BUKU AJAR
PROMOSI KESEHATAN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Elisa Ulfiana, S.SiT, M.Kes
Farida Sukowati, S.ST, M.Kes

KEMENKES RI

KEMENKES RI

BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Tim Penyusun

Elisa Ulfiana, S.SiT, M.Kes
Farida Sukowati, S.ST, M.Kes

Penyunting :
Hariyanti, S.Sos., S.S

KEMENKES RI

Penerbit :

Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang

BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Tim Penyusun

Elisa Ulfiana, S.SiT, M.Kes
Farida Sukowati, S.ST, M.Kes

Penyunting :
Hariyanti, S.Sos., S.S

Edisi I, Cetakan Pertama 2019

Diterbitkan Oleh :

Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang

Telp: (024)7477208

ISBN : 978-602-6536-92-1

KEMENKES RI

ISBN 978-602-6536-92-1

9 786026 536921

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah penulis panjatakan atas kehadirat Allah Yang Maha Esa, karena dengan berkah dan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan buku ajar Promosi Kasehatan bagi Mahasiswa kebidanan. Penulis berharap dengan adanya Buku ajar promosi kesehatan yang telah terbit ini, dapat dijadikan sebagai panduan yang dapat membantu dan mempermudah mahasiswa maupun pengajar untuk mencapai tujuan pembelajaran yang diharapkan khususnya mempermudah dalam penyampaian materi saat Proses Belajar Mengajar.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam pembuatan buku ajar ini masih banyak sekali kekurangan dan kelemahan, khususnya dalam pencantuman sumber pustaka yang penulis gunakan sebagai referensi dalam pembuatan buku ajar. Untuk itu, jika ada yang kurang dalam penulisan sumber referensi, penulis mengucapkan permohonan maff, karena pada dasarnya bukan suatu kesengajaan yang penulis lakukan. Untuk adanya kesempurnaan isi buku ajar ini, penulis sangat berharap adanya kritik dan saran yang dapat disampaiakan demi kesempurnaan buku ajar Promosi Kesehatan ini.

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih banyak teruntuk mahasiswaku yang senantiasa membantu kelancaran pembuatan buku ajar ini.

Tak lupa untuk keluarga tercinta, terima kasih atas doa dan dukungan yang selama ini diberikan hingga terselesainya buku ajar ini.

KEMENKES RI

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

PRAKATA iii

DAFTAR ISI iv

BAB I. Konsep, Prinsip, Ruang Lingkup , dan Visi Promosi Kesehatan 1

A. Definisi, Sejarah dan Tujuan Promosi Kesehatan 1

B. Determinan Promosi Kesehatan 4

C. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan 7

D. Visi dan Misi Promosi Kesehatan 11

Rangkuman 13

Latihan 14

BAB II. Konsep Dasar Perilaku Dan Perubahan Perilaku 17

A. Pengertian Perilaku 17

B. Batasan, Bentuk dan Domain Perilaku 18

C. Proses Perubahan Perilaku 20

D. Teori Perubahan Perilaku 22

E. Penyebab perubahan Perilaku 27

Rangkuman 27

Latihan 29

BAB III . Perencanaan Program Promosi Di Puskesmas 32

A. Pengertian Perencanaan Promosi Kesehatan 32

B. Strategi Promosi Kesehatan dalam Kelompok Perawatan Primer 33

C. Model Perencanaan Promosi Kesehatan 34

D. Cara Membuat Perencanaan Program Promosi Kesehatan Di Puskesmas 38

Rangkuman 53

Latihan 54

BAB IV. Konsep Kebutuhan Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan

A. Konsep Kebutuhan Induvidu dan Kelompok 58

B. Kebutuhan Pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan 62

C. Teknik Identifikasi Kebutuhan 63

D. Survey Kebutuhan 66

Rangkuman 68

Latihan 69

KEMENKES RI

BAB V. Menyusun Kebutuhan dan Model Promosi Kesehatan 72
A. Tehnik Memilih Kebutuhan Pendidikan Kesehatan 72
B. Cara Menyusun TIU dan TIK 74
C. Model Promosi Kesehatan 76
Rangkuman 78
Latihan 79
BAB VI. Menyusun SAP dan Metode Pendidikan Kesehatan 82
A. Definisi Satuan Acara Penyuluhan 82
B. Tujuan Penyusunan SAP 82
C. Kerangka SAP 83
D. Tahap-Tahap Penyusunan SAP 84
E. Langkah-langkah Membuat SAP dan Perencanaan Pengajaran 85
Rangkuman 91
Latihan 92
BAB VII. Media Promosi dan Berbagai Pengembangannya 96
A. Konsep Media Promosi 96
B. Penggolongan Media Promosi Kesehatan 97
C. Cara Memilih Saluran Media Promosi 99
D. Karakteristik Media Promosi 100
E. Cara Merancang Pengembangan Berbagai Jenis Media Promosi 105
F. Cara Melakukan Evaluasi Media Promosi 106
Rangkuman 108
Latihan 110
BAB VIII. Upaya Kemitraan dengan Masyarakat dan Berbagai Organisasi Masyarakat Dalam Promosi Kesehatan 114
A. Pengertian Kemitraan 114
B. Tujuan Kemitraan 115
C. Unsur-Unsur Kemitraan 115
D. Dasar Dilakukan Kemitraan 116
E. Prinsip Kemitraan 117
F. Ruang Lingkup Kemitraan 118
G. Tahap-tahap kemitraan 118

KEMENKES RI

H. Peran Dinas Kesehatan dalam Pengembangan Kemitraan di Bidang Kesehatan 119
I. Indikator keberhasilan dalam kemitraan 120
Rangkuman 120
Latihan 121
BAB IX. Konsep Pemberdayaan Masyarakat 124
A. Pengertian Pemberdayaan 124
B. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat 126
C. Tujuan dan Strategi Pemberdayaan Masyarakat 127
D. Indikator Keberhasilan dari pelaksanaan Pemberdayaan 128
E. Aspek Pemberdayaan Masyarakat 129
F. Unsur Pemberdayaan Masyarakat 130
G. Pokok-Pokok Pemberdayaan Masyarakat 130
H. Ciri kegiatan Pemberdayaan Masyarakat 130
I. Proses Pembinaan Peran Serta Masyarakat 131
J. Bentuk Upaya Pemberdayaan Mesyarakat 131
Rangkuman 132
Latihan 133
BAB X. Memahami dan Melaksanakan Pendidikan Kesehatan 137
A. Pengertian Pendidikan Kesehatan 137
B. Tujuan Program Pendidikan Kesehatan 138
C. Sasaran Pendidikan Kesehatan 138
D. Metode Pendidikan Kesehatan 139
E. Langkah-Langkah Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan 141
Rangkuman 148
Latihan 149
BAB XI. Memahami dan Melaksanakan Pendidikan Kesehatan Pada Individu dan Berbagai Kelompok Masyarakat 153
A. Pengertian Pendidikan Kesehatan Masyarakat 153
B. Prinsip Pendidikan Kesehatan 154
C. Peran Pendidikan Kesehatan 154
D. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Masyarakat 156

KEMENKES RI

E. Metode Pendidikan Kesehatan 156
F. Perencanaan Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan) 161
G. Gambaran Pelaksanaan Pendidikan Kelompok Evaluasi Pelaksanaan Pendidikan Kelompok 164
Rangkuman 165
Latihan 170
BAB XII. Teknik Komunikasi dan Konseling 175
A. Pengertian Tehnik Komunikasi 175
B. Tujuan Komunikasi 176
C. Proses Terjadinya Komunikasi 176
D. Komponen Komunikasi 176
E. Bentuk Komunikasi 177
Rangkuman 178
Latihan 180
BAB XIII. Teknik Konseling 184
A. Pengertian Konseling 184
B. Fungsi Konseling 185
C. Jenis-Jenis Layanan Konseling 185
D. Prinsip Konseling 187
E. Bidang Layanan Konseling Dalam Praktik Kebidanan 189
F. Langkah-Langkah Konseling Dalam Praktik Kebidanan 191
G. Hambatan-Hambatan dalam melaksanakan Konseling Kebidanan 192
Rangkuman 193
Latihan 195
BAB XIV. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan Promosi Kesehatan 199
A. Teknik Evaluasi Promosi Individu 199
B. Teknik Evaluasi Kegiatan Kelompok 201
C. Teknik Evaluasi Promosi pada Masyarakat 203
Rangkuman 106
Latihan 206

KEMENKES RI

DAFTAR GAMBAR

Konsep H.L Blum 6

Kerucut Elgar Dale 97

Contoh Poster 103

Contoh Leaflet 104

Contoh Lembar Balik 104

KEMENKES RI

1

KONSEP, PRINSIP, RUANG LINGKUP DAN VISI PROMOSI KESEHATAN

Setelah anda mempelajari dan mendapatkan pengalaman belajar dengan membaca materi dan latihan pada bab ini, pada akhirnya diharapkan Anda dapat :

A. Memahami Konsep : Definisi, Sejarah dan Tujuan Promosi Kesehatan.
B. Memahami Determinan Promosi Kesehatan
C. Memahami Ruang Lingkup Promosi Kesehatan
D. Memahami Visi Promosi Kesehatan

Pada bab I ini kita akan membicarakan tentang konsep, prinsip, ruang lingkup dan visi promosi kesehatan.

