni Widyastuti | Rosmaladewi Talli | Sri Hazanah
Lendrawati | Rahmi Kurnia Gustin | Wahyu Ratri Sukmaningsih
Ifa Aris Suminingtyas



KONSEP DAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Buku Konsep dan Strategi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 12 Bab

- Bab 1 Konsep Prinsip dan Lingkup Promosi Kesehatan
- Bab 2 Promosi Kesehatan dalam Lima Tingkat Pencegahan
- Bab 3 Strategi Promosi Kesehatan
- Bab 4 Perilaku dan Domain Perilaku
- Bab 5 Model dan Nilai Promosi Kesehatan
- Bab 6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan
- Bab 7 Inovasi Promosi Kesehatan
- Bab 8 Perencanaan dan Implementasi Program Promosi Kesehatan
- Bab 9 Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan
- Bab 10 Media dan Komunikasi dalam Promosi Kesehatan
- Bab 11 Pendidikan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- Bab 12 Penanganan Penyakit Menular Melalui Promosi Kesehatan



0858 5343 1992
eurekamediaaksara@gmail.com
Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362

ISBN 978-634-246-276-6



KONSEP DAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Ns. Harmanto, S.Kep., M.Kep.
Dr. Nina Mardiana, M.Kes.
drg. Sari Aldilawati, M.Kes.
drg. Muhammad Jayadi Abdi, M.Kes.
Yuhelva Destri, S.KM., M.Kes.
Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes.
drg. Rosmaladewi Talli, S.KG., M.Kes.
Sri Hazanah, S.ST., S.KM., MPH.
Dr. drg. Lendrawati, MD.Sc.
Rahmi Kurnia Gustin, S.KM., M.Kes.
Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM.
apt. Ifa Aris Suminingtyas, M.Farm.



eureka
media aksara

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

KONSEP DAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Penulis : Ns. Harmanto, S.Kep., M.Kep. | Dr. Nina Mardiana. M.Kes. | drg. Sari Aldilawati, M.Kes. | drg. Muhammad Jayadi Abdi, M.Kes. | Yuhelva Destri, S.KM., M.Kes. | Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes. | drg. Rosmaladewi Talli, S.KG., M.Kes. | Sri Hazanah, S.ST., S.KM., MPH. | Dr. drg. Lendrawati, MD.Sc. | Rahmi Kurnia Gustin, S.KM., M.Kes. | Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM. | apt. Ifa Aris Suminingtyas, M.Farm.

Editor : Dr. Nani Yuniar, M.Kes.
Ida Mardhiah Afrini Kasman, S.KM., M.Kes.

Desain Sampul : Firman Isma'il

Tata Letak : Laelatul Qodriyah

ISBN : 978-634-248-276-6

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, AGUSTUS 2025**
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.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan buku ini. Penulisan buku merupakan buah karya dari pemikiran penulis yang diberi judul “Konsep dan Strategi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku”. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih pada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Sehingga buku ini bisa hadir di hadapan pembaca.

Buku Konsep dan Strategi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 12 Bab

- Bab 1 Konsep Prinsip dan Lingkup Promosi Kesehatan
- Bab 2 Promosi Kesehatan dalam Lima Tingkat Pencegahan
- Bab 3 Strategi Promosi Kesehatan
- Bab 4 Perilaku dan Domain Perilaku
- Bab 5 Model dan Nilai Promosi Kesehatan
- Bab 6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan
- Bab 7 Inovasi Promosi Kesehatan
- Bab 8 Perencanaan dan Implementasi Program Promosi Kesehatan
- Bab 9 Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan
- Bab 10 Media dan Komunikasi dalam Promosi Kesehatan
- Bab 11 Pendidikan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- Bab 12 Penanganan Penyakit Menular Melalui Promosi Kesehatan

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga buku ini akan membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP PRINSIP DAN LINGKUP PROMOSI KESEHATAN	1
A. Pendahuluan	1
B. Konsep Promosi Kesehatan	2
C. Prinsip Promosi Kesehatan.....	3
D. Lingkup Promosi Kesehatan.....	5
E. Sejarah Promosi Kesehatan.....	7
F. Tingkat Program Promosi Kesehatan.....	9
DAFTAR PUSTAKA.....	11
BAB 2 PROMOSI KESEHATAN DALAM LIMA TINGKAT PENCEGAHAN	14
A. Promosi Kesehatan.....	14
B. Pencegahan Penyakit	17
DAFTAR PUSTAKA.....	25
BAB 3 STRATEGI PROMOSI KESEHATAN	26
A. Pendahuluan	26
B. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	29
C. Media dan Alat Peraga Promosi Kesehatan	32
D. Inovasi dalam Strategi Promosi Kesehatan	35
E. Evaluasi Strategi Promosi Kesehatan	36
DAFTAR PUSTAKA.....	38
BAB 4 PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU	40
A. Pendahuluan	40
B. Batasan Perilaku	41
C. Konsep Dasar Perilaku Kesehatan Masyarakat	43
D. Domain Perilaku.....	47
E. Pengetahuan (<i>Knowledge</i>)	48
F. Sikap (<i>Attitude</i>)	49
G. Praktik atau Tindakan (<i>Practice</i>).....	50
DAFTAR PUSTAKA.....	53
BAB 5 MODEL DAN NILAI PROMOSI KESEHATAN	54
A. Pendahuluan	54
B. <i>Health Belief Model</i> (Model Keyakinan Kesehatan).....	54

	C. <i>Theori Reasoned Action (TRA)/Teori Kehendak</i>	
	Perilaku	58
	D. <i>Transteoritical Model (TTM)</i>	62
	E. Teori Sebab Akibat	64
	F. Model Transaksional Stres dan Koping.....	66
	DAFTAR PUSTAKA.....	72
BAB 6	FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI	
	PERILAKU KESEHATAN.....	73
	A. Pendahuluan	73
	B. Definisi Perilaku Kesehatan	75
	C. Konsep Perilaku Kesehatan.....	75
	D. Klasifikasi Perilaku Kesehatan.....	76
	E. Sistem Pelayanan Kesehatan.....	79
	F. Studi Kasus.....	80
	G. Kesimpulan.....	81
	DAFTAR PUSTAKA	82
BAB 7	INOVASI PROMOSI KESEHATAN.....	83
	A. Pendahuluan	83
	B. Konsep Dasar Inovasi Promosi Kesehatan	84
	C. Pemetaan Ragam Inovasi Teknologi	
	dalam Promosi Kesehatan	88
	D. Inovasi Analitik dan Statistik dalam Promosi	
	Kesehatan.....	90
	E. Strategi Desain dan Implementasi Program	
	Promosi Inovatif	92
	F. Studi Implementasi Inovasi Promosi Kesehatan	
	Gigi di Indonesia	93
	G. Refleksi dan Arah Masa Depan Inovasi Promosi	
	Kesehatan.....	95
	H. Penutup.....	96
	DAFTAR PUSTAKA.....	98
BAB 8	PERENCANAAN DAN IMPLEMENTASI	
	PROGRAM PROMOSI KESEHATAN	107
	A. Pendauluan.....	107
	B. Pengertian.....	108
	C. Tujuan Perencanaan Program.....	111

	D. Manfaat Perencanaan Program	112
	E. Model Perencanaan dan Implementasi Program.....	112
	F. Pendekatan Perencanaan & Implementasi Program Promosi Kesehatan	116
	G. Analisa Situasi dan Kebutuhan Masyarakat	117
	H. Kesimpulan dan Saran.....	120
	DAFTAR PUSTAKA.....	122
BAB 9	PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN.....	125
	A. Pendahuluan.....	125
	B. Teori yang Mendasari Peran Tenaga Kesehatan.....	126
	C. Peran Tenaga Kesehatan pada Promosi Kesehatan.	131
	D. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan untuk Berbagai Kelompok Usia	134
	DAFTAR PUSTAKA.....	138
BAB 10	MEDIA DAN KOMUNIKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN	139
	A. Pendahuluan.....	139
	B. Konsep Media Promosi Kesehatan	140
	C. Komunikasi dalam Promosi Kesehatan	146
	DAFTAR PUSTAKA.....	155
BAB 11	PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	157
	A. Pendahuluan.....	157
	B. Pengertian Pendidikan Kesehatan	159
	C. Tujuan dan Fungsi Pendidikan Kesehatan	160
	D. Pendekatan dalam Pendidikan Kesehatan	161
	E. Konsep dan Prinsip Pemberdayaan Masyarakat.....	162
	F. Strategi Intervensi Pendidikan Kesehatan Berbasis Pemberdayaan.....	164
	G. Contoh Program Nyata Pemberdayaan Kesehatan di Indonesia.....	165
	H. Evaluasi dan Keberlanjutan Program Pemberdayaan Kesehatan.....	167
	I. Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan	168
	DAFTAR PUSTAKA.....	170

BAB 12	PENANGANAN PENYAKIT MENULAR	
	MELALUI PROMOSI KESEHATAN	172
A.	Konsep Dasar Penyakit Menular	172
B.	Promosi Kesehatan sebagai Strategi Pencegahan Penyakit Menular	174
C.	Strategi dan Promosi Kesehatan Penyakit Menular	178
D.	Upaya Penanganan Penyakit Menular Melalui Promosi Kesehatan	181
E.	Peran Lintas Sektor dalam Upaya Promosi Kesehatan.....	182
F.	Rekomendasi Kebijakan dan Arah Pendidikan Kesehatan.....	185
	DAFTAR PUSTAKA	189
LAMPIRAN.....		191
TENTANG PENULIS		193



**KONSEP DAN STRATEGI
PROMOSI KESEHATAN
DAN ILMU PERILAKU**

**Ns. Harmanto, S.Kep., M.Kep.
Dr. Nina Mardiana, M.Kes.
drg. Sari Aldilawati, M.Kes.
drg. Muhammad Jayadi Abdi, M.Kes.
Yuhelva Destri, S.KM., M.Kes.
Arni Widyastuti, S.KM., M.Kes.
drg. Rosmaladewi Talli, S.KG., M.Kes.
Sri Hazanah, S.ST., S.KM., MPH.
Dr. drg. Lendrawati, MD.Sc.
Rahmi Kurnia Gustin, S.KM., M.Kes.
Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM.
apt. Ifa Aris Suminingtyas, M.Farm.**



BAB

1

KONSEP PRINSIP DAN LINGKUP PROMOSI KESEHATAN

Ns. Harmanto, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan modal dasar bagi manusia untuk menjalani kehidupan yang produktif dan bermakna. Tanpa kondisi fisik dan mental yang sehat, potensi manusia tidak dapat berkembang secara optimal. Dalam realitas modern, berbagai tantangan kesehatan muncul seiring dengan gaya hidup yang kurang sehat, pola makan tinggi kalori, aktivitas fisik yang minim, serta tingginya paparan stres dan polusi lingkungan (Fibriansari et al., 2025).

Fenomena ini menunjukkan bahwa ancaman terhadap kesehatan kini tidak hanya berasal dari penyakit menular, tetapi juga dari penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, stroke, dan obesitas. Bahkan, tren global memperlihatkan bahwa penyakit-penyakit tersebut mulai menyerang kelompok usia produktif. Di sisi lain, masyarakat masih cenderung bersikap pasif terhadap kesehatan mereka, menunggu sakit datang baru mencari pengobatan. Dalam menghadapi situasi tersebut, pendekatan kuratif saja tidaklah cukup. Upaya promotif dan preventif menjadi semakin penting untuk membangun kesadaran dan perubahan perilaku sehat secara menyeluruh. Salah satu strategi penting yang digunakan dalam pendekatan ini adalah promosi kesehatan (Sholihah & Ilham, 2025).

Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan individu dan komunitas untuk meningkatkan kendali atas determinan kesehatan mereka, agar dapat meningkatkan kualitas hidup. Ini bukan sekadar memberi informasi, melainkan proses pemberdayaan yang mendorong masyarakat menjadi pelaku utama dalam menjaga kesehatannya sendiri (Raodah & Handayani, 2022).

Konsep promosi kesehatan menempatkan masyarakat bukan sebagai objek, melainkan sebagai subjek pembangunan kesehatan. Masyarakat diajak untuk mengenali masalah kesehatannya, mencari solusi, dan terlibat aktif dalam setiap tahap kegiatan. Ini berbeda dari pola lama yang bersifat satu arah dan *top-down* (Rosari, 2023a).

Dalam implementasinya, promosi kesehatan mengintegrasikan pendekatan edukatif, sosial, dan struktural. Edukasi dilakukan melalui penyuluhan, diskusi kelompok, dan konseling; pendekatan sosial dilakukan melalui kerja sama dengan tokoh masyarakat, sekolah, tempat ibadah, dan lembaga lainnya; sedangkan pendekatan struktural mencakup advokasi kebijakan dan penciptaan lingkungan yang mendukung perilaku sehat. Promosi kesehatan bukanlah tugas tunggal petugas kesehatan, melainkan usaha bersama lintas sektor. Pemerintah daerah, sekolah, dunia kerja, media massa, dan masyarakat sipil memiliki peran yang sama pentingnya dalam menyukseskan promosi kesehatan (Sembada et al., 2022).

B. Konsep Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan bagian integral dari sistem kesehatan yang berorientasi pada upaya preventif dan peningkatan kualitas hidup masyarakat. Menurut *World Health Organization* (WHO, 1986), promosi kesehatan adalah *proses yang memungkinkan individu dan komunitas untuk meningkatkan kendali atas determinan kesehatan mereka dan dengan demikian meningkatkan kesehatan mereka secara keseluruhan*. Konsep ini menempatkan masyarakat bukan hanya sebagai penerima layanan kesehatan,

tetapi sebagai pelaku utama dalam menciptakan kondisi yang memungkinkan mereka hidup sehat (Pinto et al., 2024).

Lebih dari sekadar penyuluhan atau informasi kesehatan, promosi kesehatan mencakup berbagai intervensi sosial, edukatif, dan lingkungan yang dirancang untuk mendorong perubahan perilaku secara positif dan berkelanjutan. Promosi kesehatan menekankan pada pemberdayaan individu, peningkatan kapasitas komunitas, dan penciptaan kebijakan publik yang mendukung kehidupan sehat. Hal ini mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual yang terintegrasi secara holistik. Dalam konteks operasional, promosi kesehatan berupaya mengembangkan lingkungan yang kondusif bagi praktik hidup sehat, baik di rumah, tempat kerja, sekolah, maupun ruang publik. Proses ini dilakukan melalui berbagai pendekatan seperti pendidikan kesehatan, advokasi kebijakan, penguatan komunitas, dan pembangunan kemitraan lintas sektor. Tujuan akhirnya adalah terciptanya masyarakat yang memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya secara mandiri (Wahab et al., 2022).

Dengan demikian, promosi kesehatan tidak hanya penting dalam mencegah penyakit, tetapi juga dalam membentuk budaya hidup sehat yang berakar kuat dalam struktur sosial masyarakat. Ini menjadikan promosi kesehatan sebagai salah satu strategi paling efektif dalam pembangunan kesehatan jangka panjang.

C. Prinsip Promosi Kesehatan

Dalam Upaya pelaksanaan promosi kesehatan, terdapat sejumlah prinsip dasar yang menjadi pedoman penting agar kegiatan dapat berjalan efektif, tepat sasaran, dan berkelanjutan. Prinsip-prinsip ini tidak hanya bersifat teoritis, tetapi juga aplikatif dalam setiap program yang dilaksanakan, baik di tingkat individu, keluarga, komunitas, maupun kebijakan publik (Rosari, 2023b).

Prinsip pertama adalah partisipasi aktif masyarakat. Dalam konteks ini, masyarakat tidak hanya diposisikan sebagai objek dari intervensi kesehatan, tetapi lebih sebagai subjek yang turut terlibat secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi kegiatan promosi kesehatan. Pelibatan masyarakat secara langsung memungkinkan program lebih sesuai dengan kebutuhan lokal dan memperkuat rasa kepemilikan terhadap kegiatan yang dijalankan (Pinto et al., 2024).

Prinsip kedua adalah pemberdayaan (*empowerment*). Promosi kesehatan harus mampu meningkatkan kapasitas individu maupun komunitas agar memiliki kemampuan dalam membuat keputusan dan mengambil tindakan yang berdampak positif terhadap kesehatannya. Pemberdayaan mencakup peningkatan pengetahuan, keterampilan, serta kepercayaan diri masyarakat untuk memelihara dan melindungi kesehatannya secara mandiri.

Prinsip selanjutnya adalah kesetaraan dan keadilan. Setiap individu, tanpa memandang status sosial, ekonomi, gender, atau latar belakang budaya, memiliki hak yang sama untuk memperoleh informasi kesehatan dan mengakses layanan yang dibutuhkan. Dalam pelaksanaannya, promosi kesehatan harus memastikan bahwa kelompok rentan seperti lansia, anak-anak, penyandang disabilitas, atau masyarakat di daerah terpencil tidak tertinggal dalam memperoleh manfaat program kesehatan (Sugiarto et al., 2023).

Prinsip keempat adalah pendekatan holistik dan berkelanjutan. Promosi kesehatan harus memandang manusia secara utuh, dengan mempertimbangkan aspek biologis, psikologis, sosial, budaya, dan lingkungan. Pendekatan ini memastikan bahwa intervensi yang dilakukan tidak bersifat parsial, tetapi menyeluruh dan berkesinambungan. Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan secara berulang dan konsisten akan lebih efektif dalam membentuk perubahan perilaku masyarakat yang positif dan permanen (Trisutrisno et al., 2022).

Dengan menerapkan keempat prinsip ini secara terpadu, promosi kesehatan dapat menjadi strategi yang bukan hanya mencegah penyakit, tetapi juga membangun masyarakat yang berdaya, mandiri, dan mampu menciptakan lingkungan hidup yang sehat dan sejahtera.

D. Lingkup Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan mencakup berbagai aspek kehidupan yang saling berkaitan dan berperan dalam membentuk perilaku hidup sehat masyarakat. Lingkup promosi kesehatan tidak terbatas pada edukasi semata, tetapi meluas ke intervensi sosial, lingkungan (Sholihah & Ilham, 2025).

Pemahaman terhadap ruang lingkup ini penting agar strategi promosi kesehatan dapat disusun secara komprehensif dan relevan. dan kebijakan yang secara langsung maupun tidak langsung memengaruhi derajat kesehatan individu dan komunitas.

Salah satu lingkup utama promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan, yaitu upaya sistematis untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Pendidikan ini dapat dilakukan melalui berbagai media, seperti penyuluhan langsung, brosur, media sosial, hingga program televisi. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki pemahaman yang benar mengenai penyakit, pencegahan, serta pentingnya perilaku hidup sehat (Silitonga et al., 2024).

Lingkup berikutnya adalah komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Komponen ini melibatkan strategi penyampaian pesan-pesan kesehatan secara efektif, baik melalui media cetak, elektronik, maupun komunikasi interpersonal. Dalam promosi kesehatan, KIE tidak hanya bertujuan menyampaikan pesan, tetapi juga membangun kesadaran dan motivasi individu untuk berubah, serta membentuk opini publik yang mendukung perilaku sehat di tingkat komunitas (Rakhmnaning Tiyas & Mubasyysir HasanBasri, 2023).

Promosi kesehatan juga melibatkan advokasi kebijakan publik yang mendukung kesehatan. Hal ini mencakup pengembangan dan implementasi regulasi atau peraturan yang memfasilitasi terciptanya lingkungan sehat. Contohnya adalah kebijakan kawasan tanpa rokok, pelabelan gizi pada produk makanan, atau kewajiban vaksinasi bagi anak sekolah. Lingkup ini menunjukkan bahwa promosi kesehatan tidak hanya bekerja pada level individu, tetapi juga pada tataran sistem dan struktur sosial (Dili et al., 2024).

Aspek penting lain dari promosi kesehatan adalah penciptaan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat. Lingkungan fisik, sosial, dan budaya harus disesuaikan untuk memudahkan masyarakat menjalankan perilaku sehat. Ini mencakup penyediaan sarana air bersih, sanitasi layak, fasilitas olahraga publik, pengelolaan sampah yang baik, serta ruang terbuka hijau. Jika lingkungan tidak mendukung, perubahan perilaku menjadi sulit untuk diwujudkan secara berkelanjutan.

Selain itu, pemberdayaan masyarakat juga termasuk dalam lingkup promosi kesehatan. Pemberdayaan ini dilakukan dengan membentuk kelompok masyarakat atau kader kesehatan yang aktif dan memiliki pengetahuan dasar tentang kesehatan. Melalui pendekatan ini, masyarakat tidak hanya sebagai penerima informasi, tetapi juga menjadi pelaku utama dalam menjaga kesehatan di lingkungannya masing-masing (Rakhmanning Tiyas & Mubasysyir HasanBasri, 2023).

Lingkup promosi kesehatan bersifat lintas sektor dan multidisiplin. Dalam pelaksanaannya, diperlukan kerja sama antara sektor kesehatan dengan sektor pendidikan, lingkungan, pekerjaan, dan bahkan sektor keagamaan. Kolaborasi ini memungkinkan intervensi yang dilakukan menjadi lebih luas, beragam, dan berdampak nyata pada perubahan perilaku masyarakat. Dengan memahami secara menyeluruh ruang lingkup promosi kesehatan, tenaga kesehatan dan pihak terkait dapat merancang strategi yang tepat sasaran, sesuai konteks lokal, dan berbasis pada kebutuhan riil masyarakat. Lingkup yang luas dan fleksibel menjadikan promosi kesehatan sebagai

pendekatan yang dinamis dan mampu beradaptasi dengan berbagai tantangan kesehatan global maupun lokal (Trisutrisno et al., 2022).

E. Sejarah Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan sebagai suatu konsep dan pendekatan tidak muncul secara tiba-tiba, melainkan merupakan hasil dari evolusi pemikiran dalam bidang kesehatan masyarakat yang telah berlangsung sejak berabad-abad lalu. Dalam sejarahnya, promosi kesehatan berkembang dari pendekatan yang bersifat kuratif dan individual menuju pendekatan yang lebih komprehensif, preventif, dan berbasis komunitas (Dwiyantri et al., 2025).

Pada awal abad ke-19, pendekatan kesehatan masyarakat didominasi oleh upaya pengendalian penyakit menular melalui peningkatan sanitasi lingkungan, penyediaan air bersih, dan pengelolaan limbah. Pandangan kesehatan saat itu masih sangat dipengaruhi oleh teori miasma dan belum memahami sepenuhnya peran mikroorganisme sebagai penyebab penyakit. Namun, upaya perbaikan lingkungan ini secara tidak langsung telah menjadi bentuk awal dari promosi kesehatan karena bertujuan untuk mencegah penyakit sebelum terjadi (Raodah & Handayani, 2022).

Memasuki abad ke-20, terutama setelah teori kuman dikembangkan oleh Louis Pasteur dan Robert Koch, fokus pelayanan kesehatan mulai bergeser ke arah pencegahan penyakit melalui imunisasi, perawatan ibu dan anak, serta pendidikan kesehatan. Pada periode ini, edukasi kesehatan mulai diperkenalkan secara sistematis, meskipun masih bersifat satu arah dan lebih bersandar pada otoritas tenaga kesehatan (Fibriansari et al., 2025).

Kemajuan konsep promosi kesehatan mulai terlihat secara signifikan pada tahun 1978 melalui Deklarasi Alma Ata, yang diselenggarakan oleh WHO dan UNICEF. Dalam deklarasi ini, kesehatan didefinisikan sebagai hak asasi manusia dan ditegaskan bahwa upaya pelayanan kesehatan harus berbasis

kehatan primer (*primary health care*) yang bersifat menyeluruh, berkeadilan, dan melibatkan partisipasi aktif masyarakat. Deklarasi ini menjadi landasan penting bagi promosi kesehatan karena menempatkan masyarakat sebagai pusat dari sistem kesehatan.

Puncak perhatian dunia terhadap promosi kesehatan terjadi pada tahun 1986 melalui konferensi internasional promosi kesehatan di Ottawa, Kanada, yang menghasilkan Ottawa Charter for Health Promotion. Dokumen penting ini mendefinisikan promosi kesehatan sebagai *“the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.”* Ottawa Charter memperkenalkan lima area aksi utama promosi kesehatan, yaitu: (1) menciptakan kebijakan publik yang sehat, (2) menciptakan lingkungan yang mendukung, (3) memperkuat aksi komunitas, (4) mengembangkan keterampilan personal, dan (5) reorientasi pelayanan kesehatan (Pinto et al., 2024).

Setelah Ottawa, Sejumlah Konferensi Internasional Dilaksanakan Untuk Memperbarui Dan Menegaskan Komitmen Terhadap Promosi Kesehatan. Di antaranya adalah Konferensi Jakarta (1997) Yang Menyoroti Pentingnya Sektor Swasta Dan Teknologi Informasi Dalam Promosi Kesehatan, Konferensi Bangkok (2005) Yang Memperkuat Fokus Pada Determinan Sosial Kesehatan, Serta Konferensi Nairobi (2009) Yang Mempertegas Integrasi Promosi Kesehatan Dalam Sistem Kesehatan Nasional.

Di Indonesia, promosi kesehatan mulai dikenal sejak awal kemerdekaan melalui kegiatan penyuluhan oleh petugas kesehatan masyarakat. Namun, pendekatan ini mulai lebih terstruktur dan sistematis setelah keluarnya SK Menkes No. 374/Menkes/SK/V/2009 tentang kebijakan dan strategi nasional promosi kesehatan. Dalam perkembangannya, promosi kesehatan menjadi salah satu upaya kesehatan masyarakat esensial (ukm) di tingkat puskesmas, serta menjadi komponen penting dalam standar akreditasi fasilitas kesehatan (Nelson Tanjung et al., 2023).

F. Tingkat Program Promosi Kesehatan

Dalam pelaksanaan promosi kesehatan, pendekatan yang digunakan tidak bersifat tunggal, melainkan dapat dilakukan melalui berbagai tingkatan, tergantung pada sasaran dan cakupan intervensinya. Pembagian tingkat ini membantu dalam merancang strategi yang lebih terarah dan efektif, baik dalam skala individu maupun komunitas secara luas (Ummah, 2019).

Tingkat pertama adalah promosi kesehatan pada tingkat individu, yang berfokus pada perubahan perilaku personal melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan seseorang terkait isu kesehatan tertentu. Intervensi ini bersifat langsung dan personal, seperti konseling gizi untuk ibu hamil, edukasi tentang praktik cuci tangan, hingga pembinaan gaya hidup sehat bagi penderita penyakit kronis. Tujuan utama dari intervensi ini adalah memotivasi individu untuk mengambil keputusan yang sehat dan menjalani perubahan perilaku secara sadar (Dwiyanti et al., 2025).

Selanjutnya adalah tingkat kelompok, yaitu promosi kesehatan yang menasar kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat seperti remaja, ibu rumah tangga, lansia, atau komunitas kerja. Pada tingkat ini, metode yang digunakan biasanya berupa diskusi kelompok, pelatihan, kelas kesehatan, atau workshop tematik. Contohnya adalah kelas ibu hamil di posyandu, pelatihan kader kesehatan tentang gizi seimbang, atau edukasi bahaya rokok pada siswa sekolah menengah. Pendekatan kelompok efektif karena adanya interaksi sosial dan saling pengaruh antar anggota yang memperkuat perubahan perilaku (Sembada et al., 2022).

Tingkat selanjutnya adalah promosi kesehatan pada tingkat komunitas, yang melibatkan peran aktif masyarakat secara luas, termasuk tokoh masyarakat, pemimpin adat, LSM, dan institusi lokal. Promosi kesehatan pada tingkat ini bertujuan menciptakan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat secara kolektif. Bentuk kegiatannya antara lain kampanye perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), gerakan desa bebas rokok, atau kegiatan gotong royong untuk pengendalian vektor

penyakit. Melalui pendekatan komunitas, perubahan tidak hanya terjadi pada individu, tetapi juga menyentuh nilai-nilai sosial dan budaya yang ada di Masyarakat (Rakhmnaning Tiyas & Mubasasyir HasanBasri, 2023).

Selain komunitas, promosi kesehatan juga dapat dilakukan di tingkat institusi atau organisasi, seperti sekolah, tempat kerja, dan rumah ibadah. Tujuannya adalah menciptakan sistem dan budaya organisasi yang mendukung kesehatan, misalnya dengan menyediakan kantin sehat di sekolah, membuat kebijakan tempat kerja bebas asap rokok, atau mengadakan senam rutin di kantor. Dengan mengintegrasikan promosi kesehatan ke dalam struktur institusi, maka perubahan perilaku akan menjadi bagian dari kebiasaan sehari-hari yang berkelanjutan (Nelson Tanjung et al., 2023).

Tingkat tertinggi dari program promosi kesehatan adalah tingkat kebijakan atau lingkungan, yang menasar perubahan sistem dan regulasi melalui kebijakan publik. Kebijakan yang mendukung gaya hidup sehat akan berdampak luas dan sistemik, seperti peraturan tentang pelabelan gizi pada makanan, kebijakan kawasan tanpa rokok, atau kewajiban imunisasi pada anak sekolah. Intervensi pada tingkat ini memiliki daya jangkauan luas dan menciptakan ekosistem yang kondusif untuk perubahan perilaku dalam jangka Panjang (Rakhmnaning & Basri, 2023).

Dengan memahami berbagai tingkatan promosi kesehatan ini, tenaga kesehatan dan perancang program dapat memilih strategi yang tepat sesuai dengan karakteristik sasaran, kapasitas sumber daya, dan tujuan jangka panjang yang ingin dicapai. Pendekatan bertingkat ini memungkinkan promosi kesehatan dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi, dari individu hingga kebijakan nasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Dili, V., Dhani, A., Bukit, S., Titaley, C., Ficca, L., Fitri, A., Nilasari, D., Putri, L., Yurika, N., Wardhani, F., Muthiah, N., Hamzah, I., A, A., Al, Y., & Fadilah, I. (2024). *Teori Perubahan Perilaku_Book Chapter* (pp. 168–188).
- Dwiyanti, D., Sudaryanto, Kunaryanti, Eny, & Indonesia, L. (2025). *BUKU AJAR: PROMOSI KESEHATAN*.
- Fibriansari, R. D., Asmaningrum, N., & Astuti, A. (2025). *Pengembangan Health Self-Empowerment : Analisis Indeks Massa Tubuh dan Gaya Hidup Masyarakat Agrikultural Development of Health Self-Empowerment : Analysis of Body Mass Index and Lifestyle in Agricultural Communities*. 10(1).
- Nelson Tanjung, Restu Auliani, Mustar Rusli, Ice Ratnalela Siregar, & Taher, M. (2023). Peran Kesehatan Lingkungan dalam Pencegahan Penyakit Menular pada Remaja di Jakarta: Integrasi Ilmu Lingkungan, Epidemiologi, dan Kebijakan Kesehatan. *Jurnal Multidisiplin West Science*, 2(09), 790–798. <https://doi.org/10.58812/jmws.v2i09.629>
- Pinto, J., Puspitasari, Y., & Kes, M. (2024). *STRATEGI PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT*.
- Rakhmnaning Tiyas, & Mubasysyir HasanBasri. (2023). Systematic Literature Review: Strategi Promosi Kesehatan Dalam Mencegah Stunting. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management)*, 26(3), 99–104. <https://doi.org/10.22146/jmpk.v26i3.8538>
- Raodah, & Handayani, L. (2022). Media Sebagai Edukasi Intervensi Promosi Kesehatan Masyarakat di Indonesia: Media as Education Intervention for Public Health Promotion in Indonesia. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5, 123–133. <https://doi.org/10.56338/mppki.v5i2.2039>

- Rosari, K. (2023a). *Partisipasi Aktif: Kunci Sukses Pemberdayaan Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia*. *Partisipasi Aktif: Kunci Sukses Pemberdayaan Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia* Active Participation : The Key to Successful Community Empowerment in Health Development in Indonesia. December.
- Rosari, K. (2023b). *Partisipasi Aktif: Kunci Sukses Pemberdayaan Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia*.
- Sembada, S., Pratomo, H., Fauziah, I., Amani, S., Nazhofah, Q., & Kurniawati, R. (2022). PEMANFAATAN MEDIA ONLINE SEBAGAI SARANA EDUKASI KESEHATAN PADA REMAJA : TINJAUAN LITERATUR. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6, 564-574. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i1.3110>
- Sholihah, N. A., & Ilham, A. (2025). *Peran Penting Promosi Kesehatan dalam Pencegahan Penyakit Kronik*.
- Silitonga, H., Wicaksono, D., Yunita, J., Rany, N., Perangin-angin, S., Nusawakan, A., Rachmawati, F., Asmin, E., Wilani, N. M., Putri, K., Safitriani, I., & Syahadat, R. M. (2024). *PERILAKU KESEHATAN & PROMOSI KESEHATAN*.
- Sugiarto, T., Ambiyar, A., Wakhinuddin, W., Purwanto, W., & Saputra, H. (2023). Efektivitas Penggunaan Media Pembelajaran Berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi terhadap Hasil Belajar: Metaanalisis. *Edukasi: Jurnal Pendidikan*, 21, 128-142. <https://doi.org/10.31571/edukasi.v21i1.5419>
- Trisutrisno, I., Anda, S., Rohani, L., Simanjuntak, R., Hadi, S., Tasnim, S., Hasanah, L., Gloria, L., Niken, D., Argaheni, N. B., Stella, I., Janner, A., Simamora, P., K., H., Pangaribuan, S., & Sofyan, O. (2022). *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*.
- Ummah, M. S. (2019). *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1-14. <http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng>

8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org
/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.resea
rchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNG
AN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI

Wahab, S., Alim, S., Manullang, F., Aziz, S., Romadhon, A.,
Marganingsih, M., Ratnaningtyas, K., Sulandjari, Hanifah, R.,
Wulandari, Y., & Mansur, M. (2022). *Pemberdayaan
Masyarakat: Konsep dan Strategi*.

BAB 2

PROMOSI KESEHATAN DALAM LIMA TINGKAT PENCEGAHAN

Dr. Nina Mardiana. M.Kes.

A. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan suatu istilah yang dikenal dalam bahasa Inggris adalah "health promotion". Istilah ini menjadi terkenal luas karena adanya Konferensi Internasional tentang Promosi Kesehatan yang dilaksanakan di Ottawa, Kanada, pada tahun 1986 untuk yang pertama kalinya dengan dihasilkannya suatu Piagam Ottawa (Ottawa Charter).

Definisi tentang promosi kesehatan telah dirumuskan oleh WHO dalam piagam Ottawa tahun 1986, berbunyi demikian "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well-being, and individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment" (Adjunct and Marniati, 2021)

Sehingga dapat disimpulkan dari rumusan WHO dalam Ottawa Charter tersebut bahwa Promosi Kesehatan merupakan suatu proses untuk pemberdayaan dan memampukan seseorang perorangan dan atau kelompok masyarakat dalam memelihara serta meningkatkan pemantauan terhadap status kesehatan mereka dan meningkatkan kualitas hidupnya. Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal, baik secara fisik, mental, dan sosial, masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau

mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya). Upaya dalam pemberdayaan masyarakat dilakukan oleh masyarakat untuk masyarakat itu sendiri. Departemen Kesehatan (2008) mengatakan bahwa Promosi Kesehatan selain sebagai suatu usaha penyadaran masyarakat terhadap peningkatan pengetahuan tentang kesehatan juga merupakan suatu upaya dalam memberi fasilitas dalam perubahan perilaku masyarakat terhadap kesehatan. Tidak hanya sekadar suatu proses dalam penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Di Indonesia istilah promosi kesehatan pertama kalinya dilakukan ketika para ahli kesehatan masyarakat yang berada di Indonesia menerjemahkan lima tingkatan pencegahan (*five levels of prevention*) dari H.R. Leavell dan E. G. Clark dalam buku *preventive medicine for the doctor in his community*. Menurut Leavell dan Clark (1965), ada lima (5) tingkatan dalam melakukan pencegahan pada penyakit yang dilihat dari sudut pandang kesehatan masyarakat yaitu: 1) *promotion of health* atau Promosi Kesehatan, 2) *specific protection* atau Perlindungan Khusus, 3) *early diagnosis and prompt treatment* atau Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera, 4) *limitation of disability* atau Mengurangi Kecacatan, dan 5) *Rehabilitation* atau Rehabilitasi.

Dengan sendirinya promosi kesehatan memiliki tujuan yaitu memberikan pengetahuan yang luas kepada siapa saja terkhusus pada manusia sebagai pelaku untuk menjadi tangguh dalam menghadapi sejumlah permasalahan kesehatan itu sendiri, terutama dari gejala penyakit (Adjunct and Marniati, 2021). Ahmad (2014) dalam (Adjunct and Marniati, 2021) mengatakan terdapat tiga tingkat tujuan promosi kesehatan yaitu berdasarkan tujuan program, tujuan pendidikan, dan tujuan perilaku. Berdasarkan tujuan program menjadi tujuan jangka panjang meliputi refleksi dari fase sosial dan epidemiologi berupa pernyataan mengenai hal-hal yang akan dicapai dalam periode tertentu yang berhubungan dengan

status kesehatan. Sementara berdasarkan tujuan pendidikan menjadi tujuan jangka menengah merupakan pembelajaran yang harus dicapai agar perilaku yang diinginkan dalam mengatasi masalah kesehatan dapat tercapai dan tujuan perilaku yang menjadi program jangka pendek merupakan gambaran perilaku yang akan dicapai dalam mengatasi masalah kesehatan yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan dengan memberikan pendidikan kesehatan (health education) kepada individu dan masyarakat.

Untuk merumuskan dan melaksanakan promosi kesehatan tentunya melalui sasaran-sasaran dalam promosi kesehatan, sasaran tersebut terbagi dalam tiga bagian yaitu: 1) Sasaran primer (*primary target*) adalah upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Sasaran primernya adalah pasien, individu sehat, dan keluarga atau rumah tangga yang diharapkan dapat mengubah perilaku, misalnya mengubah perilaku hidup tidak bersih dan tidak sehat menjadi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). 2) Sasaran sekunder (*secondary target*) Upaya promosi kesehatan sekunder adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (*social support*). Sasaran sekundernya adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal seperti pemuka adat dan pemuka agama, maupun pemuka formal seperti petugas kesehatan dan pejabat pemerintahan, serta organisasi kemasyarakatan dan media massa yang diharapkan dapat turut serta dalam upaya peningkatan PHBS pasien, individu sehat, dan keluarga. 3) Sasaran tersier (*tertiary target*) Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*). Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan, bidang lainnya yang berkaitan, dan pihak yang memfasilitasi sumber daya.

B. Pencegahan Penyakit

Inti dari pencegahan penyakit adalah menangkal atau menolak penyakit yang sesuai dengan perkembangan penyakit dengan prinsip pokok memutuskan mata rantai penularan bibit penyakit, lingkungan dengan manusia dan meninggikan status kesehatan manusianya.

Mengutip dari Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Pengertian dari pencegahan adalah suatu langkah yang diambil dengan tujuan untuk menahan agar sesuatu tidak terjadi (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2025), sedangkan pencegahan penyakit adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkelanjutan untuk memberikan perlindungan kepada klien atau anggota masyarakat terhadap bahaya yang berpotensi mengancam jiwanya dengan tujuan menghindari, mencegah, menunda, mengurangi, memberantas, dan menghilangkan penyakit dan kecacata serta dampak buruk dari penyakit (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Jenis pencegahan tersebut adalah:

1. Pencegahan Primer:

Pencegahan Primer adalah pencegahan pada tingkat pertama, yaitu suatu upaya yang dilakukan sebelum terjadinya suatu penyakit untuk menjaga kesehatan dan mengendalikan faktor risiko sebelum terjadinya perubahan patologis pada orang yang sehat atau menjaga individu yang sehat agar tidak sakit sehingga mampu menunda atau mencegah seseorang jatuh sakit (Pakpahan *et al.*, 2021). Pada pencegahan primer ini sudah menandakan adanya suatu rencana tindakan dalam tahap pre-phatogenesis fase penyakit.

Pencegahan ini dapat dilakukan dalam 2 hal yakni, *health promotion dan spesific protection*. Pencegahan primer ditujukan pada promosi kesehatan yang meliputi program-program pendidikan kesehatan, imunisasi, gizi, dan aktivitas kebugaran fisik. Pencegahan primer meliputi seluruh upaya promosi kesehatan dan aktivitas edukasi kesejahteraan yang

berfokus pada pemeliharaan atau peningkatan status kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat secara umum.

Pencegahan primer juga meliputi perlindungan khusus seperti imunisasi untuk influenza dan perlindungan pendengaran dalam bekerja. Pencegahan primer ini memiliki tujuan yaitu seseorang yang sehat dapat meningkatkan kesehatannya lebih baik lagi dan mengurangi potensial risiko terjadinya penyakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas mereka. Dengan sasaran utama pada orang, masyarakat atau kelompok yang sehat dengan berlandaskan pada hubungan antara host, agen dan environment (Pakpahan *et al.*, 2021). Didalam pencegahan primer terdapat dua kegiatan yang akan dilaksanakan yaitu 1. Peningkatan Derajat Kesehatan (*Health Promotion*) dan 2. Pencegahan khusus (*Specific Protection*).

a. *Health Promotion* (Peningkatan Derajat Kesehatan).