A. Apa Itu Promosi Kesehatan ?

Promosi kesehatan menjadi semakin fashionable sejak tahun 1980an. Konsep ini pertama kali digunakan pada 1970-an oleh Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Nasional Kanada, Marc Lalonde. Perspektif tentang promosi kesehatan ini mengidentifikasi faktor penentu kesehatan menurut lingkungan dan perilaku dan gaya hidup individu, bukan dengan karakteristik biomedis. Hal ini mempengaruhi gagasan lebih lanjut tentang definisi promosi kesehatan. Organisasi kesehatan dunia (WHO) di tahun-tahun kedepannya mengubah penekanan promosi kesehatan dari perawatan medis ke perawatan kesehatan primer, yang tercermin dalam kebijakan global. (Dunkley, 2000)

Promosi kesehatan sebagai bagian atau cabang dari ilmu kesehatan yang mempunyai dua sisi, yaitu sisi ilmu dan seni. Sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi program promosi kesehatan, merupakan penunjang bagi program-program lain.

KEMENKES RI

Artinya setiap program kesehatan, misalnya pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat, sanitasi lingkugan, KIA, program pelayan kesehatan, dan sebagainya perlu ditunjang atau dibantu oleh promosi kesehatan (di Indonesia disebut penyuluhan kesehatan). Hal ini esensial, karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu di kondisikan dengan promosi kesehatan.

World Health Organization (WHO) pada awal tahun 1980 menyimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tidak mampu mencapai tujuannya, apabila hanya memfokuskan pada upaya-upaya perubahan perilaku saja. Promosi kesehatan harus mencakup pula upaya perubahan lingkungan (fisik, sosial budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya) sebagai penunjang atau pendukung perubahan perilaku tersebut. Sebagai perwujudan dari perubahan konsep promosi kesehata ini secara organisasi struktural, maka pada tahun 1984 Divisi Pendidikan Kesehatan (*Health Education*) dalam WHO diubah menjadi Divisi Promosi dan Pendidikan Kesehatan (*Division on Health Promotion and Education*). Awal tahun 2000 Dapertemen Kesehatan RI baru dapat menyesuaikan konsep WHO dengan mengubah Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM) menjadi Direktorat Promosi Kesehatan, dan kemudian berubah menjadi Pusat Promosi Kesehatan.

Promosi Kesehatan dapat dilihat sebagai:

1. Penjualan barang, dimana kesehatan merupakan komoditas yang mudah didapat
2. Kampanye satu kali yang glamor yang berusaha meyakinkan orang-orang yang tidak berhubungan dengan kenyataan bahwa mereka membuat perbedaan dengan ketidaksetaraan. (Dunkley, 2000)

Kegiatan yang berusaha memperbaiki dan meningkatkan kesehatan sering dilabeli sebagai *'Promosi Kesehatan'*. Yeo (1993) memandang promosi kesehatan sebagai intervensi yang ditujukan untuk memungkinkan orang meningkatkan kesehatan mereka. (Dunkley, 2000)

> WHO 1984 mendefinisikan promosi kesehatan sebagai "*Proses Untuk Memungkinkan Orang Meningkatkan Kontrol Atas Kesehatan Mereka, dan Memperbaikinya*".

Menyadari bahwa promosi kesehatan telah memperoleh begitu banyak arti yang berbeda, Tannahill (1985) mengembangkan model promosi kesehatan yang menyediakan kerangka kerja untuk berbagai kegiatan yang tidak terpisahkan dalam pekerjaan promosi kesehatan. Hasil penelitian ini membentuk definisi berikut:

KEMENKES RI

'promosi kesehatan terdiri dari upaya untuk meningkatkan kesehatan positif dan mengurangi risiko kesehatan yang buruk, melalui lingkungan komunikasi, pencegahan, dan perlindungan kesehatan yang tumpang tindih. (Dunkley, 2000)

Jadi dapat dimpulkan bahwa promosi kesehtan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu. Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. WHO telah merumuskan :

> " *Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, theirs health. To reach a state of complete physical, mental, and sosial, well-being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment*". (Ottawwa Charter 1986).

Dari kutipan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa promosi kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya.

Batasan lain promosi kesehatan salah satunya juga dirumuskan oleh *Australian Health Foundation* sebagai berikut :

> " *Health promotion is programs are designed to bring about " change " within people, organization, communities, and theirs environment*".

Hal ini berarti bahwa promosi kesehatan adalah program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik didalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, politik, dan sebagainya. Dari dua kutipan diatas dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik

KEMENKES RI

maupun nonfisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. (Soekidjo, 2007 : 21-23)

B. Secara Prinsip, Apa Sajakah Determinan Kesehatan ?

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal inipun terdiri dari faktor fisik dan psikis. Demikian pula faktor eksternal, terdidri dari berbagai faktor, antara lain sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya.

Secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, masyakat dikelompokkan menjadi 4 (Blum, 1947), berturut-turut besarnya pengaruh tersebut adalah sebagai berikut :

1. Lingkungan (*environment*) yang mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya.
2. Perilaku *(behaviour)*
3. Pelayanan kesehatan *(health services)*
4. Keturunan *(heredity)*

Keempat faktor tersebut dalam mempengaruhi kesehatan tidak berdiri sendiri, namun masing-masing saling mempengaruhi satu sama lain. Faktor lingkungan selain mempengaruhi kesehatan juga mempengaruhi perilaku, dan perilaku sebaiknya juga mempengaruhi lingkungan, dan perilaku juga mempengaruhi pelayanan kesehatan, dan seterusnya.

Menurut Simon-Morton, dan Green (1995) determinan kesehatan meliputi genetik, lingkungan fisik, lingkungan sosial, pelayanan kesehatan, dan perilaku. Perbedaaan dengan teori Blum adalah untuk determinan lingkungan lebih dispesifikan menjadi lingkungan fisik dan lingkungan sosial.

Determinan sosial menurut Simon-Morton meliputi ekonomi, agama, gender, budaya, demografi, populasi penduduk. Status ekonomi seringkali mempengaruhi status kesehatan individu. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang terhambat akibat kemiskinan menjadi faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Agama menjadi determinan sosial karena agama merupakan panutan bagaimana seseorang individu berperilaku baik sebagai sosial maupun sebagai individu itu sendiri. Gender menjadi determinan sosial karena di beberapa Negara, termasuk Indonesia, isu gender masih sangat kental. Kaum laki laki lebih dominan daripada perempuan, termasuk dalam hal

KEMENKES RI

kesehatan. Budaya patriakal merupakan salah satu contoh determinan sosial dalam hal budaya. Menempatkan laki-laki (suami) sebagai pelindung, dan pengambil keputusan untuk semuanya kadangkala sangat menentukan terhadap status kesehatan masing masing individu. (Soekidjo, 2010 :19-20).

"Bagaimanan perkembangan dan keterkaitan kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan, kesehatan dasar, pendidikan kesehatan, dan promosi ?"

> *A popular nation of health promotion is of lean and ruddy people, alone, grimy adhering to aregimen of healthdirected behaviour to reduce their risks of premature death, disease, and even aging.* (Lawrence, 2000 :1)

Minoritas kecil dari individu-individu seringkali melakukan kegiatan penting yang lebih berorientasi terhadap tujuan akhir dari kegiatan tersebut, dan banyak dari bidang pendidikan menunjukkan perkembangan yang membanggakan dalam tahun terakhir. Kegiatan yang berorientasi pada tujuan hanyalah sebagian kecil dari gambaran jaringan masalah yang lebih luas dari perilaku yang berhubungan dengan kesehatan baik yang muncul di dalam keluarga, grup, komunitas, dan organisasi. Perilaku secara lebih luas dihubungkan dengan pola dan kondisi dari kehidupan: perumahan, makan, bermain, bekerja, dan hanya membuang waktu dengan bermalasan. Kegiatan yang paling banyak dilakukan seringkali di luar bidang dari sektor kesehatan dan tidak menyadari dengan kesehatan langsung.

Winslow (1920) seorang ahli kesehatan masyarakat, merumuskan batasan yang masih relevan hingga sekarang, yaitu:

> "Kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk:
> 1. Perbaikan sanitasi lingkungan
> 2. Pemberantasan penyakit menular
> 3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
> 4. Pengorganisasian dan pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini serta pengobatan.
> 5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya."

Dilihat dari ruang lingkup atau bidang garapan kesehatan masyakat, maka Kesehatan Masyarakat tersebut mencakup: kesehatan atau sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit menular yang tidak terlepas dari epidemiologi, pendidikan

KEMENKES RI

atau promosi kesehatan, manajemen pelayanan kesehatan dsb. Sesuai dengan perkembangan masalah kesehatan, yang terjadi di masyarakat, maka kesehatan masyarakat sampai dewasa ini mencakup sub bidang atau disiplin ilmu, yakni: Epidemiologi dan Biostatistik, sebagai "*tool*" analisis masalah-masalah kesehatan masyarakat. Kemudian sub bidang yang berkaitan dengan masalah-masalah kesehatan masyarakat antara lain mencakup: kesehatan dan sanitasi lingkungan, kesehatan kerja, perilaku kesehatan, kesehatan ibu dan anak, masalah gizi, masalah penyakit menular dan tidak menular, dan sebagainya. Sedangkan untuk memecahkan masalah-masalah tersebut, perlu manajemen atau administrasi kesehatan masyarakat dan pendidikan atau promosi kesehatan.

Masalah-masalah kesehatan tersebut juga dipengaruhi berbagai faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, masyakat secara garis besar dikelompokkan menjadi 4 (Blum, 1947), berturut-turut besarnya pengaruh tersebut adalah sebagai berikut :

Gambar 1. Konsep HL Blum

1. Lingkungan (*environment)*
2. Perilaku *(behaviour)*
3. Pelayanan kesehatan *(health services)*
4. Keturunan *(heredity)*

Melihat keempat faktor pokok yang mempengaruhi kesehatan masyarakat tersebut, maka dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat, hendaknya intervensi juga diarahkan kepada 4 faktor tersebut. Dengan kata lain, kegiatan atau upaya kesehatan juga dikelompokkan menjadi 4, yakni intervensi terhadap lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan *herediter*.

Intervensi terhadap faktor lingkungan fisik dalam bentuk sanitasi lingkungan, sedangkan intervensi terhadap lingkungan sosial, budaya, politik dan ekonomi, dalam bentuk program-program peningkatan pendidikan, perbaikan sosial ekonomi masyarakat, penstabilan politik dan keamanan, dan sebagainya. Intervensi terhadap faktor pelayanan kesehatan adalah dalam bentuk penyediaan atau perbaikan fasilitas

KEMENKES RI

pelayanan kesehatan, perbaikan sistem dan manajemen pelayanan kesehatan dan sebagainya.

Sedangkan intervensi terhadap faktor keturunan antara lain penasihatan atau konseling perkawinan, dan penyuluhan kesehatan khususnya bagi yang memiliki faktor risiko penyakit-penyakit herediter. Pendidikan atau promosi kesehatan merupakan bentuk intervensi terhadap perubahan perilaku. Namun demikian, faktor ketiga yang lain (lingkungan, pelayanan kesehatan, dan herediter) juga memerlukan imtervensi promosi kesehatan. (Soekidjo, 2010 :17-20)

C. Apa Sajakah Ruang Lingkup Promosi Kesehatan ?

Tujuan promosi kesehatan adalah mengubah perilaku dan gaya hidup individu, beberapa mungkin juga berusaha memperbaiki dukungan sosial, mengembangkan program peningkatan kesehatan masyarakat dan memberdayakan anggota masyarakat untuk mengendalikan perilaku kesehatan mereka. (Dunkley, 2000)

Cakupan promosi kesehatan, baik sebagai ilmu maupun sebagai seni sangat luas. Cakupan tersebut dapat dilihat dari 2 dimensi yakni dimensi aspek pelayan kesehatan dan dimensi tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan.

1. Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Kesehatan

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu telahmencapai 4 aspek pokok, yakni promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Ahli lain hanya membaginya menjadi 2 aspek, yakni aspek promotif dengan sasaran kelompok orang sehat, dan aspek preventif (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) dengan sasaran kelompok orang yang berisiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit. Sejalan dengan uraian ini, maka ruang lingkup pendidikan atau promosi kesehatan dikelompokan menjadi dua.

a. Promosi kesehatan pada aspek promotif

Sasaran promosi kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat. Selama ini kelompok orang sehat kurang mendapatkan perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat. Padahal kelompok orang sehat di suatu komunitas sekitar 80-85% dari populasinya. Apabila jumlah ini tidak dibina kesehatannya, maka jumlah ini akan meningkat. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan pada kelompok ini perlu ditingkatkan atau dibina agar tetap sehat, atau lebih meningkat lagi. Derajat kesehatan adalah dinamis, oleh sebab itu

KEMENKES RI

meskipun seseorang sudah dalam kondisi sehat, tetap perlu ditingkat dan dibina kesehatannya.

b. Promosi kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan

Pada aspek ini upaya promosi kesehatan mencakup 3 upaya atau kegiatan, yakni :

1) Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention)*

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok masyarakatberisiko tinggi (*high risk),* misalnya kelompok ibu hamil dn menyusui, para perokok. Obesitas, para pekerja seks (baik pria maupun wanita), dan sebagainya. Tujuan upaya promosi kesehatan pada kelompok ini adalah agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.

2) Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis misalnya asma, DM, tuberkulosis, rematik, tekanan darah tinggi, dan sebagainya. Tujuan upaya promosi kesehatan pada kelompok ini adalah agar penderita mampu mencegah penyakitnya menjadi lebih parah.

3) Pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuannya adalah agar mereka segera pulih kembali kesehatannya. Dengan kata lain menolong para penderita yang baru sembuh dari penyakitnya ini agar tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin (rehabilitasi).

2. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Tatanan Pelaksanaan

Berdasarkan tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi atau pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan ini dapat dikelompokan menjadi:

a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga atau rumah tangga adalah unit masyarakat terkecil. Oleh sebab itu, untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai di masing-masing keluarga. Didalam keluargalah mulai terbentuk perilaku-perilaku masyarakat. Orangtua (ayah dan ibu) merupakan sasaran utama dalam promosi kesehatan pada tatanan ini. Karena orangtua, terutama ibu merupakan

KEMENKES RI

peletak dasar perilaku dan terutama perilaku kesehatan bagi anak-anak mereka.

b. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah.

Sekolah merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Sekolah terutama guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh murid-muridnya. Oleh sebab itu lingkungan sekolah baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosia yang sehat, akan sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat anak-anak (murid). Kunci pendidikan kesehatan disekolah adalah guru, oleh sebab itu perilaku guru harus dikondisikan, melalui pelatihan-pelatihan kesehatan, seminar, lokakarya, dan sebagainya.

c. Promosi kesehatan di tempat kerja.

Tempat kerja merupakan tempat orang dewasa memperoleh nafkah untuk keluarga. Lingkungan kerja yang sehat (fisik dan nonfisik) akan mendukung kesehatan pekerja atau karyawan dan akhirnya akan menghasilkan produktivitas yang optimal. Sebaliknya lingkungan kerja yang tidak sehat serta rawan kecelakaan kerja akan menurunkan derajat kesehatan pekerjanya, dan akhirnya kurang produktif. Oleh sebab itu, pemilik, pemimpin,atau manager dari institusi tempat kerja termasuk perkantoran merupakan sasaran promosi kesehatan sehingga mereka peduli terhadap kesehatan para pekerjanya dan mengembangkan unit pendidikan kesehatan di tempat kerja.

d. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum.