Promosi kesehatan merupakan tahapan yang utama dalam melakukan pencegahan penyakit. Pada tahap ini manusia dalam keadaan kondisi yang sehat prima. Dibutuhkan adanya suatu persepsi yang sama bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses yang memberikan informasi tentang kesehatan kepada individu, masyarakat ataupun kelompok dengan harapan mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya secara maksimal, mengurangi peranan penyebab dan meningkatkan lingkungan yang sehat, melalui serangkaian kegiatan, sebagai berikut:

- 1) Pendidikan kesehatan (*health education*)
- 2) Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) contohnya: penyuluhan terkait masalah gizi.
- 3) Pengamatan tumbuh kembang anak (*growth and development monitoring*)
- 4) Pengadaan rumah sehat
- 5) Pengendalian lingkungan masyarakat
- 6) Program pemberantasan penyakit tidak menular (P2M)

- 7) Simulasi dini kesehatan keluarga serta asuhan pada anak dan balita, dan penyuluhan terkait pencegahan penyakit.

b. *Specific Protection* (Pencegahan Khusus)

Pada tahap ini manusianya juga masih dalam kondisi sehat. Upaya yang ditujukan khususnya kepada orang-orang yang mempunyai risiko untuk terserang penyakit tertentu. Perlindungan tersebut dimaksudkan supaya kelompok yang berisiko dapat meningkatkan daya tahan tubuhnya sehingga terlindungi dari serangan penyakit yang mengincarnya. Perlindungan khusus ini juga dikenal sebagai kekebalan buatan dapat dilakukan melalui serangkaian kegiatan, sebagai berikut:

- 1) Imunisasi pada balita
- 2) *Personal Hygiene*
- 3) Proteksi terhadap terjadinya kecelakaan
- 4) Proteksi terhadap lingkungan kesehatan kerja
- 5) Proteksi terhadap paparan karsinogen, *toxic* serta alergen (Budiarto, 2003).

2. Pencegahan Sekunder:

Pencegahan sekunder merupakan pencegahan pada tingkat kedua, pencegahan ini ditujukan pada masyarakat yang masih atau sedang sakit. Pencegahan sekunder berfokus pada individu yang mengalami masalah kesehatan atau sakit dan berisiko untuk mengalami berbagai komplikasi atau kondisi yang memburuk. Sasaran utama adalah mereka yang baru terkena penyakit ataupun yang terancam akan menderita penyakit tertentu, dengan tujuan untuk mencegah meluasnya penyakit menular, menghentikan proses penyakit lebih lanjut, mencegah komplikasi dan pembatasan cacat.

Edelman dan Mandle (2014) mengatakan aktivitas yang dilakukan dalam pencegahan sekunder ini ditujukan pada diagnosis dan intervensi sesegera mungkin, sehingga menurunkan keseriusan masalah dan memfasilitasi pasien

untuk kembali ke tingkat kesehatan yang normal sedini mungkin (Edelman and Kudzma, 2014). Beberapa penelitian yang dikemukakan oleh (Snelling, 2014) mengatakan bahwa peluang keberhasilan penyembuhan penyakit karena dilakukan deteksi dini lebih besar, upaya ini seringkali disebut dengan upaya kuratif atau upaya pengobatan. karena fokusnya pada pendeteksian dan penanganan penyakit. Contoh pencegahan sekunder banyak dilakukan di Indonesia karena banyaknya orang dengan kondisi kronis seperti menderita penyakit tekanan darah tinggi atau kolesterol darah tinggi, dimana orang tersebut akan diresepkan obat yang akan membantu menurunkan tekanan darah atau kolesterol darahnya. mengelola kondisi kronis dengan menggunakan obat resep merupakan ciri khas sistem perawatan kesehatan, yang telah membuat kemajuan signifikan dalam penanganan kondisi kronis. Pencegahan ini meliputi teknik-teknik skrining dan penanganan pada tahap awal dari penyakit untuk membatasi kecacatan dengan menghentikan atau memperlambat akibat dari penyakit yang berkembang (Edelman dan Mandle, 2014). Pada pencegahan sekunder terdapat kegiatan, yakni: 1) *Diagnosis dini (Early Diagnosis)* dan *Pengobatan yang cepat dan tepat (Prompt Treatment)* dan 2) *Disability Limitation* (Pembatasan Kecacatan).

a. *Early Diagnosis (Diagnosis dini dan Prompt Treatment (Pengobatan yang cepat dan tepat)*

Penemuan Kasus Dini dan Perawatan Segera, Pembatasan Disabilitas, dan Rehabilitasi Meskipun promosi kesehatan dan perlindungan khusus berfokus pada kondisi sehat dan berupaya mencegah penyakit, serangkaian strategi dan aktivitas yang berbeda diperlukan jika interaksi berbagai faktor mengakibatkan penyakit atau cedera. Ketika penyakit terjadi, strategi yang diperlukan adalah strategi yang memfasilitasi deteksi dini, pengendalian cepat, atau rehabilitasi, tergantung pada tahap perkembangan penyakit.

Secara umum, deteksi dini dan perawatan segera mengurangi rasa sakit dan penderitaan individu dan lebih murah bagi individu maupun masyarakat dibandingkan perawatan yang dimulai hanya setelah suatu kondisi mencapai tahap yang lebih lanjut. Intervensi untuk mencapai deteksi dini dan perawatan segera meliputi tes skrining, upaya penemuan kasus, dan pemeriksaan fisik berkala.

Tes skrining semakin tersedia untuk mendeteksi penyakit sebelum menjadi gejala. Upaya penemuan kasus untuk kondisi infeksi dan non-infeksi diarahkan pada populasi yang berisiko lebih tinggi terhadap kondisi tersebut berdasarkan kriteria yang sesuai untuk kondisi tersebut. Penyedia layanan kesehatan primer yang sensitif terhadap pola penyakit dan faktor predisposisi dapat memainkan peran penting dalam mengidentifikasi sedini mungkin penanganan sebagian besar kondisi medis.

Setiap kali ditemukan atau dicurigai adanya penyakit, maka lakukan tindakan segera dengan tujuan untuk mengidentifikasi kasus sesegera mungkin dan merujuknya ke fasilitas kesehatan terkait. Tindakan yang dapat dilakukan antara lain: skrining survei dan langkah-langkah penemuan kasus dengan pemeriksaan selektif dan diagnosis masalah kesehatan, pengobatan penyakit ringan di tingkat masyarakat, rujukan kasus ke fasilitas kesehatan terkait dan tindak lanjut.

Salah satu contoh diagnosis dini dan pengobatan segera yang terkait dengan program skrining kanker, yang merupakan upaya untuk mendeteksi kanker pada tahap awal (ketika diobati dengan lebih berhasil) di antara individu yang tampak sehat. Perlu dicatat bahwa dalam kasus hasil skrining positif yang dikonfirmasi oleh pemeriksaan diagnostik, kanker sudah ada; namun, deteksi tumor dilakukan sebelum timbulnya gejala klinis sehingga mengurangi kemungkinan perkembangan

hingga kematian. Sebagian besar program skrining kanker merupakan bentuk pencegahan sekunder.

b. *Disability Limitation* (Pembatasan Kecacatan).

Merupakan tindakan penatalaksanaan terapi yang maksimal pada penyakit yang telah lanjut untuk mencegahnya menjadi lebih berat, menjadikan sembuh serta mengurangi kemungkinan kecacatan yang akan timbul. Upaya yang dilakukan pada pembatasan kecacatan (*Disability Limitation*) dengan tujuan untuk mencegah atau mengurangi dampak kecacatan pada seseorang yang sudah menderita suatu penyakit, keterlibatan tindakan yang tepat dan tuntas dalam perawatan yang menyeluruh dan mengintensifkan pengobatan selanjutnya untuk mencegah komplikasi dan kecacatan lebih lanjut.

Penekanan pada upaya ini adalah pada usaha penemuan kasus secara dini serta pengobatan yang cepat tepat (*early diagnosis and prompt treatment*) yang dimulai pada fase patogenesis (masa inkubasi) yaitu ketika bibit penyakit sudah masuk ke dalam tubuh manusia hingga timbul gejala penyakit maupun gangguan kesehatan. Diagnosis dini serta intervensi yang tepat diharapkan menghambat proses perjalanan penyakit (patologik) diharapkan mampu memperpendek waktu sakit seta tingkat keparahan atau keseriusan penyakit. Semakin cepat pengobatan diberikan kepada penderita, maka semakin besar pula kemungkinan untuk sembuh dan semakin kecil potensi terjadinya komplikasi atau kecacatan yang berkelanjutan.

3. Pencegahan Tersier:

Pencegahan tersier memaksimalkan pemulihan setelah cedera atau penyakit. Sebagian besar perawatan yang diberikan di fasilitas perawatan akut, klinik, dan fasilitas perawatan berfokus pada perawatan tersier. Rehabilitasi merupakan fokus utama dalam tingkat pencegahan ini.

Aktivitas rehabilitasi membantu klien mencapai potensi maksimal mereka meskipun terdapat kondisi kronis. Pelayanan pada tingkat ini membantu pasien mencapai level kemampuan fungsional setinggi mungkin, meskipun terdapat berbagai keterbatasan yang disebabkan Oleh penyakit atau kerusakan fungsi kehidupan. Edelman dan mandle (2014) mengatakan pencegahan tersier ini meliputi upaya meminimalkan efek dari penyakit jangka panjang atau kecacatan melalui berbagai intervensi yang ditujukan pada pencegahan komplikasi dan pemburukan (Edelman and Kudzma, 2014).

Dapat diberikan suatu contoh dalam pencegahan ini yaitu mengajarkan klien yang telah menjalani penggantian pinggul agar dia mampu menciptakan lingkungan rumah yang bersih dan aman dan bagaimana mencegah agar ia tidak terjatuh adalah merupakan contoh pencegahan tersier. Pencegahan tersier dilakukan pada fase lanjut proses patogenesis suatu penyakit maupun gangguan pada kesehatan. Dalam pencegahan ini dapat dilakukan dengan program rehabilitasi untuk mengurangi ketidakmampuan serta meningkatkan efisiensi hidup penderita.

Rahbilitation (Rehabilitasi)

Tingkat rehabilitasi merupakan tingkat pencegahan terakhir untuk masyarakat yang sakit dan dapat disembuhkan menjadi sehat pada saat kembali ke masyarakat serta dapat menjalain hidup seperti semula dengan fungsi yang positif bagi dirinya dan bagi masyarakat lainnya. Rehabilitasi juga bertujuan untuk mengembalikan fungsinya dimasyarakat dengan tidak menjadi beban untuk individu lain. Seseorang dengan penyakit tertentu dan melakukan tahap pengobatan, terdapat tiga opsi yang pertama adalah sembuh total, sembuh dengan cacat dan tidak sembuh atau meninggal. Contoh tingkat rehabilitasi seperti ketika seseorang mengalami kecelakaan kemudia patah tulang pada tangan, dapat direhabilitasi dengan menggunakan tangan palsu pada tangan yang patah karena

memiliki fungsi yang sama. Contoh lainnya yaitu untuk mantan pengguna narkoba harus menjalani rehabilitasi sebelum kembali ke masyarakat.

Tiga tingkatan pencegahan penyakit tersebut tergambar dalam tabel 2.1 dibawah ini,

Tabel 2.1 Tiga Tingkatan Pencegahan

<i>Health Promotion</i>	<i>Specific Protection</i>	<i>Early Diagnosis and Prompt Treatment</i>	<i>Disability Limitation</i>	<i>Rehabilitation</i>
<i>Pre Pathogenesis Phase</i>		<i>Pathogenesis Phase</i>		
<i>Primary Prevention</i>		<i>Secondary Prevention</i>	<i>Tertiary Prevention</i>	

Sumber: Leavell H, Clark AE: *preventive medicine for the doctors in his community*, ed 3, New' York, 1965, McGraw.LHill: dan dimodifikasi dari Edelman CL. Mandle CLI *Health promotion throughout the life span*, ed 7, St Louis, 2014, Mosby.

DAFTAR PUSTAKA

- Adjunct and Marniati (2021) *Promosi Kesehatan*. Depok: Rajawali Pers.
- Departemen Kesehatan RI (2008) *Pusat Promosi Kesehatan, Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan, dalam Pencapaian PHB*. Jakarta.
- Edelman, C.L. and Kudzma, E.C. (2014) *Health Promotion Throughout the Life Span 10th Edition*. elsevier.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia, K. versi online/daring (dalam jaringan) (2025) '<https://kbbi.web.id/cega>'.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2015) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2015 Tentang Upaya Peningkatan Kesehatan Dan Pencegahan Penyakit'.
- Pakpahan, M. *et al.* (2021) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Penerbit Yayasan Kita Menulis.
- Snelling, A. (2014) *Introduction to Health Promotion*. United States of America: Jossey-Bass.

BAB 3 | STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

drg. Sari Aldilawati, M.Kes.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan di Indonesia, yang sebelumnya dikenal sebagai Konseling Kesehatan, diubah namanya untuk mencerminkan perspektif global dan praktik terbaik yang terus berkembang. Perubahan ini didorong oleh Piagam Ottawa tahun 1986 yang menekankan pendekatan komprehensif terhadap kesehatan, dengan fokus pada pemberdayaan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan mereka melalui pendidikan, pemberdayaan, dan lingkungan yang mendukung (Syafei, 2010).

Dalam Ottawa Charter menghasilkan rumusan 3 strategi promosi kesehatan yakni advokasi, penerapan dan mediasi.



Logo Promosi Kesehatan WHO dirancang dengan cermat untuk mewakili prinsip-prinsip inti dalam membina masyarakat yang lebih sehat. Lingkaran luar melambangkan pentingnya membangun kebijakan yang sehat yang berfungsi sebagai landasan bagi promosi kesehatan yang efektif. Dari lingkaran ini terdapat tiga sayap, yang masing-masing mewakili area fokus utama: menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat tindakan masyarakat, dan mengembangkan keterampilan pribadi. Di dalam lingkaran yang lebih besar, lingkaran yang lebih kecil menyoroti tiga strategi utama Memungkinkan, Mediasi, dan Advokasi yang memandu upaya promosi kesehatan yang efektif. Desain keseluruhan menekankan integrasi penting kebijakan dan tindakan di seluruh area yang saling terkait ini, yang menggambarkan pendekatan komprehensif untuk meningkatkan hasil kesehatan melalui inisiatif yang terkoordinasi dan strategis.

Logo tersebut menampilkan tiga sayap yang saling terhubung, yang masing-masing melambangkan kesatuan dan kolaborasi yang penting untuk promosi kesehatan yang efektif.

Sayap-sayap ini mencakup lima area penting: kebijakan publik kesehatan, lingkungan yang mendukung, aksi komunitas, keterampilan pribadi, dan layanan kesehatan yang berorientasi ulang. Sayap yang menonjol dalam desain tersebut mewakili sifat dinamis dan terus berkembang dari pengembangan kebijakan, yang menekankan kemajuan dan inovasi yang berkelanjutan. Citra ini menggarisbawahi pentingnya sinergi yang berkelanjutan di antara semua sektor yang terlibat dalam promosi kesehatan. Secara keseluruhan, logo tersebut mencerminkan pendekatan yang komprehensif, yang menggambarkan bahwa promosi kesehatan ialah upaya multifaset yang membutuhkan tindakan terkoordinasi, kemampuan beradaptasi, dan komitmen bersama untuk meningkatkan kesejahteraan populasi.

Health promotion is the practice of empowering individuals to enhance their control over and improve their health. To attain a condition of comprehensive physical, mental, and social well-being, an individual or group must define and fulfill ambitions to meet needs, as well as adapt to or manage their environment (Promosi kesehatan ialah praktik pemberdayaan individu untuk meningkatkan kendali mereka atas dan meningkatkan kesehatan mereka. Untuk mencapai kondisi kesehatan fisik, mental, dan sosial yang komprehensif, seorang individu atau kelompok harus mendefinisikan dan memenuhi ambisi untuk memenuhi kebutuhan, serta beradaptasi atau mengelola lingkungan mereka (otawwa charter, 1986).

Promosi kesehatan, sebagaimana ditekankan oleh WHO, mendorong individu untuk bertanggung jawab atas kesejahteraan mereka melalui pemberdayaan diri. Dengan menyediakan pengetahuan, sumber daya, dan dukungan, hal itu memungkinkan orang untuk membuat pilihan yang tepat, mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat, dan berpartisipasi aktif dalam meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan (Maulana, 2009).

B. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan memainkan peran penting dalam meningkatkan kesadaran, menumbuhkan kemauan, dan meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan mereka secara keseluruhan. Dengan menangani lingkungan sosial dan mendukung perilaku positif, hal itu memberdayakan orang untuk membuat pilihan yang lebih sehat dan menciptakan perubahan yang langgeng dalam hidup mereka.

Menurut **WHO (World Health Organization, 1986)** dalam *Ottawa Charter for Health Promotion*, promosi kesehatan ialah "Pemberdayaan masyarakat memainkan peran penting dalam meningkatkan penentu kesehatan dan mencapai hasil kesehatan yang lebih baik bagi semua orang." Berdasarkan prinsip ini, ruang lingkup promosi kesehatan mencakup beberapa dimensi besar sebagai berikut:

1. Pendidikan Kesehatan

Tujuan utama ialah mengubah perilaku individu melalui peningkatan pengetahuan dan kesadaran tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan bisa dilakukan melalui media cetak, digital, atau komunikasi langsung.

Contoh: Penyuluhan tentang pentingnya menyikat gigi dua kali sehari.

2. Perubahan Perilaku (Behavior Change)

Promosi kesehatan berusaha mempengaruhi perilaku melalui pendekatan psikologis, sosial, dan budaya untuk menciptakan perubahan yang berkelanjutan.

Contoh: Penggunaan gamifikasi dalam meningkatkan motivasi anak untuk menjaga kesehatan gigi.

3. Advokasi Kebijakan Kesehatan

Mengupayakan terciptanya kebijakan publik yang mendukung kesehatan, seperti regulasi anti rokok atau kebijakan makanan sehat di sekolah.

Contoh: Pengusulan kebijakan kantin sehat di sekolah dasar.

4. Pemberdayaan Masyarakat

Melibatkan masyarakat secara aktif agar mereka mampu mengidentifikasi masalah dan menentukan solusi yang sesuai dengan konteks sosial budaya lokal.

Contoh: Pelibatan kader posyandu dalam menyampaikan pesan kesehatan gigi dan mulut.

5. Penciptaan Lingkungan yang Mendukung

Memodifikasi lingkungan secara cermat dapat secara efektif meningkatkan perilaku sehat dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

Contoh: Menyediakan wastafel dan sikat gigi bersama di sekolah dasar.

6. Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan

Mengintegrasikan promosi kesehatan dalam layanan primer, sekunder, dan tersier, bukan hanya sebagai tambahan, tetapi sebagai bagian dari pelayanan menyeluruh.

Contoh: Klinik gigi menyediakan sesi edukasi singkat kepada orang tua anak pasien

Secara umum, tujuan utama promosi kesehatan ialah untuk:

- 1. Meningkatkan kesadaran masyarakat** tentang pentingnya kesehatan.
- 2. Merubah perilaku** individu, keluarga, dan masyarakat ke arah perilaku hidup sehat.
- 3. Meningkatkan kemampuan masyarakat** dalam mengontrol faktor-faktor yang memengaruhi kesehatannya (*empowerment*).
- 4. Mendorong terciptanya lingkungan dan kebijakan** yang mendukung gaya hidup sehat.
- 5. Menurunkan angka kesakitan dan kematian** melalui tindakan promotif dan preventif.

Dalam strategi komprehensif, tujuan jangka panjang dirancang untuk mendorong perilaku sehat dengan membangun kebiasaan yang berkelanjutan. Fokus jangka menengah menekankan pemahaman norma-norma dasar dan pengaruh sosial, sementara target jangka pendek berkonsentrasi

pada pencapaian tujuan secara aktif dan penerapan tindakan tertentu secara efektif.

Adapun visi dari promosi kesehatan ialah "**Terwujudnya individu, keluarga, dan masyarakat yang berperilaku hidup sehat dan mampu mandiri dalam memelihara kesehatannya.**"

Visi ini menekankan pada:

1. Kesadaran dan kemandirian individu dan masyarakat.
2. Lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat.
3. Akses informasi dan fasilitas kesehatan yang merata.

Misi promosi kesehatan ialah bekerja secara aktif untuk mewujudkan visi menyeluruhnya dengan menerapkan tindakan yang berdedikasi dan strategis. Melalui upaya berkelanjutan, pendidikan, dan keterlibatan masyarakat, promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan dan mendorong gaya hidup yang lebih sehat di seluruh populasi yang beragam (Notoatmodjo, 2005).

Misi promosi kesehatan:

1. **Mengembangkan kebijakan dan regulasi yang mendukung hidup sehat.** → mendorong kebijakan publik yang sehat (*healthy public policy*).
2. **Meningkatkan pendidikan kesehatan dan literasi kesehatan masyarakat.** → melalui berbagai media, teknologi, dan pendekatan komunitas.
3. **Memfasilitasi pemberdayaan masyarakat.** → memberi ruang bagi partisipasi masyarakat dalam merencanakan dan mengevaluasi kegiatan kesehatan.
4. **Mengembangkan kemitraan lintas sektor.** → bekerjasama dengan lembaga pendidikan, organisasi masyarakat, dan sektor swasta.
5. **Menciptakan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat.** → termasuk lingkungan fisik, sosial, dan budaya yang sehat.

C. Media dan Alat Peraga Promosi Kesehatan

Alat media secara efektif membantu pendidik dalam melibatkan siswa dan menyampaikan konten dengan jelas dan efisien (Maulana, 2009).

Media promosi kesehatan secara efektif mengkomunikasikan informasi kesehatan yang penting kepada masyarakat (Ferry Efendy & Makhfudli, 2009). Media promosi kesehatan mencakup berbagai saluran seperti materi cetak, platform elektronik, dan iklan luar ruang. Metode-metode ini secara efektif menyampaikan pesan-pesan informatif yang ditujukan untuk meningkatkan kesadaran dan mendorong perilaku kesehatan yang positif di antara berbagai populasi, yang pada akhirnya membina masyarakat yang lebih sehat melalui upaya-upaya komunikasi yang strategis (Notoatmodjo, 2007).

Media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yakni: (Notoatmodjo, 2005)

1. Media cetak

Media cetak seperti buklet, selebaran, majalah, dan poster berperan penting dalam menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat secara efektif. Buklet sering kali menggabungkan teks dan gambar terperinci untuk memberikan informasi yang komprehensif, sehingga topik kesehatan yang rumit menjadi lebih mudah dipahami. Selebaran biasanya berupa kertas lipat yang menyampaikan pesan atau kiat yang ringkas, ideal untuk dibaca dengan cepat. Majalah menyediakan ruang untuk artikel dan diskusi mendalam tentang berbagai masalah kesehatan, yang menarik minat pembaca dari waktu ke waktu. Poster, yang dipajang di tempat umum, memakai visual yang mencolok dan slogan singkat untuk menarik perhatian dan meningkatkan kesadaran tentang masalah kesehatan yang penting.

2. Media elektronik

Media elektronik seperti TV, radio, dan video menyampaikan pesan-pesan kesehatan melalui konten yang dinamis dan menarik, yang secara efektif menarik perhatian khalayak dan meningkatkan kesadaran tentang topik-topik kesehatan yang penting dengan cara yang mudah dipahami dan mudah diingat.

3. Media luar ruangan

Media luar ruangan yakni papan tanda dari kain atau vinil berwarna-warni yang sering digantung di jalan atau gedung untuk menarik perhatian. Spanduk dapat menampilkan pesan promosi, pengumuman acara, atau merek dalam desain yang mencolok dan menarik perhatian. Tidak seperti poster statis, spanduk biasanya ringan dan mudah dibawa, sehingga serbaguna untuk berbagai keperluan di luar ruangan. Baik papan reklame maupun spanduk memainkan peran penting dalam periklanan luar ruang, yang secara efektif menjangkau khalayak luas di ruang publik.

Dalam gaya komunikasi kesehatan yang umum, promosi kesehatan bergantung pada penggunaan media yang strategis untuk menyampaikan pesan yang jelas dan ringkas secara efektif, sehingga meningkatkan visibilitas, aksesibilitas, dan pemahaman informasi kesehatan penting bagi masyarakat umum (Notoatmodjo, 2005).

Adapun tujuan dari penggunaan media promosi kesehatan ialah (Notoatmodjo, 2005)

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
3. Media dapat memperjelas informasi yang disampaikan
4. Media dapat mempermudah pengertian
5. Media dapat mengurangi komunikasi yang verbalistik
6. Media dapat menampilkan objek yang dapat ditangkap dengan mata
7. Media dapat memperlancar komunikasi, dan lain- lain

Media promosi kesehatan mengikuti prinsip-prinsip utama untuk secara efektif menginformasikan dan memotivasi perubahan perilaku positif (Notoatmodjo, 2005)

1. Memakai lebih banyak indra penglihatan, pendengaran, sentuhan, penciuman, dan perasa sangat meningkatkan pemahaman kita terhadap pesan kesehatan yang disampaikan melalui berbagai sumber media
2. Jenis media memiliki kelebihan dan kekurangan yang memengaruhi komunikasi secara efektif
3. Dalam gaya yang cerdas, disarankan untuk memakai berbagai format media dengan hemat, karena penggunaan yang berlebihan tidak memberikan manfaat tambahan
4. Dalam gaya komunikasi yang umum, pengguna media mendorong penerima untuk secara aktif berbagi dan menyebarkan pesan secara luas
5. Selalu rencanakan dengan cermat dan persiapkan secara matang sebelum memakai atau mengonsumsi sesuatu
6. Gunakan media secara tepat; persiapkan diri secara memadai, hindari gangguan, dan tetap fokus pada tujuan dan tanggung jawab.

Kriteria media promosi kesehatan yakni:

1. *Technology*

Meningkatkan pengalaman pengguna melalui desain teknologi yang dapat diakses

2. *Access*

Media promosi kesehatan yang mudah diakses mutlak diperlukan agar dampaknya terasa luas di masyarakat.

3. *Cost*

Berinvestasi dalam biaya promosi kesehatan memberikan manfaat bagi semua orang.

4. *Interractivity*

Keterlibatan pengguna menghasilkan hasil yang lebih baik

5. *Organization*

Otoritas institusional yang mendukung dan mengatur masyarakat.

6. *Novelty*

Media baru umumnya lebih menarik dan memikat, menarik perhatian khalayak dengan konten yang inovatif dan dinamis.

Pesan yang efektif dan kreatif memerlukan kejelasan, keterlibatan, dan koneksi autentik agar benar-benar beresonansi dengan audiens pada media:

1. *Command attention*, yakni Kembangkan pesan yang jelas dan menarik perhatian yang secara efektif dapat menarik minat audiens secara instan.
2. *Clarify the message*, yakni sampaikan pesan sederhana dan jelas sehingga semua orang dapat memahaminya dengan mudah dan cepat.
3. *Create trust*, yakni sampaikan komunikasi yang dapat dipercaya, jujur, dan tulus untuk membangun hubungan yang kuat dan langgeng berdasarkan integritas.
4. *Communicate a benefit*, yakni komunikasi yang efektif mendorong terciptanya pengertian, kerja sama, dan keuntungan bersama bagi semua pihak yang terlibat.
5. *Consistency*, yakni selalu fokus pada satu pesan yang jelas untuk memastikan komunikasi dan pemahaman yang efektif.
6. *Cater to the heart and head*, yakni merangkul hati dan pikiran untuk membangkitkan emosi mendalam dan menumbuhkan pemahaman, menginspirasi hubungan tulus dan refleksi bermakna dalam diri setiap individu.
7. *Call to action*, yakni dorong tindakan positif melalui ajakan yang memotivasi untuk menginspirasi orang lain dan kembangkan komunitas yang suportif dan proaktif.

D. Inovasi dalam Strategi Promosi Kesehatan

Revolusi TIK yang pesat secara signifikan mengubah dan meningkatkan cara penyampaian informasi kesehatan di seluruh dunia (Suciliyana & Rahman, 2020). Dalam beberapa tahun terakhir, pendidikan kesehatan telah mengalami transformasi signifikan, menjauh dari pendekatan konvensional menuju platform digital yang inovatif. Saat ini, aplikasi, modul

pembelajaran elektronik, dan saluran media sosial menyediakan akses yang lebih mudah bagi individu ke informasi kesehatan yang dapat diandalkan. Alat-alat modern ini membuat pembelajaran tentang kesehatan lebih terjangkau dan lebih personal, sehingga memberdayakan orang untuk lebih menjaga kesehatan mereka. Pergeseran ini meningkatkan keterlibatan dan mempromosikan gaya hidup yang lebih sehat di antara berbagai populasi (Wardono et al., 2023)

Pendidikan kesehatan digital mempromosikan pembelajaran yang menarik dan interaktif tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan pengelolannya. Pendidikan ini mendorong partisipasi aktif, memberdayakan individu untuk membuat keputusan yang tepat, mengadopsi kebiasaan yang lebih sehat, dan mengendalikan kesejahteraan mereka melalui sumber daya dan alat daring yang mudah diakses dan inovatif (Solihin et al., 2023). Dengan gaya modern dan profesional, teknologi memfasilitasi kolaborasi yang lancar antara penyedia layanan kesehatan, peneliti, dan mitra industri untuk memajukan inovasi medis dan meningkatkan perawatan pasien

Pendidikan kesehatan digital pada dasarnya didasarkan pada informasi yang dapat dipercaya dan divalidasi secara ilmiah, yang menjamin keakuratan dan keandalan. Pendidikan ini memanfaatkan teknologi yang inovatif dan hemat biaya untuk menyebarkan pengetahuan kesehatan yang penting secara efektif ke berbagai populasi. Dengan memanfaatkan platform digital, pendekatan ini secara signifikan meningkatkan kesadaran kesehatan masyarakat, memberdayakan individu untuk membuat keputusan yang tepat, dan membina masyarakat yang lebih sehat melalui pendidikan yang mudah diakses dan tersebar luas (Wardono et al., 2023)

E. Evaluasi Strategi Promosi Kesehatan

Evaluasi strategi promosi kesehatan yang dilakukan secara sistematis akan menilai efektivitas, relevansi, dan dampak keseluruhan dari inisiatif secara menyeluruh. Proses ini

memastikan bahwa setiap strategi selaras dengan tujuan yang ditetapkan, serta memberikan wawasan dan bukti yang berharga. Pada akhirnya, hal ini akan memfasilitasi peningkatan yang berarti dalam kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Evaluasi memiliki beberapa tujuan, yakni: (McKenzie, 2006)

1. Menilai efektivitas strategi dalam mencapai tujuan promosi kesehatan.
2. Mengidentifikasi hambatan atau kendala dalam implementasi program.
3. Memberikan masukan untuk perbaikan program selanjutnya.
4. Menginformasikan pengambil keputusan terkait kelanjutan atau modifikasi program.

Adapun **Jenis-Jenis Evaluasi dalam Promosi Kesehatan** dapat dibagi menjadi beberapa jenis, diantaranya

1. Evaluasi Formatif

Dilakukan sebelum atau selama pelaksanaan program untuk memperbaiki desain dan pendekatan promosi.

Contoh: Menguji media promosi kesehatan sebelum disebarluaskan.

2. Evaluasi Proses

Mengukur apakah kegiatan promosi kesehatan dilaksanakan sesuai rencana.

Contoh: Jumlah pelatihan yang dilakukan, distribusi media promosi.

3. Evaluasi Hasil (Outcome Evaluation)

Menilai perubahan perilaku, sikap, atau pengetahuan pada kelompok sasaran setelah intervensi.

4. Evaluasi Dampak (Impact Evaluation)

Menganalisis pengaruh jangka panjang seperti penurunan angka penyakit atau peningkatan kualitas hidup.

DAFTAR PUSTAKA

- Efendi, .F. dan Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Glanz, K., Rimer, B. K., and Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass.
- Green, L. W., and Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill.
- Green, L.W. and Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Kebijakan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Rencana Strategis Promosi Kesehatan 2020–2024*.
- Maulana, dan Herry. (2007). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., and Thackeray, R. (2016). *Planning, Implementing, & Evaluating Health Promotion Programs: A Primer*. Pearson Education.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 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.
- Solihin., Abdullah, A. Z., dan SIP, M. S. (2023). *Komunikasi kesehatan era digital: Teori dan praktik*. Prenada Media.

- Suciliyana, Y. dan Rahman, L.O.A. (2020). *Augmented reality sebagai media pendidikan kesehatan untuk anak usia sekolah*. *Jurnal Surya Muda*. 2(1), 39–53. doi: 10.38102/jsm.v2i1.51.
- Wardono, H.R.I., Sussanti, R., Wijayanti, Y. dan Cahyati, W.H. (2023). *Tantangan transformasi digital pada masa pandemi COVID-19*. Pendidikan tinggi vokasi Politeknik Kesehatan Kemenkes: Semarang dalam Prosiding Seminar Nasional Pascasarjana, 6(1). 341–345.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO. (2001). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications, European Series.
- WHO. (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*.

BAB 4

PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU

drg. Muhammad Jayadi Abdi, M.Kes.

A. Pendahuluan

Perilaku terdiri dari tindakan dan perkataan seseorang yang dapat diamati, yang diklasifikasikan sebagai baik atau buruk berdasarkan norma-norma masyarakat seperti agama, hukum, kesopanan, dan moralitas. Perilaku dapat mencerminkan karakter, nilai-nilai, dan pengaruh budaya seseorang, yang membentuk cara mereka berinteraksi dengan orang lain. Perilaku positif menumbuhkan rasa percaya dan harmoni, sementara perilaku negatif dapat menyebabkan kesalahpahaman dan konflik, yang menyoroti pentingnya kesadaran diri dan standar etika dalam kehidupan sehari-hari.

Perilaku memainkan peran penting dalam menentukan kesehatan secara keseluruhan, karena tindakan kecil sekalipun dapat menghasilkan hasil yang signifikan. Misalnya, sesuatu yang sederhana seperti mencuci tangan merupakan cara yang efektif untuk mencegah penyebaran kuman dan mengurangi penyakit. Mendorong penerapan kebiasaan dasar tersebut melalui pesan kesehatan yang terarah berpotensi memicu revolusi kesehatan yang positif di seluruh komunitas. Perilaku sederhana ini, jika dipraktikkan secara konsisten, dapat mengarah pada peningkatan kesejahteraan dan populasi yang lebih sehat. Pada akhirnya, perilaku yang baik menggarisbawahi kekuatan tindakan sehari-hari dalam membentuk kesehatan

jangka panjang, yang menekankan bahwa langkah-langkah kecil dapat mengarah pada perubahan besar.

B. Batasan Perilaku

Perilaku manusia mencakup berbagai macam aktivitas, termasuk berjalan di jalan yang ramai, terlibat dalam percakapan, bekerja dengan tekun, belajar dengan tekun, berbagi tawa dengan teman, mengekspresikan emosi melalui air mata, dan membenamkan diri dalam membaca. Tindakan-tindakan ini secara kolektif mencerminkan berbagai cara manusia berinteraksi dengan lingkungan dan satu sama lain (notoatmodjo, 2007).

Perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yakni:

1. Faktor-faktor predisposing (*predisposing faktor*) Faktor predisposisi seperti pengetahuan masyarakat, keyakinan budaya, nilai-nilai sosial, pencapaian pendidikan, dan status sosial ekonomi secara signifikan memengaruhi perilaku individu dan hasil kesehatan, membentuk persepsi dan keputusan yang berdampak pada kesejahteraan keseluruhan dalam berbagai populasi dan komunitas.
2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling faktor*) faktor pendukung berperan penting dalam mempromosikan perilaku sehat dengan menyediakan fasilitas dan infrastruktur penting yang mendukung kesejahteraan masyarakat. Fasilitas dan infrastruktur ini meliputi pusat kesehatan masyarakat yang mudah diakses, rumah sakit, serta sistem pembuangan air dan limbah yang andal. Dengan memastikan ketersediaan sumber daya penting ini, masyarakat diberdayakan untuk mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat, mencegah penyakit, dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan melalui peningkatan akses dan dukungan.
3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing faktor*) faktor-faktor yang memperkuat, seperti sikap pemimpin masyarakat dan agama, perilaku petugas kesehatan, dan undang-undang yang berlaku, memainkan peran penting dalam mendorong dan memperkuat perilaku sehat. Bahkan ketika individu

menghadapi tantangan atau godaan, pengaruh yang mendukung ini membantu mempertahankan kebiasaan positif dengan menciptakan lingkungan yang saling percaya, akuntabilitas, dan persetujuan sosial, yang pada akhirnya mendorong peningkatan kesehatan yang berkelanjutan dalam masyarakat.

Menurut green dkk (1999) yang dikutip gielen, dkk (2002), ada 6 langkah proses perubahan perilaku kesehatan yakni:

1. Penilaian Sosial

Penilaian sosial mengeksplorasi persepsi masyarakat tentang kebutuhan dan kualitas hidup, dengan mengintegrasikan berbagai sumber data untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif tentang kesehatan dan kesejahteraan. Dengan meneliti bagaimana faktor-faktor ini saling memengaruhi, penilaian sosial memberikan wawasan berharga yang memandu strategi perencanaan dan intervensi yang efektif, yang pada akhirnya mendorong masyarakat yang lebih sehat dan lebih tangguh yang disesuaikan dengan keadaan dan prioritas unik mereka.

2. Penilaian Epidemiologi

Penilaian epidemiologi mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat yang utama, menghubungkan masalah kesehatan dengan aspek kualitas hidup, kesejahteraan sosial, dan stabilitas ekonomi. Pendekatan komprehensif ini membantu menginformasikan intervensi yang ditargetkan, mempromosikan gaya hidup yang lebih sehat, dan meningkatkan ketahanan masyarakat secara keseluruhan dan hasil kesehatan masyarakat jangka panjang.

3. Penilaian Perilaku dan Lingkungan

Penilaian perilaku dan lingkungan berperan penting dalam memahami masalah kesehatan. Perilaku mengacu pada tindakan pribadi yang menimbulkan risiko, seperti merokok atau kebiasaan makan yang tidak sehat. Faktor lingkungan mencakup kondisi eksternal seperti polusi atau kurangnya ruang aman yang dapat berdampak negatif pada kesehatan. Kedua aspek tersebut dapat dimodifikasi, artinya

intervensi dapat dirancang untuk mengubah perilaku dan memperbaiki lingkungan, yang pada akhirnya menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik bagi individu dan masyarakat.

4. Identifikasi faktor

Dalam memahami perilaku, penting untuk mengidentifikasi pengaruh, penguat, dan pendorong yang memicu dan mempertahankan tindakan. Mengenali faktor-faktor ini membantu dalam membentuk perilaku positif dan menciptakan lingkungan yang mendukung untuk perubahan yang langgeng.

5. Penilaian Administrasi dan Kebijakan

Secara komprehensif dan strategis, merancang intervensi dan kebijakan melibatkan identifikasi secara cermat sumber daya yang tersedia dan kondisi yang berlaku yang memfasilitasi atau menghambat keberhasilan implementasi program, memastikan bahwa inisiatif dirancang secara efektif untuk mencapai hasil yang diinginkan.

6. Implementasi dan Evaluasi

Langkah ini mencakup implementasi program kesehatan secara cermat, dengan fokus pada evaluasi proses, dampak, dan hasilnya. Langkah ini melibatkan penilaian sistematis terhadap seberapa efektif program tersebut selaras dengan rencana dan tujuan awal. Selain itu, langkah ini memerlukan pemantauan perubahan dalam berbagai faktor, perilaku, dan kondisi lingkungan yang dipengaruhi oleh kegiatan program. Melalui evaluasi komprehensif ini, kita dapat menentukan keberhasilan program dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan untuk memastikan hasil kesehatan yang lebih baik.

C. Konsep Dasar Perilaku Kesehatan Masyarakat

Masalah kesehatan masyarakat sering kali bersumber dari perilaku pada tingkat individu, keluarga, atau masyarakat. Perilaku, yang didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan

seseorang, dapat diamati secara langsung atau tidak langsung. Tindakan ini memengaruhi hasil kesehatan secara signifikan, yang menyoroti pentingnya mempromosikan kebiasaan positif dan mengatasi perilaku berisiko untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Gerungan (2004:160) Perilaku merupakan cerminan sikap seseorang terhadap suatu objek, yang meliputi pandangan dan respons emosional yang mendasarinya. Perilaku juga mencakup kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap tersebut dan kemauan untuk terlibat dalam tindakan tertentu. Intinya, perilaku mengungkapkan bagaimana individu berpikir dan merasakan sesuatu, yang mengarahkan tindakan mereka sesuai dengan itu. Notoatmodjo (2003:118) Perilaku muncul dari interaksi kompleks antara kecenderungan genetik dan pengaruh lingkungan, yang bekerja sama untuk membentuk bagaimana organisme dan manusia merespons berbagai rangsangan. Proses dinamis ini melibatkan pertukaran informasi yang berkelanjutan antara sifat bawaan dan kondisi eksternal, yang memandu respons perilaku. Pembelajaran berfungsi sebagai mekanisme penting dalam interaksi ini, yang memungkinkan individu untuk beradaptasi dan memodifikasi tindakan mereka berdasarkan pengalaman. Pada akhirnya, perilaku mencerminkan sintesis bernuansa antara keturunan dan lingkungan, yang menggambarkan bagaimana faktor eksternal dan susunan genetik secara kolaboratif memengaruhi respons dalam berbagai situasi. Menurut Notoatmodjo (2003:120) Dalam gaya yang cerdas, dipahami bahwa respons dapat dikategorikan ke dalam dua bentuk yang berbeda. Bentuk pertama mencakup respons internal pasif seperti pikiran atau sikap yang tetap tersembunyi dari pengamatan eksternal; ini sering disebut sebagai perilaku terselubung. Bentuk kedua melibatkan perilaku aktif yang dapat diamati yang merupakan tindakan nyata yang dilakukan oleh seorang individu. Bersama-sama, kedua jenis respons ini memberikan pemahaman yang komprehensif tentang bagaimana individu memproses secara internal dan

mengekspresikan diri mereka secara lahiriah dalam berbagai situasi.