Tempat-tempat umum disini mencakup pasar, terminal bus, bandar udara, tempat-tempat perbelanjaan, tempat-tempat olahraga, taman-taman kota, dan sebagainya. Tempat-tempat umum yang sehat, bukan saja terjaga kebersihannya, tetapi juga harus dilengkapi dengan fasilitas kebersihan dan sanitasi terutama WC umum dan sarana air bersih, serta tempat sampah. Para pengelola temapat-tempat umum merupakan sarana promosi kesehatan agar mereka melengkapi tempat-tempat umum dengan fasilitas yang dimaksud, disamping melakukan imbauan-imbauan kebersihan dan kesehatan bagi pemakai tempat umum atau masyarakat melalui pergerakan suara, poster, leaflet, dan sebagainya.

e. Fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan ini mencakup Rumah Sakit (RS), puskesmas, poliklinik, rumah bersalin, dan sebagainya. Kadang-kadang sangat

KEMENKES RI

ironis, dimasna rumah sakit atau puskesmas tidak menjaga kebersiha fasilitas pelayanan kesehatan. Keadaanfasilitas tersebut kotor, bau, tidak ada air, toidak ada tempat sampah, dan sebagainya. Oleh sebab itu pimpinan pelayanan fasilitas kesehatan merupakan sasaran utama kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan ini. Mereka ini yang bertanggungjawab atas terlaksananya pendidikan atau promosi kesehatan di institusinya. Kepada para pemimpin atau manajer institusi pelayanan kesehatan ini diperlukan kegiatan advokasi. Sedangkan bagi para karyawannya diperlukan pelatihan tentang promosi kesehatan. Beberapa rumah sakit memang telah mengembangkan unit pendidikan (penyuluhan) tersendiri yang disebut PKMRS (Penyuluhan/Promosi Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit).

3. Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanan

Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan *(five levels of prevention)* dari Leavel and Clark.

a. Promosi kesehatan (*Health promotion*)

Dalam tingkat ini promosi kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan, kesehatan perorangan, dan sebagainya.

b. Perlindungan khusus (*Specific protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayan perlindungan khusus ini, promosi kesehata sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaranmasyarakat entang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada orang dewasa maupun pada anak-anak, masih rendah.

c. Diagnosis dini dan pengobatan segera *(Early diagnosis and prompt treatment)*

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi didalam mayarakat sering sulit terdeteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu, promosi kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

d. Pembatasan cacat (*Disability limitation)*

KEMENKES RI

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan masyarakat, sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan yang bersangkutan menjadi cacat atau memiliki ketidakmampuan untuk melakukan sesuatu. Oleh karena itu promosi kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

e. Rehabilitasi (*Rehabilitation)*

Setelah sembuh dari penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, maka ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Disamping itu orang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang merasa malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima merk sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu jelas promosi kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga untuk masyarakat. (Soekidjo, 2007 : 29-34)

D. Apakah Visi dan Misi Promosi Kesehatan ?

Promosi kesehatan harus mempunyai visi yang jelas. Yang dimaksud "Visi" dalam konteks ini adalah apa yang diinginkan oleh promosi kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan yang lain. Visi umum promosi kesehatan tidak terlepas dari Undang-Undang Kesehatan No.23/1992, maupun WHO yakni:

"Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kemampuan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial".

Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan "*Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya*". Dari visi tersebut terdapat 4 kata kunci, yaitu:

1. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
3. Memelihara kesehatan berarti mau dan mampu mencegah penyakit, melindungi dari gangguan-gangguan kesehatan, dan mencari pertolongan pengobatan yang profesional bila sakit.

KEMENKES RI

4. Meningkatkan kesehatan berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya, Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan baik invidu, kelompok, atau masyarakat itu bersifat dinamis, tidak statis

(Soekidjo, 2010 : 30-31)

Promosi kesehatan di semua program kesehatan, baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan, maupun program kesehatan lainnya bermuara pada kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatann, baik kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat.

Untuk mencapai visi tersebut, perlu upaya-upaya yang harus dilakukan, dan inilah yang disebut "*Misi* ". Jadi yang dimaksud dengan misi pendidikan kesehatan adalah upaya yang harus dilakukan untuk mencapai visi tersebut. Misi promosi kesehatan secara umum dapat dirumuskan menjadi 3 butir, yaitu:

1. **Advokat (*Advocate*)**

   Melakukan kegiatan advokasi terhadap para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Melakukan advokasi berarti melakukan upaya-upaya agar para pembuat atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.

2. **Menjembatani (*Mediate)***

   Menjadi jembatan dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Dalam melaksanakan program-program kesehatan perlu kerja sama dengan program lain di lingkungan kesehatan, maupun sektor lain yang terkait. Oleh sebab itu, dalam mewujudkan kerja sama atau kemitraan ini, peran promosi kesehatan diperlukan.

3. **Memampukan (*Enable*)**

   Memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Hal ini berarti kepada masyarakat diberikan kemampuan atau keterampilan agar mereka mandiri di bidang kesehatan, termasuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Misalnya pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan keterampilan cara-cara bertani, berternak, bertanam obat-obat tradisonal, koperasi, dan sebagainya dalam rangka meningkatkan pendapatan keluarga (*Income generating*). Selanjutnya dengan ekonomi keluarga yang

KEMENKES RI

meningkat, maka kemampuan dalam memelihara dan peningkatkan kesehatan keluarga juga meningkat (Soekidjo, 2007 : 23-24).

Rangkuman

A. Promosi kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental, sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya.

B. Secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, masyakat dikelompokkan menjadi 4 (Blum, 1947), yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan.

C. Menurut Simon-Morton, dan Green (1995) determinan kesehatan meliputi genetik, lingkungan fisik, lingkungan sosial, pelayanan kesehatan, dan perilaku.

D. Cakupan promosi kesehatan dilihat dari 2 dimensi yakni dimensi aspek pelayan kesehatan (terbagi menjadi 4 aspek pokok, yakni promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) dan dimensi tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan, yaitu dalam keluarga, sekolah, tempat kerja, tempat umum, dan fasilitas pelayanan kesehatan

E. Menurut Leavel and Clark, berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan *(five levels of prevention)* dari promosi kesehatan (*Health promotion*), perlindungan khusus (*Specific protection*), diagnosis dini dan pengobatan segera *(Early diagnosis and prompt treatment)* ,pembatasan cacat (*Disability limitation)* dan yang terakhir rehabilitasi *(rehabilitation)*.

F. Visi umum promosi kesehatan tidak terlepas dari Undang-Undang Kesehatan No.23/1992, maupun WHO yakni:

> *"Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kemampuan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial".*

Untuk mencapai visi tersebut, perlu upaya-upaya yang harus dilakukan, dan inilah yang disebut " Misi ". Misi promkes yaitu advokat, menjembatani dan memampukan.

KEMENKES RI

Latihan 1

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Faktor-faktor yang tidak mempengaruhi kesehatan, baik individu, kelompok, masyakat adalah ...
   a. Pelayanan kesehatan *(health services)*
   b. Lingkungan (*environment*)
   c. Keturunan *(heredity)*
   d. Perilaku *(behaviour)*
   e. Sosial (*sosial*)
2. Faktor apakah yang termasuk faktor internal dalam determinan kesehatan?
   a. Emosi dan keterpaduan
   b. Keterpaduan dan fisik
   c. Psikis dan emosi
   d. Fisik dan psikis
   e. Fisik dan emosi
3. Menurut Simon-Morton, dan Green (1995) yang tidak termasuk ke dalam determinan kesehatan adalah ...
   a. Pelayanan kesehatan dan perilaku.
   b. Lingkungan individu
   c. Lingkungan sosial
   d. Lingkungan fisik
   e. Genetik
4. Ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat, disebut ...
   a. Ruang lingkup determinan kesehatan
   b. Determinan kesehatan
   c. Kesehatan individu
   d. Visi promkes
   e. Rehabilitasi
5. Udang undang yang mengatur promosi kesehatan adalah:
   a. Undang-Undang Kesehatan No.23/1992

KEMENKES RI

b. Undang-Undang Kesehatan No.23/1993
c. Undang-Undang Kesehatan No.23/1995
d. Undang-Undang Kesehatan No.25/1993
e. Undang-Undang Kesehatan No.29/1993

6. Determinan sosial menurut Simon-Morton meliputi, kecuali:
   a. Ekonomi,
   b. Kesehatan
   c. Agama, gender
   d. Populasi penduduk.
   e. Budaya, demografi
7. Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan masyarakat, sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, merupakan tahapan :
   a. Rehabilitasi (*Rehabilitation)*
   b. Promosi kesehatan (*Health promotion)*
   c. Pembatasan cacat (*Disability limitation)*
   d. Perlindungan khusus (*Specific protection*)
   e. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*)
8. Masyarakat diberikan kemampuan atau keterampilan memelihara dan meningkatkan kesehatan agar mandiri di bidang kesehatan, adalah misi Promkes:
   A. Memampukan (*Enable*)
   B. Menjebatani (*Mediate)*
   C. Kesehatan (*Healthy*)
   D. Advokat (*Advocate*)
   E. Sosial (*social*)

B. Esay

Apa saja macam determinan kesehatan yang diungkapkan oleh :

a. Blum ? menurut
b. Simon-Morton ? dan
c. Green (1995) ?

Dimana letak perbedaannya ?

KEMENKES RI

Daftar Pustaka

Dunkley, Jacqueline, 2000, *Health Promotion in midwifery practice: A resource for health profesessionals*

Green, L.W., Kreuter, M.W. *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approch.* 1991. US: Mayfield Publishing Company

Notoatmodjo, Soekidjo. *Promosi Kesehatan Konsep Dasar.* 2007. Jakarta: Rineka Cipta

———————— *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi.* 2010. Jakarta: Rineka Cipta

KEMENKES RI

2

KONSEP DASAR PERILAKU DAN PERUBAHAN PERILAKU

Pada bab II ini akan memberikan pengalaman belajar tentang konsep dasar perilaku dan perubahan perilaku dan setelah anda mengikuti perkuliahan, anda diharapkan mampu:

A. Menjelaskan Pengertian Perilaku.
B. Menjelaskan Batasan, Bentuk dan Domain Perilaku
C. Menjelaskan Proses Perubahan Perilaku.
D. Menjelaskan Teori Perubahan Perilaku.
E. Menjelaskan Penyebab Perubahan Perilaku

Pertemuan kali ini anda akan diajak belajar tentang konsepdasar perilaku dan perubahan perilaku. Anda diharapkan mampu menjelaskan konsep perilaku, batasan, bentuk, dan domain perilaku, proses perubahan perilaku, teori perubahan perilaku, dan penyebab perubahan perilaku.

A. Apakah yang Disebut dengan Perilaku?

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang bilogis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas dari manusia yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, menulis, membaca, dan sebagainya. Bahkan kadang–kadang kegiatan manusia itu sering tidak teramati oleh manusia itu sendiri, misalnya: berfikir, persepsi, emosi, atensi, dan sebagainya.

Dari uraian ini dapat disimpukan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung,

KEMENKES RI

maupun yang tidak adapat diamati oleh pihak luar. Skiner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar)

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan.

B. Tahukah Anda Tentang Batasan, Bentuk dan Domain Perilaku ?

1. Batasan Perilaku

Skinner (1983) seorang ahli psikologi, meruuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori skinner ini disebut teori S-O-R atau *Stimulus Organisme Respons*. Skinner membedakan adanya dua respon yaitu :

a. *Respondent Response* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respons yang relatif tetap. Misalnya makann yang lezat menimbulkan keinginnan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atua menangis, lulus ujian merupakan luapan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagianya.

b. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon. Misalnya pabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya atau job deskripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

2. Bentuk Perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan sebagai suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan atau stimulus dari

KEMENKES RI

pihak luar subjek tersebut. Respon organisme terbagi dalam 2 macam atau bentuk yaitu:

a. Perilaku terselubung atau *Covert Behaviour*

Perilaku terselubung merupakan respon internal yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat dilihat oleh orang lain. Respon internal dapat berupa kegiatan berpikir, berniat, menanggapi, sikap batin, pengetahuan. Sebagai contoh: seorang ibu tahu bahwa selama hamil paling tidak harus memeriksakan diri ke petugas kesehatan selama 4 kali meskipun kenyataannya ibu tersebut tidak melakukan pemeriksaan kehamilan. Dari contoh menunjukkan bahwa ibu tersebut mempunyai sikap yang positif terhadap pemeriksaan kehamilan walaupun belum melakukan pemeriksaan tersebut.

b. Perilaku nyata atau *Overt Behaviour*

Perilaku yang telah diwujudkan dalam tindakan nyata. Sebagai contoh seorang pasien tahu bahwa minum obat secara teratur selama 6 bulan dapat menyembuhkan penyakit TBC dan dengan penuh kesadaran pasien selalu patuh untuk minum obat secara teratur.

3. Domain Perilaku

Benyamin bloom (1908) adalah seorang psikologi pendidikan membagi perilaku dalam 3 domain atau ranah yang terdiri dari ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*afective domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Untuk mengukur hasil dari pengukuran pendidikan maka ketiga ranah itu di ukur dari pengetahuan (*knowledge*), sika (*attitude*), dan praktik atau tindakan (*practice*).

Menurut para ahli bahwa seseorang terutama yang berusia dewasa yang akan mengadopsi perilaku baru dimulai pada domain kognitif. Subjek tersebut tahu terlebih dahulu terhadap stimulus berupa materi atau objek sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada individu tersebut. Pengetahuan baru ini menimbulkan pengetahuan respon batin dalam bentuk sikap subjek terhadap pengetahuan baru tersebut. Pengetahuan atau objek baru tersebut didasari sepenuhnya oleh subjek dan menimbulkan respon dalam bentuk tindakan atau aksi. Tetapi ada juga respon dari stimulus berupa pengetahuan yang dapat langsung menimbulkan tindakan tanpa terlebih dahulu mengenai makna dari stimulus yang diterimanya.

KEMENKES RI

a. Pengetahuan atau *knowledge*

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu seseorang setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Dari penelitian yang dilakukan ternyata menunjukkan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lestari dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

b. Sikap atau *attitude*

Sikap merupakan respon yang bersifat tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut newcomb yang merupakan salah satu ahli psikologi sosial, bahwa sikap itu adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dari sesorang. Sikap bukan merupakan suatu tindakan atau aktifitas tetapi merupakan predisposisi suatu tindakan atau aktifitas.

c. Praktik atau tindakan (*practice*)

Sesorang yang akan mengambil suatu tindakan tertentu akan dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap terhadap suatu objek tersebut. Sikap belum tentu dapat diwujudkan dalam sutu tindakan karena tergantung dari beberapa faktor pendukung antara lain fasilitas yang tersedia, dorongan dari lingkungan seperti keluarga. Sebagai contoh: seorang ibu yang mempunyai pengetahuan yang baik dan bersikap positif terhadap pentingnya memeriksakan kehamilan tetapi jika tidak ditunjang dengan tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan serta tidak adanya persetujuan suami maka praktik untuk memeriksakan kehamilan akan sulit dilakukan.

C. Bagaimanakah Proses Terjadinya Perubahan Perilaku ?

Perilaku kesehatan seperti halnya perilaku manusia yang lain, dimotivasi oleh suatu stimulus/rangsangan yang berasal dari lingkungan seseorang. Mengubah perilaku terbukti efektif untuk mengubah banyak faktor masalah kesehatan seperti penyalahgunaan obat dan pengendalian berat badan (Ewles dan Simnett, 1999). Prochaska dan DiClimente (1984) mendiskripsikan bahwa ada beberapa fase perubahan perilaku. Pemahaman terhadap fase-fase ini dapat membantu petugas kesehatan untuk menuntun perubahan pada klien dari satu fase ke fase berikutnya.

1. **Fase pre kontemplasi**. Pada fase ini klien tidak memiliki kesadaran untuk berubah. Promosi kesehatan pada fase ini harus difokuskan pada meningkatkan

KEMENKES RI

kesadaran terhadap perilaku tidak sehat. Pertanyaan yang tidak menghakimi seperti..... *"bagaimana pendapat anda tentang merokok ?"*..... memungkinkan orang untuk berfikir terhadap perilaku.