Becker (dalam Notoatmodjo, 2003:124) Perilaku kesehatan meliputi tindakan yang disengaja yang ditujukan untuk menjaga kesejahteraan, meningkatkan kesehatan secara keseluruhan, dan mencegah penyakit, terutama melalui praktik kebersihan yang baik, mematuhi pola makan bergizi, melakukan aktivitas fisik secara teratur, dan menghindari kebiasaan yang merugikan

Kosa dan Robetson (dalam Notoatmodjo, 2003:125) Perilaku kesehatan individu terutama dipengaruhi oleh keyakinan pribadi tentang kesehatan, bukan sekadar pengetahuan biologis. Orang sering menafsirkan kondisi kesehatan secara berbeda, berdasarkan pengalaman unik, latar belakang budaya, dan lingkungan sosial mereka. Penilaian pribadi dan sosial ini membentuk cara mereka menanggapi masalah kesehatan yang serupa, yang menyoroti bahwa persepsi memainkan peran penting. Ketika individu merasakan masalah kesehatan, hal itu mengaktifkan proses psikologis sosial yang memengaruhi keputusan dan tindakan mereka terkait kesehatan. Pada akhirnya, memahami persepsi ini penting untuk mendorong perilaku kesehatan yang efektif dan merancang intervensi yang tepat sasaran.

Notoatmodjo (2003:121) Respons manusia terhadap penyakit, kesehatan, makanan, dan lingkungan mencakup persepsi pasif—seperti kesadaran dan pengamatan—dan tindakan aktif, termasuk perilaku dan intervensi yang didorong oleh pilihan pribadi, pengaruh budaya, dan pemahaman ilmiah. Respons ini membentuk kesejahteraan individu dan hasil kesehatan masyarakat.

Notoatmodjo (2003:121) Perilaku kesehatan mencakup cara individu bereaksi terhadap penyakit, baik dengan secara pasif memahami dan menyadari kondisi mereka atau secara aktif mengambil langkah-langkah untuk mengatasinya. Respons ini dipengaruhi oleh berbagai tingkat pencegahan penyakit, seperti kebiasaan pribadi, upaya masyarakat, dan sistem perawatan kesehatan. Pada akhirnya, perilaku ini secara

signifikan membentuk pendekatan keseluruhan seseorang terhadap kesehatan, kesejahteraan, dan pengelolaan penyakit, yang memengaruhi kualitas hidup dan hasil mereka :

1. Perilaku promosi kesehatan mencakup menjaga pola makan seimbang dan melakukan aktivitas fisik yang konsisten untuk mendukung kesejahteraan secara keseluruhan;
2. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) ialah tindakan penting seperti selalu menggunakan kelambu, menjaga kebersihan dengan baik, dan menghindari kontak dengan orang yang terinfeksi, semuanya ditujukan untuk mengurangi risiko penyakit, menghentikan penularan dalam masyarakat, dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.
3. Perilaku sehubungan dengan pencaharian pengobatan (*health seeking behavior*), yakni melibatkan pencarian atau menjalani perawatan medis secara aktif, baik di fasilitas kesehatan modern seperti klinik atau rumah sakit, atau melalui penyedia layanan kesehatan tradisional seperti dukun, tabib masyarakat, atau praktisi spiritual. Perilaku ini mencerminkan kepercayaan budaya, aksesibilitas, dan preferensi pribadi, yang pada akhirnya memengaruhi hasil kesehatan dan membentuk pendekatan masyarakat terhadap pencegahan dan perawatan penyakit.
4. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) meliputi kepatuhan aktif terhadap arahan medis, terlibat dalam terapi yang ditentukan, dan membuat penyesuaian gaya hidup untuk secara efektif memulihkan dan memulihkan kesejahteraan secara keseluruhan sesudah sakit atau cedera.

Perilaku kesehatan masyarakat mencakup tindakan individu yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan, mencegah penyakit, mencari perawatan medis yang diperlukan saat dibutuhkan, mengadopsi pilihan gaya hidup sehat, dan berpartisipasi aktif dalam upaya masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengurangi risiko kesehatan di seluruh populasi.

D. Domain Perilaku

Menurut Bloom, seperti dikutip Notoatmodjo (2007), Perilaku dibagi menjadi tiga ranah yang saling tumpang tindih kognitif, afektif, dan psikomotorik untuk tujuan pendidikan guna mengembangkan individu yang berwawasan luas. Ranah kognitif berfokus pada pemikiran dan pengetahuan, afektif pada perasaan dan sikap, dan psikomotorik pada keterampilan fisik. Bersama-sama, ranah-ranah ini mendukung pertumbuhan yang komprehensif dan pembelajaran yang efektif.

Proses ini mengikuti suatu keteraturan tertentu yang dapat diklasifikasikan dalam 4 bagian, yakni :

1. Dalam gaya yang cerdas, dapat dicatat bahwa persepsi individu dan keluarga secara signifikan memengaruhi cara mereka menilai dan menafsirkan gangguan atau ancaman kesehatan, membentuk respons dan keputusan mereka mengenai pilihan pencegahan dan pengobatan.
2. Gangguan kesehatan sering kali menimbulkan kecemasan yang signifikan bagi individu dan keluarga mereka, terutama bila dikaitkan dengan ancaman serius terhadap nyawa. Kekhawatiran yang meningkat ini dapat memicu berbagai respons perilaku, termasuk penghindaran, peningkatan kewaspadaan, atau mencari perhatian medis segera, karena orang berjuang untuk mengatasi ketidakpastian dan ketakutan seputar kondisi mereka.
3. Menerapkan pengetahuan kesehatan untuk memahami dan mengatasi gangguan menunjukkan berbagai perilaku dan strategi yang digunakan individu saat mengelola tantangan kesehatan pribadi mereka. Dengan memanfaatkan berbagai pendekatan, orang dapat secara efektif mengatasi kondisi mereka, meningkatkan kesejahteraan yang lebih baik, dan mendorong keputusan yang proaktif dan terinformasi tentang kesehatan mereka.
4. Tindakan manipulatif yang bertujuan untuk mengurangi kecemasan atau gangguan berkontribusi signifikan terhadap munculnya lembaga kesehatan. Praktik ini, yang sering kali berakar pada metode tradisional atau alternatif, digunakan

oleh orang awam dan praktisi terlatih, yang mendorong beragam pendekatan penyembuhan yang didedikasikan untuk meningkatkan kesejahteraan mental dan fisik.

E. Pengetahuan (*Knowledge*)

Ki Hajar Dewantoro menganjurkan pendekatan holistik terhadap pendidikan, dengan menyoroti pentingnya memupuk tiga kemampuan penting dalam diri peserta didik. Ia menekankan bahwa pendidikan harus menumbuhkan cipta, yang mengembangkan kognisi dan keterampilan intelektual peserta didik; rasa, yang mendorong pertumbuhan emosional dan empati; dan karsa, yang memupuk kemauan dan kapasitas untuk bertindak. Dengan menyeimbangkan ketiga elemen ini, pendidikan dapat menghasilkan individu yang berwawasan luas yang mampu berpartisipasi secara bijaksana, penuh kasih sayang, dan proaktif dalam masyarakat.

Pengetahuan pada dasarnya berasal dari kemampuan kita untuk merasakan dan memahami dunia di sekitar kita melalui kelima indra, dengan penglihatan dan pendengaran memainkan peran yang paling menonjol. Informasi sensorik ini membentuk dasar untuk pemahaman dan pembelajaran kita. Saat kita memperoleh pengetahuan, hal itu secara signifikan memengaruhi tindakan dan keputusan kita, yang mengarah pada perilaku yang cenderung bertahan lama. Pada akhirnya, persepsi dan kognisi sangat penting dalam membentuk perilaku manusia, membimbing bagaimana kita menafsirkan pengalaman dan menanggapi lingkungan kita dengan cara yang bermakna.

Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang:

1. Faktor Internal: faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensi, minat, kondisi fisik.
2. Faktor Eksternal : faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
3. Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Ada enam tingkatan domain pengetahuan, yakni :

1. Tahu (*Know*)
Mengetahui ialah proses mengingat materi yang sudah dipelajari sebelumnya dan tersimpan dalam ingatan.
2. Memahami (*Comprehension*)
Dengan cara yang jelas dan terperinci, menjelaskan dan menafsirkan objek dengan pemahaman dan wawasan yang tepat.
3. Aplikasi
Menerapkan materi yang dipelajari secara efektif dalam situasi dan kondisi dunia nyata untuk mencapai hasil yang praktis dan bermakna.
4. Analisis
Kemampuan untuk mendeskripsikan materi dengan memecahnya menjadi komponen-komponen yang terorganisir dan terkait menunjukkan pemahaman menyeluruh tentang struktur dan komposisinya.
5. Sintesa
Mensintesis menghubungkan bagian-bagian yang berbeda untuk membentuk keseluruhan yang kohesif, terpadu, dan bermakna.
6. Evaluasi
Evaluasi kapasitas seseorang untuk membenarkan atau menilai berbagai materi secara kritis menunjukkan keterampilan analitis dan penalaran mereka.

F. Sikap (*Attitude*)

Sikap pada dasarnya ialah reaksi atau respons seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang berfungsi sebagai indikator disposisi mental dan emosional mereka. Sikap mencerminkan kesiapan atau kecenderungan mereka untuk bertindak dengan cara tertentu, bukan perilaku aktual yang mereka tunjukkan. Sikap sering kali mengungkapkan seberapa tepat atau sesuainya suatu respons dalam situasi tertentu, yang menyoroti evaluasi internal atau perasaan individu terhadap stimulus tersebut. Biasanya, sikap berakar pada reaksi

emosional, terutama dalam konteks sosial, dan memengaruhi cara orang memandang dan berinteraksi dengan lingkungan mereka. Menurut Newcomb, sikap paling baik dipahami sebagai predisposisi atau kemauan untuk bertindak, yang menekankan sikap mental internal yang memandu perilaku masa depan daripada perilaku itu sendiri.

Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok:

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

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

1. Menerima (*receiving*)
Penerimaan ialah kesediaan tulus dan pengakuan penuh perhatian terhadap apa yang disajikan atau diberikan.
2. Merespon (*responding*) Menjawab dan menyelesaikan tugas menunjukkan sikap positif dan komitmen terhadap tanggung jawab.
3. Menghargai (*valuing*)
Mengundang kolaborasi menunjukkan pendekatan yang proaktif, percaya diri, dan berpikiran terbuka, yang mencerminkan sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (*responsible*)
Tanggung jawab utama mencakup penerimaan sepenuh hati atas setiap risiko dan keputusan, serta tanggung jawab atas semua hasil.

G. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Secara umum, sikap tidak secara langsung mengarah pada tindakan; sebaliknya, sikap bergantung pada berbagai faktor dan kondisi pendukung. Beberapa tingkat pengaruh seperti keyakinan pribadi, konteks sosial, dan keadaan lingkungan berinteraksi untuk membentuk apakah sikap pada akhirnya diterjemahkan menjadi perilaku atau tindakan nyata:

1. Persepsi (*perception*)

Untuk memulai secara efektif, identifikasi objek yang paling berpengaruh sebagai langkah penting pertama dalam mengambil tindakan yang berarti.

2. Respon terpimpin (*guide response*)

Melaksanakan tugas dengan benar dan berurutan menunjukkan pemahaman dan kompetensi yang solid, yang mencerminkan kemahiran tingkat kedua dalam keterampilan yang relevan.

3. Mekanisme (*mecanism*)

Mencapai kinerja otomatis dan kebiasaan menunjukkan seseorang sudah berhasil mencapai tingkat ketiga penguasaan dan konsistensi dalam pengembangan keterampilannya.

4. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi merupakan praktik yang sudah mapan yang melibatkan modifikasi tindakan untuk menjaga integritas kebenaran dan akurasi. Proses ini memastikan bahwa respons atau perilaku tetap asli meskipun keadaan berubah. Untuk menilai adaptasi tersebut, peneliti dapat menggunakan wawancara mengingat, di mana partisipan merenungkan perilaku masa lalu, atau melakukan pengamatan langsung terhadap aktivitas responden selama periode yang berbeda. Metode ini membantu menangkap perilaku autentik dan menginformasikan analisis yang bermakna.

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoatmodjo (2007), Sebelum mengadopsi perilaku baru, individu sering kali menjalani proses refleksi dan penyesuaian internal yang berurutan yakni:

1. Kesadaran (*awareness*)

Dalam gaya konvensional, orang tersebut memiliki kesadaran awal terhadap stimulus melalui pengetahuan tingkat lanjut.

2. Tertarik (*interest*)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus.

3. Evaluasi (*evaluation*)
Dengan gaya yang cerdas, mengevaluasi apakah stimulus secara efektif memengaruhi dan meningkatkan sikap responden secara positif.
4. Mencoba (*trial*)
Eksperimen perilaku melibatkan pengujian hipotesis melalui tindakan.
5. Menerima (*Adoption*)
Perilaku subjek saat ini menunjukkan perubahan signifikan, yang mencerminkan bertambahnya pengetahuan, meningkatnya kesadaran, dan pemahaman yang mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Gerungan, W.A. (2004). *Psikologi Sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Hiremath, S.S. (2007). *Textbook of Preventive and Community Dentistry*. Reed Elsevier India Private Limited.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip- Prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

BAB 5

MODEL DAN NILAI PROMOSI KESEHATAN

Yuhelva Destri, S.KM., M.Kes.

A. Pendahuluan

Model adalah representasi dari suatu sistem, konsep, atau objek yang disederhanakan untuk tujuan pemahaman, analisis, atau prediksi. Teori dan konsep menjelaskan filosofi, nilai dan keyakinan tentang manusia. Keyakinan seseorang atau sekelompok orang tentang sesuatu yang dianggap baik, benar, dan penting, yang menjadi pedoman dalam bertindak dan berperilaku disebut dengan nilai. Nilai budaya merupakan suatu yang dianggap berharga atau keyakinan yang dipegang sedemikian rupa oleh seseorang sesuai dengan tuntunan nurani. Nilai-nilai tersebut dijadikan dasar, alasan, dan dorongan dalam perbuatannya. (Syafrudin dan Fratidhina Yudhia, 2009)

Banyak model yang dikembangkan dapat mempengaruhi kesehatan serta memperbaiki intervensi pencegahan dan promosi kesehatan. Pendekatan model kesehatan terapan dapat menjadi dasar untuk kegiatan-kegiatan promosi kesehatan seperti *Health Belief Model* (HBM), *Transtheoretical Model* (TTM), teori Sebab Akibat, *Model Transaksional Stres dan Koping*, *Theory of Reasoned Action* (TRA), serta *Health Field Concept*.

B. *Health Belief Model* (Model Keyakinan Kesehatan)

Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*-HBM) dikembangkan sejak 1950 oleh kelompok ahli psikologi sosial dalam pelayanan kesehatan masyarakat Amerika. *Health Belief*

Model digunakan untuk menjelaskan kegagalan partisipasi masyarakat secara luas dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Model ini juga sering dipertimbangkan sebagai elemen utama perilaku kesehatan yang dimulai dari penilaian orang-orang tentang kesehatan. Selanjutnya, Model Keyakinan Kesehatan digunakan untuk menentukan prioritas beberapa faktor penting yang berdampak terhadap pengambilan keputusan secara rasional dalam situasi yang tidak menentu.

Pada tahun 1974, pendidikan kesehatan memusatkan seluruh perhatian terhadap isu keyakinan kesehatan dan perilaku kesehatan individu. Isu ini merupakan simpulan dari riset keyakinan kesehatan dalam memahami alasan individu untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan kesehatan, berkaitan dengan berbagai hubungan variasi yang lebih luas. Hal tersebut juga memberikan dukungan penting bagi Model Keyakinan Kesehatan dalam menjelaskan perilaku pencegahan dan respons terhadap gejala atau penegakkan diagnosis penyakit.

Model Keyakinan Kesehatan merupakan model kognitif yang digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. Menurut Model Keyakinan Kesehatan, tindakan pencegahan yang mungkin dilakukan seseorang dipengaruhi secara langsung dari hasil dua keyakinan atau penilaian kesehatan antara lain ancaman yang dirasakan serta penilaian terhadap keuntungan dan kerugian.

Ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka (*perceived threat of injury or illness*) mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa penyakit atau rasa sakit benar-benar mengancam dirinya. Jika ancaman meningkat, maka perilaku pencegahan juga akan meningkat. Pertimbangan tentang ancaman berdasar pada kerentanan (*perceived vulnerability*) dan tingkat keparahan (*perceived severity*) yang dirasakan seseorang. Setiap individu mungkin dapat menciptakan masalah kesehatannya sendiri sesuai dengan kondisi yang dialami. Individu mengevaluasi keseriusan penyakit jika penyakit tersebut muncul akibat ulah dirinya sendiri atau penyakit sengaja tidak ditangani.

Pertimbangan antara keuntungan dan kerugian perilaku memengaruhi seseorang untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan atau tidak. Petunjuk berperilaku yang disebut sebagai keyakinan terhadap posisi yang menonjol (*salient position*) diduga tepat memulai proses perilaku. Hal ini berupa berbagai informasi dari luar atau nasihat mengenai permasalahan kesehatan (misalnya media massa, kampanye, nasihat orang lain, pengalaman penyakit dari anggota keluarga yang lain atau teman).

Ancaman dan pertimbangan keuntungan dan kerugian dipengaruhi oleh berbagai variabel, yaitu variabel demografi (umur, jenis kelamin, latar belakang budaya), variabel sosiopsikologis (kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial), dan variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman sebelumnya). Salah satu contoh, orang tua dan remaja akan memandang penyakit jantung atau kanker secara berbeda. Sikap orang sudah memiliki pengalaman dengan penyakit tertentu akan berbeda dibandingkan orang yang tidak memiliki pengalaman ini.

1. Aplikasi Model Keyakinan Kesehatan

Model Keyakinan Kesehatan adalah perilaku pencegahan yang berkaitan dengan dunia medis dan mencakup berbagai perilaku, seperti pemeriksaan pencegahan dan imunisasi. Salah satu contohnya Model Keyakinan Kesehatan dalam imunisasi memberi kesan bahwa orang yang mengikuti program imunisasi percaya terhadap hal-hal berikut:

- a. Kemungkinan terkena penyakit tinggi (rentan penyakit)
- b. Jika terjangkit, penyakit tersebut membawa akibat serius
- c. Imunisasi merupakan cara paling efektif untuk pencegahan penyakit
- d. Dalam hal imunisasi tidak ada hambatan serius, tetapi hasil dari sebagian penelitian model ini menunjukkan kebalikannya.

Model Keyakinan Kesehatan melingkupi kebiasaan seseorang dan sifat-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan, termasuk gaya hidup tertentu seperti

merokok, diet, olahraga, perilaku keselamatan, penggunaan alkohol, penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS, dan gosok gigi. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah lebih ditekankan pada kontrol risiko. Model Keyakinan Kesehatan juga telah meluas melebihi pencegahan, namun juga meliputi keadaan kesakitan dan perilaku peran sakit.

Penelitian terjadinya gejala dan respons terhadap gejala menggambarkan secara lengkap bagaimana individu menginterpretasikan keadaan tubuh dan bagaimana berperilaku selektif, gambaran tentang kesakitan diterjemahkan ke dalam variabel-variabel Model Keyakinan Kesehatan. Untuk berikutnya, variabel ini digunakan untuk memprediksi perilaku berikutnya.

2. Kelemahan Model Keyakinan Kesehatan

Secara teoritis, terdapat empat kelemahan Model Keyakinan Kesehatan.

- a. Model Keyakinan Kesehatan cenderung berdasarkan dari penelitian terapan dalam permasalahan pendidikan kesehatan dibandingkan dengan penelitian akademis.
- b. Model Keyakinan Kesehatan didasarkan pada beberapa asumsi yang dapat diragukan, seperti pemikiran bahwa setiap pilihan perilaku selalu berdasarkan pertimbangan rasional. Selain rasionalisasinya diragukan, Model Keyakinan Kesehatan juga tidak memberikan spesifikasi yang tepat terhadap kondisi ketika individu membuat pertimbangan tertentu.
- c. Model Keyakinan Kesehatan hanya memperhatikan keyakinan kesehatan. Kenyataannya, orang dapat membuat banyak pertimbangan tentang perilaku yang tidak berhubungan dengan kesehatan, tetapi masih memengaruhi kesehatan. Sebagai contoh, seseorang dapat bergabung dengan kelompok olahraga karena kontak sosial atau ketertarikan pada seseorang dalam kelompok tersebut. Keputusan yang diambil tidak ada kaitannya dengan kesehatan, tetapi memengaruhi kondisi kesehatannya.

- d. Berkaitan dengan ukuran dari komponen-komponen model ini, banyak studi menggunakan konsep operasional dan pengenalan yang berbeda sehingga sulit dibandingkan dan dapat menyebabkan hasil yang bias dan prediksi yang tidak konsisten. Analisis model ini menunjukkan bahwa prediktor dapat berubah sewaktu-waktu. (Mubarak, 2011)

C. *Theori Reasoned Action (TRA)/Teori Kehendak Perilaku*

Theori Reasoned Action (TRA) merupakan teori perilaku manusia secara umum, yang mana teori ini digunakan dalam berbagai perilaku manusia, khususnya berkaitan dengan masalah sosiopsikologis. Teori Kehendak Perilaku kemudian berkembang dan banyak digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan.

Teori ini mengaitkan antara keyakinan (*belief*), sikap (*attitude*), kehendak (*intention*), dan perilaku. Kehendak adalah prediktor terbaik perilaku, artinya jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang cara terbaik adalah mengetahui kehendak orang tersebut. Akan tetapi, seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sangat berbeda (tidak selalu berdasarkan pada kehendak). Konsep penting dalam teori ini adalah fokus perhatian (*saliency*), yaitu mempertimbangkan sesuatu yang dianggap penting.

Kehendak (*intense*) ditentukan oleh sikap dan norma subjektif. Komponen sikap merupakan hasil pertimbangan untung rugi dari perilaku tersebut (*outcome of the behaviour*), dan pentingnya konsekuensi-konsekuensi bagi individu (*evaluation regarding the outcome*). Di lain pihak, komponen norma subjektif atau sosial mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut. Contohnya: orang tua memiliki harapan tentang keikutsertaan pada program imunisasi bagi anak-anaknya. Mereka percaya imunisasi dapat melindungi serangan penyakit (keuntungan), tetapi juga menyebabkan rasa sakit atau

tidak enak badan (kerugian). Orang tua akan mempertimbangkan mana yang paling penting, perlindungan kesehatan atau tangisan anak atau mungkin panas.

Contoh yang lain adalah seorang ibu hamil tahu tentang manfaat memakan tablet Fe sejumlah 90 tablet selama kehamilannya akan mempunyai manfaat mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan dan mencegah terjadinya perdarahan dalam proses persalinan. Namun, jika ibu hamil meminum tablet Fe, maka efek samping yang dirasakan adalah rasa mual dan BAB menjadi keras bahkan sembelit sehingga ibu hamil akan mempertimbangkan mana yang terbaik. Jika orang yang dianggap penting (kelompok referensi) menyatakan setuju (atau sebatas menasihati) dan orang tua ataupun ibu hamil ingin mengikuti petunjuk tersebut, terdapat kecenderungan positif untuk berperilaku. (Novita dan Franciska, 2011)

Pertanyaannya, atas dasar apa seseorang mempunyai keyakinan dan mengevaluasi perilaku atau norma sosial? Respons terhadap pertanyaan itu harus mencakup peran variabel eksternal, seperti variabel demografi, jenis kelamin dan usia yang tidak muncul dalam teori ini.

Menurut Fishbein dan Middlestadt (1989) dalam Smet (1994) variabel ini bukannya tidak penting, tetapi efeknya pada kehendak dianggap diperantarai sikap, norma subjektif, dan berat relatif dari komponen-komponen ini. Menurut TRA, keyakinan kesehatan (seperti digambarkan dalam HBM-meliputi konsep ketidakkebalan, keseriusan, keuntungan atau kerugian, serta penting atau tidak untuk diatasi) mampu memengaruhi perilaku. Sebagai contoh, TRA memandang persepsi kekebalan akan memengaruhi perilaku jika persepsi ini telah memengaruhi sikap atau norma subjektif dan jika komponen ini merupakan penentu munculnya kehendak.

1. Aplikasi TRA

Theori Reasoned Action (TRA) merupakan model untuk meramalkan perilaku preventif dan telah digunakan dalam berbagai jenis perilaku sehat yang berlainan, seperti pengaturan penggunaan substansi tertentu (merokok,

alkohol, dan narkotik), perilaku makan dan pengaturan makan, pencegahan AIDS dan penggunaan kondom, perilaku merokok penggunaan alkohol, penggunaan alat kontrasepsi, latihan kebugaran (*fitness*) dan praktik olahraga. Norma subjektif menjadi perhatian penelitian (mengenai) dukungan sosial dan analisis jaringan sosial. TRA juga banyak digunakan untuk memenuhi persyaratan tindakan keselamatan dan kesehatan kerja (K3). Seperti tindakan keselamatan dalam pertambangan batubara, *absentism* karyawan, dan perilaku konsumen.

Berdasarkan sudut pandang yang berbeda, usulan-usulan untuk meningkatkan penggunaan praktis (Smet, 1994 dalam Heri, 2009) adalah sebagai berikut.

- a. Beberapa peneliti tidak menggunakan model secara komplet, tetapi hanya untuk memahami dan menerangkan perilaku manusia. Akan tetapi, untuk perubahan perilaku, model lain lebih disukai karena perubahan perilaku memerlukan pengambilan keputusan secara pasti, atau minimal TRA digunakan sebagai pelengkap model sebelumnya (HBM).
- b. Konsep representasi mental dari kesakitan, kontrol yang dirasakan, dukungan sosial, *self efficacy*, ketidakberdayaan yang dipelajari, dianggap sebagai variabel atau teori sosial kognitif perantara yang menawarkan hubungan keselamatan dengan hasil kesehatan (*health outcome*).
- c. Untuk memperbaiki HBM dan TRA, dapat digunakan konsep *self efficacy*.

2. Keuntungan TRA

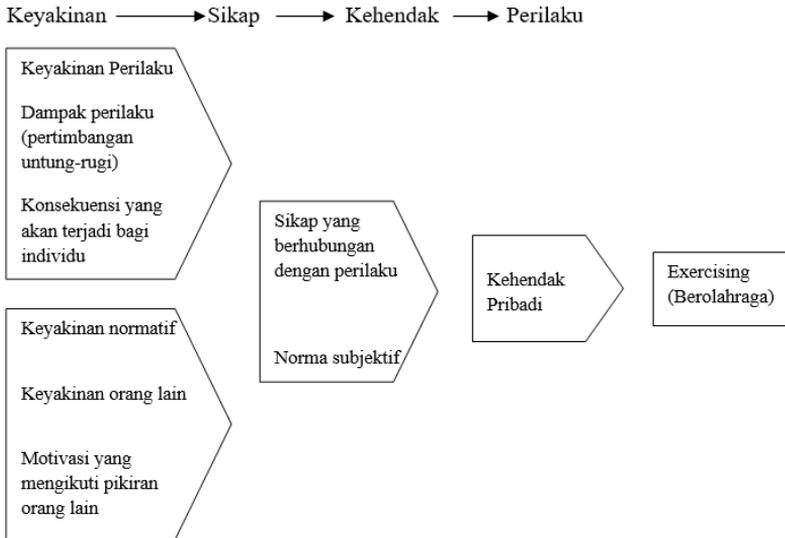
Teori ini memberikan pegangan untuk menganalisis komponen perilaku dalam item yang operasional. Fokus sasaran adalah prediksi dan pengertian perilaku yang dapat diamati secara langsung dan berada dalam kendali seseorang, artinya perilaku sasaran harus diseleksi dan diidentifikasi secara jelas. Tuntutan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

model sendiri termasuk intensi, sikap, norma subjektif, dan keyakinan.

Konsep penting dalam TRA adalah fokus perhatian (*salience*). Hal ini berarti sebelum mengembangkan intervensi yang efektif, pertama-tama harus menentukan hasil dari kelompok referensi yang penting bagi perilaku populasi. Dengan demikian, harus diketahui nilai dan norma kelompok sosial yang diselidiki (yang terpenting bukan budaya sendiri, tetapi cara budaya memengaruhi sikap, intensi, dan perilaku). Contohnya: adanya nilai pada masyarakat bahwa ibu hamil dilarang untuk makan ikana dengan alasan ditakutkan nanti anaknya pada saat lahir akan berbau amis. Padahal ikan sangat kaya akan protein yang dibutuhkan baik oleh ibu maupun janin yang dikandungnya. Hal ini berarti bahwa masyarakat memandang bahwa makanan yang kaya protein bukanlah fokus penting bagi ibu hamil.

3. Kelemahan TRA

Kelemahan TRA adalah bahwa kehendak dan perilaku hanya berkorelasi sedang, intensi tidak selalu menuju pada perilaku itu sendiri, terdapat hambatan-hambatan yang mencampuri atau memengaruhi intensi dan perilaku (Van Oost, 1991 dalam Heri 2009). Selain itu, TRA tidak mempertimbangkan pengalaman sebelumnya dengan perilaku dan mengabaikan akibat-akibat jelas dari variabel eksternal (demografi, gender, usia, dan keyakinan kesehatan) terhadap pemenuhan intensi perilaku. Selain itu, TRA masih relatif baru dan kurang banyak digunakan. Namun TRA, memiliki kelebihan dari HBM yaitu pengaruh TRA berhubungan dengan norma subjektif. Menurut TRA, seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sama sekali berbeda. Hal ini berarti keputusan seseorang untuk melakukan suatu tindakan tidak dibatasi pertimbangan-pertimbangan kesehatan. (Maulana, 2009)



Gambar 5.1 Theory of Reasoned and Action (Fishbein dan Ajzen)

D. *Transtheoretical Model (TTM)*

Model Transteoritik (*Transtheoretical Model-TTM*) adalah suatu model yang diterapkan untuk menilai kesiapan seorang individu untuk bertindak atas perilaku sehat yang baru dan memberikan strategi atau proses perubahan untuk memandu setiap individu melalui tahapan perubahan untuk bertindak dalam pemeliharaan kesehatan. Model ini juga dikenal sebagai TTM atau dapat dikatakan model dominan perubahan perilaku kesehatan.

James O. Prochaska, dkk. (1977) mengembangkan TTM berdasarkan analisis teori yang berbeda dari psikoterapi. Model asli terdiri atas empat variabel, yaitu prasyarat untuk terapi, proses-proses perubahan, isi harus diubah, dan hubungan terapeutik. Selanjutnya model ini disempurnakan oleh Prochaska, dkk., berdasarkan penelitian yang mereka publikasikan dalam peer review jurnal dan bukunya terdiri atas lima inti konstruksi, yaitu tahapan perubahan, proses-proses perubahan, keseimbangan putusan, keberhasilan diri, dan godaan/pencobaan.

1. Tahap perubahan

Model perubahan ini adalah sebuah proses yang melibatkan kemajuan melalui enam tahap.

a. Prekontemplasi

Orang tidak berniat mengambil tindakan di masa mendatang (biasanya diukur selama enam bulan berikutnya).

b. Kontemplasi

Orang berniat untuk berubah dalam enam bulan mendatang.

c. Persiapan

Orang yang berniat mengambil tindakan dalam waktu dekat, biasanya diukur sebagai bulan berikutnya.

d. Aksi

Orang telah membuat modifikasi terbuka tertentu dalam gaya hidup mereka dalam enam bulan terakhir.

e. Pemeliharaan

Orang berupaya mencegah kekambuhan, tahap yang diperkirakan terakhir dari enam bulan sampai sekitar lima tahun.

f. Pemutusan

Individu tidak memiliki godaan dan memiliki keberhasilan dari 100%, dimana mereka yakin tidak akan kembali pada kebiasaan lama yang tidak sehat sebagai cara untuk mengatasi.

2. Proses Perubahan

Proses perubahan adalah kegiatan rahasia dan terbuka yang digunakan orang untuk maju melalui beberapa tahap. Berikut ini adalah proses yang paling ditekankan pada setiap transisi antara tahap perubahan.

a. Proses kesadaran dan evaluasi lingkungan kembali, di antara prekontemplasi dan kontemplasi.

b. Evaluasi diri kembali, di antara kontemplasi dan persiapan.

c. Pembebasan diri, di antara persiapan dan tindakan, sangat ditekankan.

- d. Antara tindakan dan pemeliharaan, kontingensi manajemen membantu hubungan *counterconditioning*, dan control stimulus ditekankan.

Orang akan menerapkan proses kognitif, afektif, dan evaluatif saat melalui tahap awal. Pada tahap pemeliharaan atau pemutusan hubungan, orang lebih mengandalkan komitmen, pengondisian, kontingensi, kontrol lingkungan, dan dukungan. Prochaska, dkk. menyatakan bahwa penelitian mereka yang berkaitan dengan Model Transteoritik menunjukkan bahwa untuk mengubah perilaku intervensi harus cocok untuk tahap masing-masing individu dalam proses perubahan.

3. Keseimbangan Putusan

Pada tahap ini mencerminkan individu relatif menimbang pro dan kontra dari perubahan.

4. Keberhasilan diri

Pada tahap ini orang percaya bahwa pada situasi khusus mereka dapat mengatasi situasi risiko tinggi tanpa risiko kekambuhan untuk kebiasaan yang tidak sehat.

5. Pencobaan

Pada tahap ini mencerminkan intensitas mendesak untuk terlibat dalam kebiasaan tertentu ketika di tengah-tengah situasi yang sulit. (Mubarak, 2011)

E. Teori Sebab Akibat

Teori adalah serangkaian bagian atau variabel, definisi, dalil yang saling berhubungan. Teori menghadirkan sebuah pandangan sistematis mengenai fenomena dengan menentukan hubungan antar variabel untuk menjelaskan fenomena alamiah. Kata teori memiliki arti yang berbeda di bidang pengetahuan yang berbeda pula, bergantung pada metodologi dan konteks diskusi. Secara umum, teori merupakan analisis hubungan antara fakta yang satu dengan fakta yang lain pada sekumpulan fakta. Berbeda dengan teorema, pernyataan teori umumnya hanya diterima secara sementara dan bukan merupakan

pernyataan akhir yang konklusif. Hal ini mengindikasikan bahwa teori berasal dari penarikan kesimpulan yang memiliki potensi kesalahan (berbeda dengan penarikan kesimpulan pada pembuktian matematika).

Pada Teori Sebab Akibat, apa yang dialami manusia pasti ada penyebabnya, misalnya tentang bagaimana manusia menjadi mulia atau hina, senang atau sengsara, kaya atau miskin. Pengetahuan tentang sebab akibat mampu mendorong seseorang untuk bertindak hati-hati dan fokus pada tujuan yang berbentuk akibat. Seseorang yang menginginkan sehat pasti akan menjaga kesehatannya, jika ingin kaya ia akan berusaha lebih giat, dan seseorang yang menginginkan kepintaran ia akan berusaha belajar.

Teori ilmiah dari berbagai lapangan ilmu secara umum sangat bergantung pada hukum sebab akibat (kausalitas). Melalui cara tersebut, ilmu pengetahuan ditemukan. Sejatinya kausalitas terkait erat dengan prinsip-prinsip sebagai berikut.

1. Prinsip pertama: prinsip kausalitas meniscayakan setiap kondisi (akibat) pasti mempunyai sebab. Misalnya, sesuatu benda pasti ada yang membuatnya, setiap yang bergerak pasti ada penggerakannya.
2. Prinsip kedua: menjelaskan bahwa akibat tidak mungkin terpisah dari sebab; jika ada sebab maka ada akibat dan begitu pun sebaliknya. Misalnya, jika orang tidak makan diniscayakan lapar atau jika orang lapar pasti belum makan.
3. Prinsip ketiga; hukum keselarasan antara sebab dan akibat yang meniscayakan setiap himpunan secara esensial harus selaras dengan sebab dan akibat di alam. Itulah kausalitas yang digunakan ilmu pengetahuan. Prinsipnya adalah menjelaskan keselarasan suatu kondisi yang bergantung pada sebab-sebabnya. Namun ketika keniscayaan tak memiliki keselarasan, perlu diteliti apakah terdapat kesalahan pada cara mengorelasikan atau mungkin pula ada eksistensi faktor X yang belum terjangkau pemikiran manusia.

Teori Sebab Akibat dalam promosi kesehatan tentunya akan menjadi jelas ketika memahami hukum sebab akibat tersebut. Aplikasi teori sebab akibat dalam promosi kesehatan memberi penekanan pada petugas kesehatan bahwa suatu penyakit yang terjadi pasti ada penyebabnya. Contohnya, perilaku konsumsi lemak berlebih mengakibatkan peningkatan kadar kolesterol, kebiasaan merokok menyebabkan kanker paru, hipertensi/ tekanan darah tinggi dapat menyebabkan stroke, dan lain sebagainya. Oleh karena itu, upaya promosi kesehatan pada teori sebab akibat lebih ditekankan pada upaya promotif dan preventif yang mencegah masalah kesehatan pada individu, kelompok, atau masyarakat. (Mubarak, 2011)

F. Model Transaksional Stres dan Koping

1. Stres

Stres adalah kemampuan diri dan penyesuaian diri yang memerlukan respons. selain itu, stres disebut juga ketegangan dalam perilaku dan bentuk perasaan yang bergejolak yang menekankan berupa ketegangan. proses terjadinya stres adalah sebagai berikut.

Stimulus → reseptor indra → otak, pusat saraf

Reaksi terhadap stres bervariasi antara orang satu dengan yang lain dan dari waktu ke waktu pada orang yang sama. Perbedaan ini sering disebabkan faktor psikologis dan sosial yang kelihatannya dapat mengubah dampak stresor bagi individu.

Teori tentang stres antara lain adalah stres merupakan reaksi individu, dapat mengagumkan tetapi juga fatal. Sumber stres dapat berasal dari dalam maupun dari luar individu. Adapun gejala stres adalah gangguan perhatian dan konsentrasi, perubahan emosi, menurunnya rasa percaya diri, timbul obsesi, dan tidak ada motivasi.

Jenis stres antara lain yaitu eustress atau stres yang dipacu dalam bentuk ketegangan berupa ancaman yang melumpuhkan cara berperilaku dan berfikir, serta stres yang akan memengaruhi perilaku sosial dan individu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya stres adalah sebagai berikut.

- a. Variabel dalam kondisi individu: umur, tahap kehidupan, jenis kelamin, tempramen, genetik, intelegensi, pendidikan, suku, kebudayaan, status ekonomi, dan kondisi fisik.
- b. Karakteristik kepribadian: introvert-ekstrovert, stabilitas emosi secara umum, kepribadian, kekebalan, dan sebagainya.
- c. Variabel sosial-kognitif: dukungan sosial yang dirasakan, jaringan sosial, kontrol pribadi yang dirasakan.
- d. Hubungan dengan lingkungan sosial, dukungan sosial yang diterima, integritas dalam jaringan sosial.
- e. Strategi koping.

Manajemen mengatasi stress antara lain adalah sebagai berikut.

- a. Hasil belajar otomatis (menyanyi, berkumpul, tertawa, dan sebagainya).
- b. Membicarakan, diskusi, memikirkan bersama orang lain.
- c. Berolahraga dengan teratur.
- d. Mengembangkan teori toleransi.
- e. Belajar mengenal dan membahas stres dengan menarik diri, kompromi.
- f. Koping strategi/meningkatkan toleransi.
- g. Kaitannya dengan kesehatan mental: mengenal sumber, meningkatkan toleransi, dan sebagainya.

2. Coping (Koping/Pengelolaan Stres)

Pengelolaan stres merupakan suatu proses dimana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan-tuntutan (baik tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan) dengan sumber-sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi stres.

Fungsi dan jenis coping adalah sebagai berikut.

- a. *Emotion-focused coping*
 - 1) Digunakan untuk mengatur respons emosional terhadap stres.
 - 2) Pengaturan ini melalui perilaku individu, seperti penggunaan alkohol, bagaimana meniadakan fakta-fakta yang tidak menyenangkan, melalui strategi kognitif.
 - 3) Bila individu tidak mampu mengubah kondisi stres, individu akan cenderung mengatur emosinya.
- b. *Problem-focused coping*
 - 1) Untuk mengurangi stresor, individu akan mengatasi dengan mempelajari cara-cara atau keterampilan-keterampilan yang baru, individu akan cenderung menggunakan strategi ini, bila dirinya yakin akan dapat mengubah situasi.
 - 2) Metode atau fungsi masalah ini lebih sering digunakan oleh orang dewasa.

Delapan strategi coping menurut Taylor (1991) adalah sebagai berikut.

- a. Konfrontasi
- b. Mencari dukungan sosial
- c. Merencanakan pemecahan masalah dikaitkan dengan *problem focused coping*.
- d. Kontrol diri
- e. Membuat jarak
- f. Penilaian kembali secara positif
- g. Menerima tanggung jawab
- h. Lari/menghindar (*escape/avoidance*).