2. **Fase kontemplasi**. Fase mulai terjadi perubahan perilaku. Klien sudah memiliki motivasi untuk berubah. Mendorong klien kearah perubahan merupakan tindakan yang sesuai untuk fase ini.
3. **Fase komitmen**. Klien sudah memiliki niat serius untuk berubah. Pada fase ini petugas kesehatan membantu menerjemahkan niat menjadi rencana tindakan, strategi mengatasi masalah dan mengidentifikasi sumber-sumber yang mendukung. Buatlah jadwal untuk mengubah perilaku dan mereview kemajuan secara periodik.
4. **Fase tindakan**. Klien mengubah perilakunya. Dukungan selama fase ini dapat berupa konsultasi teratur, kelompok pendukung melalui teman, keluarga, telpon atau kombinasi.
5. **Fase maintenens**. Klien berusaha menjaga perilaku barunya. Strategi koping yang telah diidentifikasi sebelumnya sangat diperlukan. Selain itu dukungan yang berkelanjutan juga vital karena sebagian besar klien gagal pada fase maintenens ini.
6. **Fase relaps**. Pada fase ini mereka kembali ke perilaku lamanya. Petugas kesehatan harus mengindentifikasi alasan terjadinya relaps dan mengarahkan lagi ke fase kontemplasi. Rata-rata perokok memerlukan tiga kali siklus sebelum berhasil berubah perilakunya.
7. **Fase keluar**. Fase dimana perubahan perilaku kesehatan telah terjadi dan dapat dijaga keberlanjutannya.

Tahap-tahap perubahan pengetahuan menjadi perilaku :

1. Pengetahuan
2. Persepsi
3. Interpretasi
4. Kepentingan
5. Tindakan kesehatan

Tahap-tahap perubahan pengetahuan menjadi advokasi :

1. Pengetahuan
2. Persetujuan
3. Niat

KEMENKES RI

4. Praktik
5. Advokasi

D. Apa Sajakah Teori Perubahan Perilaku?

1. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief*)

Model *health belief* (Rosenstock,1974) merupakan model perilaku kesehatan yang paling tua. Prinsip dasar model ini adalah bahwa cara individu mempersepsi akan memberikan motivasi pada perilakunya. Tindakan kesehatan tergantung dari 3 hal :

a. Adanya motivasi yang cukup untuk melakukan tindakan
b. Adanya kepercayaan bahwa seseorang rentan terhadap masalah kesehatn tersebut
c. Adanya kepercayaan bahwa melakukan sesuatu akan mengurangi kerentanan dengan biaya yang terjangkau

Teori ini diperluas dengan memasukkan aspek *self efficacy* yaitu kepercayaan bahwa seseorang mampu melakukan perubahan tersebut.

2. Model disonansi kognitif (*Cognitif Dissonance*)

Teori ini mengupas hubungan antara berbagai kepercayaan atau kognisi. Kepercayaan atau kognisi dapat tidak berhubungan, konsisten (konsonan) atau inkonsisten (disonan artinya dalam konflik). Misalnya, kepercayaan bahwa penyakit menular seksual karena klamidia merupakan penyakit yang sering terjadi, kemudian diikuti dengan keinginan untuk memakai kondom, adalah kepercayaan yang konsonan. Sedangkan kepercayaan bahwa merokok meningkatkan masalah kehamilan tetapi diiringi dengan perilaku tetap merokok dalah kepercayaan yang disonan. Teori ini mengatakan bahwa orang yang mengalami disonansi akan berubah mengurangi dan menghindari dari paparan.

3. Teori Hirarki Kebutuhan

Menurut Abraham Maslow (1968) perilaku di motivasi oleh hirarki yang berkaitan dengan kebutuhan manusia

a. Kebutuhan fisiologis
b. Keamanan
c. Rasa memiliki dan cinta
d. Esteem diri
e. Aktualisasi diri

KEMENKES RI

Dalam praktik teori ini dapat menjelaskan kenapa orang tidak berekasi sama terhadap program promosi kesehatan. Orang yang masih bergelut dengan kebutuhan dasar kurang memberi respon terhadap program mislanya anti merokok. Mereka lebih memerlukan program yang memuaskan kebutuhannya misalnya program menu sehat dan murah. Pemahaman tentang hirarki kebutuhan ini menjadi penting untuk menetapkan strategi yang layak dilaksanakan untuk sasaran tertentu.

4. Teori Belajar Sosial (*Sosial Learning*)

Teori sosial learning (atau sering disebut teori *social cognitive*) dikenalkan oleh Bandura (1977) memiliki dasar bahwa perilaku ditentukan oleh harapan dan insentif. Secara khusus perilaku dipengaruhi oleh harapan tentang:

1) Respon lingkungan

Kepercayaan bahwa suatu perilaku berhubungan dengan linkungannya. Misalnya, seorang ibu yang melakukan imunisasi untuk anaknya karena memang mengikuti anjuran lingkungan sekitarnya yaitu Ibu PKK setempat.

2) Konsenkuensi tindakan

Konsekuensi tindakan yaitu bagaimana perilaku mempengaruhi tujuan. Misalnya, seoranng ibu yang melakukan imunisasi untuk anaknya karena takut dinilai tidak bertanggung jawab terhadap kesehatan anaknya.

3) Kompetensi melakukan perilaku sehingga mempengaruhi tujuan

Misalnya seorang suami yang menggunakan kondom bisa saja gagal karena tidak cukup kompeten dalam menggunakan kondom.

Teori ini dikenalkan oleh Fishbein dan Ajzein (1975) yang menyatakan bahwa perilaku dapat diramal dari minat orang untuk melakukan perilaku tersebut.

5. Teori *Protection Motivation*

Teori ini dikemukakan oleh Rogers (1975) ini memiliki pendekatan yang mirip dengan teori *health belief*. Teori ini dikembangkan semula sebagai model *Fear Arousal* yang menerangkan munculnya motivasi karena ketakutan atau kecemasan akibat komunikasi yang bersifat "mengancam". Teori ini beranggapan bahwa orang memiliki motivasi untuk melindungi dirinya dari bahaya fisik, sosial, dan psikologis (Rogers 1975,1983). Empat proses yang mengikuti perubahan sikap dan perilaku adalah :

a. Persepsi terhadap besarnya bahaya/masalah
b. Persepsi bahwa bahaya tersebut kemungkinan timbul (risiko)

KEMENKES RI

c. Persepsi tentang efektifitas alternative tindakan yang dipromosikan (untuk menghindari dari risiko)

d. Persepsi individu terhadap kemampuannya untuk melaksanakan tindakan

Empat tahap proses ini dinilai secara keseluruhan melalui: tahap penilaian bahaya/masalah dan tahap penilaian tindakan.

6. Teori Mencoba

Bagozzi dan Warshaw (1990) mencoba mengembangkan teori yang memiliki dua elemen utama yaitu tujuan individu dan tujuan akhir. Teori ini memfokuskan pada tujuan individu bukan pada pilihan perilakunya. Teori ini memisahkan tahap mencoba tujuan individu (misalnya mencoba berhenti merokok) dengan tujuan akhirnya (yaitu berhasil berhenti merokok). Hal ini menjadikan teori mencoba lebih realistis yaitu tidak memfokuskan pada predictor akhir agar berhasil berhenti tetapi lebih dahulu menetapkan prediktor antara agar mencoba berhenti.

7. Model Perencanaan *Precede-Proceed*

Model atau teori tentang perilaku manusia dapat diterapkan untuk menganalisis kepercayaan dan sikap tentang perilaku kesehatan hingga perilaku sosial politik. Salah satunya adalah model *Precede-Proceed* yang dinyatakan sebagai model yang kuat. Model ini berguna tidak hanya pada identifikasi kebutuhan perilaku sehat tetapi juga untuk mengembangkan program perilaku kesehatan. Model ini bukan satu-satunya model untuk merencanakan program. Namun model ini dianggap sangat kuat dan komprehensif yang mencakup kebutuhan dalam promosi dan pendidikan kesehatan serta perencanaannya.

Berbagai model telah dikembangkan selama bertahun-tahun untuk membantu memprediksi dan memahami perubahan perilaku. Setidaknya mereka mendorong pemikiran kritis dan memberikan kerangka teoritis di mana untuk mulai bekerja. Masalah kesehatan lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi dan penentu kesehatan, kendala ekonomi dan politik, dan faktor-faktor seperti ini harus dipertimbangkan ketika menggunakan model berikut.

1) Health Locus Of Control

Teori Rottwe's tentang "*locus of control*" yang biasa digunakan untuk menjelajahi bagaimana keyakinan masyarakat tentang kesehatan dan penyakit dapat mempengaruhi apa yang mereka lakukan (Rotter 1966). Teori ini mengansumsikan bahwa bagaimana orang menjelaskan apa yang terjadi pada mereka didasarkan pada pengalaman belajar mereka. Misalnya, bahwa orang

KEMENKES RI

yang dihargai untuk kebaikan perilaku dan dihukum karena perilaku buruk selama tahun-tahun formatif mereka datang sebagai orang dewasa untuk melihat keberhasilan mereka hanya sebagai penghargaan atas kerja keras yang diberikan. Mereka merasa bahwa mereka bertanggung jawab untuk dan mengendalikan perilaku mereka sendiri dan dipandang sebagai memiliki "*internal locus of control*". Begitupun sebaliknya, orang-orang yang dihargai atau dihukum *unmethodical* selama tahun-tahun formatif mereka melihat keadaan hidup sebagai sesuatu yang tak terelakkan dan sebagai konsekuensi dari nasib baik atau buruk. Mereka digambarkan sebagai memiliki "*locus of control eksternal*".

Kerja Rotter ini diadaptasi oleh Wallston, Wallston dan de vellis (1978) yang termasuk kategori ketiga orang yang atribut kesehatan mereka untuk "kekuatan lain". Ini mengacu pada keyakinan bahwa tindakan dokter dan profesional kesehatan lainnya menentukan hasil kesehatan melalui instruksi, rekomendasi, dan obat-obatan yang mereka berikan.

2) *The Health Belief Model*

Model kepercayaan kesehatan pada awalnya dikembangkan pada tahun 1966 oleh Rosenstock dan kemudian dimodifikasi oleh Becker pada tahun 1974. Ini dikembangkan secara khusus untuk menjelaskan dan memprediksi bagaimana individu akan berperilaku dalam kaitannya dengan kesehatan mereka. Partisipasi dalam hal yang berhubungan dengan perilaku kesehatan preventif diperkirakan atas dasar persepsi individu dari: kerentanan seseorang untuk gangguan yang diberikan, keseriusan atau keparahan gangguan, manfaat dari mengambil tindakan, hambatan untuk bertindak dan isyarat untuk mengambil tindakan (Becker 1974).

3) *Theory Of Reasoned Action*

Ajzen dan (1980) teori Fishbein ini menerangkan bahwa setiap tindakan pada dasarnya beralasan yang didasarkan pada asumsi bahwa perilaku yang paling dasar berada di bawah kontrol dan oleh karena itu sebagian besar dipandu oleh niat. Teori ini menganggap sikap individu terhadap perilaku serta pengaruh lingkungan sosial sebagai prediktor penting dari niat perilaku. Norma-norma sosial dari kelompok karena itu dapat mempengaruhi niat, dan dapat digunakan secara positif selama pendidikan kelompok antenatal untuk mempengaruhi adopsi, misalnya menyusui.

KEMENKES RI

8. Tahap Teori Perilaku Kesehatan

Tahap mencoba untuk menghentikan perilaku yang tidak sehat. Mereka digunakan untuk mengidentifikasi tahap dominan dan tahapan perubahan perilaku kesehatan dan memfokuskan sumber daya pada isu-isu yang akan maju orang ke tahap berikutnya. Teori-teori menganggap bahwa perubahan perilaku kesehatan berlangsung melalui serangkaian tahapan dan dengan demikian, pengobatan dan urutan perawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan individu (Weinstein dan Rothman 1998). Untuk menilai apakah perubahan perilaku tidak ada perubahan melalui tahapan Weinstein dan Rothman (1998) menyatakan bahwa pertimbangan empat sifat mendefinisikan dari tahap teori perilaku kesehatan di diperlukan adalah:

a. Klasifikasi untuk menentukan tahapan

Tahap perilaku kesehatan dibagi dalam beberapa kategori, dengan perbedaan yang sangat kecil antara karakteristik perilaku orang yang berbeda dalam tahapan dan beragam perbedaan antara orang-orang dalam berbagai tahapan.

b. Urutan Tahap

Ini berkaitan dengan menentukan urutan tahapan. Orang dipandang sebagai individu dalam tahapan dan karena itu dapat berkembang melalui tahap-tahap berikutnya. Hal ini bisa terjadi sangat cepat karena mereka memiliki komponen penting, atau orang-orang mungkin tinggal di suatu tahapan untuk waktu yang cukup lama jika komponen penting untuk perubahan yang kurang.

c. Hambatan umum untuk mengubah dan menghadapi orang-orang di tahapan yang sama

Fitur ini dari tahap teori perilaku kesehatan yang bersangkutan dengan orang-orang yang mempunyai kesamaan berbagi tahapan dengan lainnya, dan sebagai intervensi seperti yang diterapkan untuk satu orang mungkin berguna untuk orang lain di tahapan yang sama.

d. Hambatan yang berbeda untuk mengubah menghadapi orang dalam berbagai tahap

Fitur ini mengakui bahwa beberapa hambatan yang lebih penting pada tahap tertentu dari yang lain.

KEMENKES RI

Para ahli teori menyimpulkan bahwa mendefinisikan tahapan dan menentukan urutan adalah langkah awal yang berusaha untuk menunjukkan bahwa kemajuan perilaku kesehatan melalui tahapan. Tes akhir berkaitan dengan menemukan hambatan antara tahapan dan menunjukkan manfaat menggunakan intervensi yang berbeda seperti orang bergerak melalui tahapan. Sebuah model dengan tahapan berguna dalam membantu untuk mengidentifikasi intervensi hanya jika ada kemungkinan untuk memperbaiki atau mempengaruhi faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan perilaku dari satu tahap ke tahap lainnya

E. Apakah Penyebab Perubahan Perilaku ?

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan orang mengubah perilaku mereka seperti :

1. Rangsangan fisik. Rangsangan yang bersumber dari pengetahuan dan alasan-alasan yang dimiliki oleh individu setelah melihat bukti-bukti nyata.
2. Rangsangan emosional. Rangsangan ini berasal dari rasa takut, cinta atau harapan-harapan yang dimiliki oleh individu tersebut.
3. Pengaruh kelompok atau keluarga. Rangsangan perorangan dan keluarga yang bersumber dari pengaruh keluarga atau dari kelompok sebaya (*peer group*)
4. Struktur sosial. Rangsangan ini bersumber dari dampak faktor-faktor sosial, ekonomi, hukum dan teknologi terhadap kehidupan sehari-hari.
5. Cost atau biaya. Cost ekonomi seperti biaya, waktu, tenaga, dll.
   Cost sosial seperti malu, bingung, dll.
6. Perilaku yang bersaing. adalah perilaku yang harus dilaksanakan oleh seseorang pada waktu bersamaan.

KEMENKES RI

Rangkuman

A. **Perilaku adalah** suatu kegiatan aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan.

B. **Perilaku (manusia) adalah** semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak adapat diamati oleh pihak luar. Skiner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupkan respon atau reaksi seorang terhadap stiulus (rangsangan dari luar)

C. **Perilaku kesehatan adalah** suatu respon seseorang (organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makann, dan minuman serta lingkungan.