Model transaksional dari stres dan coping adalah suatu kerangka kerja untuk mengevaluasi proses mengatasi peristiwa stres. Pengalaman stres ditafsirkan sebagai transaksi orang dengan lingkungannya. Transaksi ini bergantung pada dampak dari stresor eksternal. Hal ini dimediasi oleh penilaian pertama orang tentang stresor dan penilaian kedua pada sumber daya sosial atau budaya

sekitranya. Ketika berhadapan dengan stresor, seseorang mengevaluasi potensi ancaman atau disebut dengan penilaian primer, yaitu penilaian seseorang tentang makna dari suatu peristiwa sebagai stres, positif, terkendali, menantang, atau tidak relevan. Penilaian kedua menghadapi stresor adalah evaluasi pengendalian stresor dan sumber daya yang dimiliki untuk menghadapinya. Sebagai contoh, penilaian sumber daya masyarakat dalam mengatasi dan membuat sebuah pilihan seperti apa yang dapat dilakukan tentang situasi yang terjadi (Cohen, 1984). Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.1 Kunci Konstruksi Model Transaksi Stres dan Koping

Konsep	Definisi
Penilaian Primer (<i>Primary Appraisal</i>)	Evaluasi makna dari suatu stresor atau peristiwa mengancam
Penilaian Sekunder (<i>Secondary Appraisal</i>)	Evaluasi pengendalian dari stresor dan sumber daya untuk menghadapinya
Upaya Koping	Strategi realisasi digunakan untuk menengahi penilaian primer dan sekunder
Manajemen Masalah	Masalah diarahkan untuk mengubah situasi stres
Regulasi Emosi	Peraturan bertujuan mengubah cara berpikir dalam menghadapi situasi stres
Meaning-based Koping	Koping mendorong emosi positif yang pada gilirannya menopang proses koping dengan memungkinkan pemeragaan masalah atau emosi terfokus koping
Outcomes of Koping	Emosional kesejahteraan, status fungsional, perilaku kesehatan

Konsep	Definisi
Penempatan tipe koping yang sesuai (Dispositional Koping styles)	Menggeneralisasi cara berperilaku yang dapat memengaruhi reaksi seseorang secara emosional atau menghadapi stresor; relatif stabil sepanjang waktu dan situasi
Optimisme	Kecenderungan untuk memiliki harapan umum positif bagi hasil
Information Seeking	Mencari gaya yang waspada (pemantauan) dibandingkan dengan mereka yang melibatkan penghindaran (menumpulkan)

(Glanz, dkk., 2002)

Glanz, dkk. (2002) melakukan survei, eksperimen, dan kuasi-eksperimen terhadap teknik terapi *biofeedback*, relaksasi, dan citra visual untuk memperkuat teorinya yang mengembangkan kesadaran dan kontrol tanggapan pada stres. *Biofeedback* adalah salah satu teknik mengurangi stres dan ketegangan dalam menanggapi situasi sehari-hari. Teknik relaksasi menggunakan stimulus mental yang konstan, sikap pasif, dan lingkungan yang tenang. Teknik relaksasi yang umum digunakan adalah relaksasi pelatihan, hipnosis, dan yoga. Visual citra adalah teknik yang digunakan untuk meningkatkan suasana hati seseorang dan meningkatkan keterampilan koping, misalnya dengan memvisualisasikan pertahanan antibodi menghancurkan sel tumor.

3. Aplikasi Model Transaksional dari Stres dan Koping

Aplikasi model ini berguna untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Pengaruh stres pada orang tidak semua sama. Stres dapat menyebabkan penyakit dan pengalaman negatif. Faktor penting dalam mengatasi stres adalah apakah hal itu memengaruhi dan bagaimana orang mencari perawatan medis atau dukungan sosial pada orang profesional. Contoh, pemahaman gaya hidup pasien kanker

yang mencari berbagai perawatan. Perawatan yang dicari pasien kanker tersebut harus berisi penilaian primer, penilaian sekunder, dan strategi penanggulangan spesifik. Penilaian primer berupa persepsi terhadap risiko kekambuhan, sedangkan penilaian sekunder dapat berupa keberhasilan diri dalam mengadopsi perilaku kesehatan yang direkomendasikan. Untuk mengatasi stres, strategi masalah berfokus koping, emosi yang berfokus koping, dan makna berbasis koping dapat digunakan sebab penilaian ini bisa memberikan informasi berguna tentang penilaian yang memfasilitasi atau menghambat praktik-praktik gaya hidup (Glanz, dkk., 2002). Informasi tersebut akan berguna bagi intervensi seperti pesan motivasi dan keterampilan mengatasi dengan teknik pelatihan. (Mubarak, 2011)

DAFTAR PUSTAKA

- Maulana, H.D.. (2009) *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, W.I. (2011) *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Novita dan Franciska (2011) *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Syafrudin dan Fratidhina Yudhia (2009) *Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.

BAB 6

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU KESEHATAN

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

A. Pendahuluan

Perkembangan studi perilaku kesehatan tidak terlepas dari evolusi ilmu kedokteran, psikologi, dan sosiologi. Sejak zaman kuno, perilaku manusia terhadap penyakit dan kesehatan sudah tercatat dalam berbagai budaya. Namun, konsep perilaku kesehatan secara ilmiah mulai berkembang pada pertengahan abad ke-20. Pada tahun 1950-an, munculnya pendekatan multidisipliner terhadap promosi kesehatan memicu penelitian tentang bagaimana keyakinan, sikap, dan lingkungan sosial memengaruhi tindakan kesehatan. Pengenalan model seperti Health Belief Model pada 1966 oleh Becker dan Rosenstock menjadi tonggak penting dalam studi ini. Sejak itu, perilaku kesehatan menjadi bagian tak terpisahkan dari strategi pencegahan penyakit dan promosi kesehatan di seluruh dunia.

Perilaku kesehatan merupakan tindakan individu yang berhubungan dengan pemeliharaan, peningkatan, dan perlindungan kesehatan. Dalam konteks mahasiswa bidang kesehatan, memahami faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan sangat penting, karena mereka tidak hanya bertanggung jawab atas kesehatan pribadi, tetapi juga sebagai calon tenaga kesehatan yang akan memberi pengaruh besar terhadap masyarakat. Dikutip dari Maramis (2009) dua hal khusus dan penting yang mempengaruhi perilaku kita adalah:

1. Hirarki kebutuhan yang memotivasi kita serta rekan-rekan dan orang-orang lain yang bekerja sama dengan kita
2. Asumsi kita mengenai teman-teman sekerja dan orang-orang lain yang bekerja sama dengan kita

Setiap individu memiliki perilakunya sendiri yang berbeda dengan individu lain, termasuk pada kembar identik sekalipun. Perilaku tidak selalu mengikuti urutan tertentu sehingga terbentuknya perilaku positif tidak selalu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap positif.

Menurut Loawrence Green yang dikutip oleh Notoadmodjo (2007) bahwa perilaku itu sendiri dipengaruhi oleh beberapa faktor-faktor yaitu:

- 1. Faktor Predisposisi**

Yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan keyakinan, nilai-nilai dan motivasi.

- 2. Faktor *Enabling*/pendukung**

Yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Misalnya: Puskesmas, Rumah Sakit, juga tersedianya fasilitas yang terkait dengan kesehatan lingkungan. Misalnya tersedianya sarana cuci tangan, jamban keluarga yang sehat dan pengolahan sampah yang baik serta instalasi air limbah yang baik.

- 3. Faktor *Reinforcing*/pendorong**

Yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat atau petugas lainnya yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Menurut Abraham Maslow manusia mempunyai kebutuhan-kebutuhan yang tersusun secara hirarkis, artinya manusia berusaha untuk mencapai yang paling rendah dahulu, baru kemudian ia berusaha untuk mencapai yang satu tingkat lebih tinggi dalam hirarki tersebut. Tidak mudah bagi manusia untuk berusaha memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi kalau yang lebih rendah belum terpenuhi. (Maramis, 2009).

B. Definisi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan didefinisikan sebagai setiap aktivitas yang dilakukan oleh seseorang untuk mencegah penyakit, mendeteksi penyakit pada tahap awal, dan menjaga serta meningkatkan kesejahteraan. Menurut *WHO_Health Promotion Glossary (1998, t.t.)*, perilaku kesehatan didefinisikan sebagai:

“Any activity undertaken by an individual, regardless of actual or perceived health status, for the purpose of preventing disease, detecting disease in an asymptomatic state, or improving health and wellbeing.” (Setiap aktivitas yang dilakukan oleh individu, terlepas dari status kesehatannya, dengan tujuan untuk mencegah penyakit, mendeteksi penyakit dalam kondisi asimtomatik, atau meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan.)

Perilaku adalah aktivitas ataupun kegiatan yang dilakukan oleh organisme atau makhluk hidup. Menurut skinner mengemukakan bahwa perilaku adalah bagian dari respon seseorang yang diakibatkan ransangan dari luar yang diterima oleh orang tersebut, secara sederhana perilaku manusia terjadi melalui proses stimulus yang diberikan kepada organisme atau makhluk hidup dan menghasilkan suatu respon. (Notoatmodjo, 2014).

Menurut Triwibowo (2015) perilaku kesehatan merupakan respon yang terbentuk menjadi dua macam yaitu bentuk pasif dan bentuk aktif, dimana bentuk pasif adalah respon internal yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat dari orang lain sedangkan bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu dapat diobservasi secara langsung.

C. Konsep Perilaku Kesehatan

Berdasarkan sudut pandang biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh makhluk hidup. Jadi, berdasarkan sudut pandang biologis seluruh makhluk hidup seperti tumbuh-tumbuhan, hewan, hingga manusia dapat berperilaku karena memiliki kegiatan masing-masing. Sehingga pengertian perilaku manusia adalah tindakan

atau kegiatan yang dilakukan manusia yang memiliki cakupan yang sangat luas seperti membaca, berbicara, bekerja, menulis, dan lain-lain baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Menurut Skinner dikutip oleh Mahendra dkk (2019), perilaku adalah reaksi seseorang terhadap rangsangan yang ada. Perilaku dapat terjadi akibat adanya stimulus terhadap organisme, yang kemudian organisme tersebut meresponnya.

D. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga:

1. Perilaku Pencegahan (Preventive Behavior)

Perilaku pencegahan adalah tindakan yang dilakukan oleh individu yang merasa dirinya sehat, untuk mencegah atau mendeteksi penyakit sebelum gejala muncul.

Menurut Kasl, Stanislav & Cobb, Sidney. (2013), perilaku pencegahan adalah "Setiap aktivitas yang dilakukan oleh individu yang merasa sehat dengan tujuan untuk mencegah penyakit atau mendeteksi penyakit pada tahap tanpa gejala."

Perilaku ini mencakup berbagai tindakan seperti imunisasi, skrining kesehatan, pemeriksaan rutin, pola makan sehat, olahraga teratur, dan tidak merokok. Model Health Belief Model (HBM) menjelaskan bahwa individu akan melaksanakan perilaku pencegahan jika mereka merasa rentan terhadap penyakit, menganggap penyakit itu serius, serta yakin bahwa tindakan yang dilakukan akan memberikan manfaat yang besar dibandingkan dengan hambatannya.

2. Perilaku pencarian pengobatan (illness behavior)

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, kemudian pada pasal 1 poin ke-7 fasilitas pelayanan digunakan untuk menyeleggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit

(*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*).

Teori pencarian pengobatan, dalam konteks mahasiswa kesehatan lingkungan, berfokus pada pemahaman perilaku masyarakat dalam mencari dan menggunakan pengobatan, serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Teori ini penting karena kesehatan lingkungan terkait erat dengan akses dan penggunaan layanan kesehatan, serta perilaku masyarakat dalam menjaga kesehatan.

Elaborasi Teori Pencarian Pengobatan:

a. Perilaku Pencarian Pengobatan (Treatment-Seeking Behavior):

Diartikan sebagai pola perilaku individu atau kelompok dalam mencari, memilih, dan menggunakan pengobatan atau perawatan untuk mengatasi masalah kesehatan. Perilaku ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti ketersediaan layanan kesehatan, pengetahuan tentang penyakit, sosial budaya, dan ekonomi.

b. Model Teori Pencarian Pengobatan:

Model Health Belief Model (HBM): Teori ini menjelaskan bagaimana persepsi individu terhadap suatu penyakit, manfaat pengobatan, dan hambatan yang dirasakan, mempengaruhi keputusan mereka untuk mencari pengobatan. Model Illness Behavior: Model ini menekankan pada bagaimana individu bereaksi terhadap gejala penyakit, mulai dari persepsi awal, mencari informasi, hingga melakukan tindakan pengobatan. Model Teori Rantai Pencarian Layanan Kesehatan: Model ini mengilustrasikan tahapan pencarian layanan kesehatan, mulai dari merasakan gejala, mencari informasi, hingga mendapatkan pengobatan.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pencarian Pengobatan:

Faktor Sosio-Ekonomi: Akses keuangan, pendidikan, dan tingkat sosial dapat memengaruhi keputusan individu untuk mencari pengobatan. Faktor Budaya: Keyakinan, tradisi, dan norma budaya dapat mempengaruhi perilaku pencarian pengobatan, misalnya preferensi pada pengobatan tradisional. Faktor Kesehatan: Persepsi individu tentang keparahan penyakit, pengetahuan tentang penyakit, dan kepercayaan pada pengobatan dapat memengaruhi perilaku pencarian pengobatan. Faktor Lingkungan: Ketersediaan layanan kesehatan, kualitas fasilitas kesehatan, dan akses transportasi dapat memengaruhi perilaku pencarian pengobatan.

Pencarian pengobatan adalah perilaku yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Mahasiswa kesehatan lingkungan perlu memahami teori-teori pencarian pengobatan dan faktor-faktor yang memengaruhi perilaku tersebut untuk dapat berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dan lingkungan.

3. Perilaku pemeliharaan kesehatan (sick-role behavior)

Pemeliharaan kesehatan adalah upaya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan seseorang, termasuk mencegah, menyembuhkan, dan memulihkan kondisi kesehatan. Ini meliputi berbagai aktivitas dan perilaku yang bertujuan untuk menjaga kondisi kesehatan saat ini dan mencegah timbulnya penyakit dan cedera. (Adam, 1982)

Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah tindakan atau usaha yang dilakukan seseorang untuk menjaga kesehatan agar tidak sakit dan upaya penyembuhan bilamana sakit. (Notoatmodjo, 2014)

Contoh Pemeliharaan Kesehatan:

- a. Gaya Hidup Sehat: Makan makanan sehat, berolahraga teratur, tidur yang cukup, dan menghindari stres.
- b. Pemeriksaan Rutin: Periksa kondisi kesehatan secara teratur, termasuk pemeriksaan tekanan darah, kolesterol, gula darah, dan pemeriksaan kesehatan lainnya.
- c. Imunisasi: Vaksinasi untuk mencegah penyakit menular.
- d. Konsultasi dengan Dokter: Berkonsultasi dengan dokter jika mengalami masalah kesehatan.
- e. Pengobatan: Mengikuti pengobatan yang direkomendasikan oleh dokter.
- f. Perawatan: Melakukan perawatan yang diperlukan untuk memulihkan kesehatan.

E. Sistem Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan adalah keberadaan sarana kesehatan, tenaga medis, obat-obatan, dan teknologi yang cukup dan merata serta kemudahan bagi masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan, meliputi faktor geografis, ekonomi, sosial-budaya, dan informasi.

Ketersediaan dan akses layanan yang baik akan mendorong masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, mengikuti program imunisasi, mencari pengobatan tepat waktu, dan melakukan upaya pencegahan.

Sebaliknya, keterbatasan akses menyebabkan penundaan pengobatan, rendahnya partisipasi dalam program kesehatan, dan penggunaan alternatif yang belum tentu aman.

Ketersediaan dan akses layanan yang baik akan mendorong masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, mengikuti program imunisasi, mencari pengobatan secara tepat waktu, melakukan upaya pencegahan (preventive behavior). Sebaliknya, keterbatasan akses menyebabkan penundaan pengobatan, rendahnya partisipasi dalam program kesehatan, dan penggunaan alternatif yang belum tentu aman. (Green & Kreuter, 2005).

Kualitas interaksi dengan tenaga kesehatan merujuk pada bagaimana hubungan interpersonal antara tenaga kesehatan dan pasien dibangun secara efektif, komunikatif, dan saling menghargai, sehingga memengaruhi kepercayaan, kepatuhan, serta hasil layanan kesehatan. (Stewart, 1995)

Faktor yang mempengaruhi kualitas interaksi yaitu kompetensi komunikasi tenaga kesehatan, beban kerja dan waktu konsultasi, budaya dan bahasa yang digunakan, sikap dan kepribadian tenaga kesehatan, tingkat pendidikan dan pemahaman pasien.

F. Studi Kasus

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang masih tinggi di Indonesia. Salah satu upaya pencegahan adalah melalui pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian vektor nyamuk, khususnya dengan membentuk Jumantik Mandiri. Namun, pelaksanaan di lapangan masih menghadapi tantangan perilaku masyarakat.

Kelurahan Sukamaju merupakan wilayah padat penduduk dengan tingkat kejadian DBD yang tinggi selama 3 tahun terakhir. Sebagian besar warga belum terbiasa memantau jentik secara rutin di rumah masing-masing. Kegiatan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) masih sangat tergantung pada kunjungan petugas Puskesmas atau kader kesehatan.

Pada awal tahun 2023, Puskesmas bersama dengan kader dan kelurahan meluncurkan Program Jumantik Mandiri di RW 05. Program ini melibatkan warga secara aktif melakukan 3M Plus dan pencatatan hasil pemantauan jentik secara mandiri setiap minggu. Langkah-langkah intervensi:

1. Pelatihan kepada kader dan tokoh masyarakat.
2. Penyuluhan langsung ke rumah warga.
3. Penyediaan buku kontrol jentik untuk setiap rumah.
4. Monitoring berkala oleh kader kesehatan.

Setelah 3 bulan implementasi, terjadi perubahan signifikan yaitu peningkatan pengetahuan warga memahami pentingnya PSN dan cara memantau jentik, perubahan sikap

warga yang mulai merasa memiliki tanggung jawab dalam mencegah DBD, perubahan tindakan warga di rumah dengan melakukan pemantauan jentik setiap minggu secara mandiri, penurunan kasus DBD dibandingkan periode yang sama tahun sebelumnya.

Faktor yang menjadi pendukung adalah dukungan tokoh masyarakat dan RT/RW, adanya kader yang proaktif dan komunikatif, pemberian penghargaan bagi rumah yang bebas jentik selama 3 bulan berturut-turut. Sedangkan faktor penghambatnya adalah beberapa warga masih memiliki kebiasaan menimbun barang bekas yang menjadi tempat perindukan nyamuk dan kurangnya minat dari kelompok usia muda.

Program Jumantik Mandiri berhasil mengubah perilaku masyarakat ke arah yang lebih proaktif dan mandiri dalam pengendalian DBD. Hal ini menunjukkan pentingnya kombinasi edukasi, pemberdayaan, dan dukungan lingkungan sosial dalam mendorong perubahan perilaku kesehatan.

G. Kesimpulan

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Pemahaman terhadap faktor-faktor, konsep perilaku dan mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan ini sangat penting bagi mahasiswa kesehatan agar dapat menerapkan gaya hidup sehat dan berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, S. (1982). *Pelajaran Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*. Bharata Karya Aksara.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill.
- Kasl, Stanislav & Cobb, Sidney. (2013). *Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior*. (t.t.).
- Mahendra, D., Jaya, I., & Lumban, A. (2019). *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Keperawatan Fakultas Vokasi UKI.
- Maramis, W. F. (2009). *Ilmu Perilaku Dalam Pelayanan Kesehatan: Vol. Cetakan Kedua*. Airlangga University Press.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Stewart, M. A. (1995). *Komunikasi efektif antara dokter dan pasien serta hasil kesehatan: tinjauan*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7728691/>
- Triwibowo, & M. E. Pusphandani. (2015). *Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Nuha Medika.
- WHO_Health Promotion Glossary (1998). (t.t.).

BAB

7

INOVASI PROMOSI KESEHATAN

drg. Rosmaladewi Talli, S.KG., M.Kes.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan telah menjadi tulang punggung dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, termasuk dalam bidang kesehatan gigi. Namun, perubahan cepat dalam perilaku, gaya hidup, serta ekspektasi masyarakat era digital menuntut transformasi pendekatan promosi kesehatan dari metode konvensional menjadi lebih adaptif, responsif, dan berbasis teknologi. Ketergantungan masyarakat terhadap perangkat digital seperti smartphone, media sosial, aplikasi kesehatan, serta semakin masifnya penggunaan internet membuka peluang besar untuk memanfaatkan inovasi teknologi dalam mendesain promosi kesehatan yang lebih efektif (Promoting Health, 2018; Sharma et al., 2022).

Inovasi dalam promosi kesehatan bukan hanya sekadar mengganti media komunikasi, tetapi juga mencakup pendekatan perilaku berbasis data, penggunaan perangkat pintar (smart devices), analitik berbasis big data, hingga kecerdasan buatan (artificial intelligence/AI) dalam pengambilan keputusan (Massuda et al., 2019). Di tengah transformasi ini, peran teknologi digital dapat menjembatani keterbatasan akses, meningkatkan personalisasi pesan kesehatan, dan mempercepat adopsi perilaku sehat (Alraja et al., 2022).

Dalam konteks kesehatan gigi masyarakat, inovasi promosi sangat penting untuk mengatasi tantangan perilaku yang persisten, seperti rendahnya frekuensi menyikat gigi, minimnya kesadaran kunjungan ke dokter gigi, serta konsumsi makanan tinggi gula pada anak dan remaja (Kruzan et al., 2020; Willis & Eddy, 2022). Teknologi digital menawarkan pendekatan yang lebih terukur, menarik, dan berpusat pada individu, sehingga dapat meningkatkan keberhasilan kampanye promosi kesehatan gigi (Gonulol & Kalyoncuoglu, 2021; Odunayo Josephine Akindote et al., 2024).

Selain itu, perkembangan ilmu perilaku dan analisis data memberikan peluang untuk mendesain intervensi yang lebih tepat sasaran. Data dari aplikasi kesehatan, media sosial, dan survei daring dapat diolah menggunakan teknologi canggih seperti machine learning, geospasial mapping, dan natural language processing (NLP) untuk memahami pola perilaku, memetakan risiko, serta mengevaluasi efektivitas program promosi secara real-time (Büttner et al., 2024; Kang et al., 2020).

Bab ini akan membahas secara komprehensif berbagai bentuk inovasi dalam promosi kesehatan, khususnya yang berbasis teknologi digital dan pendekatan analitik canggih. Pembahasan akan mencakup inovasi media komunikasi, teknologi mHealth, pemanfaatan data besar, serta strategi integrasi dan evaluasi berbasis sistem. Tujuannya adalah untuk memberikan wawasan kepada akademisi, praktisi, dan pembuat kebijakan agar mampu merancang dan mengimplementasikan program promosi kesehatan yang inovatif, adaptif, dan berdampak nyata dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

B. Konsep Dasar Inovasi Promosi Kesehatan

Inovasi dalam promosi kesehatan merujuk pada penerapan pendekatan baru, kreatif, dan efektif untuk menyampaikan pesan kesehatan, meningkatkan kesadaran, serta mendorong perubahan perilaku masyarakat menuju hidup sehat (Mason et al., 2015; McManus, 2013). Inovasi ini mencakup

dimensi teknologi, komunikasi, strategi perilaku, dan sistem evaluasi yang semuanya dirancang agar lebih sesuai dengan kebutuhan dan dinamika populasi masa kini.

Dimensi inovasi dalam promosi kesehatan berikut ini akan menguraikan secara sistematis aspek-aspek utama yang membentuk pendekatan inovatif dalam penyampaian pesan dan strategi promosi kesehatan:

1. Dimensi Teknologi (Y. Huang, 2021; Tiffany et al., 2018)

Merupakan penggunaan perangkat dan sistem digital untuk mendukung penyebaran informasi, edukasi, dan intervensi kesehatan secara efisien dan adaptif.

Contoh penerapannya:

- a. Aplikasi mobile kesehatan (mHealth) untuk memantau perilaku (misalnya, kebiasaan menyikat gigi).
- b. Platform telehealth dan tele-dentistry untuk menjangkau wilayah terpencil.
- c. Sistem AI dan big data untuk pemetaan risiko kesehatan dan personalisasi edukasi.
- d. Kampanye digital di media sosial (Instagram, TikTok, YouTube) berbasis algoritma popularitas dan keterlibatan audiens.

2. Dimensi Komunikasi (Joseph-Shehu et al., 2019; Udoudom et al., 2023)

Melibatkan strategi penyampaian pesan yang inovatif agar lebih menarik, relevan, dan mudah dipahami oleh berbagai kelompok sasaran.

Inovasi komunikasi meliputi:

- a. Penggunaan bahasa visual, infografis, dan video interaktif.
- b. Segmentasi audiens berdasarkan karakteristik demografis dan psikografis.
- c. Penyampaian pesan melalui influencer atau tokoh lokal yang dipercaya.
- d. Penggunaan gamifikasi dan storytelling untuk menciptakan keterlibatan emosional.

3. Dimensi Strategi Perilaku (Anuar et al., 2020; Ghorbani-Dehbalaei et al., 2021; Wang et al., 2022)

Berkaitan dengan pendekatan psikologi dan ilmu perilaku untuk merancang intervensi yang mampu mengubah kebiasaan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Aspek penting:

- a. Aplikasi prinsip behavioral economics, seperti nudging untuk mendorong pilihan sehat.
- b. Pendekatan motivational interviewing untuk membantu perubahan perilaku individual.
- c. Model perubahan perilaku (misalnya: Transtheoretical Model, Health Belief Model) sebagai dasar desain promosi.
- d. Personalization berbasis data perilaku pengguna (contoh: pengingat sikat gigi berbasis waktu kebiasaan individu).

4. Dimensi Sistem Evaluasi dan Monitoring(Udoudom et al., 2023; Ziegler, 2022)

Dimensi ini berfokus pada inovasi dalam mengukur dampak promosi kesehatan secara lebih real-time, terukur, dan berbasis bukti.

Bentuk inovasinya:

- a. Penggunaan dashboard digital berbasis cloud untuk memantau program promosi secara langsung.
- b. Evaluasi berbasis algoritma prediktif dan data mining terhadap efektivitas intervensi.
- c. Survei daring otomatis dan umpan balik real-time dari masyarakat.
- d. Integrasi data promosi kesehatan dengan sistem informasi kesehatan nasional.

Empat dimensi di atas saling terkait dan membentuk kerangka inovatif yang utuh dalam promosi kesehatan. Dengan menggabungkan teknologi canggih, strategi komunikasi yang kreatif, pendekatan perubahan perilaku berbasis bukti, serta sistem evaluasi yang akurat dan adaptif, promosi kesehatan masa kini dapat menjangkau lebih banyak orang, meningkatkan

efektivitas, serta menjawab tantangan era digital secara komprehensif.

Menurut World Health Organization (WHO), promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan kontrol atas dan memperbaiki kesehatan mereka (World Health Organization, 1986). Inovasi dalam konteks ini berarti penggunaan cara-cara baru yang belum pernah diterapkan sebelumnya atau pengembangan metode yang lebih efektif dibanding pendekatan tradisional. Ini termasuk media digital, pendekatan berbasis data, serta kolaborasi multidisipliner (Massuda et al., 2019; Sannella, 2019).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mendefinisikan inovasi promosi kesehatan sebagai adaptasi teknologi dan strategi baru yang meningkatkan akses, efektivitas, dan keterlibatan sasaran dalam upaya promosi kesehatan (Didenko et al., 2022; Subramanian et al., 2022).

Secara historis, promosi kesehatan menggunakan pendekatan linear seperti penyuluhan tatap muka, leaflet, poster, dan kampanye massal di media cetak atau radio. Meskipun masih relevan, pendekatan ini memiliki keterbatasan dalam jangkauan, personalisasi, dan kemampuan evaluasi dampak. Kini, dengan munculnya teknologi digital, promosi kesehatan telah berevolusi menjadi interaktif, informasi bisa diperbarui dan dimonitor setiap saat, intervensi dapat disesuaikan berdasarkan perilaku nyata pengguna, dan terukur (Odunayo Josephine Akindote et al., 2024).

Inovasi promosi kesehatan tidak hanya bergantung pada teknologi, tetapi juga pada ilmu perilaku yang membantu memahami faktor-faktor psikologis, sosial, dan budaya yang memengaruhi adopsi perilaku sehat. Beberapa model teoritis penting meliputi:

1. Health Belief Model (HBM): menekankan persepsi risiko dan manfaat sebagai pendorong perubahan perilaku (Adiyoso et al., 2023; Ban & Kim, 2020).

2. Theory of Planned Behavior (TPB): menyatakan bahwa niat untuk bertindak dipengaruhi oleh sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan(Williams & French, 2014; Yeo et al., 2024).
3. Transtheoretical Model (TTM): menggambarkan tahapan perubahan perilaku dari pra-kontemplasi hingga pemeliharaan(Abrash Walton et al., 2022; Kruzan et al., 2020).
4. Diffusion of Innovations Theory (Everett Rogers): menjelaskan bagaimana inovasi disebarluaskan dan diadopsi oleh masyarakat(Elnahal et al., 2016).

Penerapan teori-teori ini sangat penting dalam mendesain konten digital, waktu penyampaian, dan format komunikasi yang efektif untuk berbagai segmen populasi.

Agar inovasi promosi kesehatan berjalan optimal, beberapa prinsip penting harus diperhatikan:

1. Berpusat pada pengguna (user-centered design): memahami kebutuhan, preferensi, dan konteks hidup target sasaran(Tellioğlu, 2022).
2. Berbasis bukti (evidence-based): menggunakan data dan hasil riset untuk mendukung strategi(Fernandez et al., 2019).
3. Fleksibel dan adaptif: mampu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan sosial dan teknologi.
4. Kolaboratif dan inklusif: melibatkan berbagai pihak, termasuk masyarakat, tenaga kesehatan, pengembang teknologi, dan pembuat kebijakan.(Buddharaksa et al., 2021; Hether et al., 2023)

C. Pemetaan Ragam Inovasi Teknologi dalam Promosi Kesehatan

Kemajuan teknologi digital telah membawa transformasi besar dalam strategi promosi kesehatan. Teknologi tidak hanya mempermudah penyebaran informasi, tetapi juga memungkinkan intervensi yang lebih interaktif, terpersonalisasi, dan berbasis data. Dalam konteks promosi kesehatan gigi masyarakat, berbagai bentuk inovasi dapat dikategorikan ke dalam beberapa kelompok besar: media komunikasi digital,

mobile health (mHealth), perangkat pintar (smart devices), dan teknologi berbasis kecerdasan buatan.

Inovasi dalam media komunikasi telah mengubah cara pesan kesehatan dikemas dan disampaikan. Platform digital seperti media sosial, video pendek, dan konten interaktif sangat efektif dalam menjangkau populasi muda yang merupakan kelompok berisiko tinggi terhadap masalah kesehatan gigi.

1. Media Sosial Interaktif: Platform seperti Instagram, TikTok, dan YouTube menjadi saluran utama dalam menyampaikan pesan promosi yang visual, emosional, dan mudah dibagikan. Kampanye seperti “Senyum Sehat” dapat dibuat dalam bentuk tantangan (challenge) untuk menyikat gigi 2 kali sehari dan diikuti oleh influencer (Acosta et al., 2025; Day et al., 2019).
2. Konten Visual dan Audiovisual: Video animasi, infografik, dan podcast kesehatan memungkinkan penyampaian informasi yang kompleks menjadi mudah dicerna. Kombinasi narasi cerita (storytelling) dan desain menarik meningkatkan daya serap pesan (Tiffany et al., 2018).
3. Gamifikasi (Gamification): Penerapan elemen permainan dalam edukasi kesehatan, seperti kuis interaktif atau tantangan harian, meningkatkan keterlibatan dan retensi informasi (Lier & Breuer, 2020; Tolks et al., 2020).

Perangkat pintar semakin banyak digunakan dalam pemantauan dan modifikasi perilaku kesehatan secara real-time. Contohnya antara lain:

1. Sikat Gigi Pintar (Smart Toothbrush): Dilengkapi dengan sensor untuk mengukur frekuensi, durasi, dan tekanan menyikat gigi. Data dapat diunggah ke aplikasi dan dikaji oleh tenaga kesehatan (Chen et al., 2021; J. Lee et al., 2023).
2. Kacamata AR atau Cermin Interaktif: Menyediakan edukasi visual langsung saat pengguna menyikat gigi, sekaligus memberikan instruksi atau umpan balik (John et al., 2016).
3. Smartwatch Terintegrasi: Dapat memberikan notifikasi kebiasaan kesehatan gigi seperti pengingat waktu menyikat gigi atau konsumsi air putih (B. G. Lee et al., 2016).

Akses ke layanan dan edukasi kesehatan kini dapat dilakukan tanpa tatap muka, khususnya untuk wilayah terpencil atau masyarakat dengan keterbatasan mobilitas. Tele-dentistry merupakan layanan konsultasi jarak jauh yang memungkinkan dokter gigi memberikan edukasi, skrining awal, dan tindak lanjut melalui video call atau aplikasi berbasis web. Sementara Chatbot Berbasis AI adalah Chatbot seperti “DentaBot” dapat menjawab pertanyaan umum, memberikan edukasi personal, dan membimbing pengguna dalam langkah-langkah perawatan mandiri. Selain itu, ada juga Voice Assistant (Asisten Suara) yang terintegrasi dengan speaker pintar seperti Google Home atau Alexa untuk memberikan tips kesehatan gigi secara lisan.

Dengan memetakan dan memahami ragam inovasi yang tersedia, praktisi promosi kesehatan dapat lebih strategis dalam memilih pendekatan yang sesuai dengan karakteristik sasaran, tujuan program, dan sumber daya yang tersedia.

D. Inovasi Analitik dan Statistik dalam Promosi Kesehatan

Pemanfaatan teknologi canggih tidak hanya berhenti pada penyampaian informasi, tetapi juga mencakup analisis data yang mendalam untuk merancang, memantau, dan mengevaluasi efektivitas promosi kesehatan. Perkembangan dalam data science, machine learning, dan analisis geospasial telah merevolusi bagaimana intervensi dirancang dari yang bersifat umum menjadi lebih terarah, personal, dan prediktif. Dalam konteks promosi kesehatan gigi masyarakat, analitik berbasis teknologi memungkinkan pengumpulan data perilaku secara real-time, pemetaan kelompok risiko secara presisi, serta pengembangan sistem peringatan dini untuk mencegah masalah kesehatan gigi yang lebih berat (Agustang, n.d.; Perlin, 2016).

Big Data merujuk pada volume data yang sangat besar dan kompleks, yang dapat berasal dari berbagai sumber seperti aplikasi kesehatan, media sosial, survei daring, dan sensor perangkat pintar (Dolley, 2018). Data Behavior Analytics digunakan untuk mengidentifikasi pola perilaku populasi, misalnya waktu puncak penggunaan aplikasi edukasi menyikat

gigi, kecenderungan topik yang banyak dicari (misal: “cara mengobati gusi berdarah”), segmentasi audiens berdasarkan perilaku digital, dan integrasi Data Multisumber yaitu data dari smart toothbrush, aplikasi mHealth, dan data kunjungan ke puskesmas dapat digabungkan untuk menciptakan profil risiko individu atau komunitas(Horenberg et al., 2020; Ienca et al., 2018).

Machine learning (ML) adalah cabang kecerdasan buatan yang memungkinkan sistem belajar dari data dan membuat prediksi atau klasifikasi secara otomatis. Model Prediktif dapat dikembangkan untuk mengklasifikasikan individu berisiko tinggi karies berdasarkan variabel seperti frekuensi menyikat gigi, pola makan, dan akses layanan, serta memberikan rekomendasi konten edukasi personal sesuai profil pengguna(Tanwar, 2024).

Contoh dari Machine learning antara lain :

1. Model random forest atau logistic regression untuk memprediksi kemungkinan seseorang mengalami radang gusi dalam 6 bulan ke depan(Hung et al., 2019).
2. Clustering (misalnya K-means) untuk menemukan kelompok perilaku serupa dalam satu komunitas(Abraham et al., 2003).

Pemanfaatan Geographic Information System (GIS) dalam promosi kesehatan memungkinkan pemetaan wilayah berdasarkan tingkat risiko dan kebutuhan intervensi. Pemetaan Risiko dapat dilakukan dengan cara menggabungkan data epidemiologi (prevalensi karies, kunjungan ke dokter gigi) dengan faktor sosial-ekonomi dan geografis dan mengidentifikasi “zona merah” yang membutuhkan kampanye intensif atau intervensi khusus(Chaikoolvatana & Pakasit, 2018). Sementara dashboard interaktif menyediakan visualisasi real-time terhadap indikator kinerja promosi dan digunakan oleh dinas kesehatan atau institusi pendidikan untuk memantau dampak program. Contoh penerapannya adalah peta interaktif yang menunjukkan tingkat kepatuhan menyikat gigi anak-anak usia sekolah dasar di suatu kabupaten.

NLP adalah teknologi yang memungkinkan komputer memahami dan menganalisis bahasa manusia. NLP terdiri atas analisis sentiment yaitu mengevaluasi respons masyarakat terhadap kampanye promosi di media sosial (positif, negatif, atau netral), ekstraksi tema edukasi yaitu menemukan tema atau isu yang paling sering muncul dalam komentar, testimoni, atau ulasan aplikasi. Selain itu, NLP juga digunakan untuk membangun chatbot yang bisa berinteraksi dalam bahasa alami untuk menjawab pertanyaan tentang kesehatan gigi (Büttner et al., 2024).

Pemanfaatan analitik dan statistik berbasis teknologi memungkinkan promosi kesehatan berpindah dari pendekatan berbasis asumsi menjadi pendekatan berbasis bukti (evidence-based). Hal ini akan memperkuat efisiensi alokasi sumber daya, efektivitas pesan, serta akurasi dalam mengidentifikasi kebutuhan komunitas (Brownson et al., 2010; Fernandez et al., 2019).

E. Strategi Desain dan Implementasi Program Promosi Inovatif

Untuk memastikan efektivitas promosi kesehatan berbasis inovasi, diperlukan strategi desain program yang terstruktur dan implementasi yang berorientasi pada pengguna (user-centered). Inovasi tidak hanya berarti menggunakan teknologi terkini, tetapi juga menempatkan perilaku masyarakat sebagai pusat perencanaan, serta memastikan keterpaduan antar komponen sistem – mulai dari edukasi, teknologi, pelibatan komunitas, hingga evaluasi.

Human-Centered Design adalah metode yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan pengalaman pengguna sebagai titik awal dalam pengembangan solusi inovatif (Holeman & Kane, 2020).

Berikut ini langkah-langkah HCD dalam promosi kesehatan:

1. Empathize: Menggali pemahaman mendalam tentang perilaku, hambatan, dan motivasi target sasaran.
2. Define: Merumuskan masalah utama secara spesifik berdasarkan wawasan lapangan dan data.

3. Ideate: Mengembangkan berbagai ide dan bentuk inovasi yang memungkinkan untuk mengatasi masalah tersebut.
4. Prototype: Mendesain model awal dari aplikasi, konten digital, atau sistem kampanye.
5. Test and Iterate: Menguji pada kelompok sasaran dan menyempurnakan berdasarkan umpan balik nyata.

Contoh dari HCD adalah merancang aplikasi edukasi menyikat gigi untuk anak-anak usia 6–10 tahun, dengan karakter visual yang menarik dan cerita interaktif yang melibatkan mereka sebagai "pahlawan gigi".

Tidak semua teknologi cocok untuk semua kelompok masyarakat. Strategi inovasi harus mempertimbangkan:

1. Usia dan literasi digital: Anak-anak membutuhkan pendekatan visual-interaktif; orang dewasa bisa dijangkau melalui WhatsApp atau webinar.
2. Akses terhadap perangkat: Komunitas dengan keterbatasan akses internet dapat menggunakan konten berbasis SMS atau radio interaktif.
3. Kondisi sosial-budaya: Konten harus kontekstual dan sensitif terhadap nilai-nilai lokal.

Segmentasi audiens menjadi kunci agar promosi lebih personal, relevan, dan diterima secara sosial.

Selain itu, Inovasi promosi kesehatan membutuhkan kolaborasi lintas bidang, termasuk tenaga kesehatan, teknologi dan desain, pendidikan dan komunitas, serta pemerintah dan sektor swasta: yang akan mendukung pembiayaan, regulasi, dan distribusi program. Contohnya, kolaborasi antara fakultas kedokteran gigi, startup teknologi, dan dinas pendidikan untuk menyebarkan game edukatif tentang kesehatan gigi di sekolah dasar.

F. Studi Implementasi Inovasi Promosi Kesehatan Gigi di Indonesia

Implementasi inovasi promosi kesehatan gigi di Indonesia menunjukkan dinamika yang menarik, khususnya dalam respons terhadap tantangan akses, literasi kesehatan, serta

perubahan perilaku masyarakat di era digital. Beberapa inisiatif telah menunjukkan bahwa integrasi teknologi, pendekatan berbasis komunitas, serta kolaborasi lintas sektor dapat secara signifikan meningkatkan efektivitas program promosi kesehatan gigi. Studi ini menyajikan beberapa contoh implementasi nyata yang mencerminkan potensi dan tantangan inovasi dalam konteks lokal.

1. Kampanye Digital “Sikat Gigi Malam Itu Keren”

Latar Belakang:

Dinas Kesehatan Kota Surabaya bekerja sama dengan perguruan tinggi dan komunitas digital lokal mengembangkan kampanye digital untuk remaja. Sasaran utama adalah meningkatkan kebiasaan menyikat gigi sebelum tidur, yang masih rendah meskipun kesadaran umum sudah cukup baik. Inovasi yaitu Video TikTok edukatif yang dibintangi oleh influencer lokal dan pelajar SMA. Tantangan daring (Sikat Malam Challenge) dengan hadiah bulanan. Pemanfaatan data Instagram Insight untuk evaluasi keterlibatan (engagement) dan efektivitas konten. Hasilnya, terjadi kenaikan 42% dalam pelaporan kebiasaan sikat gigi malam dari survei online dan meningkatnya minat remaja mengikuti edukasi digital lanjutan.

2. Tele-dentistry untuk Daerah Terpencil di Nusa Tenggara Timur

Latar Belakang:

Akses terhadap dokter gigi sangat terbatas di beberapa wilayah kepulauan di NTT. Sebagai solusi, diluncurkan program tele-dentistry yang memungkinkan konsultasi dan edukasi dilakukan secara daring.

Inovasinya adalah platform berbasis website ringan yang dapat diakses dengan jaringan internet terbatas, edukasi melalui video singkat dan modul digital yang dapat diunduh, dan pendampingan oleh kader kesehatan setempat. Dampak yang diperoleh adalah penurunan angka keluhan nyeri gigi yang tidak tertangani dan peningkatan

pengetahuan dasar tentang kesehatan gigi pada masyarakat desa.

G. Refleksi dan Arah Masa Depan Inovasi Promosi Kesehatan

Inovasi dalam promosi kesehatan, khususnya dalam konteks kesehatan gigi masyarakat, tidak lagi menjadi pilihan pelengkap, melainkan menjadi kebutuhan strategis dalam menghadapi tantangan global dan lokal. Era digital telah mengubah cara individu mengakses informasi, membentuk perilaku, dan membuat keputusan terkait kesehatan. Oleh karena itu, pendekatan inovatif berbasis teknologi dan data harus menjadi bagian integral dari strategi promosi kesehatan di masa kini dan masa depan (Y. Huang, 2021).

Dari berbagai studi implementasi di Indonesia, dapat disimpulkan beberapa poin penting:

1. Inovasi efektif saat kontekstual: Keberhasilan lebih besar terjadi ketika teknologi disesuaikan dengan kondisi sosial budaya dan kapasitas komunitas.
2. Kolaborasi adalah kunci keberlanjutan: Sinergi antar sektor – akademisi, praktisi, teknologi, dan masyarakat – membuka peluang inovasi yang lebih adaptif dan berkelanjutan.
3. Peran data sangat vital: Analisis statistik, pemetaan risiko, dan machine learning terbukti mempercepat pengambilan keputusan dan meningkatkan efektivitas intervensi.
4. Kesenjangan digital masih ada: Tantangan seperti akses internet terbatas, literasi digital rendah, serta resistensi terhadap perubahan teknologi tetap harus diatasi dengan pendekatan transformatif dan edukatif.

Untuk memperkuat dan memperluas dampak inovasi promosi kesehatan, beberapa arah masa depan yang perlu diperhatikan meliputi:

1. Integrasi Teknologi dalam Sistem Layanan Primer

Inovasi digital harus terhubung langsung dengan sistem layanan primer seperti puskesmas dan posyandu. Aplikasi, dashboard risiko, dan platform edukasi digital

sebaiknya menjadi bagian dari sistem informasi kesehatan daerah (Khurshid, 2023).

2. Personalisasi Promosi Berbasis Artificial Intelligence (AI)

Teknologi AI memungkinkan pendekatan promosi yang bersifat individual: menyesuaikan waktu, gaya bahasa, dan isi edukasi sesuai karakteristik pengguna. Chatbot cerdas, notifikasi perilaku berbasis data riwayat, dan rekomendasi edukatif akan menjadi norma baru (Aggarwal et al., 2023; Jiang et al., 2022).

3. Transformasi Digital Berbasis Komunitas

Pengembangan duta digital kesehatan gigi di tingkat RT/RW, guru sekolah, hingga influencer lokal perlu diperluas. Masyarakat bukan hanya menjadi sasaran, tetapi aktor utama dalam menciptakan dan menyebarkan inovasi (Lapuz, 2023; Razak et al., 2023).

4. Pemanfaatan Big Data untuk Desain Kebijakan

Pemerintah dan institusi pendidikan tinggi harus mendorong open-data dan kolaborasi dalam pengembangan kebijakan promosi kesehatan berbasis analitik. Data longitudinal, perilaku digital, dan informasi spasial harus menjadi dasar perencanaan promosi tingkat nasional dan regional (Maciejewski, 2017; Yu et al., 2020).

5. Etika dan Perlindungan Data

Dalam penggunaan teknologi dan data, perlindungan privasi, keamanan data, dan prinsip etika harus dipegang teguh. Selain itu, edukasi kepada masyarakat tentang hak digital dan perlindungan informasi sangat krusial (Floridi, 2018; L. Huang, 2023).

H. Penutup

Inovasi promosi kesehatan berbasis teknologi bukan hanya soal modernisasi alat, tetapi tentang transformasi paradigma dari edukasi satu arah menuju komunikasi dua arah, dari intervensi umum ke personalisasi, dan dari asumsi ke keputusan berbasis data. Indonesia memiliki potensi besar untuk memimpin di kawasan regional dalam transformasi

digital bidang kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan gigi, dengan memanfaatkan kekuatan kolaborasi, komunitas, dan kecanggihan teknologi yang inklusif. Dengan pendekatan ini, promosi kesehatan tidak hanya menjadi upaya informatif, tetapi menjadi gerakan transformatif yang menyatukan pengetahuan, teknologi, dan nilai-nilai sosial dalam satu ekosistem promosi yang inklusif, dinamis, dan berkeadilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C., Cornillon, P. A., Matzner-Løber, E., & Molinari, N. (2003). Unsupervised curve clustering using B-splines. *Scandinavian Journal of Statistics*, 30(3). <https://doi.org/10.1111/1467-9469.00350>
- Abrash Walton, A., Nageotte, N. L., Heimlich, J. E., & Threadgill, A. V. (2022). Facilitating behavior change: Introducing the Transtheoretical Model of Behavior Change as a conservation psychology framework and tool for practitioners. In *Zoo Biology* (Vol. 41, Issue 5). <https://doi.org/10.1002/zoo.21704>
- Acosta, J. M., Detsomboonrat, P., Pisarnaturakit, P. P., & Urwannachotima, N. (2025). The Use of Social Media on Enhancing Dental Care and Practice Among Dental Professionals: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Formative Research*, 9. <https://doi.org/10.2196/66121>
- Adiyoso, W., Wilopo, W., Mondry, Nurbaiti, B., & Suprpto, F. A. (2023). The use of Health Belief Model (HBM) to explain factors underlying people to take the COVID-19 vaccine in Indonesia. *Vaccine: X*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2023.100297>
- Aggarwal, A., Tam, C. C., Wu, D., Li, X., & Qiao, S. (2023). Artificial Intelligence-Based Chatbots for Promoting Health Behavioral Changes: Systematic Review. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 25). <https://doi.org/10.2196/40789>
- Agustang, A. (n.d.). *merged Health , Education , Computer Science Technology Health , Education , Computer Science Technology*.
- Alraja, M. N., Imran, R., Khashab, B. M., & Shah, M. (2022). Technological Innovation, Sustainable Green Practices and SMEs Sustainable Performance in Times of Crisis (COVID-19 pandemic). *Information Systems Frontiers*, 24(4), 1081–1105. <https://doi.org/10.1007/s10796-022-10250-z>

- Anuar, H., Shah, S. A., Gafor, H., Mahmood, M. I., & Ghazi, H. F. (2020). Usage of Health Belief Model (HBM) in health behavior: A systematic review. In *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* (Vol. 16).
- Ban, H. J., & Kim, H. S. (2020). Applying the modified health belief model (Hbm) to korean medical tourism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103646>
- Brownson, R. C. R., Baker, E. E. A., Leet, T. L. T., Gillespie, K. N., & True, W. R. (2010). *Evidence-Based Public Health* (Vol. 3, p. 312). http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=9fxzvhVoD2cC&oi=fnd&pg=PR17&dq=Evidence-based+public+health+policy+and+practice:+Promise+and+limits.&ots=kPAhACvh_o&sig=Q5yUHNG9g-IGfQqnG2LtoXKBVMQ%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=9fxzvhVoD2cC&pgis=
- Buddharaksa, W., Davies, J. S., & Tejavaddhana, P. (2021). Health Literacy Promotion And Its Institutional Arrangements: Rethinking Collaborative Health Promotion In Thailand. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 16(4). <https://doi.org/10.24083/apjhm.v16i4.1313>
- Büttner, M., Leser, U., Schneider, L., & Schwendicke, F. (2024). Natural Language Processing: Chances and Challenges in Dentistry: NLP in Dentistry. In *Journal of Dentistry* (Vol. 141). <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104796>
- Chaikoolvatana, A., & Pakasit, V. (2018). Evaluation of the establishment of health promoting hospital via geographic information system in the north-eastern area of Thailand. *Science, Engineering and Health Studies*, 12(1). <https://doi.org/10.14456/sehs.2018.5>
- Chen, C. H., Wang, C. C., & Chen, Y. Z. (2021). Intelligent brushing monitoring using a smart toothbrush with recurrent probabilistic neural network. *Sensors (Switzerland)*, 21(4). <https://doi.org/10.3390/s21041238>

- Day, A. M., O'Shay-Wallace, S., Seeger, M. W., & McElmurry, S. P. (2019). Informational Sources, Social Media Use, and Race in the Flint, Michigan, Water Crisis. *Communication Studies*, 70(3). <https://doi.org/10.1080/10510974.2019.1567566>
- Didenko, I., Syhyda, L., & Markauskaitė, R. (2022). Promotion of Innovative Microchip in the Market of Medical Services: Marketing Aspects. *Health Economics and Management Review*, 3(2). <https://doi.org/10.21272/hem.2022.2-10>
- Dolley, S. (2018). Big data's role in precision public health. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 6). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00068>
- Elnahal, S. M., Peabody, H., Ippolito, A., Littlefield, P., Clancy, C., & Shulkin, D. (2016). Diffusing Oncology Care Model Best Practices Across America's Largest Integrated Hospital System. *International Journal of Radiation Oncology*Biography*Physics*, 96(2). <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2016.06.1630>
- Fernandez, M. E., Ruitter, R. A. C., Markham, C. M., & Kok, G. (2019). Intervention mapping: Theory-and evidence-based health promotion program planning: Perspective and examples. *Frontiers in Public Health*, 7(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00209>
- Floridi, L. (2018). Soft ethics, the governance of the digital and the General Data Protection Regulation. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 376(2133). <https://doi.org/10.1098/rsta.2018.0081>
- Ghorbani-Dehbalaei, M., Loripoor, M., & Nasirzadeh, M. (2021). The role of health beliefs and health literacy in women's health promoting behaviours based on the health belief model: a descriptive study. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01564-2>

- Gonulol, N., & Kalyoncuoglu, E. (2021). Education and learning in digital dentistry. In *Journal of Experimental and Clinical Medicine (Turkey)* (Vol. 38). <https://doi.org/10.52142/OMUJECM.38.SI.DENT.14>
- Hether, H. J., O'Connor-Coates, E., & Crittendon, R. (2023). Process Evaluation of a Collaborative Social Media Health Campaign: An Analysis of Partner and User Engagement. *Health Promotion Practice*, 24(4). <https://doi.org/10.1177/15248399231152469>
- Holeman, I., & Kane, D. (2020). Human-centered design for global health equity. *Information Technology for Development*, 26(3). <https://doi.org/10.1080/02681102.2019.1667289>
- Horenberg, F., Lungu, D. A., & Nuti, S. (2020). Measuring research in the big data era: The evolution of performance measurement systems in the Italian teaching hospitals. *Health Policy*, 124(12), 1387–1394. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.002>
- Huang, L. (2023). Ethics of Artificial Intelligence in Education: Student Privacy and Data Protection. *Science Insights Education Frontiers*, 16(2). <https://doi.org/10.15354/sief.23.re202>
- Huang, Y. (2021). Technology innovation and sustainability: challenges and research needs. In *Clean Technologies and Environmental Policy* (Vol. 23, Issue 6, pp. 1663–1664). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s10098-021-02152-6>
- Hung, M., Xu, J., Lauren, E., Voss, M. W., Rosales, M. N., Su, W., Ruiz-Negrón, B., He, Y., Li, W., & Licari, F. W. (2019). Development of a recommender system for dental care using machine learning. *SN Applied Sciences*, 1(7). <https://doi.org/10.1007/s42452-019-0795-7>

- Ienca, M., Ferretti, A., Hurst, S., Puhan, M., Lovis, C., & Vayena, E. (2018). *Considerations for ethics review of big data health research: A scoping review*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204937>
- Jiang, Y., Ding, X., Liu, D., Gui, X., Zhang, W., & Zhang, W. (2022). Designing intelligent self-checkup based technologies for everyday healthy living. *International Journal of Human Computer Studies*, 166. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2022.102866>
- John, M., Molepo, M. J., & Chirwa, M. (2016). The impact of an interactive ray diagram teaching module in enhancing grade 11 learners' conceptual understanding of image formation in a plane mirror. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 12(3). <https://doi.org/10.12973/eurasia.2015.1406a>
- Joseph-Shehu, E. M., Ncama, B. P., Mooi, N., & Mashamba-Thompson, T. P. (2019). The use of information and communication technologies to promote healthy lifestyle behaviour: A systematic scoping review. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029872>
- Kang, Y., Cai, Z., Tan, C. W., Huang, Q., & Liu, H. (2020). Natural language processing (NLP) in management research: A literature review. In *Journal of Management Analytics* (Vol. 7, Issue 2). <https://doi.org/10.1080/23270012.2020.1756939>
- Khurshid, Z. (2023). Digital Dentistry: Transformation of Oral Health and Dental Education with Technology. In *European Journal of Dentistry* (Vol. 17, Issue 4). <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772674>
- Kruzan, K. P., Whitlock, J., & Hasking, P. (2020). Development and initial validation of scales to assess decisional balance (NSSI-DB), processes of change (NSSI-POC), and self-efficacy (NSSI-SE) in a population of young adults engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychological Assessment*, 32(7). <https://doi.org/10.1037/pas0000821>

- Lapuz, M. C. M. (2023). The role of local community empowerment in the digital transformation of rural tourism development in the Philippines. *Technology in Society*, 74. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2023.102308>
- Lee, B. G., Park, J. H., Pu, C. C., & Chung, W. Y. (2016). Smartwatch-Based Driver Vigilance Indicator With Kernel-Fuzzy-C-Means-Wavelet Method. *IEEE Sensors Journal*, 16(1). <https://doi.org/10.1109/JSEN.2015.2475638>
- Lee, J., Lee, T., Jung, H. I., Park, W., & Song, J. S. (2023). Effectiveness of an Oral Health Education Program Using a Smart Toothbrush with Quantitative Light-Induced Fluorescence Technology in Children. *Children*, 10(3). <https://doi.org/10.3390/children10030429>
- Lier, L. M., & Breuer, C. (2020). The motivating power of gamification: Does the inclusion of game elements increase the effectiveness of worksite health promotion programs? *International Journal of Workplace Health Management*, 13(1). <https://doi.org/10.1108/IJWHM-04-2019-0055>
- Maciejewski, M. (2017). To do more, better, faster and more cheaply: using big data in public administration. *International Review of Administrative Sciences*, 83(1_suppl). <https://doi.org/10.1177/0020852316640058>
- Mason, C., Barraket, J., Friel, S., O'Rourke, K., & Stenta, C. P. (2015). Social innovation for the promotion of health equity. *Health Promotion International*, 30. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav076>
- Massuda, A., Titton, C., & Moysés, S. T. (2019). Exploring challenges, threats and innovations in global health promotion. *Health Promotion International*, 34. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz008>
- McManus, A. (2013). Health promotion innovation in primary health care. In *Australasian Medical Journal* (Vol. 6, Issue 1). <https://doi.org/10.4066/AMJ.2013.1578>

- Odunayo Josephine Akindote, Abimbola Oluwatoyin Adegbite, Adedolapo Omotosho, Anthony Anyanwu, & Chinedu Paschal Maduka. (2024). Evaluating The Effectiveness Of It Project Management In Healthcare Digitalization: A Review. *International Medical Science Research Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i1.698>
- Perlin, J. B. (2016). Health information technology interoperability and use for better care and evidence. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 316, Issue 16). <https://doi.org/10.1001/jama.2016.12337>
- Promoting Health*. (2018). <http://apps.who.int/bookorders>.
- Razak, N. A., Rasli, R. M., Subhan, S., Ahmad, N. A., & Malik, S. (2023). Systematic review on digital transformation among teachers in public schools. *International Journal of Evaluation and Research in Education*, 12(2). <https://doi.org/10.11591/ijere.v12i2.24498>
- Sannella, A. (2019). Sustainable development and social innovation for health promotion. *Salute e Societa*, 18(2).
- Sharma, S., Mohanty, V., Balappanavar, A. Y., Chahar, P., & Rijhwani, K. (2022). Role of Digital Media in Promoting Oral Health: A Systematic Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.28893>
- Subramanian, S., Tangka, F. K. L., DeGross, A., & Richardson, L. C. (2022). Integrated approaches to delivering cancer screenings to address disparities: lessons learned from the evaluation of CDC's Colorectal Cancer Control Program. In *Implementation Science Communications* (Vol. 3, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00346-7>
- Tanwar, S. (2024). Machine Learning. In *Computational Science and Its Applications*. <https://doi.org/10.1201/9781003347484-2>
- Tellioglu, H. (2022). User-Centered Design. In *Handbook of e-Tourism*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-48652-5_122

- Tiffany, B., Blasi, P., Catz, S. L., & McClure, J. B. (2018). Mobile apps for oral health promotion: Content review and heuristic usability analysis. *JMIR MHealth and UHealth*, 6(9). <https://doi.org/10.2196/11432>
- Tolks, D., Lampert, C., Dadaczynski, K., Maslon, E., Paulus, P., & Sailer, M. (2020). Game-based approaches to prevention and health promotion: serious games and gamification. In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (Vol. 63, Issue 6). <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03156-1>
- Udoudom, U., Igiri, A., George, K., & Aruku, K. J. (2023). Promoting Health Education through Effective Communication for Development. *ALSYSTECH Journal of Education Technology*, 2(1). <https://doi.org/10.58578/alsystech.v2i1.2399>
- Wang, L. H., Liu, Y., Tan, H., & Huang, S. (2022). Transtheoretical model-based mobile health application for PCOS. *Reproductive Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01422-w>
- Williams, S. L., & French, D. P. (2014). Theory of planned behaviour variables and objective walking behaviour do not show seasonal variation in a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-120>
- Willis, D. W., & Eddy, J. M. (2022). Early relational health: Innovations in child health for promotion, screening, and research. *Infant Mental Health Journal*, 43(3). <https://doi.org/10.1002/imhj.21980>
- World Health Organization. (1986). *Health Promotion*.
- Yeo, K. H. K., Lim, W. M., & Yui, K. J. (2024). Financial planning behaviour: a systematic literature review and new theory development. *Journal of Financial Services Marketing*, 29(3). <https://doi.org/10.1057/s41264-023-00249-1>

- Yu, T., Liang, X., & Wang, Y. (2020). Factors Affecting the Utilization of Big Data in Construction Projects. *Journal of Construction Engineering and Management*, 146(5). [https://doi.org/10.1061/\(asce\)co.1943-7862.0001807](https://doi.org/10.1061/(asce)co.1943-7862.0001807)
- Ziegler, W. (2022). Cloud Computing. In *Studies in Big Data* (Vol. 112). https://doi.org/10.1007/978-3-031-08411-9_10

BAB 8

PERENCANAAN DAN IMPLEMENTASI PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Sri Hazanah, S.ST., S.KM., MPH.

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan aspek fundamental dalam pembangunan manusia yang berkelanjutan. Untuk mencapainya, dibutuhkan upaya sistematis tidak hanya dalam pengobatan penyakit, tetapi juga upaya pencegahan dan perubahan perilaku, yang dimulai dari perencanaan yang matang dan implementasi yang tepat sasaran. Dengan perencanaan dan implementasi yang terstruktur, maka program promosi kesehatan dapat berjalan lebih efektif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Perencanaan program promosi kesehatan melibatkan proses identifikasi masalah, penetapan tujuan, pemilihan strategi, serta alokasi sumber daya secara tepat. Proses ini harus berbasis bukti (*evidence-based planning*) untuk memastikan bahwa intervensi yang dilakukan relevan dan berdampak signifikan (Green & Tones, 2019). Selain itu, pendekatan partisipatif dalam perencanaan—melibatkan masyarakat, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya—diperlukan guna membangun rasa memiliki terhadap program yang dikembangkan.

Program promosi kesehatan melibatkan pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, pemantauan proses, serta evaluasi hasil. Salah satu tantangan yang sering ditemukan dalam implementasi program adalah keberlanjutan program

serta adaptasi terhadap dinamika kebutuhan masyarakat dan perkembangan teknologi (Nutbeam et al., 2020). Oleh karena itu, keberhasilan implementasi juga sangat dipengaruhi oleh kapasitas tenaga promosi kesehatan, sistem koordinasi lintas sektor, serta dukungan kebijakan pemerintah

Perencanaan dan implementasi program promosi kesehatan merupakan dua komponen yang saling terkait dan tidak dapat dipisahkan. Keduanya memainkan peran penting dalam menciptakan perubahan perilaku masyarakat secara positif dan berkelanjutan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Seringkali Implementasi program promosi kesehatan di lapangan menghadapi berbagai tantangan, seperti keterbatasan sumber daya, kurangnya koordinasi antar sektor, dan rendahnya partisipasi masyarakat. Sebagai contoh, penelitian di Puskesmas Bulango Timur menunjukkan bahwa meskipun telah dilakukan perencanaan yang matang, implementasi program pencegahan ISPA masih menghadapi kendala dalam hal sumber daya dan partisipasi Masyarakat.

Selain itu, studi di Kota Surabaya mengungkapkan bahwa meskipun telah ada program "Eco School" untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di institusi pendidikan, hasilnya belum optimal. Hal ini disebabkan kurangnya pelatihan bagi petugas promosi kesehatan dan tidak tersedianya petunjuk pelaksanaan yang spesifik untuk program tersebut. Oleh karena itu, diperlukan perencanaan yang tepat, sistematis dan implementasi efektif dalam program promosi kesehatan.

B. Pengertian

Perencanaan program ibarat peta jalan yang memandu langkah-langkah menuju tujuan yang diinginkan. Tanpa perencanaan suatu kegiatan bisa menjadi tidak terarah dan hasil tujuan yang dicapai tidak akan optimal. Perencanaan adalah proses sistematis dan berbasis bukti yang bertujuan merancang program promosi kesehatan yang tepat sasaran, efektif, dan berkelanjutan. Menurut buku *Planning Health Promotion*

Programs: An Intervention Mapping Approach (2016, namun banyak diadopsi hingga 2025), ada enam langkah perencanaan:

1. **Assessment (Needs Analysis):** Memetakan masalah kesehatan, menganalisa faktor penyebab dan memahami kondisi masyarakat secara mendalam. Komponen utama Assesment:
 - a. Social Diagnosis (Analisis Sosial), mengidentifikasi masalah sosial yang berdampak pada kualitas hidup masyarakat. Meliputi aspirasi aspirasi, nilai budaya, kondisi sosial, serta sejauh apa masyarakat siap berubah.
 - b. Epidemiological Diagnosis (Diagnosis Epidemiologis), menentukan prioritas masalah kesehatan berdasarkan prevalensi, angka kematian, dan beban penyakit.
 - c. Behavioral & Environmental Assessment, memetakan perilaku masyarakat yang berdampak pada masalah kesehatan (misalnya, merokok, pola makan). Mengidentifikasi faktor lingkungan seperti sanitasi, polusi, fasilitas, dan regulasi yang mempengaruhi Kesehatan.
2. **Pemetaan tujuan dan sasaran**, meliputi tiga domain yaitu: (kognitif, perilaku, lingkungan).
 - a. Kognitif outcomenya misal: “meningkatkan persentase remaja yang tahu bahaya merokok dari 40% ke 70% dalam 6 bulan”
 - b. Perilaku outcomenya missal: “menurunkan prevalensi merokok remaja dari 30% menjadi 20% dalam 1 tahun”
 - c. Llingkungan outcomenya, misal: “menambah jumlah sekolah yang memberlakukan kebijakan ‘sekolah bebas asap rokok’ dari 50% ke 100% dalam 1 tahun”
3. **Pemilihan Teori dan metode** dalam implementasi program promosi kesehatan menggunakan teroi perubahan perilaku.
 - a. Health Belief Model (HBM).
 - 1) Fokus pada keyakinan individu tentang risiko, manfaat, hambatan, serta pemicu aksi dan self-efficacy.
 - 2) Tepat untuk intervensi seperti vaksinasi, deteksi dini, atau perilaku preventif (cuci tangan, pakai masker).

- b. Theory of Planned Behavior (TPB).
 - 1) Melihat niat sebagai penentu utama perilaku, dipengaruhi sikap positif, norma sosial, dan kontrol diri.
 - 2) Efektif untuk kampanye berhenti merokok, diet sehat, atau olahraga karena banyak dipengaruhi lingkungan sosial.
 - c. Transtheoretical Model (TTM) / Tahapan Perubahan.
Menyusun perubahan perilaku dalam 5 tahap: *precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance*. Merupakan desain intervensi tahap kesiapan awal dan dukungan.
 - d. Social Cognitive Theory (SCT)
 - 1) Menekankan peran observasi (role model), reinforcement, self-efficacy dalam perubahan.
 - 2) Berguna untuk intervensi berbasis komunitas (contoh: kader posyandu mencontohkan perilaku sehat).
 - e. Health Action Process Approach (HAPA)
 - 1) Tahapan: motivasi → perencanaan → aksi + maintenance, dengan self-efficacy sebagai kunci .
 - 2) Efektif mendukung perilaku berkelanjutan seperti olahraga rutin atau diet diabetes.
- 4. Desain Program:** Menyusun tema, komponen, media, dan materi.
- a. Penyusunan tema program harus singkat, relevan, mudah diingat dan menggugah kesadaran masyarakat untuk tindakan.
 - b. Komponen program intervensi berupa: edukasi, komunikasi efektif, penggunaan media, penguatan regulasi dan pelaporan kegiatan.
- 5. Rencana Implementasi:** Memformulasikan siapa, kapan, dan bagaimana pelaksanaannya dan dilakukan secara terstruktur, kolaboratif dan dapat dipantau hasilnya secara optimal.

6. **Evaluasi:** Mengukur proses dan hasil secara sistem melalui indikator terukur, sejauh mana suatu program Kesehatan telah dilaksanakan sesuai tujuan, misalnya: (evaluasi proses, evaluasi hasil output dan evaluasi dampak/ outcomenya).

C. Tujuan Perencanaan Program

1. Menentukan Prioritas Masalah Kesehatan, tujuan untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah kesehatan berdasarkan data dan kebutuhan masyarakat, sehingga intervensi yang dilakukan fokus dan efektif.
2. Mengarahkan Sumber Daya Secara Efisien, tujuan untuk membantu dalam alokasi sumber daya (manusia, finansial, material) agar digunakan secara optimal dan tidak terbuang untuk kegiatan yang tidak efektif.
3. Mengembangkan Strategi dan Intervensi yang Tepat Sasara, bertujuan untuk merancang intervensi berdasarkan bukti ilmiah dan teori perilaku yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik sasaran.
4. Menetapkan Tujuan dan Indikator Keberhasilan yang Terukur, tujuan untuk merumuskan sasaran yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan terikat waktu (SMART), sehingga pelaksanaan dan evaluasi program dapat dilakukan secara sistematis.
5. Meningkatkan Partisipasi dan Komitmen Stakeholder, pelibatan pemangku kepentingan (masyarakat, pemerintah, organisasi) sejak awal, untuk meningkatkan dukungan dan keberlanjutan program.
6. Meningkatkan Evaluasi Program, tujuan untuk menetapkan mekanisme evaluasi yang akan digunakan untuk menilai proses, output, dan hasil dari program promosi kesehatan. Tujuan utama dari perencanaan program promosi kesehatan adalah untuk memastikan program yang dijalankan; tepat sasaran, efisien, berbasis bukti, adanya dukungan oleh semua pihak terkait dan memilih tolak ukur keberhasilan yang jelas.

D. Manfaat Perencanaan Program

Berikut uraian manfaat perencanaan suatu program:

1. Mengidentifikasi masalah secara tepat.
2. Menetapkan tujuan yang jelas, terukur, realistis dan berbatas waktu (SMART)
3. Merancang strategi dan metode yang efektif. d. Mengoptimalkan Sumber Daya.
4. Meningkatkan Efektivitas, Efisiensi partisipasi masyarakat dan stekholder f. Menjadi dasar Monitoring dan Evaluasi
5. Memudahkan dokumentasi dan pelaporan

E. Model Perencanaan dan Implementasi Program

1. Model PRECEDE-PROCEED

Model PRECEDE-PROCEED adalah kerangka kerja sistematis yang digunakan untuk merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit secara efektif. Model dikembangkan (Lawrence Green dan Marshall Kreuter, 2021) dan telah banyak digunakan sejak 1980-an hingga sekarang, termasuk dalam kebijakan dan program kesehatan masyarakat modern (2019-2025).

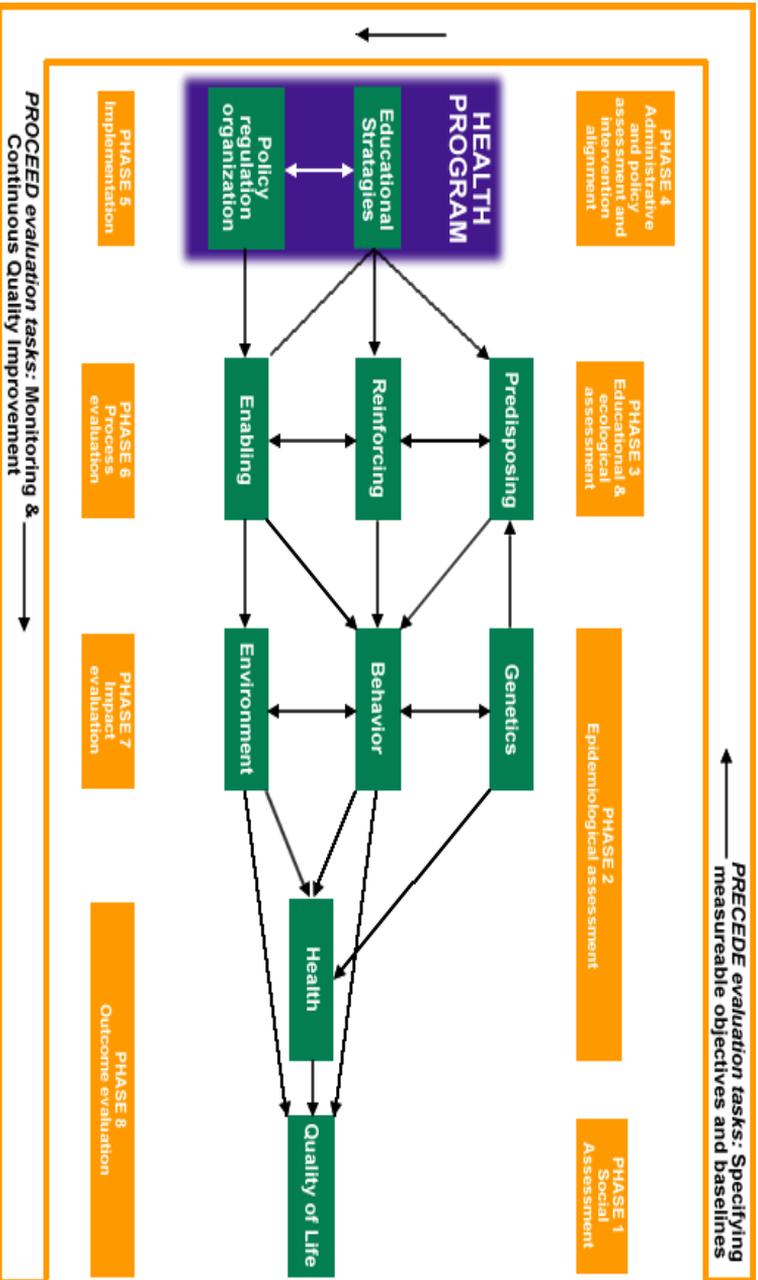
Precede/ Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation- Fokus; Analisis sosial, perilaku dan lingkungan.

Proceed/ Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development- Fokus; Implementasi, monitoring dan evaluasi program. Tahapan Model Precede-Proceed (8 Langkah).

a. *PRECEDE* (4 Fase Diagnosis dan Perencanaan).

- 1) *Social Assessment*. Identifikasi isu sosial dan kualitas hidup yang menjadi prioritas komunitas: dimulai dengan survei, diskusi kelompok, hingga wawancara. Tujuannya memahami kondisi sosial-spiritual ekonomi masyarakat dan keterkaitan dengan Kesehatan.

- 2) *Epidemiological/Behavioral & Environmental Assessment*. Analisis data Kesehatan: (misalnya prevalensi penyakit, mortalitas) serta perilaku dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi isu. Diagnosis ini memfokuskan intervensi ke faktor yang paling bisa diubah.
 - 3) *Educational & Ecological Assessment*. Identifikasi faktor: Predisposing: pengetahuan, sikap, nilai. Enabling: fasilitas, keterampilan, akses. Reinforcing: dukungan dari keluarga, tokoh masyarakat, dll.
 - 4) *Administrative & Policy Assessment*. Analisis faktor administratif & kebijakan: struktur organisasi, sumber daya, regulasi eksternal, budaya institusi, anggaran, dan kebijakan yang mendukung atau menjadi hambatan.
- b. *PROCEED* (4 Fase Implementasi & Evaluasi)
- 1) *Implementasi*. Pelaksanaan strategi intervensi sesuai perencanaan, misal workshop, kampanye media, pelatihan, modul edukasi di komunitas atau setting sasaran.
 - 2) *Proses Evaluation*. Evaluasi pelaksanaan: apakah intervensi dijalankan sesuai rencana? Menilai kualitas, jangkauan, kepatuhan serta hambatan dan solusi saat pelaksanaan .
 - 3) *Impact Evaluation*. Mengukur perubahan antara bagaimana intervensi mempengaruhi indikator perilaku, lingkungan, pengetahuan, sikap sesuai target awal.
 - 4) *Outcome Evaluation*. Evaluasi hasil akhir terhadap kualitas hidup, status kesehatan, dan outcome jangka panjang seperti penurunan mortalitas, morbidity, atau peningkatan *well-being*.



Gambar 8.1 Teori Precede dan Proceed

Representasi umum dari Model Precede-Proceed. Dari L. Green dan M. Kreuter. (2005). *Perencanaan Promosi Kesehatan: Pendekatan Edukatif dan Ekologis* (Edisi ke-4). Mountain View, CA: Mayfield Publishers.

2. Logic Model (CDC, 2023)

Model sederhana dan visual yang menjelaskan hubungan sebab akibat anatar input, aktivitas, output, outcome dan impact.

3. Social Marketing Framework

Model menggunakan Pendekatan promosi kesehatan berbasis pemasaran sosial, dengan prinsip seperti produk, harga, tempat, dan promosi (4P)

4. Model Behavior Change Wheel (COM-B)/Michie et al, 2011-2022

Model ini memetakan factor yang mempengaruhi perilaku: Capability (kemampuan), Opportunity (kesempatan), Motivation (motivasi).

5. Intervention Mapping (IM)/ Bartholomew et al, 2016.

Intervention Mapping (IM) adalah kerangka perencanaan program promosi Kesehatan, memiliki 6 langkah sistematis dalam *Intervention Mapping* (IM).

- a. Analisis Masalah & Kebutuhan (*Needs Assessment*), tujuan menentukan masalah kesehatan, siapa yang terdampak dan akar penyebab perilaku/lingkungan.
- b. Menetapkan Tujuan Perubahan (*Matrices of Change Objectives*), tujuan menyebarkan target perubahan perilaku dan lingkungan secara terstruktur
- c. Pemilihan Metode dan Strategi (*Theory based Methods and Practical Strategies*), tujuan memilih metode intervensi yang efektif berdasarkan teori perilaku kesehatan seperti: *Social Cognitive Theory, Theory of Planned Behavior, Health Belief Model.*

- d. Pengembangan program dan media (*Program Development & Materials*), tujuan merancang dan mengembangkan isi program kegiatan, materi dan media pendukung.
- e. Rencana Implementasi & Adopsi (*Implementation Planning*), tujuan memastikan program dapat diadopsi, dijalankan dan dipertahankan oleh stakeholder.

F. Pendekatan Perencanaan & Implementasi Program Promosi Kesehatan

1. Pendekatan Epidemiologi.

Menggunakan data kuantitatif (angka kejadian penyakit, prevalensi, mortalitas) sebagai dasar perencanaan. Fokus pada identifikasi masalah kesehatan utama, faktor risiko, dan populasi rentan.

2. Participatory Approach (Partisipasi Masyarakat)

Melibatkan Masyarakat secara langsung dalam merencanakan, pelaksanaan dan evaluasi program promosi kesehatan untuk memastikan keberlanjutan dan relevansi sesuai kebutuhan nyata Masyarakat. Menurut Green & Tones (2019) menyatakan bahwa partisipasi masyarakat memperkuat keberhasilan program dan meningkatkan rasa kepemilikan.

3. Multisectoral Approach (Pendekatan Multisektoral).

Promosi kesehatan bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan melibatkan berbagai sektor seperti pendidikan, lingkungan hidup, sosial, dan ekonomi. Kolaborasi antar sektor ini menciptakan lingkungan yang kondusif untuk kesehatan. WHO (2021) menegaskan pentingnya sinergi antar sektor untuk mengatasi determinan sosial kesehatan secara efektif.

4. Pendekatan Teoritis (Behavior Approach).

Menggunakan teori perubahan perilaku sebagai dasar intervensi (misalnya: Theory of Planned Behavior, Health Belief Model, atau COM-B). Fokus pada perubahan individu dan lingkungan yang memengaruhi perilaku sehat.

5. Evidence Based Approach (Pendekatan Berbasis Bukti).

Strategi promosi kesehatan dikembangkan berdasarkan data riset dan evaluasi yang akurat agar intervensi tepat sasaran dan efektif. Glanz et al. (2023) menggaris bawahi pentingnya penggunaan bukti ilmiah dalam merancang program promosi kesehatan. Prinsip pendekatan promosi kesehatan yang efektif mengintegrasikan pemberdayaan, partisipasi masyarakat, kolaborasi multisektoral, edukasi yang tepat, dan penggunaan bukti ilmiah. Dengan pendekatan-pendekatan tersebut, promosi kesehatan dapat meningkatkan kualitas hidup dan mendorong perubahan perilaku positif di masyarakat.

G. Analisa Situasi dan Kebutuhan Masyarakat

Analisis situasi dan kebutuhan masyarakat adalah pondasi vital untuk perencanaan program promkes yang tepat sasaran, berbasis data, dan partisipatif. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah utama, faktor penyebab, dan potensi sumber daya yang tersedia, sebagai dasar dalam merencanakan intervensi promosi kesehatan yang tepat sasaran. Adapun langkah-langkahnya yang perlu diketahui adalah:

1. Pengumpulan Data

Mendapatkan data dari karakteristik geografis, demografis, sosial, budaya, dan infrastruktur dari wilayah atau kelompok sasaran, contohnya: Nama wilayah, Jumlah penduduk, Kelompok sasaran dan fasilitas kesehatan, masalah utamanya. Data didapat dari data sekunder dan primer.

Data Sekunder: data yang sudah tersedia dari instansi terkait, seperti: Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar): menyajikan data nasional dan provinsi, seperti prevalensi stunting, merokok, gizi buruk. Profil Puskesmas: data kunjungan pasien, cakupan imunisasi, persalinan, PHBS, TB, HIV. Survei lokal: hasil survei pemetaan gizi, KB, penyakit menular, dll.

Data Primer: data yang dikumpulkan langsung dari lapangan, seperti: Wawancara: dengan kader, tokoh masyarakat, petugas puskesmas, sasaran. FGD (Focus Group Discussion): diskusi kelompok dengan ibu hamil/remaja untuk menggali persepsi, kebutuhan, dan hambatan. Observasi lapangan: misalnya pengamatan terhadap kebersihan rumah, sarana cuci tangan, isi kantin sekolah, dll

2. Identifikasi Penyebab Masalah.

Menganalisis penyebab langsung dan tidak langsung dari masalah kesehatan, misal: faktor predisposisi (Pengetahuan ibu rendah, mitos menyusui), Pendukung Enabling (Tidak ada kulkas untuk simpan ASI), Penguat reinforcing (Keluarga tidak mendukung menyusui), Lingkungan (Ketersediaan posyandu rendah), Budaya (Kepercayaan tradisional terhadap jamu penambah ASI).

3. Penentuan Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah adalah proses memilih masalah kesehatan yang paling penting dan mendesak untuk ditangani terlebih dahulu, berdasarkan berbagai kriteria seperti besarnya masalah, keseriusan masalah, dan efektivitas solusi. Adapun untuk mengukur prioritas masalah bisa menggunakan metode dibawah ini:

- Matriks Hanlon (kuantitatif, menggunakan rumus skoring).
- Metode PEARL (menilai kelayakan implementasi, Ya /Tidak)
- Matriks prioritas sederhana (tinggi- sedang- rendah).
Rumus Hanlon dalam skema visual:

**HANLON METHOD
EQUATION**

PEARL

A × B × C

D

$$\text{Skor Prioritas}=(A+2B)\times C\times D$$

Keterangan:

- A** = Besarnya masalah (magnitude of the problem)
- B** = Signifikansi masalah (seriousness of the problem)
- C** = Efektivitas solusi (effectiveness of the intervention)
- D** = Kemauan masyarakat untuk menyelesaikan masalah (PEARL test: Propriety, Economics, Acceptability, Resources, Legality)

4. Kebutuhan Nyata Masyarakat

Kebutuhan nyata masyarakat adalah kebutuhan yang benar-benar dirasakan dan dibutuhkan oleh masyarakat secara langsung untuk meningkatkan kualitas hidupnya. Dalam konteks promosi kesehatan, salah satu kebutuhan utama adalah:

- a. Edukasi kesehatan yang mudah dipahami, relevan, dan bisa diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, seperti: leaflet, infografis, atau materi penyuluhan.
- b. Akses layanan dan informasi kesehatan yang tepat, relevan dan mudah difahami sehingga dapat menjaga dan meningkatkan kesehatannya. Akses layanan dan informasi kesehatan merupakan fondasi dari upaya promosi kesehatan. Jika masyarakat tidak bisa mengakses layanan atau tidak tahu informasi yang benar, maka pesan promosi kesehatan tidak akan efektif. Oleh karena itu, promosi harus didesain inklusif, sederhana, terjangkau, dan sesuai budaya lokal.
- c. Perubahan perilaku. Kebutuhan masyarakat untuk mengubah cara hidup atau kebiasaan yang berdampak buruk bagi kesehatan, berdasarkan kondisi dan masalah kesehatan yang sedang atau sering mereka alami, seperti: menjaga kesehatan secara mandiri, menghindari penyakit, meningkatkan kualitas hidup. Masyarakat membutuhkan pendekatan yang mudah dimengerti, relevan, didukung oleh lingkungan sosial, dan berorientasi pada solusi nyata. Tanpa perubahan perilaku, upaya layanan kesehatan

hanya akan bersifat kuratif (mengobati), bukan preventif (mencegah).

- d. Fasilitas kesehatan yang memadai. Kebutuhan masyarakat akan tempat dan sarana pelayanan kesehatan yang: mudah diakses (jarak, waktu, biaya), layanan yang lengkap (preventif, kuratif dan rehabilitatif), sarana prasarana yang cukup dan berkualitas, lingkungan yang aman, nyaman, ramah dan kondusif. Fasilitas kesehatan yang memadai adalah kebutuhan mendasar masyarakat untuk hidup sehat. Tanpa fasilitas yang layak dan mudah dijangkau, promosi kesehatan pun sulit berhasil karena masyarakat tidak memiliki tempat yang mendukung untuk menerapkan perilaku sehat atau mendapatkan perawatan saat dibutuhkan.

H. Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

1. Perencanaan yang matang adalah kunci keberhasilan promosi kesehatan. Perencanaan harus berdasarkan data dan analisis masalah kesehatan yang ada di masyarakat, serta melibatkan berbagai pihak terkait agar program sesuai dengan kebutuhan nyata.
2. Tujuan utama promosi kesehatan adalah perubahan perilaku. Melalui pendekatan edukatif, pemberdayaan, dan advokasi, masyarakat didorong untuk memiliki kesadaran dan kemampuan menjaga kesehatannya secara mandiri.
3. Implementasi harus bersifat partisipatif dan kontekstual. Program harus melibatkan masyarakat sebagai subjek (bukan objek), serta disesuaikan dengan kondisi sosial, budaya, dan lingkungan setempat.
4. Strategi promosi kesehatan meliputi berbagai pendekatan. Seperti advokasi, kemitraan, pemberdayaan, dan komunikasi informasi edukasi (KIE) yang saling mendukung.

5. Pemantauan dan evaluasi sangat penting untuk efektivitas program. Proses evaluasi membantu mengukur dampak program, mengidentifikasi kekurangan, dan menjadi dasar perbaikan berkelanjutan.
6. Tantangan seperti keterbatasan sumber daya dan rendahnya partisipasi harus diatasi dengan inovasi dan kolaborasi lintas sektor. Peran aktif pemerintah, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, dan media sangat penting untuk memperluas jangkauan dan dampak promosi kesehatan.

Saran

1. Libatkan masyarakat sejak tahap perencanaan agar program sesuai kebutuhan lokal dan lebih mudah diterima.
2. Tingkatkan kapasitas tenaga promosi kesehatan melalui pelatihan berkelanjutan, terutama di tingkat Puskesmas dan Desa
3. Perkuat kolaborasi lintas sektor seperti dengan sekolah, tokoh agama, organisasi masyarakat dan media.
4. Gunakan media digital secara maksimal sebagai sarana edukasi yang menjangkau lebih luas dan efektif, khususnya generasi muda.
5. Lakukan evaluasi dan perbaikan rutin berdasarkan data lapangan agar program tetap relevan dan adaptif terhadap perubahan sosial dan lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Fernandez ME dkk. *Intervention Mapping: theory- and evidence-based...* (Front Public Health, 2019) arxiv.orgarxiv.orgfrontiersin.org+1en.wikipedia.org+1
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2023). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (6th ed.). Jossey-Bass.
- Green & Kreuter (2021) - *Health Promotion Planning*: menekankan bahwa pemilihan media harus mempertimbangkan saluran komunikasi yang digunakan masyarakat sasaran.
- Green, J., & Tones, K. (2019). *Health Promotion: Planning and Strategies* (4th ed.). London: SAGE Publications.
- Implementasi Program Pembinaan Kesehatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Institusi Pendidikan oleh Petugas Promosi Kesehatan Puskesmas Wilayah Kota Surabaya. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 2017. DOI: 10.14710/jmki.5.3.2017.36-42.
- Implementasi Program Promosi Kesehatan Pencegahan ISPA di Puskesmas Bulango Timur. Universitas Negeri Gorontalo, 2025. Diakses dari: [https://repository.ung.ac.id/skripsi/show/811411030/imp](https://repository.ung.ac.id/skripsi/show/811411030/implementasi-program-)
[lementasi-program-](https://repository.ung.ac.id/skripsi/show/811411030/implementasi-program-)
- Kebijakan Kesehatan Indonesia. Latar Belakang. Diakses dari: [https://kebijakankesehatanindonesia.net/36-](https://kebijakankesehatanindonesia.net/36-sinkronisasi/2572-latar-belakang)
[sinkronisasi/2572-latar-belakang](https://kebijakankesehatanindonesia.net/36-sinkronisasi/2572-latar-belakang)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Promosi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2023): Promkes mendorong penggunaan media cetak dan digital yang terintegrasi di masyarakat berbasis pendekatan lokal (promkes.kemkes.go.id).

- Kerangka 5-SPICE (2024) dan Health Promotion Framework global (2025)
- Model PRECEDE-PROCEED & evaluation framework CDC/MRC (2019–2023)
openstax.org+[4en.wikipedia.org](https://en.wikipedia.org)+[4medcraveonline.com](https://medcraveonline.com)+4
- Notoatmodjo, S. (2015 & 2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nutbeam, D., & Harris, E. (2020). *Promoting Health: A Practical Guide* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
- PACT *action planning untuk sustainability* (Implementation Science,2024)implementationscience.biomedcentral.com
- Prawiroharjo, S. (2022). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Salemba Medika.
promosi-kesehatan-pencegahan-ispa-di-puskesmas-bulango-timur.html
- Sistematik review *sustainability factors* (BMC Public Health, 2020)
bmcpublikealth.biomedcentral.com
- Strategi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. ResearchGate, 2024. Diakses dari https://www.researchgate.net/publication/379507743_STRATEGI_PROMOSI_KESEHATAN_DAN_PEMBERDAYAAN_MASYARAKA_Tkebijakankesehatanindonesia.netResearchGateUNGRepository
- Strategi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Tahta Media Group,m2024. ISBN: 978-623-147-343-1.
- Strickland JR dkk. *Healthy Workplace Participatory Program...* (Int J Environ Res Public Health, 2019)
- Studi e-health dan adaptive algorithms (2023–2024)
arxiv.org+2arxiv.org+2lisa.poltekkesjakarta3.ac.id+2

WHO (2020) - *Health Promotion: Media Guidelines: penggunaan media sosial penting untuk menjangkau generasi muda dan menyebarkan informasi berbasis bukti.*

World Health Organization (WHO). (2022). *Health Promotion: An Effective Tool for Global Health.* Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). *Health Promotion: Framework and Actions.* WHO Press.

BAB 9

PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

Dr. drg. Lendrawati, MD.Sc.

A. Pendahuluan

Menurut WHO tahun 1986 pada Ottawa Charter bahwa promosi kesehatan adalah "proses untuk memberdayakan masyarakat agar dapat meningkatkan kemampuan pengendalian terhadap kesehatan dan meningkatkan status kesehatannya. Promosi kesehatan mencakup berbagai tindakan yang ditujukan untuk mengubah perilaku, lingkungan, dan kebijakan agar mendukung gaya hidup sehat.

Promosi kesehatan merupakan salah satu strategi penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam pemberdayaan individu dan masyarakat agar dapat menerapkan pola hidup sehat. Peran tenaga kesehatan tidak terbatas hanya pada pelayanan kuratif, tetapi punya peran yang lebih besar pada program promotif dan preventif.

Tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan memiliki peran besar dalam transformasi peran profesi kesehatan saat ini. Tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, ahli gizi, hingga kader posyandu adalah ujung tombak yang berhadapan langsung dengan masyarakat. Tenaga kesehatan menjadi agen perubahan yang memegang peran sebagai edukator berbasis empati dan literasi kesehatan, sebagai advokasi kebijakan dan contoh perilaku kesehatan dan sebagai

kolaborator lintas sektor dalam rangka menciptakan lingkungan sehat dan mendukung semua program kesehatan

Keterbatasan sumber daya kesehatan dan beban kerja tinggi dapat melakukan berbagai strategi dengan memanfaatkan keterbatasan sumber daya dengan pemanfaatan teknologi digital hingga pendekatan pelatihan tenaga kesehatan yang akan memperkuat kapasitas tenaga kesehatan sebagai aktifis dalam melakukan kegiatan promosi kesehatan, serta mengoptimalkan peran setiap tenaga kesehatan sebagai pionir dalam mewujudkan masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera.

Promosi kesehatan merupakan inti dari praktik kesehatan modern, bergeser dari model kuratif (pengobatan penyakit) ke arah pencegahan dan pemberdayaan. Tenaga kesehatan mempunyai peran strategis dalam mewujudkan masyarakat yang sehat melalui promosi kesehatan. Pemahaman teori, keterampilan komunikasi, dan kemampuan berkolaborasi menjadi kunci keberhasilan upaya ini.

Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan jauh melampaui sekadar memberikan informasi. Mereka adalah pendidik, fasilitator perubahan, advokat, konselor, pengembang sumber daya, teladan, peneliti, dan kolaborator.

Keberhasilan promosi kesehatan bergantung pada kemampuan tenaga kesehatan untuk mengintegrasikan berbagai peran secara fleksibel, berbasis bukti, dan berpusat pada kebutuhan masyarakat dan komunitas, bekerja sama dengan berbagai mitra.

B. Teori yang Mendasari Peran Tenaga Kesehatan

Pemahaman mengenai teori-teori yang menjelaskan peran tenaga kesehatan dengan baik sehingga dapat merancang dan mengimplementasikan serta melakukan evaluasi intervensi promosi kesehatan yang lebih efektif, relevan, dan berkelanjutan bagi berbagai kelompok sasaran.

Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan didukung oleh beberapa teori inti dari ilmu kesehatan masyarakat, psikologi sosial, dan pendidikan kesehatan. Teori-

teori ini menjelaskan tentang apa dan bagaimana intervensi promosi kesehatan oleh tenaga kesehatan bisa efektif dalam mengubah perilaku dan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Berikut teori-teori yang mendasari peran tenaga kesehatan

1. Model Perilaku Kesehatan (*Health Belief Model*):

Teori ini menjelaskan bagaimana persepsi individu tentang risiko penyakit dan manfaat tindakan pencegahan mempengaruhi perilaku sehat.

Konsep dasar perilaku sehat dipengaruhi oleh keyakinan individu tentang:

- a. Kerentanan (*Susceptibility*)
Seberapa besar seseorang merasa rentan terhadap suatu penyakit.
- b. Keseriusan (*Severity*)
Seberapa parah mereka percaya konsekuensi penyakit tersebut.
- c. Manfaat (*Benefits*)
Keyakinan akan efektivitas tindakan pencegahan/ penanganan.
- d. Hambatan (*Barriers*)
Persepsi terhadap rintangan fisik, psikologis, atau finansial untuk melakukan tindakan
- e. Isyarat untuk Bertindak (*Cues to Action*) Pemicu internal (gejala) atau eksternal (informasi) yang mendorong tindakan.

Tenaga kesehatan berperan memengaruhi keyakinan ini melalui edukasi (meningkatkan persepsi kerentanan & keseriusan, menjelaskan manfaat), membantu mengatasi hambatan (misal, memudahkan akses layanan), dan memberikan isyarat bertindak (pengingat, kampanye).

2. Perubahan Perilaku (*Transtheoretical-Stages of Change*)

Konsep dasar perubahan perilaku terjadi melalui tahapan berurutan:

- a. Pra-pemikiran (Precontemplation) -> Pemikiran (Contemplation) -> Persiapan (Preparation) -> Tindakan (Action) -> Pemeliharaan (Maintenance).
- b. Aplikasi bagi Tenaga Kesehatan: Peran tenaga kesehatan adalah mengenali tahap perubahan masyarakat dan memberikan intervensi yang sesuai:
- c. Pra-pemikiran/Pemikiran: Meningkatkan kesadaran dan motivasi (edukasi dampak).
- d. Persiapan: Membantu merencanakan langkah konkret, menetapkan tujuan realistis.
- e. Tindakan/Pemeliharaan: Memberikan dukungan, pemecahan masalah, pencegahan kekambuhan.

3. Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory - SCT*)

Konsep dasar perilaku dipengaruhi oleh interaksi dinamis antara faktor pribadi (kognisi, emosi), perilaku, dan lingkungan sosial dan fisik. Konsep kunci meliputi:

- a. Efikasi Diri (*Self-Efficacy*)
Keyakinan individu akan kemampuannya untuk sukses melakukan perilaku tertentu.
- b. Pembelajaran Observasional (*Observational Learning*)
Belajar melalui mengamati orang lain
- c. Ekspektasi Hasil (*Outcome Expectations*)
Keyakinan tentang konsekuensi dari suatu perilaku.
- d. Dukungan Sosial (Social Support)
Dukungan dari lingkungan sosial.
- e. Aplikasi bagi Tenaga Kesehatan
Tenaga kesehatan berperan sebagai
- f. Model Peran (*Role Model*)
Mencontohkan perilaku sehat.
- g. Peningkat Efikasi Diri
Membantu masyarakat menguasai keterampilan, memberi umpan balik positif, menceritakan kisah sukses.

- h. Fasilitator Dukungan Sosial
Melibatkan keluarga/kelompok sebaya, merujuk ke kelompok dukungan.
- i. Pembentuk Ekspektasi Hasil
Menjelaskan manfaat positif perilaku sehat secara realistis.

4. Model Promosi Kesehatan Nola Pender (*Pender's Health Promotion Model - HPM*)

Teori ini fokus pada faktor yang memotivasi individu untuk terlibat dalam perilaku promotif kesehatan, meliputi:

- a. Karakteristik dan pengalaman individu.
- b. Perasaan dan pengetahuan tentang manfaat serta hambatan.
- c. Pengaruh interpersonal (keluarga, teman, tenaga kesehatan).
- d. Pengaruh situasional dan lingkungan
- e. Komitmen pada Rencana Tindakan.

Peran tenaga kesehatan adalah memahami karakteristik unik masyarakat, memfasilitasi pengenalan manfaat dan pengurangan hambatan, memobilisasi dukungan interpersonal, dan membantu masyarakat membuat komitmen serta rencana tindakan yang spesifik.

5. Model PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter)

Model yang dikenalkan oleh Green dan Kreuter ini mempunyai kerangka perencanaan dan evaluasi yang komprehensif, mempertimbangkan faktor multi-level yaitu :

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing*)
Faktor ini terdiri dari pengetahuan, sikap dan keyakinan
- b. Faktor Pemungkin (*Enabling*)
Faktor pemungkin ini menyangkut ketersediaan sumber daya, keterampilan, sarana prasarana dan akses
- c. Faktor Penguat (*Reinforcing*)
Faktor ini berupa dukungan sosial, nsentif, dan umpan balik

Tenaga kesehatan dapat menggunakan kerangka ini untuk: mendiagnosis masalah kesehatan komunitas secara sistematis (menganalisis faktor predisposisi, pemungkin, penguat), dan merancang intervensi pada berbagai level faktor tersebut seperti edukasi untuk predisposisi, advokasi kebijakan untuk pemungkin, membangun kelompok dukungan untuk penguat serta mengevaluasi dampak program promosi kesehatan.

6. Teori Komunikasi Kesehatan

Konsep dasar teori ini adalah emahami bagaimana informasi kesehatan disampaikan, diterima, diproses, dan dipengaruhi oleh sumber, pesan, saluran, penerima, dan konteks.

Bagi tenaga kesehatan, teori ini dapat diterapkan agar edukasi berjalan lebih efektif dan efisien. Tenaga kesehatan diharapkan dapat menjadi menjadi sumber informasi yang kredibel dan menyusun pesan yang jelas, relevan, sesuai budaya, dan tidak menimbulkan rasa takut berlebihan.

Tenaga kesehatan dapat memilih saluran atau media komunikasi yang tepat, baik dengan tatap muka atau melalui media massa dan memanfaatkan teknologi digital dan memahami kondisi penerima pesan, baik pengetahuan awal, bahasa yang digunakan dan nilai budaya yang berlaku di daerah tersebut

7. Teori Pemberdayaan (*Empowerment Theory*)

Promosi kesehatan yang efektif membutuhkan pemberdayaan individu dan komunitas untuk mengontrol faktor penentu kesehatan mereka sendiri.

Peran tenaga kesehatan bergeser dari seorang ahli ke seorang fasilitator yang mampu membangun kapasitas individu maupun komunitas. Untuk mendorong partisipasi aktif dalam pengambilan keputusan, serta mendukung advokasi untuk perubahan lingkungan dan kebijakan yang sehat.

Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan adalah perpaduan dari aplikasi berbagai teori ini sebagai peran untuk :

- a. Mendidik (berbasis HBM, Teori Komunikasi).
- b. Memfasilitasi Perubahan Perilaku (menggunakan TTM, SCT, HPM).
- c. Membangun Efikasi Diri dan Keterampilan (SCT).
- d. Memobilisasi Dukungan Sosial (SCT).
- e. Mengatasi Hambatan Lingkungan dan Akses (PRECEDE-PROCEED, Pemberdayaan).
- f. Berkolaborasi dan Beradvokasi (PRECEDE-PROCEED, Pemberdayaan).

Landasan utama dari semua peran ini adalah melalui Pendekatan Promosi Kesehatan Ottawa Charter (1986) yang menekankan pada:

- a. Membangun kebijakan berwawasan kesehatan.
- b. Menciptakan lingkungan yang mendukung.
- c. Memperkuat aksi komunitas.
- d. Mengembangkan keterampilan individu.
- e. Reorientasi pelayanan kesehatan (dari kuratif ke promotif-preventif).

C. Peran Tenaga Kesehatan pada Promosi Kesehatan

Secara ringkas dapat disebutkan bahwa peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan adalah sebagai :“**Edukator**” memberikan informasi dan edukasi kesehatan kepada individu dan kelompok, peran sebagai “**Fasilitator**” yang mendampingi masyarakat dalam mengenali masalah kesehatan dan menemukan solusi, peran sebagai “**Advokat Kesehatan**” yang memperjuangkan kebijakan yang berpihak pada kesehatan masyarakat, peran “**Model Perilaku Sehat**” menjadi teladan dalam menerapkan gaya hidup sehat dan peran “**Koordinator Program**” Mengorganisasi dan mengevaluasi kegiatan promosi kesehatan.

1. Pendidik Kesehatan (*Health Educator*)

Peran sebagai pendidik dengan memberikan informasi yang akurat, relevan, dan mudah dipahami kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat tentang berbagai aspek kesehatan (penyakit, pencegahan, gaya hidup sehat, manajemen kondisi kronis, penggunaan layanan kesehatan).

Kegiatan berupa konseling individu, penyuluhan kelompok, pengembangan materi edukasi (brosur, poster, video), pemanfaatan media sosial, diskusi komunitas.

Tujuan kegiatan ini untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman kesehatan, mengubah keyakinan yang salah, memotivasi perubahan perilaku.

2. Fasilitator Perubahan Perilaku (*Facilitator of Behaviour Change*)

Peran sebagai pembantu individu dan komunitas dalam mengidentifikasi kebutuhan perubahan, menetapkan tujuan kesehatan yang realistis, mengembangkan keterampilan, dan mengatasi hambatan untuk mengadopsi perilaku sehat.

Kegiatan ini menggunakan teknik konseling seperti *Motivational Interviewing*, pendekatan berbasis teori seperti *Transtheoretical Model Stages of Change*, *Health Belief Model*, pendampingan, dukungan berkelanjutan.

Tujuan kegiatan ini untuk memberdayakan masyarakat untuk membuat keputusan kesehatan yang positif dan berkelanjutan (mis., berhenti merokok, pola makan sehat, aktivitas fisik rutin, kepatuhan pengobatan).

3. Advokat Kesehatan (*Health Advocate*)

Peran sebagai advokat kesehatan berbicara mewakili kepentingan masyarakat dan komunitas untuk memastikan akses ke layanan kesehatan, sumber daya, dan lingkungan yang mendukung kesehatan. Juga beradvokasi untuk kebijakan publik yang sehat di tingkat lokal, regional, dan nasional.

Kegiatan yang dilakukan menghubungkan masyarakat dengan sumber daya sosial dan kesehatan, berbicara dalam forum kebijakan, berkolaborasi dengan organisasi masyarakat, mengkampanyekan isu-isu kesehatan tertentu

Tujuan kegiatan ini adalah untuk mengatasi determinan sosial kesehatan, mengurangi ketidaksetaraan kesehatan, menciptakan lingkungan fisik dan sosial yang memudahkan pilihan sehat.

4. Model perilaku sehat (*Role Model*)

Peran ini tenaga kesehatan mempraktikkan perilaku sehat dalam kehidupan pribadi dan profesional, memberikan contoh nyata bagi masyarakat dan masyarakat.

Kegiatan yang dilakukan dengan menjaga gaya hidup sehat seperti makan bergizi, aktif, tidak merokok, mengelola stres, menunjukkan sikap profesional dan etis.

Tujuan model perilaku ini untuk meningkatkan kredibilitas pesan promosi kesehatan, memberikan inspirasi, menunjukkan bahwa perilaku sehat itu mungkin dilakukan.

5. Kolaborator dan Koordinator (*Collaborator and Coordinator*)

Peran sebagai koordinator program bekerja sama dengan berbagai pemangku kepentingan, termasuk tenaga kesehatan lain, organisasi masyarakat, sektor swasta, pemerintah, dan pemimpin komunitas untuk merencanakan, mengimplementasikan, dan mengoordinasikan program promosi kesehatan yang komprehensif.

Kegiatan yang dilakukan dengan membangun kemitraan, mengoordinasikan layanan antar sektor, memimpin atau berpartisipasi dalam tim multidisiplin.

Tujuan kegiatannya untuk mengintegrasikan promosi kesehatan ke dalam berbagai sektor seperti sekolah, tempat kerja, komunitas, memastikan pendekatan yang holistik dan berkelanjutan, memanfaatkan sumber daya secara sinergis.

D. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan untuk Berbagai Kelompok Usia

Kesehatan adalah investasi berkelanjutan yang dimulai sejak manusia lahir hingga usia lanjut. Dalam setiap fase kehidupan, kebutuhan kesehatan dan tantangan yang dihadapi berbeda-beda. Tenaga kesehatan tidak hanya berperan sebagai penyembuh, tetapi lebih luas sebagai mitra pencegahan, pendidik, dan penggerak yang mendampingi individu dan keluarga di setiap tahap usia.

Peran tenaga kesehatan bersifat dinamis dan kontekstual sesuai dengan karakteristik perkembangan biologis, psikologis, sosial, dan risiko kesehatan spesifik pada tiap kelompok usia. Tumbuh kembang optimal pada anak, membimbing remaja melewati transisi kritis, mendukung dewasa produktif menghadapi gaya hidup modern, hingga menjaga kualitas hidup lansia. Tenaga kesehatan berperan dengan pendekatan proaktif, preventif, dan memberdayakan mulai dari kelompok umur bayi dan balita sampai lansia.

1. Bayi dan Balita (0-5 Tahun)

Peran tenaga kesehatan fokus pada kelompok usia ini yang menjadi Pondasi Awal Kehidupan seseorang. Pendampingan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI, MPASI, imunisasi, stimulasi tumbuh kembang, kebersihan dasar dan pencegahan kecelakaan rumah tangga

Deteksi dini dan pemantauan pertumbuhan balita dengan memanfaatkan Kartu Menuju Sehat (KMS), skrining perkembangan, dan deteksi dini gangguan kesehatan.

Peran ini dapat dilaksanakan oleh Bidan maupun nakes di Puskesmas dengan mengadakan kelas ibu balita, konseling gizi, imunisasi.

2. Anak Usia Sekolah (6-12 Tahun)

Kelompok usia sekolah dapat dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan, kebersihan diri seperti cuci tangan, sikat gigi, gizi seimbang, aktivitas fisik, pencegahan bullying, dan keselamatan di sekolah/rumah.

Kegiatan promosi perilaku sehat membangun kebiasaan baik sarapan, olahraga, pendidikan kesehatan reproduksi dasar.

Peran ini dapat dilaksanakan oleh perawat sekolah melakukan penyuluhan PHBS, dokter gigi sekolah melakukan pemeriksaan dan edukasi kesehatan gigi-mulut.

3. Usia Remaja (13-18 Tahun)

Usia remaja fokus pada kesehatan reproduksi dan seputar skesehatan seksual, edukasi pubertas, pencegahan kehamilan tak direncanakan, bahaya penyakit HIV dan AIDS serta kesehatan kesehatan mental seperti stres dan masalah psikologis lainnya.

Pencegahan perilaku berisiko seperti bahaya konsumsi rokok, penyalahgunaan narkoba, konsumsi minuman mengandung alkohol, kecanduan gadget, kekerasan psikologis.

Menerapkan gaya hidup sehat, mempromosikan pentingnya melakukan olahraga, pola makan sehat, manajemen stres.

Kegiatan ini dapat dilakukan oleh konselor Puskesmas/UKS memberikan layanan konseling remaja (KRR), dokter/psikolog edukasi kesehatan mental.

4. Usia Dewasa (19-59 Tahun)

Pada usia dewasa banyak dilakukan pencegahan penyakit tidak menular (PTM). Edukasi CERDIK (Cek kesehatan rutin, Enyahkan rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet seimbang, Istirahat cukup, Kelola stres) dan PATUH (Pengobatan tepat, Atasi penyakit dengan pemeriksaan rutin, Tetap diet sehat, Upayakan aktivitas fisik, Hindari rokok/alkohol).

Masalah kesehatan kerja, promosi keselamatan dan kesehatan di tempat kerja (K3), ergonomi. Kesehatan Reproduksi perencanaan keluarga, pemeriksaan rutin (IVA/SADANIS), persiapan kehamilan.

Peran ini dapat dilakukan oleh Dokter dan tenaga kesehatan lain di Puskesmas mengadakan Posbindu PTM, penyuluhan K3 di perusahaan, pelayanan KB.

5. Usia Lansia (60+ Tahun)

Pada usia lansia dilakukan pencegahan komplikasi dan disabilitas. Dilakukan edukasi pencegahan jatuh, manajemen penyakit degeneratif seperti hipertensi, diabetes, osteoporosis, artritis serta pentingnya aktivitas fisik sesuai kemampuan.

Disarankan pemenuhan gizi, edukasi gizi lansia untuk mencegah malnutrisi, kesehatan mental dan sosial serta deteksi dini demensia, depresi, promosi aktivitas sosial, perawatan paliatif.

Peran ini dilakukan oleh perawat geriatri melakukan kunjungan rumah, fisioterapis mengajarkan senam lansia, dokter mengelola penyakit kronis, meningkatkan kualitas hidup, pencegahan komplikasi penyakit kronis dan manajemen polifarmasi di Posyandu Lansia.

Promosi aktivitas fisik aman (cegah jatuh) dan nutrisi spesifik lansia. Skrining penurunan kognitif (demensia) dan kesehatan mental (depresi, kesepian). Dukungan kemandirian hidup sehat di rumah & komunitas *healthy ageing*.

Kolaborasi antara tenaga kesehatan, keluarga, komunitas, dan kebijakan publik menjadi kunci kesuksesan promosi kesehatan lintas generasi. Dengan memahami kebutuhan unik tiap kelompok usia, tenaga kesehatan dapat merancang intervensi yang relevan, inklusif, dan berkelanjutan, sehingga setiap fase kehidupan dijalani dengan kesehatan optimal dan martabat manusia terjaga.

Tenaga kesehatan berperan sebagai pendidik, pendamping, fasilitator, dan advokat untuk memberdayakan setiap kelompok usia dalam mengadopsi dan mempertahankan perilaku hidup sehat sesuai dengan kebutuhan dan tantangan kesehatan spesifik di tahap kehidupannya. Tujuannya

meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Edelman, C. L., Kudzma, E. C., & Mandle, C. L. (2021). *Health Promotion Throughout the Life Span* (10th ed.). Elsevier.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Rencana Strategis Promosi Kesehatan 2020-2024*. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Limeback, H. (2012)** *Comprehensive Preventive Dentistry*. Wiley-Blackwell,
- Maurer, F. A., & Smith, C. M. (2013). *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations* (5th ed.). Elsevier Saunders.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2022). *Foundations for Health Promotion* (5th ed.). Elsevier.
- 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.
- Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2021). Strengthening the prevention of oral diseases: The WHO approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 49(4), 289–293.
- Whitehead, D. (2011). *Health Promotion and Health Education in Nursing: A Framework for Practice*. Palgrave Macmillan.
- World Health Organization (WHO). (2013). **The Helsinki Statement on Health in All Policies**.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*

BAB 10

MEDIA DAN KOMUNIKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN

Rahmi Kurnia Gustin, S.KM., M.Kes.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan merupakan suatu aktivitas manusia dalam usaha menyampaikan pesan kesehatan, dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan agar menjadi lebih baik, yang pada akhirnya akan memengaruhi perilaku mereka. Terkait dengan hal ini, maka akan melibatkan berbagai komponen sebagai masukan (input), salah satunya adalah alat-alat bantu atau media yang digunakan untuk menyampaikan pesan (Milah, 2022). Sifat dari media ialah sebagai penyalur pesan dan dapat merangsang pikiran, perasaan dan kemauan audiens sehingga dapat mendorong terjadinya proses belajar pada dirinya. Kehadiran media mempunyai arti yang sangat penting sebab ketidakjelasan bahan yang akan disampaikan dapat dibantu dengan menghadirkan media sebagai perantara (Tumurang, 2018).

Media promosi kesehatan sangat penting dalam upaya promosi kesehatan. Hampir setiap kegiatan promosi kesehatan menggunakan media promosi kesehatan. Sebenarnya promosi kesehatan tetap dapat berjalan tanpa adanya media promosi kesehatan tetapi akan menjadi lebih optimal ketika menggunakan media promosi kesehatan. Pada zaman modern dan era global seperti sekarang ini media promosi kesehatan menjadi lebih penting lagi, teknologi media promosi kesehatan pun semakin maju, berkembang dan canggih (Sutarno, Sarwa, 2023).

Media promosi kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu memperagakan sesuatu dalam proses promosi kesehatan. Pada hakikatnya dalam merancang sebuah media promosi ini diharapkan dapat melibatkan berbagai panca indera. Semakin banyak panca indera yang digunakan, semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Sebuah riset membuktikan bahwa indera yang paling banyak berfungsi dalam menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (75%-87%) (Elisa Ulfiana, 2019).

B. Konsep Media Promosi Kesehatan

1. Pengertian Media Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan (Christina Magdalena T.Bolon, 2021). Media Promosi Kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik (TV, Radio, komputer, dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan (Milah, 2022).

2. Tujuan Penggunaan Media Promosi Kesehatan

Adapun tujuan dari penggunaan media promosi kesehatan adalah (Notoatmodjo, 2005):

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
- c. Media dapat memperjelas informasi yang disampaikan
- d. Media dapat mempermudah pengertian
- e. Media dapat mengurangi komunikasi yang verbalistik

- f. Media dapat menampilkan objek yang dapat ditangkap dengan mata
- g. Media dapat memperlancar komunikasi, dan lain-lain

Penelitian oleh Emy Leonita & Nizwardi Jalinus menyimpulkan bukti empiris menunjukkan pemanfaatan media sosial efektif dalam melakukan upaya promosi kesehatan dengan tujuan meningkatkan pemahaman dan memberi dukungan kepada masyarakat untuk berperilaku sehat (Leonita, E., & Jalinus, 2018).

3. Prinsip Penggunaan Media Promosi Kesehatan

Pinsip Penggunaan Media Promosi Kesehatan Pada penggunaannya, media promosi kesehatan memiliki beberapa prinsip. Prinsip tersebut diantaranya adalah (Notoatmodjo, 2005):

- a. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima pesan dan informasi kesehatan dari sebuah media, maka semakin tinggi atau jelas dalam memahami pesan yang diterima
- b. Setiap jenis media yang digunakan sudah pasti memiliki kelemahan dan kelebihan
- c. Perlu digunakannya berbagai macam variasi media namun tidak perlu berlebihan dalam penggunaannya
- d. Pengguna media dapat memotivasi sasaran untuk berperan aktif dalam penyampaian informasi atau pesan
- e. Rencanakan secara matang terlebih sebelum media digunakan atau dikonsumsi oleh sasaran
- f. Hindari penggunaan media sebagai selingan atau pengisi waktu kosong saja

4. Kriteria Media Promosi Kesehatan

Kriteria media promosi kesehatan antara lain yaitu (Septian Emma Dwi Jatmika, 2019):

- a. *Technology*
Ketersediaan teknologi dan mudah menggunakan

- b. *Access*
Media promosi kesehatan harus mudah diakses oleh sasaran
- c. *Cost*
Petimbangan biaya yang digunakan pada media promosi kesehatan
- d. *Interractivity*
Menimbulkan interaksi oleh pengguna media
- e. *Organization*
Dukungan organisasi atau instansi
- f. *Novelty*
Kebaruan media yang digunakan, semakin baru media maka akan semakin menarik

Pada suatu media, pesan yang disampaikan haruslah efektif dan kreatif, maka dari itu harus memenuhi hal-hal berikut (Pius Kopong Tokan, 2024):

- a. *Command attention*, adalah mengembangkan satu ide/pesan pokok yang dapat direfleksikan menjadi suatu pesan
- b. *Clarify the message*, pesan yang digunakan haruslah mudah dimengerti, sederhana dan jelas
- c. *Create trust*, pesan yang disampaikan harus dapat dipercaya, tidak bohong dan terjangkau
- d. *Communicate a benefit*, pesan yang disampaikan dapat memberikan keuntungan terutama bagi kedua belah pihak
- e. *Consistency*, pesan yang disampaikan harus memiliki satu pesan utama di media apapun
- f. *Cater to the heart and head*, pesan yang disampaikan dapat menyentuh akal dan rasa (emosi) sasaran
- g. *Call to action*, pesan yang disampaikan dapat mendorong dan mempengaruhi saran untuk bertindak ke hal positif

5. Peran Media Promosi Kesehatan

Media sangat penting peranannya dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan, karena:

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- c. Media dapat memperjelas informasi.
- d. Media dapat mempermudah pengertian
- e. Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik.
- f. Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata.
- g. Media dapat memperlancar komunikasi (Susilowati, 2016)

6. Jenis Media Promosi Kesehatan

Berdasarkan jenisnya media promosi kesehatan dapat ditinjau dari beberapa aspek, diantaranya yaitu (Notoatmodjo, 2005):

- a. Berdasarkan penggunaannya

Berdasarkan penggunaannya, media promosi kesehatan dibedakan menjadi:

- 1) Bahan bacaan, diataranya seperti modul, buku, folder, leaflet, majalah, buletin dan lain sebagainya
- 2) Bahan peraga, poster tunggal, poster seri, lipchart, tranparan, slide, film, dan lain-lain

- b. Berdasarkan cara produksi:

Berdasarkan cara produksinya, media promosi kesehatan dikelompokkan menjadi 3, yaitu:

- 1) Media Cetak

Media cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Adapun macam-macamnya adalah: Poster, Leaflet, Majalah, Surat kabar, Lembar balik, Sticker, dan pamflet. Fungsi utama media cetak ini adalah memberi informasi dan menghibur.

Kelebihan media cetak yaitu tahan lama, mencakup banyak orang, biaya tidak tinggi, tidak perdu listrik, dapat dibawa ke mana-mana, dapat mengungkit rasa keindahan, mempermudah pemahaman, meningkatkan gairah belajar. Penelitian oleh Melkisedek O. Nubatonis menyimpulkan bahwa promosi kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan media leaflet dapat meningkatkan secara bermakna pengetahuan, sikap dan kebersihan gigi dan mulut siswa SD (Nubatonis, 2017). Penelitian lain oleh Yunik Andriani, menyimpulkan bahwa Media mini poster berbahasa daerah efektif sebagai media promosi kesehatan (Suwarni, L., Arfan, I., & Andriani, 2020).

Kelemahannya adalah media ini tidak dapat menstimulir efek, suara dan efek gerak, mudah terlipat (Milah, 2022).

2) Media Elektronika

Media elektronika yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Adapun macam-macam media tersebut adalah: TV, Radio, Film, Video film, Cassete, CD, VCD.

Kelebihan media elektronik adalah sudah dikenal masyarakat, mengikutsertakan semua panca indra, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak, bertatap muka, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih besar, sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang. Penelitian yang dilakukan oleh Binarni Suhertus (2014) menyimpulkan bahwa promosi kesehatan menggunakan media film lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan dibanding menggunakan media leaflet (Suhertusi, B., Desmiwanti, D., & Nurjismi, 2015). Penelitian lain oleh R Yudi Rachman Saleh (2015 -2016) menyimpulkan bahwa film efektif

digunakan sebagai media promosi kesehatan khususnya mengatasi masalah perilaku merokok pada remaja (Saleh, Y. R., Arya, I. F., & Afriandi, 2016).

Kelemahannya adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik, perlu alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan, perlu terampil dalam pengoperasian (Milah, 2022).

3) Media Luar Ruang

Media luar ruang yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya: papan reklame yaitu poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum di perjalanan, spanduk yaitu suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar yang dibuat di atas secarik kain dengan ukuran tergantung kebutuhan dan dipasang di suatu tempat strategi agar dapat dilihat oleh semua orang. Adapun macam-macam media tersebut adalah: pameran, banner, TV layar lebar.

Kelebihan media luar ruang yaitu sebagai informasi umum dan hiburan, mengikutsertakan semua panca indra, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dangambar bergerak, bertatap muka, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif lebih besar, dapat menjadi tempat bertanya lebih detail, dapat menggunakan semua panca indra secara langsung, dan lain-lain. Penelitian oleh Pramesti Saniscara menyimpulkan bahwa media ruang luar/reklame memang memengaruhi kualitas wajah kota (Saniscara, 2022).

Kelemahannya adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, ada yang memerlukan listrik, ada yang memerlukan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan

berubah, perlu keterampilan penyimpanan, perlu keterampilan dalam pengoperasian (Milah, 2022).

Berbagai persoalan terkait kelemahan dari media promosi kesehatan perlu disikapi secara bijak sehingga tidak menimbulkan masalah. Penelitian oleh Emy Leonita & Nizwardi menyimpulkan bahwa solusi terhadap kelemahan media sosial melalui internet adalah dengan meningkatkan peran profesional bidang kesehatan dalam mengelola promosi kesehatan berbasis media sosial, sehingga informasi lebih berkualitas. Profesional kesehatan dapat melakukan langkah-langkah berikut: mengidentifikasi audien, memilih konten yang tepat, memilih strategi yang dapat diadopsi dari bidang lain seperti bidang bisnis, memberikan informasi berbasis data yang akurat dan terkini, meningkatkan partisipasi audien dan penyedia layanan, melakukan monitoring dan evaluasi guna memastikan program promosi berhasil dan berkelanjutan secara online (Leonita, E., & Jalinus, 2018).

C. Komunikasi dalam Promosi Kesehatan

1. Pengertian

Istilah komunikasi berasal dari bahasa Latin yaitu *communis*, yang berarti "sama". *Communication* atau *communicare* berarti membuat sama (*make to common*). Jadi, komunikasi dapat terjadi apabila adanya pemahaman yang sama antara penyampai pesan dan penerima pesan. Komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi (pesan, ide, gagasan) dari satu pihak kepada pihak lain (Tumurang, 2018).

Beberapa ahli mendefinisikan istilah komunikasi seperti berikut ini:

- a. Bernard Barelson dan Garry A. Steiner, komunikasi adalah proses transmisi informasi, gagasan, emosi, keterampilan dan sebagainya dengan menggunakan simbol-simbol, kata-kata, gambar, grafis, angka, dan sebagainya.

- b. Carl I. Hovland, komunikasi adalah suatu proses yang memungkinkan seseorang menyampaikan rangsangan (biasanya dengan menggunakan lambang verbal) untuk mengubah perilaku orang lain.
- c. Colin Cherry, komunikasi adalah proses dimana pihak-pihak saling menggunakan informasi dengan untuk mencapai tujuan bersama dan komunikasi merupakan kaitan hubungan yang ditimbulkan oleh penerus rangsangan dan pembangkitan balasnya.
- d. Everett M. Rogers, komunikasi adalah proses pengalihan ide dari satu sumber kepada satu penerima atau lebih, dengan tujuan untuk mengubah tingkah laku mereka.

2. Proses Komunikasi

Proses komunikasi adalah bagaimana komunikator menyampaikan pesan kepada komunikannya sehingga dapat menciptakan suatu persamaan makna antara komunikan dengan komunikatornya. Komunikasi antar manusia hanya bisa terjadi, jika ada seseorang yang menyampaikan pesan kepada orang lain dengan tujuan tertentu, artinya komunikasi hanya bias terjadi kalau didukung oleh adanya unsur-unsur atau bias disebut komponen atau elemen komunikasi. Unsur-unsurnya sebagai berikut (Tumurang, 2018):

- a. *Sumber*, Semua peristiwa komunikasi akan melibatkan sumber sebagai pembuat atau pengirim informasi. Dalam komunikasi antarmanusia, sumber bisa terdiri dari satu orang, tetapi bisa juga dalam bentuk kelompok misalnya partai, organisasi atau lembaga. Sumber sering disebut pengirim, komunikator atau dalam bahasa Inggrisnya disebut *source, sender, atau encoder*.
- b. *Pesan*, Pesan yang dimaksud dalam proses komunikasi adalah sesuatu yang disampaikan pengirim kepada penerima. Pesan dapat disampaikan dengan cara tatap muka atau melalui media komunikasi. Isinya bisa berupa ilmu pengetahuan, hiburan, informasi, nasihat atau

- propaganda. Dalam bahasa Inggris pesan biasanya diterjemahkan dengan kata *massage*, *content* atau *informasi*.
- c. *Media*, Media adalah alat sarana yang digunakan untuk menyampaikan pesan dari komunikator kepada khalayak. Adapun media tersebut dapat digolongkan atas empat macam, yaitu: Media Antarpribadi, Media Kelompok, Media Publik, dan Media Massa.
 - d. *Penerima*, Penerima adalah pihak yang menjadi sasaran pesan yang dikirim oleh sumber.
 - e. *Balikan (feednack)*, Balikan adalah isyarat atau tanggapan yang berisi kesan dari penerima pesan dalam bentuk verbal maupun nonverbal.
 - f. *Gangguan*, Gangguan bukan merupakan bagian dari proses komunikasi akan tetapi mempunyai pengaruh dalam proses komunikasi, karena pada setiap situasi hamper selalu ada hal yang mengganggu kita.

3. Jenis Komunikasi

- a. Komunikasi Verbal mencakup aspek-aspek berupa;
 - 1) *Vocabulary* (perbendaharaan kata-kata). Komunikasi tidak akan efektif bila pesan disampaikan dengan kata-kata yang tidak dimengerti, karena itu olah kata menjadi penting dalam berkomunikasi.
 - 2) *Racing* (kecepatan). Komunikasi akan lebih efektif dan sukses bila kecepatan bicara dapat diatur dengan baik, tidak terlalu cepat atau terlalu lambat.
 - 3) *Intonasi suara*: akan mempengaruhi arti pesan secara dramatik sehingga pesan akan menjadi lain artinya bila diucapkan dengan intonasi suara yang berbeda. Intonasi suara yang tidak proporsional merupakan hambatan dalam berkomunikasi.
 - 4) *Humor*: dapat meningkatkan kehidupan yang bahagia. Dugan (1989), memberikan catatan bahwa dengan tertawa dapat membantu menghilangkan stres dan nyeri. Tertawa mempunyai hubungan fisik dan psikis dan harus diingat bahwa humor adalah merupakan satu-satunya selingan dalam berkomunikasi.

- 5) *Singkat dan jelas.* Komunikasi akan efektif bila disampaikan secara singkat dan jelas, langsung pada pokok permasalahannya sehingga lebih mudah dimengerti.
- 6) *Timing* (waktu yang tepat) adalah hal kritis yang perlu diperhatikan karena berkomunikasi akan berarti bila seseorang bersedia untuk berkomunikasi, artinya dapat menyediakan waktu untuk mendengar atau memperhatikan apa yang disampaikan.

b. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non verbal adalah penyampaian pesan tanpa kata-kata dan komunikasi non verbal memberikan arti pada komunikasi verbal. Yang termasuk komunikasi non verbal:

1) *Ekspresi wajah*

Wajah merupakan sumber yang kaya dengan komunikasi, karena ekspresi wajah cerminan suasana emosi seseorang.

2) *Kontak mata*

Merupakan sinyal alamiah untuk berkomunikasi. Dengan mengadakan kontak mata selama berinteraksi atau Tanya jawab berarti orang tersebut terlibat dan menghargai lawan bicaranya dengan kemauan untuk memperhatikan bukan sekedar mendengarkan. Melalui kontak mata juga memberikan kesempatan pada orang lain untuk mengobservasi yang lainnya.

3) *Sentuhan*

Adalah bentuk komunikasi personal mengingat sentuhan lebih bersifat spontan dari pada komunikasi verbal. Beberapa pesan seperti perhatian yang sungguh-sungguh, dukungan emosional, kasih sayang atau simpati dapat dilakukan melalui sentuhan.

4) *Postur tubuh dan gaya berjalan*

Cara seseorang berjalan, duduk, berdiri dan bergerak memperlihatkan ekspresi dirinya. Postur tubuh dan gaya berjalan merefleksikan emosi, konsep diri, dan tingkat kesehatannya.

5) *Sound (suara)*

Rintihan, menarik nafas panjang, tangisan juga salah satu ungkapan perasaan dan pikiran seseorang yang dapat dijadikan komunikasi. Bila dikombinasikan dengan semua bentuk komunikasi non verbal lainnya sampai desis atau suara dapat menjadi pesan yang sangat jelas.

6) *Gerak isyarat*

Adalah yang dapat mempertegas pembicaraan. Menggunakan isyarat sebagai bagian total dari komunikasi seperti mengetuk-ngetukan kaki atau menggerakkan tangan selama berbicara menunjukkan seseorang dalam keadaan stres bingung atau sebagai upaya untuk menghilangkan stres.

4. Bentuk Komunikasi

Komunikasi sebagai proses memiliki bentuk (Tumurang, 2018):

a. Bentuk Komunikasi Berdasarkan Ada Tidaknya Media Perantara atau Pihak Ketiga dalam Proses Penyampaian Pesan

1) **Komunikasi Langsung**

Komunikasi langsung tanpa menggunakan alat. Komunikasi berbentuk kata-kata, gerakan-gerakan yang berarti khusus dan penggunaan isyarat, misalnya kita berbicara langsung kepada seseorang di hadapan kita.

2) **Komunikasi Tidak Langsung**

Biasanya menggunakan alat dan mekanisme untuk melipat gandakan jumlah penerima pesan (sasaran) ataupun untuk menghadapi hambatan

geografis, waktu misalnya menggunakan radio, buku, dll.

b. Bentuk Komunikasi Berdasarkan Besarnya Sasaran

- 1) Komunikasi Massa
Yaitu komunikasi dengan sasarannya kelompok orang dalam jumlah yang besar, umumnya tidak dikenal.
- 2) Komunikasi Kelompok
Adalah komunikasi yang sasarannya sekelompok orang yang umumnya dapat dihitung dan dikenal dan merupakan komunikasi langsung dan timbal balik.
- 3) Komunikasi Perorangan
Adalah komunikasi dengan tatap muka dan dapat juga melalui telepon.

c. Bentuk Komunikasi Berdasarkan Arah Pesan

- 1) Komunikasi Satu Arah
Pesan disampaikan oleh sumber kepada sasaran dan sasaran tidak dapat atau tidak mempunyai kesempatan untuk memberikan umpan balik atau bertanya, misalnya radio.
- 2) Komunikasi Timbal Balik
Pesan disampaikan kepada sasaran dan sasaran memberikan umpan balik. Biasanya komunikasi kelompok atau perorangan merupakan timbal balik.

5. Hambatan Komunikasi

Hambatan komunikasi adalah segala sesuatu yang mengganggu atau menghalangi kelancaran proses komunikasi antara pengirim dan penerima pesan. Hambatan ini bisa berasal dari berbagai faktor, baik internal pada individu maupun eksternal dari lingkungan sekitar (Tumurang, 2018).

a. Hambatan dari Proses Komunikasi

- 1) Hambatan dari pengirim pesan, misalnya pesan yang akan disampaikan belum jelas bagi dirinya atau pengirim pesan, hal ini dipengaruhi oleh perasaan atau situasi emosional.

- 2) Hambatan dalam penyandian/symbol. Hal ini dapat terjadi karena bahasa yang dipergunakan tidak jelas sehingga mempunyai arti lebih dari satu, symbol yang dipergunakan antara si pengirim dan penerima tidak sama atau bahasa yang dipergunakan terlalu sulit.
- 3) Hambatan media, adalah hambatan yang terjadi dalam penggunaan media komunikasi, misalnya gangguan suara radio dan aliran listrik sehingga tidak dapat mendengarkan pesan.
- 4) Hambatan dalam bahasa sandi. Hambatan terjadi dalam menafsirkan sandi oleh si penerima.
- 5) Hambatan dari penerima pesan, misalnya kurangnya perhatian pada saat menerima/mendengarkan pesan, sikap prasangka tanggapan yang keliru dan tidak mencari informasi lebih lanjut.
- 6) Hambatan dalam memberikan balikan. Balikan yang diberikan tidak menggambarkan apa adanya akan tetapi memberikan interpretative, tidak tepat waktu atau tidak jelas dan sebagainya.

b. Hambatan Fisik

Hambatan fisik dapat mengganggu komunikasi yang efektif, cuaca, gangguan alat komunikasi, dan lain-lain, misalnya: gangguan kesehatan, gangguan alat komunikasi dan sebagainya.

c. Hambatan Semantik

Kata-kata yang dipergunakan dalam komunikasi kadang-kadang mempunyai arti mendua yang berbeda, tidak jelas atau berbelit-belit antara pemberi pesan dan penerima.

d. Hambatan Psikologis

Hambatan psikologis dan sosial kadang-kadang mengganggu komunikasi, misalnya; perbedaan nilai-nilai serta harapan yang berbeda antara pengirim dan penerima pesan.

6. Komunikasi dalam Kesehatan

Komunikasi dalam bidang kesehatan merupakan pengiriman pesan antara pengirim dan penerima disertai interaksi di antara keduanya. Hal ini bertujuan menumbuhkan kepercayaan, menyebabkan kenyamanan, menimbulkan kepuasan, meningkatkan pengobatan, dan menuju kesembuhan. Menurut Rasmuson dkk (1988), komunikasi kesehatan adalah usaha sistematis untuk mempengaruhi perilaku kesehatan penduduk yang besar jumlahnya dengan menggunakan prinsip dan metode komunikasi massa, desain instruksional, pemasaran sosial, analisis perilaku, dan antropologi kesehatan (Tumurang, 2018).

Dengan meningkatnya perhatian pada pemeliharaan kesehatan dasar, teknologi kesehatan, kampanye massa, komunikasi pembangunan, prinsip pemasaran sosial dan analisis perilaku berkontribusi terhadap perkembangan komunikasi kesehatan masyarakat. Perkembangan yang terjadi telah menyebabkan pergeseran komunikasi kesehatan dari strategi yang sebagian demi sebagian (*piecemeal strategic*) ke arah proses yang berfokus pada konsumen. Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program-program kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Komunikasi Individu (*Intrapersonal communication*)

Menurut Perry dan Potter (2005), komunikasi intrapersonal merupakan model bicara seorang diri atau dialog internal yang terjadi secara konstan tanpa disadari. Tujuan komunikasi intrapersonal adalah kesadaran diri yang mempengaruhi kesadaran dan perasaan yang dihargai. Konsep diri yang positif dan kesadaran diri yang dating melalui dialog internal datang membantu petugas kesehatan mengekspresikan diri secara tepat kepada orang lain.

b. Komunikasi antar Pribadi (*Interpersonal communication*)

Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi langsung bertatap muka, baik secara individu maupun kelompok. Metode komunikasi antar pribadi yang paling baik adalah konseling karena memungkinkan terjadinya dialog terbuka tanpa kehadiran pihak ketiga, lengkap, dan keberhasilannya dapat dinilai. Kekurangan komunikasi antar pribadi adalah dibutuhkan waktu, tenaga, dan biaya lebih, dengan keterbatasan sasaran yang terangkau. Komunikasi antar pribadi yang sehat dapat menghasilkan pemecahan masalah, menumbuhkan berbagai ide, pengambilan keputusan dan perkembangan dalam tingkat antar pribadi yang bermakna.

Efektif komunikasi antar pribadi ditentukan oleh 3 hal berikut ini:

- 1) Empati berarti menempatkan diri pada kedudukan orang lain
- 2) Respek terhadap perasaan dan sikap orang lain
- 3) Jujur dan menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak komunikasi

c. Komunikasi Massa (*Mass communication*)

Komunikasi massa adalah penggunaan media massa (TV, radio, media cetak) untuk menyampaikan pesan atau informasi kepada masyarakat. Dalam perkembangan selanjutnya, komunikasi massa tidak hanya terbatas pada penggunaan media tradisional (wayang golek). Penggunaan media massa, memungkinkan sasaran yang dicapai lebih banyak sehingga menghemat waktu, tenaga, dan biaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Christina Magdalena T.Bolon. (2021). Pendidikan dan Promosi Kesehatan. Medan: UIM Press.
- Elisa Ulfiana, F. S. (2019). Buku ajar Promosi Kesehatan dalam Praktik Kebidanan (I). Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.
- Leonita, E., & Jalinus, N. (2018). Peran Media Sosial Dalam Upaya Promosi Kesehatan: Tinjauan Literatur. INVOTEK: Jurnal Inovasi Vokasional Dan Teknologi, 18(2), (25–34).
- Milah, A. S. (2022). Pendidikan Kesehatan Dan Promosi Kesehatan Dalam Keperawatan. Tasikmalaya: Edu Publisher.
- Notoatmodjo, S. (2005). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nubatonis, M. O. (2017). Dental Health Promotion Using Leaflet Media on Knowledge , Attitude and Dental Clean and Status of School of Elementary School of Kupang City. Jurnal Info Kesehatan, 15(2), 451–468.
- Pius Kopong Tokan, dkk. (2024). Media Promosi Kesehatan. Cilacap: PT Media Pustaka Indo.
- Saleh, Y. R., Arya, I. F., & Afriandi, I. (2016). Film yang Efektif Sebagai Media Promosi Kesehatan bagi Masyarakat. Jurnal Sistem Kesehatan, 2(2), 70–78.
- Saniscara, P. (2022). Media Luar Ruang Serta Dampaknya Terhadap Kualitas Dan Lingkungan Hidup Masyarakat. Jurnal Dimensi DKV Seni Rupa Dan Desain, 7(2), 163–174.
- Septian Emma Dwi Jatmika, dkk. (2019). Buku Ajar Pengembangan Media. Yogyakarta: Penerbit K-Media.
- Suhertusi, B., Desmiwanti, D., & Nurjasm, E. (2015). Pengaruh Media Promosi Kesehatan tentang ASI Eksklusif terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas

Lubuk Begalung Padang Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(1), 17-22.

Susilowati, D. (2016). *Promosi Kesehatan Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Sutarno, Sarwa, E. (2023). *Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan*. Cilacap: Unaic Press.

Suwarni, L., Arfan, I., & Andriani, Y. (2020). Mini Poster Berbahasa Daerah Sebagai Alternatif Media Promosi Kesehatan Kepatuhan Mencuci Tangan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2(1), 9-18.

Tumurang, M. N. (2018). *Buku Promosi Kesehatan*. Sidoarjo: Pindomedia Pustaka.

BAB 11

PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan merupakan strategi penting dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Salah satu elemen kunci dari promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan, yaitu proses pemberian informasi dan pembelajaran yang bertujuan untuk membentuk sikap, meningkatkan pengetahuan, dan mendorong perubahan perilaku ke arah yang lebih sehat. Pendidikan kesehatan berfungsi sebagai alat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pencegahan penyakit dan pengelolaan kesehatan secara mandiri (Kementerian Kesehatan RI, 2021a).

Dalam beberapa dekade terakhir, pendekatan yang semata-mata bersifat top-down atau instruksional dalam pendidikan kesehatan mulai ditinggalkan. Sebagai gantinya, pendekatan partisipatif dan berbasis pemberdayaan menjadi pilihan utama, karena dinilai lebih efektif dalam meningkatkan keberlanjutan program kesehatan. Pemberdayaan masyarakat berarti meningkatkan kemampuan individu maupun kelompok dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, mencari solusi, serta mengambil tindakan untuk perbaikan (WHO, 2020a).

Pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat tidak dapat dipisahkan dalam praktik promosi kesehatan yang ideal. Pendidikan memberikan pondasi berupa pengetahuan dan kesadaran, sedangkan pemberdayaan memungkinkan

individu untuk memiliki kontrol dan otoritas atas keputusan kesehatan mereka sendiri. Keterpaduan keduanya terbukti mampu meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan di berbagai setting, baik di komunitas perkotaan maupun pedesaan (Sari et al., 2022).

Di Indonesia, penerapan pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat telah menjadi bagian dari berbagai program kesehatan nasional, seperti Posyandu, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), dan Germas. Namun demikian, tantangan yang dihadapi tidak sedikit, mulai dari rendahnya literasi kesehatan, minimnya sumber daya manusia kesehatan di tingkat lokal, hingga masih terbatasnya keterlibatan aktif masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program (Yuniarti & Widodo, 2021).

Literatur terbaru menunjukkan bahwa strategi pendidikan kesehatan yang disertai pendekatan berbasis pemberdayaan menghasilkan perubahan perilaku yang lebih signifikan dibandingkan edukasi satu arah. Hal ini karena pemberdayaan meningkatkan rasa memiliki, kemandirian, dan motivasi internal masyarakat untuk menjaga kesehatan (Putri et al., 2023). Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan harus dirancang bukan hanya sebagai penyampaian informasi, tetapi juga sebagai proses dialog yang menghargai konteks sosial budaya masyarakat setempat.

Bab ini akan membahas secara komprehensif konsep pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam konteks promosi kesehatan. Pembahasan akan mencakup pengertian, prinsip, pendekatan, serta strategi implementasi yang relevan di lapangan. Selain itu, disajikan pula tantangan dan solusi yang sering dihadapi dalam pelaksanaannya, dengan harapan dapat menjadi acuan bagi tenaga kesehatan, akademisi, maupun pelaksana program dalam merancang intervensi promosi kesehatan yang efektif dan berkelanjutan.

B. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang terencana dan sistematis dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada individu, kelompok, maupun masyarakat luas dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap positif, dan mengubah perilaku ke arah yang sehat. Tujuan utamanya adalah membantu masyarakat memahami, menerima, dan menerapkan prinsip-prinsip hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari (Kemenkes RI, 2021b).

Menurut WHO (2020b), pendidikan kesehatan tidak hanya berfokus pada penyampaian informasi, tetapi juga mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam mengidentifikasi masalah kesehatannya dan mencari solusi. Hal ini dilakukan melalui berbagai pendekatan komunikasi yang disesuaikan dengan tingkat literasi, usia, budaya, serta kondisi sosial ekonomi sasaran.

Di era digital saat ini, pendidikan kesehatan juga mengalami transformasi melalui penggunaan teknologi informasi. Aplikasi mobile, media sosial, dan platform edukasi daring mulai dimanfaatkan untuk menjangkau lebih banyak sasaran dengan pendekatan yang lebih interaktif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendekatan ini dapat meningkatkan efektivitas penyampaian pesan kesehatan, terutama pada kelompok usia muda (Rahmawati & Susanti, 2022).

Namun demikian, keberhasilan pendidikan kesehatan sangat tergantung pada relevansi materi, metode yang digunakan, serta kemampuan komunikator atau edukator kesehatan. Materi yang terlalu teknis, metode yang monoton, serta komunikasi satu arah sering kali menjadi hambatan dalam pencapaian tujuan edukasi. Oleh karena itu, diperlukan strategi komunikasi yang partisipatif, kontekstual, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat (Putri et al., 2023).

Dengan demikian, pendidikan kesehatan tidak hanya menjadi sarana penyebaran informasi, melainkan juga sebagai proses pemberdayaan. Melalui proses ini, masyarakat didorong

untuk menjadi agen perubahan yang mampu menjaga dan meningkatkan kesehatannya sendiri secara berkelanjutan.

C. Tujuan dan Fungsi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan memiliki tujuan utama untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan serta mendorong perubahan perilaku menuju gaya hidup yang lebih sehat. Dalam konteks promosi kesehatan, pendidikan kesehatan bukan sekadar proses penyampaian informasi, melainkan juga proses pemberdayaan agar individu mampu membuat keputusan yang tepat dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya (Kemenkes RI, 2021c).

Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan dapat dirinci sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang faktor risiko dan cara pencegahan penyakit.
2. Membentuk sikap positif terhadap perilaku hidup bersih dan sehat.
3. Mendorong perubahan perilaku yang mendukung kesehatan individu dan lingkungan.
4. Meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam program-program kesehatan.
5. Mengembangkan kemampuan masyarakat dalam membuat keputusan sehat secara mandiri (Yuniarti & Widodo, 2021).

Pendidikan kesehatan yang tepat sasaran akan menciptakan masyarakat yang sadar kesehatan, memiliki keterampilan dalam mengelola kondisi kesehatannya, serta mampu bertindak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan yang dianut.

Fungsi Pendidikan Kesehatan

Fungsi pendidikan kesehatan tidak hanya terbatas pada aspek edukatif, tetapi juga mencakup aspek psikososial dan motivasional, antara lain:

1. Fungsi Informatif: Menyediakan informasi yang benar dan sesuai tentang isu-isu kesehatan terkini.
2. Fungsi Edukatif: Meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam aspek kesehatan.
3. Fungsi Persuasif: Mendorong individu dan kelompok untuk secara sukarela melakukan perubahan perilaku yang sehat.
4. Fungsi Supportif: Memberikan dukungan moral dan sosial dalam membentuk lingkungan yang kondusif untuk hidup sehat (Sari et al., 2022).
5. Fungsi Preventif: Membantu individu memahami pentingnya tindakan pencegahan dan deteksi dini terhadap masalah kesehatan.

Dengan memahami tujuan dan fungsi tersebut, tenaga kesehatan dapat merancang strategi pendidikan yang relevan dengan kebutuhan sasaran, baik di tingkat individu, kelompok, maupun komunitas.

D. Pendekatan dalam Pendidikan Kesehatan

Pendekatan dalam pendidikan kesehatan merujuk pada cara atau strategi yang digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada individu, kelompok, maupun masyarakat secara luas. Pemilihan pendekatan yang tepat sangat menentukan keberhasilan upaya pendidikan kesehatan, karena setiap kelompok sasaran memiliki karakteristik sosial, budaya, ekonomi, dan psikologis yang berbeda (Kemenkes RI, 2021d). Secara umum, pendekatan dalam pendidikan kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis utama, yaitu:

1. Pendekatan Individual

Pendekatan ini dilakukan secara tatap muka antara petugas kesehatan dan individu. Metode ini efektif digunakan untuk kasus-kasus yang memerlukan penanganan personal, seperti konseling gizi, edukasi pengobatan pada pasien kronis, atau penyuluhan tentang gaya hidup sehat. Kelebihan pendekatan ini adalah adanya komunikasi dua arah yang lebih mendalam, sehingga dapat

disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi spesifik individu (Putri et al., 2023).

2. Pendekatan Kelompok

Pendekatan kelompok dilakukan terhadap sekelompok orang yang memiliki karakteristik atau permasalahan kesehatan yang sama, seperti kelompok ibu hamil, lansia, remaja, atau pekerja. Metode yang digunakan antara lain diskusi kelompok, ceramah partisipatif, role play, dan pelatihan. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan pengetahuan, tetapi juga memperkuat dukungan sosial antar anggota kelompok (Rahmawati & Susanti, 2022).

3. Pendekatan Massa

Pendekatan ini menggunakan media massa atau media sosial sebagai sarana penyampaian pesan kesehatan kepada masyarakat luas. Contohnya melalui televisi, radio, baliho, pamflet, atau platform digital seperti Instagram dan TikTok. Keunggulan pendekatan ini adalah jangkauan yang luas dan cepat, tetapi tantangannya adalah kurangnya interaksi langsung dengan sasaran (Sari et al., 2022). Oleh karena itu, pesan kesehatan yang disampaikan harus dikemas dengan menarik dan sesuai dengan budaya lokal agar lebih mudah dipahami dan diterima.

Pemilihan pendekatan sebaiknya disesuaikan dengan tujuan pendidikan, karakteristik sasaran, serta sumber daya yang tersedia. Kombinasi dari beberapa pendekatan seringkali lebih efektif dibandingkan penggunaan satu pendekatan secara tunggal, terutama dalam program promosi kesehatan yang bersifat kompleks dan berkelanjutan.

E. Konsep dan Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan inti dari pendekatan promosi kesehatan modern. Konsep ini menekankan pentingnya meningkatkan kapasitas individu dan kelompok dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, mengambil keputusan, serta bertindak untuk memperbaiki kondisi kesehatannya secara mandiri dan berkelanjutan. Dengan

kata lain, pemberdayaan adalah proses sosial yang membangun kontrol, kekuatan, dan kemandirian masyarakat (WHO, 2020a).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2021b), pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan berarti mengaktifkan peran serta masyarakat dalam merencanakan, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi kegiatan kesehatan di lingkungannya. Ini tidak hanya menciptakan rasa kepemilikan terhadap program, tetapi juga memperkuat ketahanan sosial dalam menghadapi isu kesehatan, seperti stunting, penyakit menular, dan gaya hidup tidak sehat.

Terdapat beberapa **prinsip dasar pemberdayaan masyarakat** yang harus diperhatikan dalam implementasinya:

1. Partisipasi aktif: Masyarakat dilibatkan sejak tahap perencanaan hingga evaluasi program.
2. Kesetaraan: Semua pihak dipandang memiliki potensi dan hak yang sama untuk berkontribusi.
3. Kemandirian: Program dirancang untuk membangun kemampuan, bukan ketergantungan.
4. Dialog dan komunikasi dua arah: Petugas kesehatan dan masyarakat saling belajar dan memahami konteks satu sama lain.
5. Berbasis potensi lokal: Kekuatan dan sumber daya yang dimiliki masyarakat digunakan sebagai dasar intervensi (Yuniarti & Widodo, 2021).

Pemberdayaan masyarakat juga sejalan dengan pendekatan promosi kesehatan yang menempatkan individu sebagai subjek, bukan objek perubahan. Artinya, masyarakat bukan hanya penerima pesan, tetapi juga penggerak perubahan itu sendiri. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa intervensi berbasis pemberdayaan lebih berhasil dalam mengubah perilaku kesehatan dibandingkan pendekatan edukatif konvensional (Putri et al., 2023).

Dalam praktiknya, pemberdayaan tidak hanya dilakukan oleh petugas kesehatan formal, tetapi juga melalui kader kesehatan, tokoh masyarakat, organisasi lokal, dan sektor lain yang peduli terhadap kesehatan. Kolaborasi lintas sektor

menjadi kunci agar proses pemberdayaan dapat berjalan menyeluruh dan kontekstual sesuai kebutuhan lokal.

F. Strategi Intervensi Pendidikan Kesehatan Berbasis Pemberdayaan

Strategi intervensi pendidikan kesehatan berbasis pemberdayaan dirancang untuk memfasilitasi masyarakat agar mampu mengidentifikasi, merencanakan, dan mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri. Pendekatan ini menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif, bukan sekadar objek program kesehatan. Oleh karena itu, intervensi yang dilakukan harus mengedepankan partisipasi, penghargaan terhadap potensi lokal, serta keberlanjutan (Kemenkes RI, 2021b).

Strategi utama dalam pendidikan kesehatan berbasis pemberdayaan mencakup beberapa pendekatan berikut:

1. Identifikasi Masalah Bersama

Langkah pertama yang krusial adalah melakukan asesmen partisipatif bersama masyarakat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan utama di wilayahnya. Proses ini tidak hanya mengungkap masalah, tetapi juga membangun rasa kepemilikan masyarakat terhadap solusi yang akan dirancang (Yulianti & Hakim, 2020).

2. Penguatan Kapasitas

Memberikan pelatihan, penyuluhan, dan pendampingan kepada kader, tokoh masyarakat, dan kelompok sasaran agar mereka mampu menyampaikan informasi kesehatan dan memobilisasi tindakan. Pendekatan ini juga dikenal sebagai *capacity building*, dan menjadi landasan dalam membentuk masyarakat yang mandiri dalam upaya promotif dan preventif (Fitriani et al., 2021).

3. Pendekatan Berbasis Komunitas

Melibatkan seluruh unsur masyarakat seperti kelompok PKK, karang taruna, posyandu, dan organisasi lokal untuk mendukung proses pendidikan kesehatan. Strategi ini memperkuat jaringan sosial dan meningkatkan

efektivitas penyampaian pesan melalui tokoh yang lebih dikenal dan dipercaya masyarakat (Saputri & Lestari, 2023).

4. Edukasi Interaktif dan Kontekstual

Metode yang digunakan dalam edukasi harus bersifat partisipatif dan disesuaikan dengan konteks lokal. Misalnya, melalui diskusi kelompok, simulasi, media tradisional seperti wayang atau ketoprak kesehatan, serta pendekatan digital yang disesuaikan dengan tingkat literasi digital masyarakat (Susanti et al., 2022).

5. Monitoring dan Evaluasi Berbasis Komunitas

Masyarakat dilibatkan dalam proses evaluasi program melalui forum warga atau kelompok diskusi. Hal ini penting untuk memastikan keberlanjutan, mengukur dampak intervensi, dan melakukan penyesuaian strategi jika diperlukan.

Keberhasilan strategi ini sangat dipengaruhi oleh hubungan yang saling menghargai antara tenaga kesehatan dan masyarakat, serta dukungan lintas sektor yang solid. Intervensi yang berbasis pemberdayaan telah terbukti memberikan hasil yang lebih berkelanjutan dibandingkan pendekatan edukatif konvensional yang bersifat top-down (Putri et al., 2023).

G. Contoh Program Nyata Pemberdayaan Kesehatan di Indonesia

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan telah banyak diterapkan di Indonesia melalui berbagai program nasional dan lokal yang menempatkan masyarakat sebagai agen perubahan. Keberhasilan program-program ini menunjukkan bahwa pendekatan berbasis pemberdayaan memiliki dampak nyata dalam meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, menurunkan angka kesakitan, serta memperkuat ketahanan komunitas.

1. Program Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)

Posyandu adalah salah satu contoh klasik dan sukses dari pemberdayaan masyarakat yang berfokus pada kesehatan ibu dan anak, gizi, imunisasi, dan pemantauan tumbuh kembang balita. Kader-kader Posyandu berasal dari

masyarakat setempat yang dilatih untuk memberikan layanan dasar dan edukasi kesehatan. Keberlanjutan Posyandu selama lebih dari 30 tahun menunjukkan efektivitas model ini (Kemenkes RI, 2021c).

2. Program Desa Siaga Aktif

Program ini mendorong masyarakat desa untuk secara mandiri melakukan upaya promotif dan preventif melalui pembentukan tim relawan kesehatan, penyusunan peta sosial, surveilans penyakit berbasis masyarakat, serta pendampingan terhadap kelompok rentan. Desa Siaga terbukti meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat terhadap bencana dan wabah (Puspongoro et al., 2021).

3. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

GERMAS adalah gerakan nasional yang menekankan pentingnya kesadaran masyarakat dalam menjaga kesehatan melalui aktivitas fisik, konsumsi buah dan sayur, serta pemeriksaan kesehatan secara berkala. Pelibatan lintas sektor dan komunitas lokal membuat program ini menjadi sarana edukasi sekaligus pemberdayaan yang inklusif (Yulianti & Hakim, 2020).

4. Program Kampung KB

Kampung Keluarga Berkualitas (Kampung KB) merupakan pendekatan pembangunan keluarga melalui integrasi program kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Salah satu pilar utamanya adalah pemberdayaan masyarakat untuk mengakses layanan KB, kesehatan reproduksi, dan edukasi gizi melalui kegiatan komunitas dan kader keluarga (BKKBN, 2022).

5. Program Pemberdayaan Remaja dalam Pencegahan Anemia

Program ini dilakukan oleh berbagai Dinas Kesehatan maupun organisasi mitra di daerah dengan strategi edukasi melalui peer educator, pembentukan kelompok remaja sadar gizi, hingga pemberian tablet tambah darah. Pendekatan ini melatih remaja untuk menjadi agen perubahan di lingkungannya (Rahmawati & Sari, 2023).

Program-program di atas menjadi bukti bahwa pemberdayaan masyarakat tidak hanya meningkatkan literasi kesehatan, tetapi juga memperkuat solidaritas sosial, meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, serta memperbesar keberhasilan intervensi secara berkelanjutan.

H. Evaluasi dan Keberlanjutan Program Pemberdayaan Kesehatan

Evaluasi merupakan komponen penting dalam setiap program pemberdayaan kesehatan untuk memastikan efektivitas, efisiensi, serta dampak yang dihasilkan terhadap perubahan perilaku masyarakat. Evaluasi juga membantu dalam mengidentifikasi tantangan, kelemahan, dan area perbaikan, sehingga program dapat disesuaikan dan ditingkatkan secara berkelanjutan (Kemenkes RI, 2021b).

Evaluasi program pemberdayaan kesehatan dapat dilakukan melalui pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif mengukur hasil seperti peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, atau cakupan intervensi. Sementara itu, pendekatan kualitatif berfokus pada pemahaman pengalaman, persepsi, dan partisipasi masyarakat. Kombinasi kedua pendekatan ini disarankan agar hasil evaluasi lebih komprehensif (Lestari & Purnomo, 2020).

Untuk menjamin keberlanjutan, program pemberdayaan harus mengembangkan strategi jangka panjang yang mencakup:

1. Penguatan Kapasitas Lokal

Masyarakat harus memiliki kemampuan teknis dan organisasi untuk menjalankan program secara mandiri. Misalnya, pelatihan kader secara berkala dan fasilitasi sistem dokumentasi kegiatan.

2. Integrasi Lintas Sektor

Dukungan dari sektor pendidikan, keagamaan, swasta, dan pemerintah daerah memperkuat legitimasi dan sumber daya program (Prasetyo et al., 2022).

3. Mekanisme Pembiayaan Lokal

Salah satu tantangan keberlanjutan adalah ketergantungan pada dana eksternal. Oleh karena itu, mendorong mekanisme swadaya seperti iuran sukarela atau dukungan CSR dapat menjadi solusi.

4. Monitoring Partisipatif

Melibatkan masyarakat dalam pemantauan rutin dapat meningkatkan rasa tanggung jawab kolektif terhadap keberhasilan program.

Salah satu contoh sukses evaluasi dan keberlanjutan dapat dilihat pada program Posyandu Remaja yang dikembangkan di beberapa daerah. Program ini berlanjut karena didukung oleh kolaborasi sekolah, puskesmas, dan peran aktif kader remaja sebagai fasilitator sebaya (Fitriana et al., 2023).

Program yang berkelanjutan tidak hanya bertahan dalam jangka panjang, tetapi juga mampu beradaptasi terhadap perubahan sosial dan tantangan baru. Oleh karena itu, penting untuk menyisipkan komponen inovatif, seperti penggunaan media digital dan pendekatan budaya lokal, dalam proses pemberdayaan.

I. Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan

Pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat merupakan dua pendekatan yang saling melengkapi dalam promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan memberikan pengetahuan dan keterampilan dasar kepada individu dan kelompok untuk membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatannya. Sementara pemberdayaan memberikan ruang dan dukungan agar masyarakat mampu mengambil peran aktif dalam menjaga, meningkatkan, dan mempertahankan derajat kesehatannya secara mandiri dan berkelanjutan.

Pemberdayaan yang efektif ditandai dengan partisipasi aktif masyarakat, kolaborasi lintas sektor, berbasis potensi lokal, dan dilandasi oleh prinsip kesetaraan dan keberlanjutan. Program-program seperti Posyandu, GERMAS, Desa Siaga, Kampung KB, hingga edukasi kesehatan berbasis peer educator

menunjukkan bahwa pendekatan ini mampu menghasilkan perubahan perilaku yang nyata dan memperkuat ketahanan komunitas terhadap berbagai tantangan kesehatan.

Namun, pelaksanaan strategi ini menghadapi tantangan seperti keterbatasan sumber daya manusia dan finansial, ketimpangan akses informasi, dan rendahnya literasi kesehatan di beberapa daerah. Oleh karena itu, dibutuhkan dukungan kebijakan yang kuat dari pemerintah pusat dan daerah, serta komitmen berbagai pemangku kepentingan untuk memperkuat sistem pendukung pemberdayaan masyarakat.

Rekomendasi kebijakan yang dapat diajukan antara lain:

1. Pemerintah perlu menyusun kebijakan yang mendukung pembinaan berkelanjutan kader dan relawan kesehatan berbasis komunitas.
2. Integrasi program pemberdayaan masyarakat dalam RPJMD dan dokumen perencanaan strategis lainnya sangat penting untuk menjamin keberlanjutan.
3. Alokasi anggaran khusus di tingkat desa untuk kegiatan pemberdayaan kesehatan melalui Dana Desa atau sumber lainnya.
4. Pengembangan sistem evaluasi yang partisipatif dan berbasis data lokal sebagai dasar pengambilan keputusan.
5. Pemanfaatan teknologi digital yang kontekstual sebagai media edukasi dan dokumentasi kegiatan pemberdayaan.

Dengan pendekatan yang tepat, pendidikan kesehatan berbasis pemberdayaan bukan hanya mampu meningkatkan perilaku hidup sehat, tetapi juga memperkuat kemandirian masyarakat dalam menghadapi tantangan kesehatan di masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2022). *Panduan Implementasi Kampung KB*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Fitriana, W., Suryani, D., & Mulyani, T. (2023). Peran Posyandu Remaja dalam Peningkatan Literasi Kesehatan: Studi Evaluatif. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 13(1), 88–96.
- Fitriani, R., Handayani, S., & Maulida, E. (2021). Community Capacity Building as a Health Promotion Strategy. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 16(3), 213–220.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021a). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021b). *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021c). *Pedoman Promosi Kesehatan dalam Program Indonesia Sehat*. Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021d). *Pedoman Evaluasi Program Promosi Kesehatan Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Ditjen Kesmas.
- Lestari, N. P., & Purnomo, A. (2020). Model Evaluasi Program Promosi Kesehatan di Tingkat Komunitas. *Jurnal Promkes*, 8(2), 102–110.
- Prasetyo, A. H., Yuniarti, T., & Sari, R. (2022). Integrasi Sektor Lintas untuk Mendukung Keberlanjutan Program Pemberdayaan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 17(1), 33–41.
- Pusponegoro, H. D., et al. (2021). Evaluasi Desa Siaga Aktif dalam Kesiapan Tanggap Darurat Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 16(2), 120–128.

- Putri, D. A., Lestari, E., & Prasetyo, A. (2023). The Effectiveness of Community Empowerment-based Health Education. *Jurnal Promkes*, 11(1), 33–42.
- Rahmawati, N. & Sari, D. M. (2023). Model Pemberdayaan Remaja Perempuan dalam Pencegahan Anemia: Studi Intervensi di Sekolah Menengah. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 18(1), 45–53.
- Rahmawati, N., & Susanti, R. (2022). Digital Health Education to Improve Health Literacy in Youth. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 11(1), 45–52.
- Saputri, R. A., & Lestari, P. (2023). Penguatan Peran Organisasi Komunitas dalam Edukasi Kesehatan. *Jurnal Promkes Indonesia*, 12(1), 55–64.
- Sari, R. N., Arifin, Z., & Nurhidayah, I. (2022). Integrating Health Education and Empowerment for Better Community Health Outcomes. *Indonesian Journal of Health Promotion*, 13(2), 77–85.
- Susanti, R., Hidayat, A., & Rahayu, N. (2022). Penggunaan Media Lokal dan Digital dalam Promosi Kesehatan. *Jurnal Ilmu Komunikasi Kesehatan*, 9(1), 22–29.
- World Health Organization. (2020a). *Health Promotion: Empowering People for a Healthier Future*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020b). *Health Promotion and Education*. Geneva: World Health Organization.
- Yulianti, D., & Hakim, L. (2020). Participatory Approach in Health Promotion: A Review. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 15(2), 110–118.
- Yuniarti, T. & Widodo, A. (2021). Tantangan dan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dalam Program Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 17(3), 201–208.

BAB 12

PENANGANAN PENYAKIT MENULAR MELALUI PROMOSI KESEHATAN

apt. Ifa Aris Suminingtyas, M.Farm.

A. Konsep Dasar Penyakit Menular

1. Definisi dan Klasifikasi Penyakit Menular

Prevalensi kesakitan dan kematian akibat penyakit menular yang terus meningkat menjadi tantangan tersendiri bagi dunia, termasuk Indonesia. Berdasarkan data WHO, Malaria, TBC, dan HIV serta AIDS masih berada di 10 besar. Sebanyak 8 dari 10 penyebab kematian teratas pada tahun 2021 di negara berpendapatan rendah adalah penyakit menular. (WHO, 2024)

Terdapat beberapa definisi terkait penyakit menular yang pertama yaitu merupakan suatu penyakit karena virus atau bakteri yang disebarkan melalui kontak dengan permukaan yang terkontaminasi, bisa melalui cairan tubuh, darah, gigitan serangga, atau melalui udara. (Peter F. Edemekong; Ben Huang., 2022)

Dalam Permenkes No. 82 Tahun 2014 didefinisikan bahwa penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan pada manusia dikarenakan agen biologi, seperti virus, bakteri, jamur, dan parasit. (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

Kemenkes mengklasifikasikan penyakit menular menjadi tiga yaitu:

- a. Langsung: TBC, HIV/AIDS, pneumonia, hepatitis, kusta dan Covid-19

- b. Dikendalikan dengan imunisasi: tetanus neonatorum, campak, difteri, Polio dan Acute Flaccid Paralysis (AFP)/Lumpuh Layu Akut,
- c. Vektor dan zoonosis (penyakit yang ditularkan melalui binatang): DBD, Chikungunya, malaria, vilariasis, rabies (Kementerian Kesehatan, 2024).

Penyakit menular dapat berpindah atau menular dengan cara langsung maupun tidak langsung seperti melalui:

- a. Penularan langsung: kontak fisik langsung, misalnya saat berjabat tangan atau melalui barang yang sudah terkontaminasi, melalui udara, misalnya melalui batuk/bersin, menular dari ibu ke bayi, hubungan seksual. Contoh penyakit menular yang dapat menular melalui penularan langsung: flu batuk (ISPA), campak, tuberculosis, HIV/AIDS,
- b. Penularan tidak langsung: melalui makanan dan minuman, gigitan serangga maupun melalui feses. Contoh penyakit dengan penularan tidak langsung: diare, hepatitis, cikungunya.

2. Faktor Risiko dan Determinan Penyakit Menular

Faktor risiko adalah segala sesuatu yang meningkatkan risiko terjadinya penyakit menular. Terjadinya penyakit menular adalah meliputi berbagai hal sebagai berikut:

- a. Faktor dari diri sendiri (faktor pejamu) : usia, kondisi kesehatan secara umum, riwayat penyakit sebelumnya, status gizi, dan genetik
- b. Faktor lingkungan : lingkungan fisik, lingkungan sosial, pekerjaan, perilaku berisiko dan jalur penularan
- c. Faktor perilaku : *hygiene*, sanitasi, kurangnya pengetahuan tentang penyakit
- d. Faktor agen penyakit : resistensi terhadap antimikroba, kekuatan mikroba dalam menyebarkan penyakit

Determinan terjadinya penyakit menular meliputi:

- a. Faktor lingkungan: seperti yang disebutkan di atas, meliputi aspek fisik, biologis, dan sosial ekonomi.
- b. Faktor perilaku: kebiasaan hidup individu dan masyarakat.
- c. Faktor sosial dan kultural: norma sosial, kebiasaan masyarakat, dan kepercayaan.
- d. Ketersediaan dan akses pelayanan kesehatan: ketersediaan sarana pelayanan kesehatan dan kemampuan mengakses layanan kesehatan yang memadai untuk pencegahan dan pengobatan.

3. Dampak Penyakit Menular terhadap Kesehatan Masyarakat

Penyakit menular mengakibatkan dampak yang signifikan terhadap berbagai aspek, mulai dari kesehatan, sosial, maupun produktifitas yang akan berdampak langsung terhadap perekonomian.

- a. Dampak kesehatan penyakit menular: kesakitan, kematian, kehilangan produktivitas selama perawatan.
- b. Dampak sosial penyakit menular: gangguan tatanan sosial, isolasi sosial, berbagai tindakan deskriminatif yang dapat mempengaruhi tatanan sosial dalam masyarakat.
- c. Dampak terhadap produktivitas dan ekonomi: perawatan, pengobatan terhadap penyakit menular ini tentu juga mengakibatkan penambahan beban ekonomi, dan juga hilangnya potensi pendapatan individu yang secara makro bisa menurunkan tingkat ekonomi negara.

B. Promosi Kesehatan sebagai Strategi Pencegahan Penyakit Menular

Promosi kesehatan pada mulanya dikenal dengan penyuluhan kesehatan. Perubahan penyebutan dari penyuluhan kesehatan ini dipengaruhi oleh perkembangan dunia melalui *Ottawa Charter* yang diselenggarakan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO). Tahun 1986 WHO melaksanakan konferensi internasional pertama yang membahas promosi kesehatan. Pada

konferensi ini dihasilkan tiga rumusan strategi promosi kesehatan yaitu advokasi, penerapan dan mediasi. Menurut WHO promosi kesehatan adalah proses seseorang meningkatkan kontrol kesehatan dirinya sendiri (WHO, 2015). Promosi kesehatan merupakan kombinasi upaya-upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan dan kondisi-kondisi hidup untuk yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas (Green, L & Kreuter, 2005)

1. Prinsip dan Pendekatan Promosi Kesehatan

Prinsip-prinsip dasar promosi kesehatan, yang sebagian besar diuraikan oleh WHO dalam *Ottawa Charter for Health Promotion* (1986), mencakup pemberdayaan (*empowerment*), partisipasi, holistik, kesetaraan (*equitable*), lintas sektor (*intersectoral*), berkelanjutan (*sustainable*), dan multi strategi. Promosi kesehatan didasarkan pada lima bidang tindakan yaitu membangun kebijakan publik yang sehat, terciptanya lingkungan yang mendukung kesehatan, kuatnya tindakan masyarakat untuk kesehatan, berkembangnya keterampilan pribadi, serta mengubah orientasi layanan kesehatan.

2. Teori dan Model Promosi Kesehatan

Terdapat banyak teori dalam promosi kesehatan yang dapat dijadikan pendekatan dalam penanganan penyakit menular. Teori-teori ini berkaitan langsung dengan faktor risiko, determinan dan ruang lingkup perilaku kesehatan khususnya yang berkaitan dengan penyakit menular.

a. Teori *Health Belief Model* (HBM):

Teori HBM ditemukan di Amerika Serikat tahun 1950 oleh psikolog sosial *Godfrey Hochbaum*, *Irwin Rosenstock*, dan *Stephen Kegels*, teori ini mengembangkan dan memprediksi perilaku kesehatan yaitu membentuk perubahan perilaku kesehatan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku khususnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Teori HBM terbukti mampu diterapkan dalam pencegahan penyakit menular dan

berbagai penyakit lain yang muncul serta banyak digunakan sebagai landasan teori pada pengkajian perilaku kesehatan.

Prinsip dasar teori HBM yaitu suatu perilaku kesehatan yang didasarkan atas keyakinan atau persepsi seseorang untuk membuat strategi dalam mencegah atau menghilangkan suatu penyakit dalam dirinya. Pengaplikasian teori HBM pada perilaku kesehatan adalah usaha menjaga agar tetap sehat dan perilaku yang berkaitan dengan tahap deteksi penyakit sehingga memiliki dampak terhadap seberapa parah kondisi yang dialami. Komponen HBM ada enam yang dapat memberikan dampak positif terhadap pola hidup sehat seseorang, sehingga mengurangi risiko penyakit. (Glanz, 2008)

Teori HBM merupakan teori psikologis dengan dua landasan bahwa bagian penting dari perilaku kesehatan adalah keinginan untuk tidak sakit atau segera sembuh jika sakit, serta kepercayaan bahwa tindakan kesehatan tertentu bisa membantu mencapai hal tersebut. Berdasarkan dua landaan ini menunjukkan bahwa perilaku seseorang sering bergantung pada persepsi dirinya sendiri tentang manfaat dan hambatan yang terkait dengan perilaku kesehatan.

Contoh pendekatan konsep HBM pada penyakit menular:

Individu merasakan memiliki kerentanan terhadap paparan sebuah penyakit (*perceived susceptibility*), individu juga memiliki persepsi terhadap keparahan dan dampak yang timbul akibat paparan penyakit tersebut (*perceived severity*), selanjutnya individu mempertimbangkan upaya tindakan pencegahan yang bisa dilakukan (*perceived benefits*), kemudian hambatan yang ada, sebelum pada akhirnya melakukan tindakan pencegahan. Pemahaman konsep HBM ini dapat membantu tenaga kesehatan dalam merancang konsep

yang akan memudahkan dalam kampanye, pencegahan, dan peningkatan kesadaran individu untuk melakukan tindakan-tindakan pencegahan terhadap berbagai penyakit menular, misalnya melalui imunisasi, vaksinasi, pemberantasan sarang nyamuk dan lain-lain.

b. Teori Lawrence Green

Menurut Green, perilaku kesehatan ditentukan oleh 3 faktor, yaitu:

- 1) Predisposisi (*predisposing factor*), faktor ini dapat memudahkan atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, yang termasuk dalam faktor ini adalah: pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dsb.
- 2) Pemungkin (*enabling factor*), faktor ini sebagai fasilitas yang memungkinkan seseorang bertindak atau memengaruhi perilaku, yang termasuk dalam faktor ini yaitu: prasarana, sarana, ketersediaan sumber daya manusia. Contoh: ketersediaan instansi pelayanan kesehatan puskesmas, ketersediaan tong sampah, adanya tempat olah raga, dsb.
- 3) Penguat (*reinforcing factor*), faktor ini mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku, yang termasuk dalam faktor ini yaitu: peran petugas kesehatan, tokoh masyarakat, dukungan dari suami, keluarga dan tokoh adat sangat memengaruhi keberhasilan dalam mendorong masyarakat berperilaku sehat. Ini sejalan dengan tujuan promosi kesehatan, yaitu mewujudkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang tinggi melalui perilaku yang menyehatkan. Maka dari itu, promosi kesehatan harus menciptakan kondisi yang memudahkan orang untuk hidup sehat dan menjadikan perilaku sehat sebagai pilihan yang paling mudah dilakukan.

c. Teori HL Bloom

Berdasarkan teori H.L Bloom dalam (Handayani, 2018) terdapat empat faktor dapat memengaruhi derajat kesehatan yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Faktor yang dominan yaitu faktor lingkungan. Faktor lingkungan itu termasuk hal-hal fisik seperti sampah di sekitar, air kotor, udara yang tercemar, tanah cuaca, iklim, rumah tempat tinggal, dsb.

Selain teori-teori tersebut masih banyak teori dan model pendekatan yang bisa dijadikan landasan dalam rangka upaya promosi kesehatan untuk penanganan penyakit menular berdasarkan aspek-aspek faktor risiko, determinan dan juga perilaku kesehatan masyarakat. Dari berbagai teori tentang promosi kesehatan dalam kaitannya dengan perilaku kesehatan terdapat persamaan bahwa untuk menuju terjadinya keadaan sehat dapat dilakukan intervensi-intervensi yang berhubungan dengan manusia, lingkungan, ketersediaan sumber daya (sumber daya manusia, sarana dan prasarana) ketersediaan edukasi kesehatan, media promosi kesehatan yang dapat meningkatkan pengetahuan, keyakinan dan sikap menuju terjadinya perilaku sehat.

3. Peran Promosi Kesehatan dalam Pencegahan Penyakit Menular

Peran penting dari promosi kesehatan terhadap upaya pencegahan penyakit menular adalah dalam upaya meningkatkan pengetahuan masyarakat, mengubah perilaku dan memberdayakan individu untuk meningkatkan derajat kesehatannya melalui penerapan gaya hidup sehat. Promosi kesehatan yang berhasil akan dapat memangkas kesenjangan informasi dan pengetahuan dalam hal kesehatan.

C. Strategi dan Promosi Kesehatan Penyakit Menular

Pergeseran paradigma promosi kesehatan dari penyuluhan kesehatan menjadi pendidikan kesehatan terstruktur menjadikan promosi kesehatan sebagai bidang ilmu yang menarik. Hal ini juga memunculkan berbagai tantangan

inovasi, modifikasi kebijakan dan strategi upaya pendidikan kesehatan sebagai sebuah upaya terintegrasi untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dan perubahan perilaku masyarakat menuju perilaku sehat. Dalam upaya pencegahan dan penanganan penyakit menular melalui pendidikan kesehatan, terdapat empat strategi yang bisa dilakukan yaitu:

1. Melalui media promosi kesehatan yang efektif

Salah satu upaya dan strategi promosi kesehatan yang berkembang sangat pesat saat ini adalah pengembangan media promosi kesehatan. Notoatmodjo mendefinisikan media promosi kesehatan sebagai semua upaya atau sarana yang dilakukan untuk oleh komunikator dalam menampilkan pesan atau informasi melalui berbagai saluran, baik media cetak, elektronika (berupa radio, TV, media sosial, komputer) dan media luar ruang. Dengan media promosi kesehatan yang baik dan sesuai dengan kebutuhannya, sasaran dapat meningkatkan pengetahuan yang kemudian diharapkan menjadi perubahan pada perilaku ke arah positif di bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2012)

2. Edukasi kesehatan

Edukasi kesehatan merupakan pengembangan yang lebih luas dari media promosi kesehatan. Edukasi kesehatan adalah berbagai model pendekatan dan strategi yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan individu, kelompok maupun masyarakat. Jika media promosi kesehatan lebih pada pemanfaatan media, edukasi kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai model pendekatan yang lebih luas misalnya melalui tatap muka, seminar, kelas ibu hamil, kelas lansia dan sejenisnya. Selain itu, edukasi kesehatan juga bisa dilakukan dengan menggunakan berbagai model media promosi kesehatan sebagai sarana penunjang komunikasi dengan sasaran. Misalnya pemanfaatan media lembar balik untuk memberikan edukasi kepada lansia pada kelas lansia.

3. Kampanye sosial dan mobilisasi masyarakat

Berbagai studi menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan masyarakat dapat meningkatkan perubahan perilaku masyarakat menuju perilaku sehat. Banyak upaya yang telah dilaksanakan oleh pemerintah terkait promosi kesehatan dengan kampanye sosial dan mobilisasi masyarakat, misalnya melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), Gerakan masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (Gema Cermat), dan berbagai program yang melibatkan kekuatan sosial dan mobilisasi masyarakat. Germas merupakan salah satu upaya berbasis kampanye sosial dan mobilisasi masyarakat yang cukup berhasil mengubah perilaku masyarakat di berbagai kelompok generasi khususnya terkait kebiasaan aktivitas fisik. Upaya-upaya tersebut merupakan bagian dari strategi promosi kesehatan yang telah dilakukan pemerintah dalam mencapai satu tujuan dari program peningkatan kesadaran kesehatan, yakni terjadinya peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.

4. Pemenuhan sarana prasarana kesehatan yang memadai Pemberdayaan kader kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan kader dan masyarakat merupakan salah satu strategi pemerintah dalam melakukan upaya promosi kesehatan. Pemberdayaan kader dan masyarakat dilakukan melalui berbagai inovasi seperti yang dikenal dengan Posyandu ILP, melalui Puskesmas, dan berbagai kerjasama lintas program. Tujuan dari pemberdayaan ini adalah untuk memberdayakan masyarakat agar mampu untuk mengenali, mencegah dan menanggulangi permasalahan kesehatan secara mandiri. (Kemenkes, 2016)

5. Monitoring dan evaluasi program yang telah dijalankan

Bagian ini menjadi bagian dari strategi yang harus dilakukan. Monitoring dan evaluasi program ini dapat digunakan sebagai alat ukur yang bisa merefleksikan efektifitas program-program yang telah dijalankan

sebelumnya. Selain itu, kegiatan monitoring dan evaluasi dapat digunakan sebagai alat untuk memberikan umpan bali, deteksi masalah dan hambatan, serta dapat digunakan untuk mengukur dampak dan keberhasilan dari pelaksanaan program.

D. Upaya Penanganan Penyakit Menular Melalui Promosi Kesehatan

Terdapat berbagai model upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit menular. Penyakit menular mempunyai karakteristik penanganan yang berbeda dibandingkan dengan penyakit tidak menular (PTM). Pada penyakit tidak menular bisa dilakukan pendekatan yang identik terhadap beberapa jenis sekaligus. Misalnya melalui pendekatan modifikasi perilaku CERDIK, terdapat beberapa penyakit yang sekaligus bisa ditangani melalui pendekatan perilaku. Namun dalam upaya penanganan penyakit menular cenderung membutuhkan strategi yang berbeda dan khusus terhadap penyakit menular. Akan cenderung berbeda penanganan penyakit TB, demam berdarah, dengue, HIV AIDS, atau penyakit cacangan.

Pada penyakit Tuberkulosis (TB), penanganan dapat dilakukan melalui edukasi dan pelacakan kontak. Pelacakan kontak dilakukan untuk mengidentifikasi, memeriksa dan mengobati pasien TB sehingga diharapkan melalui pelacakan kontak ini penyebaran penyakit TB dapat dicegah. Selain pelacakan kontak, edukasi juga menjadi bagian yang penting dalam upaya penanganan TB. Edukasi harus dilakukan untuk memastikan penderita TB mendapatkan penegakan diagnosis, mendapatkan pengobatan yang sesuai standar dan mampu menjalankan perilaku hidup sehat untuk mencegah penularan TB.

Penanganan pada penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) secara umum dilakukan melalui upaya yang dikenal dengan Program 3M Plus dan Jumantik (Juru Pemantau Jentik). Upaya penanganan DBD melalui Program 3M Plus ini bisa

dilakukan melalui media promosi kesehatan dan juga advokasi dengan semua lintas sektor. Salah satu tujuan dari upaya promosi kesehatan terkait dengan 3M Plus ini adalah meningkatkan pengetahuan masyarakat akan pentingnya 3M Plus yang mana selama ini masih banyak kelompok masyarakat yang masih memiliki pemahaman bahwa fogging merupakan satu-satunya solusi dalam mencegah meluasnya penyebaran DBD.

Dalam kasus-kasus penyakit menular yang berbeda, terdapat pola penanganan yang berbeda pula, seperti kampanye 5M, dan vaksinasi pada pencegahan COVID-19. Pada kasus pencegahan penyakit cacangan dapat dilakukan melalui edukasi kebiasaan mencuci tangan dan sanitasi. Contoh lain dalam penanganan HIV/AIDS dapat dilakukan melalui edukasi seks yang aman, tes sukarela, pendampingan, literasi masyarakat terhadap stigma yang dapat memperburuk upaya penanganan HIV/AIDS secara keseluruhan.

E. Peran Lintas Sektor dalam Upaya Promosi Kesehatan

Salah satu faktor yang menentukan dalam keberhasilan program promosi kesehatan adalah peran aktif dari lintas sektor. Upaya promosi kesehatan tidak akan mendapatkan hasil yang maksimal tanpa adanya peran serta lintas sektor. Berikut adalah peran masing-masing unsur dalam menunjang keberhasilan upaya promosi kesehatan:

1. Peran Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan Kader

Salah satu tujuan dari upaya promosi kesehatan adalah memangkas ketidaksetaraan kesehatan yang kerap ada di masyarakat. Dalam hal ini dinas kesehatan berperan dalam menciptakan ekosistem pendidikan kesehatan yang baik melalui penyediaan sumber daya kesehatan, penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam hal ini puskesmas, dan juga membuat perencanaan-perencanaan strategis di bidang kesehatan.

Kolaborasi yang baik antara puskesmas dan kader kesehatan juga merupakan kunci dalam menunjang efektifitas promosi kesehatan. Puskesmas dalam hal ini adalah sebagai penyelenggara layanan kesehatan dan juga kepanjangan tangan dari Dinas Kesehatan seangkan kader kesehatan adalah ujung tombak dalam upaya mensukseskan berbagai program kesehatan pada lapisan yang bersinggungan langsung dengan masyarakat. Kader memegang peranan sangat vital dalam hal pelaksanaan posyandu, pengambilan data di masyarakat, dan berbagai upaya pendekatan langsung ke masyarakat.

2. Kolaborasi dengan Pendidikan dan Agama

Faktor internal yang dapat memengaruhi pola berfikir terhadap ilmu pengetahuan yaitu Pendidikan (Notoatmodjo, 2010). Melalui pendidikan akan mendapatkan informasi berbagai ilmu pengetahuan yang dapat meningkatkan kualitas hidup manusia. Dalam bidang kesehatan, pendidikan kesehatan merupakan satu komponen utama dalam promosi kesehatan. Dengan demikian, kolaborasi dengan lembaga pendidikan merupakan salah satu strategi yang harus dilakukan dalam upaya meningkatkan efektifitas edukasi kesehatan. Contoh pendidikan kesehatan di sekolah yang telah ada dan dapat berjalan dengan baik hingga sekarang yaitu melalui UKS. Pendidikan Trias UKS yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat, sekolah dapat menjadi mitra strategis dalam mencapai tujuan promosi kesehatan pada tingkatan sekolah diantaranya:

- a. Menciptakan ekosistem sekolah yang berwawasan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
- b. Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat, bersih dan nyaman.
- c. Mampu meningkatkan pendidikan kesehatan di sekolah.
- d. Meningkatkan penerapan kebijakan sehat dan upaya mempromosikan kesehatan di lingkungan sekolah. Dalam hal promosi kesehatan terkait penyakit menular,

sekolah dapat menjadi mitra strategis dalam meningkatkan pengetahuan generasi muda misalnya terkait dengan edukasi kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual, tuberkulosis, etika batuk dan bersin, kebiasaan mencuci tangan dan lain sebagainya.

Salah satu cara strategis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat di lingkungan sekolah yaitu dengan melakukan promosi kesehatan di sekolah. Promosi kesehatan dengan komunitas sekolah cukup efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat. Pada usia sekolah sangat baik untuk diberikan edukasi dan pemahaman mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Selain lembaga pendidikan, upaya promosi kesehatan juga dapat berjalan lebih efektif dengan mengimplementasikan nilai-nilai luhur dalam yang terdapat dalam ajaran agama. Agama merupakan agen pengendalian sosial, sebagai pemandu perilaku sehat bagi individu dan kelompok. Dengan demikian kolaborasi dengan organisasi keagamaan juga menjadi langkah yang harus dilakukan dalam upaya memperkuat upaya promosi kesehatan.

3. Peningkatan Literasi, Strategi Inovatif, Digitalisasi Promosi Kesehatan dan Tantangan Budaya di Masyarakat

Salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam meningkatkan keberhasilan upaya promosi kesehatan adalah melalui strategi inovatif peningkatan literasi melalui beragam inovasi. Salah satu inovasi yang dapat dilakukan adalah melalui keterlibatan lintas sektor dalam berbagai lini. Salah satunya adalah melalui digitalisasi promosi kesehatan. Upaya digitalisasi promosi kesehatan ini. Pemanfaatan teknologi dan media digital dalam penyebaran informasi kesehatan ini dianggap sangat relevan untuk era saat ini. Digitalisasi ini dapat dilakukan dengan mengoptimalkan berbagai platform media sosial maupun kecerdasan buatan (AI) untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan yang lebih efektif.

Kelebihan dari digitalisasi ini adalah pada kemampuan jangkauan sasarannya yang luas. Dengan media sosial saat ini, edukasi bisa menjangkau berbagai kelompok tanpa batasan waktu dan jangkauan penyebaran. Selain itu pemanfaatan teknologi juga dapat memangkas biaya pembuatan media promosi kesehatan.

Tantangan dan hambatan dari digitalisasi promosi kesehatan ini lebih cenderung pada perilaku sosial dan budaya masyarakat yang belum mampu sepenuhnya menggunakan media sosial sebagai media edukasi. Sebagian besar masyarakat masih menggunakan media sosial sebatas hiburan. Selain itu potensi misinformasi dan penyebaran hoax melalui platform digital juga masih relatif tinggi yang hingga saat ini masih menjadi tambahan problem baru bagi upaya digitalisasi pendidikan kesehatan.

F. Rekomendasi Kebijakan dan Arah Pendidikan Kesehatan

Terdapat empat kunci arah kebijakan yang harus menjadi prioritas pemerintah terkait pendidikan kesehatan khususnya dalam upaya meningkatkan keberhasilan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular melalui upaya promosi kesehatan.

1. Integrasi Promosi Kesehatan dalam Kurikulum dan Program Nasional

Salah satu langkah strategis dalam pencegahan penyakit menular yang mendesak untuk dilakukan adalah pada masa anak usia sekolah dan remaja adalah masa disaat proses perkembangan seseorang ditandai oleh pergeseran pada aspek emosi, kondisi fisik, ketertarikan dan pola perilaku. Pada siswa Sekolah Menengah Atas (SMA), kondisi yang mengkhawatirkan dan menjadi masalah perilaku remaja adalah masalah Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), pemakaian zat adiktif terlarang, aktivitas seksual di luar pernikahan, kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular melalui hubungan seksual. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) telah mengemukakan bahwa

remaja sering menghadapi tiga risiko kesehatan utama yakni NAPZA, HIV/AIDS dan isu seksualitas yang disebut TRIAD KRR. Hal ini muncul berawal dari siswa kurang memahami perubahan fisik yang terjadi saat mereka memasuki masa remaja, sedangkan tidak adanya informasi yang disampaikan tentang hal tersebut di sekolah maupun di lingkungan keluarga. Perilaku ini sesuai dengan pendapat Rono Sulistyono dalam karyanya "Pendidikan Sex" yang menyatakan bahwa pengetahuan anak muda tentang seks sering kali diperoleh dari teman sebaya melalui candaan yang tidak pantas dan bersifat cabul (Hermiyanty et al., 2016)

2. Mengembangkan inovasi teknologi dalam promosi kesehatan.

Salah satu potensi inovasi teknologi dalam pengembangan pendidikan kesehatan yang efektif adalah melalui peningkatan upaya promosi kesehatan di platform media sosial. Terlepas dari kelebihan dan kekurangan dari media sosial, namun bukti empirik menunjukkan bahwa media sosial masih merupakan sarana yang efektif untuk penyampaian promosi kesehatan. Namun demikian masih diperlukan partisipasi aktif dari tenaga kesehatan yang jumlahnya di Indonesia masih cukup terbatas. Hal ini mengakibatkan penyebaran informasi kesehatan menjadi kurang luas. (Wahyuni et al., 2022). Dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat akan informasi kesehatan, maka pemangku kepentingan harus mulai memikirkan langkah-langkah pengembangan promosi kesehatan melalui inovasi teknologi, khususnya adalah media sosial. Hal-hal yang harus dilakukan oleh pemerintah dalam memperkuat peran dalam pendidikan kesehatan melalui media sosial diantaranya adalah melalui:

- a. Penyediaan tenaga kesehatan yang kompeten dalam bidang teknologi informasi khususnya pada wilayah media sosial.

- b. Berkolaborasi dengan berbagai *stakeholder* seperti organisasi profesi, pendidikan kesehatan untuk *influencer* atau konten kreator, maupun pengembangan informasi kesehatan berbasis web.
- c. Memperkuat penyebaran media-media promosi kesehatan melalui berbagai konten kreatif yang dapat diakses oleh masyarakat dengan lebih mudah

Strategi itu harus dilaksanakan secara berkesinambungan dan tersistem untuk memastikan bahwa masyarakat memiliki akses yang mudah untuk mendapatkan informasi yang benar terkait berbagai masalah kesehatan khususnya penyakit menular dan terhindar dari *mis-informasi*, informasi yang menyesatkan maupun *hoax*.

3. Membangun ketahanan masyarakat terhadap penyakit menular melalui pemenuhan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan.

Pandemi Covid-19 yang terjadi beberapa waktu lalu membukakan fakta bahwa Indonesia belumlah memiliki ketahanan yang cukup baik terhadap kejadian-kejadian luar biasa khususnya terkait dengan penyebaran penyakit menular.

4. Pemberdayaan masyarakat untuk mengoptimalkan lingkungan sehat

Lingkungan menjadi salah satu faktor risiko terjadinya penyakit menular. Lingkungan yang sehat merupakan upaya pengendalian faktor risiko penyakit baik menular maupun tidak menular, hal ini dilakukan dengan meningkatkan kemampuan menjadi sehat, menjaga lingkungan baik secara fisik, biologi, kimia maupun sosial. Kegiatan peningkatan kesehatan lingkungan dapat dilakukan dengan melakukan pengawasan kualitas lingkungan sehingga mendorong ketercapaian sasaran program pembinaan kesehatan masyarakat. Tujuan dan sasaran program peningkatan kesehatan dapat terwujud dengan pengelolaan program yang baik dan benar, adanya koordinasi dan komunikasi

yang dinamis antar lintas sektor dan lintas program, kemampuan informasi dan edukasi yang baik serta didukung oleh regulasi sebagai NSPK. (Direktorat Perencanaan Tenaga Kesehatan, 2023)

Kegiatan ini sangat mendesak untuk dilakukan oleh pemerintah dalam kaitannya dengan penyehatan lingkungan yang dapat dilakukan melalui kegiatan peningkatan kesehatan, adanya pengamanan dan pengendalian media air, udara, tanah, pangan, sarana bangunan serta binatang pembawa penyakit. Direktorat penyehatan lingkungan melaksanakan kegiatan program penyehatan lingkungan melalui penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan permukiman dan tempat umum, penyehatan kawasan dan sanitasi darurat, *hygiene* sanitasi pangan dan pengamanan limbah udara dan radiasi. (Enjelina et al., 2023)

Pemerintah juga sebaiknya mengintensifkan pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor khususnya terkait dengan penyediaan sarana dan prasarana yang berkaitan langsung dengan pembangunan fisik yang sering terkendala dengan pendanaan seperti penyediaan jamban sehat, penyediaan sumber air yang layak dan lain sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Perencanaan Tenaga Kesehatan. (2023). *Rencana Aksi Kegiatan 2022 - 2024 (Revisi)*. Jakarta: Kemenkes RI, 3(1), 1-15.
- Enjelina, W., Pratiwi putri, A., Simbolon, V. A., & Samosir, K. (2023). *Pemberdayaan Masyarakat Dalam Meningkatkan Fasilitas Sanitasi Sebagai Upaya Pengendalian Penyakit Menular Wilayah Pesisir*. Segantang Lada : Jurnal Pengabdian Kesehatan, 1(2),
- Glanz, K. (2008). *HealthBehavior-Education.pdf* (pp. 30-34). <http://transformationalchange.pbworks.com/f/HealthBehavior-Education.pdf>
- Green, L & Kreuter, M. . (2005). *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach* (Issue 2nd Edition).
- Handayani, L. T. (2018). Pemeriksaan Feses Untuk Identifikasi Cacing Dan Amoeba Pada Santri Di Pondok Pesantren. *Jurnal SainHealth*, 2(2), 29.
- Hermiyanty, Hasanah, & Hendra, S. (2016). Implementasi Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja. *Jurnal Kesehatan Tadulako*, 2(1), 45-57.
- Kemenkes RI. (2014). Berita Negara Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014*, Jakarta: Kemenkes RI. 151(2), 10-17.
- Kemenkes RI. (2016). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan. (2024). *Profil Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi*. Jakarta: Rineka Karya.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peter F. Edemekong; Ben Huang. (2022). *Epidemiology of Prevention of Communicable Diseases*. StatPearls Publishing LLC.

Wahyuni, S., Arisani, G., Riani, R., & Hanipah, H. (2022). *Peran Media Sosial Sebagai Upaya Promosi Kesehatan*. *Jurnal Forum Kesehatan : Media Publikasi Kesehatan Ilmiah*, 11(2), 86–96.

WHO. (2015). *Health Promotion*. WHO. <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/health-promotion>

WHO. (2024). *The top 10 causes of death*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Contoh Modul Edukasi Kesehatan Masyarakat

Judul Modul : “Saya Sehat, Keluarga Sehat, Masyarakat Kuat”
Sasaran : Kader kesehatan, ibu rumah tangga, remaja, dan kelompok rentan
Durasi Pelatihan : 2 hari (4 sesi @90 menit)

Isi Modul:

Sesi 1: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

1. Materi: Cuci tangan pakai sabun, sanitasi rumah, konsumsi air bersih.
2. Metode: Ceramah interaktif, demonstrasi.

Sesi 2: Gizi Seimbang dan Cegah Anemia

1. Materi: Isi piringku, pentingnya zat besi untuk remaja dan ibu hamil.
2. Metode: Simulasi menu seimbang, role-play.

Sesi 3: Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga

1. Materi: KB, pencegahan infeksi menular seksual, kesehatan reproduksi remaja.
2. Metode: Diskusi kelompok, kuis edukatif.

Sesi 4: Pemberdayaan Masyarakat

1. Materi: Konsep dan prinsip pemberdayaan, peran kader, mobilisasi warga.
2. Metode: Studi kasus, praktik membuat rencana aksi komunitas.

Lampiran 2. Contoh Kuesioner Evaluasi Program Pemberdayaan Kesehatan

Nama Responden :
Jenis Kelamin : L / P
Usia : tahun
Domisili :

Bagian A. Pengetahuan (Skala benar-salah)

1. Cuci tangan dengan sabun dapat mencegah diare. (Benar/Salah)
2. Remaja perempuan lebih rentan anemia karena menstruasi. (Benar/Salah)

Bagian B. Sikap (Skala Likert)

1. Saya merasa kegiatan posyandu sangat penting bagi kesehatan keluarga saya.
(1) Sangat Tidak Setuju - (5) Sangat Setuju
2. Saya percaya kader kesehatan dapat membantu masyarakat hidup sehat.
(1) Sangat Tidak Setuju - (5) Sangat Setuju

Bagian C. Praktik

1. Dalam seminggu terakhir, berapa kali Anda mencuci tangan dengan sabun sebelum makan?
 Tidak Pernah 1-2 kali 3-4 kali Setiap Hari
2. Apakah Anda pernah mengikuti kegiatan penyuluhan kesehatan dalam 1 bulan terakhir?
 Ya Tidak

Bagian D. Saran dan Masukan

Apa yang menurut Anda perlu diperbaiki dari kegiatan pemberdayaan kesehatan ini?

.....

TENTANG PENULIS



Ns. Harmanto, S.Kep., M.Kep. dilahirkan pada tanggal 29 Juli 1990 di Waha, Kabupaten Wakatobi. Penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan di STIKes IST Buton dan lulus pada tahun 2014. Pada tahun 2014, penulis melanjutkan pendidikan Ners (Profesi) di STIKes Amanah Makassar dan lulus pada tahun 2015.

Pada tahun 2016-2017 penulis mengabdikan diri sebagai tenaga kontrak Dinas Kesehatan di Kabupaten Pulau Taliabu. Pada tahun 2018 penulis melanjutkan pendidikan S2 (Magister) pada Program Studi Magister Keperawatan Konsentrasi Peminatan Keperawatan Komunitas di Universitas Muhammadiyah Jakarta yang diselesaikan pada tahun 2020. Penulis menjadi dosen tetap di Program Studi S1 Keperawatan & Ners STIKes IST Buton mulai tahun 2021 sampai sekarang. Sejak tahun 2021, penulis mengajarkan mata kuliah dasar keperawatan komunitas kepada mahasiswa S1 Keperawatan & Ners seklaigus menjadi pengampuh mata kuliah tersebut. Mata kuliah lain yang diajarkan adalah Keperawatan Keluarga, Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif dan Komunikasi Dalam Keperawatan. (email; harmantoanton1@gmail.com)



Dr. Nina Mardiana, M.Kes. adalah dosen di Perguruan Tinggi Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Program Studi Promosi Kesehatan. Telah mengemang pendidikan hingga Strata Tiga di Universitas Airlangga Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di bidang Kesehatan pada tahun 2014. Berprestasi dikalangan Kementerian Kesehatan dengan mendapatkan penghargaan sebagai Dosen Berprestasi pada tahun 2008 dan tahun 2017, juga aktive dibidang kerohanian dan pramuka. Tinggal di kota Balikpapan Kalimantan Timur. Email: ninawd3@gmail.com.



drg. Sari Aldilawati, M.Kes, lahir di Jakarta, pada 3 Oktober 1986. Tercatat sebagai dosen di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Muslim Indonesia. Kerap disapa dengan panggilan Sari, lulusan Kedokteran Gigi FKG Moestopo sejak tahun 2010 ini selain menjadi seorang akademisi, juga tetap menjadi praktisi di RSGMP UMI juga di tempat praktek pribadi.
Email : sharyaldila@umi.ac.id



drg. Muhammad Jayadi Abdi, M.Kes , lahir di Ujung Pandang pada 29 Desember 1985. Lulusan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama) dan bekerja sebagai Dosen di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Sulawesi Selatan
jayadiabdi29@umi.ac.id



Yuhelva Destri, SKM., M.Kes. Lahir di Pringsewu, 20 Desember 1985. Menyelesaikan pendidikan D III di Akademi Kebidanan Suluh Bangsa Jakarta, SI Kesehatan Masyarakat di Perguruan Tinggi Mitra Lampung, dan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati Lampung. Wanita yang kerap disapa Eva saat ini bekerja sebagai dosen di STIKes Adila di Kota Bandar Lampung dan menjabat sebagai Kaprodi Kebidanan Program D III sejak tahun 2020 sampai saat ini. Penulis pernah menulis buku dengan judul Mutu Pelayanan Kebidanan yang diterbitkan oleh Trans Info Media, Pelayanan Kebidanan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan yang diterbitkan oleh PT Mavy Media Literasi Indonesia, Latihan Soal Uji Kompetensi D III dan Profesi Kebidanan Jilid 2 yang diterbitkan oleh PT Mahakarya Citra Utama Group, Asuhan kebidanan Komunitas yang diterbitkan oleh Yayasan Bercode dan Manajemen Promosi Kesehatan yang diterbitkan oleh CV. Eureka Media Aksara. Email :yuhelvadestri@adila.ac.id



Arni Widyastuti, SKM, 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.



drg. Rosmaladewi Talli, S.KG, M.Kes lahir di Ujung Pandang, pada 20 April 1982. Wanita yang kerap disapa Dewi ini adalah anak dari pasangan M. Saleh R. Daeng Talli (ayah) dan Kalsum Kadir, SE (ibu). Ia tercatat sebagai salah satu dosen di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar yang saat ini sedang menempuh program studi doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin, Makassar. Email : dewitalli@gmail.com



Sri Hazanah, S.ST., S.KM., MPH. Dosen program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Penulis lahir di Aceh Timur, 18 Desember 1967. Menyelesaikan Pendidikan **Perawat Pendidik** di Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2002. Selanjutnya menempuh pendidikan **Sarjana Kesehatan Masyarakat** di Universitas Widyagama Samarinda lulus tahun 2008. Dan melanjutkan **Pendidikan Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat** pada peminatan Promosi Kesehatan dan Perilaku (PPK) di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2010, gelar MPH. Pernah menjabat sebagai koordinator II Kemahasiswaan prodi D III Kebidanan Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur pada tahun 2010-2014. Pernah sebagai pengelola prodi D III Keperawatan Balikpapan Poltekkes Kemenkes

Kaltim pada tahun 2014-2019. Pernah sebagai Ketua Jurusan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur pada tahun 2019 – 2023. Penulis aktif sebagai penulis buku, chapter dan artikel jurnal ilmiah bereputasi nasional dan internasional. Organisasi profesi yang diikuti adalah anggota Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI). Email Penulis: srihazanah@gmail.com



Dr. drg. Lendrawati, MD.Sc, lahir di Bukittinggi pada 20 September 1968, adalah seorang dokter gigi dan dosen di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Andalas. Ia menyelesaikan pendidikan Sarjana Kedokteran Gigi di Universitas Padjadjaran dari tahun 1988 hingga 1993, dan meraih gelar profesi dokter gigi pada tahun 1995. Setelah itu, ia melanjutkan studi S2 di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2010 hingga 2012, di mana ia memperoleh gelar MDSc dengan fokus pada manajemen pelayanan kesehatan. Selanjutnya, Drg. Lendrawati melanjutkan pendidikan S3 di Universitas Sumatera Utara dari tahun 2013 hingga 2019 untuk meraih gelar doktor. Sebagai seorang yang berpengalaman di bidang kedokteran gigi, Dr. Lendrawati aktif dalam praktik klinis serta pendidikan, yang berfokus pada manajemen pelayanan kesehatan dan pengembangan pendidikan kedokteran gigi. Ia berkomitmen untuk berkontribusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan gigi di Indonesia melalui berbagai seminar, lokakarya, dan penelitian. Dr. drg. Lendrawati terus berupaya memajukan ilmu dan praktik kedokteran gigi sebagai bagian dari pengabdianya di dunia pendidikan dan kesehatan. drglendrawati@gmail.com lendrawati@dent.unand.ac.id



Rahmi Kurnia Gustin, SKM, M.Kes lahir di Kota Bukittinggi, pada 22 Agustus 1989. Penulis adalah dosen pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Prima Nusantara Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan S1 Tahun 2011 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang dan menyelesaikan S2 Tahun 2015 pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Penulis menekuni bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat pada peminatan Epidemiologi. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Dasar Epidemiologi, Surveilans Epidemiologi, Epidemiologi Kesehatan Lingkungan, Epidemiologi Kesehatan Haji, Epidemiologi Penyakit Tidak Menular, dan Epidemiologi Penyakit Menular. Penulis juga telah menghasilkan publikasi pada jurnal nasional terakreditasi dan Prosiding Internasional. Penulis dapat dihubungi melalui email rahmikurniagustin@gmail.com



Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM lahir di Cilacap pada 15 November 1994. Ia menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan meraih gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Diponegoro. Saat ini, penulis aktif sebagai dosen di bidang Kesehatan Masyarakat, khususnya pada Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan. Ia memiliki minat dan fokus keilmuan dalam promosi kesehatan, perilaku kesehatan, dan epidemiologi komunitas. Selain mengajar, ia juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan perempuan dan remaja. Email : wahyuratri@poltekindonusa.ac.id



apt. Ifa Aris Suminingtyas, M.Farm. lahir di Kediri, pada 4 Januari 1985. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Farmasi Universitas Jember, lulusan Profesi Apoteker Universitas Prof. DR. HAMKA Jakarta dan lulusan Magister Farmasi Universitas Sanata Dharma Yogyakarta. Ia Merupakan Apoteker farmasi komunitas dan tercatat sebagai dosen tetap di Prodi S1 Farmasi Universitas Alma Ata Yogyakarta dengan bidang keahlian Farmasi Sosial. Email: ifaaris@almaata.ac.id