D. **Bentuk Perilaku**

Perilaku terselubung atau Covert Behaviour dan Perilaku nyata atau Overt Behaviour

E. **Proses Perubahan Perilaku**

1. Fase pre kontemplasi (tidak memiliki kesadaran untuk berubah)
2. Fase kontemplasi (mulai terjadi perubahan perilaku)
3. Fase komitmen (memiliki niat serius untuk berubah)
4. Fase tindakan (Klien mengubah perilakunya)
5. Fase maintenens (berusaha menjaga perilaku barunya)
6. Fase relaps (fase ini mereka kembali ke perilaku lamanya)
7. Fase keluar (Fase dimana perubahan perilaku kesehatan telah terjadi dan dapat dijaga keberlanjutannya)

F. **Teori Perubahan Perilaku**

1. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief*) => kepercayaan bahwa seseorang mampu melakukan perubahan
2. Model disonansi kognitif (*Cognitif Dissonance*) => mengupas hubungan antara berbagai kepercayaan atau kognisi
3. Teori Hirarki Kebutuhan => perilaku di motivasi oleh hirarki yang berkaitan dengan kebutuhan manusia
4. Teori Belajar Sosial (*Sosial Learning*) => memiliki dasar bahwa perilaku ditentukan oleh harapn dan insertif
5. *Teori Protection Motivation* => menerangkan munculnya motivasi karena ketakutan atau kecemasan akibat komunikasi yang bersifat "mengancam"
6. Teori Mencoba => memfokuskan pada tujuan individu bukan pada pilihan perilakunya
7. Model Perencanaan *Precede-Proceed* => perilaku manusia dapat diterapkan untuk menganalisis kepercayaan dan sikap tentang perilaku kesehatan hingga perilaku sosial politik

G. **Tahap Teori Perilaku Kesehatan**

1. Klasifikasi untuk menentukan tahapan
2. Urutan tahap

KEMENKES RI

3. Hambatan umum untuk mengubah menghadapi orang-orang di tahapan yang sama
4. Hambatan yang berbeda untuk mengubah menghadapi orang dalam berbagai tahap

H. **Penyebab Perubahan Perilaku**

1. Rangsangan fisik (bersumber dari pengetahuan dan alasan-alasan yang dimiliki oleh individu)
2. Rangsangan emosional (berasal dari rasa takut, cinta atau harapan-harapan yang dimiliki oleh individu tersebut)
3. Pengaruh kelompok atau keluarga (bersumber dari pengaruh keluarga atau dari kelompok sebaya (*peer group*)
4. Struktur sosial (bersumber dari dampak faktor-faktor sosial, ekonomi, hukum dan teknologi terhadap kehidupan sehari-hari)
5. Cost atau biaya
6. Perilaku yang bersaing

Latihan 2

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup selanjutnya disebut ...
   a. Faktor intern
   b. Faktor ekstern
   c. *Overt Behavior*
   d. *Covert Behavior*
   e. Pandangan Kognitif
2. Pembentukan perilaku menurut Thoendike yaitu ...
   a. Belajar dengan *Insight*
   b. Belajar dengan insting
   c. Belajar dengan Latihan
   d. Belajar dengan kebiasaan
   e. Belajar dengan pengertian

KEMENKES RI

3. Proses Operant Behavior dibawah ini adalah ...
   a. Stimulus – Respon – Afektor – Aseptor
   b. Stimulus – Afektor – Reseptor– Respon
   c. Stimulus – Reseptor – Afektor – Respon
   d. Stimulus – Reseptor – SSP – Afektor – Respon
   e. Stimulus – Reseptor – Afektor – SSP – Respon
4. Seorang ibu tahu bahwa selama hamil paling tidak harus memeriksakan diri ke petugas kesehatan selama 4 kali meskipun kenyataannya ibu tersebut tidak melakukan pemeriksaan kehamilan. Ilustrasi diatas merupakan contoh dari ...
   a. Perilaku Nyata
   b. *Overt Behavior*
   c. *Covert Behavior*
   d. Pandangan Biologis
   e. Pandangan Behavioristik
5. Strategi perubahan Perilaku ...
   a. Menggunakan Kekuatan, pemberian Informasi, dan diskusi Partisipasi
   b. Niat, Pemberian Informasi, Pergaulan, dan pandangan Kognitif
   c. Menggunakan kekuatan, Pemberian Informasi, dan Pergaulan
   d. Niat, Menggunakan Kekuatan, dan Pemberian Informasi
   e. Niat, pandangan Biologis, dan Pandangan Kognitif
6. Organisme punya dorongan tertentu berkaitan dengan kebutuhan, teori tersebut merupakan ...
   a. *Dissonance Theory*
   b. *Incentive Theory*
   c. *Insting Theory*
   d. *Model Theory*
   e. *Drive Theory*
7. Apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik kemudian memperoleh penghargaan dan membuat petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya. Ilustrasi tersebut merupakan ...
   a. *Operant Response*
   b. *Reactive Response*
   c. *Reflexive Response*
   d. *Respondent Response*

KEMENKES RI

e. *Non – Reactive Response*

8. Kondisi dimana Klien berusaha menjaga perilaku barunya merupakan fase ...
   a. Fase Relaps
   b. Fase Tindakan
   c. Fase Komitmen
   d. Fase Maintenens
   e. Fase Kontemplasi
9. Tahapan – tahapan perubahan pengetahuan menjadi advokasi dibawah ini adalah ...
   a. Pengetahuan – persetujuan – Niat _ Praktik – Advokasi
   b. Pengetahuan – Persepsi – Interpretasi – Praktik – Advokasi
   c. Pengetahuan – Persepsi – Interpretasi – Kepentingan – Advokasi
   d. Pengetahuan – Persetujuan – niat – tindakan kesehatan – Advokasi
   e. Pengetahuan – Persepsi – Interpretasi – Kepentingan – Tindakan kesehatan – Advokasi
10. Menurut Abraham Maslow perilaku di motivasi oleh hirarki yang berkaitan dengan kebutuhan manusia, antara lain ...
    a. Kebutuhan Fisiologis, Kenyamanan. Aktualisasi Diri
    b. Kebutuhan Fisiologis, keamanan. Aktualisasi Diri
    c. Kebutuhan Biologis, keamanan. Aktualisasi Diri
    d. Kebutuhan Fisiologis, keamanan. Kenyamanan
    e. Kebutuhan Biologis, keamanan. Kenyamanan

B. ESSAY

Sebutkan tahap-tahap perubahan Pengetahuan menjadi Perilaku !

KEMENKES RI

Daftar Pustaka

Notoatmodjo,soekidjo. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*.2012.Jakarta: Rineka Cipta

Hartanto,bambang.Dkk.*Promosi Kesehatan untuk Politeknik/d3 Kesehatan*.2006. pusat promosi kesehatan-departemen kesehatan R.I

Dunkley.Jacqueline.*Health Promotion in Midwifery Practice*.2000.Londol: Baillere Tindall

Emillia,ova.*Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*.2008. Jakarta: Pustaka Cendikia

3

PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI DI PUSKESMAS

Pengalaman belajar kali ini akan membantu anda agar di akhir perkuliahan anda mampu menjelaskan dan membuat perencanaan program promosi kesehatan di puskesmas. Agar dapat tercapai tujuan akhir yang diharapkan, maka diharapkan anda mampu:

A. Menjelaskan tentang Perencanaan Promosi Kesehatan
B. Menjelaskan Strategi Promosi Kesehatan Dalam Kelompok Perawatan Primer
C. Menjelaskan tentang Model Perencanaan Promosi Kesehatan
D. Membuat Perencanaan Program Promosi Kesehatan di Puskesmas

Pernahkah anda memperhatikan kegiatan di Puskesmas?..... Adakah kegiatan promosi kesehatan di Puskesmas? ..... Apakah kegiatan Promosi kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat? ..... Marilah kita mencermati bersama-sama tentang bagaimanakah cara menyusun kegiatan promosi kesehatan di Puskesmas.

A. Apa yang Dimaksud dengan Perencanaan Promosi Kesehatan?

Menurut Green Ottoson (1998) promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan. Pendidikan kesehatan sendiri adalah proses intelektual, psikologikal, dan sosial yang berhubungan dengan aktivitas yang dapat meningkatkan kualitas individu, keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat (Ela Nurlaela Hadi dalam Notoatmodjo, 2005). Proses ini didasarkan pada prinsip ilmiah, fasilitas proses belajar, dan perubahan perilaku secara sukarela. Dalam promosi kesehatan selain pendidikan kesehatan juga diperlukan intervensi pada faktor lingkungan (politik, ekonomi, dan organisasi) yang didesain untuk memfasilitasi perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Hal tersebut berdampak pada operasionalisasi perencanaan pendidikan kesehatan dan perencanaan promosi kesehatan.

KEMENKES RI

Perencanaan promosi kesehatan adalah suatu proses diagnosis penyebab masalah, penetapan prioritas masalah dan alokasi sumber daya yang ada untuk mencapai suatu tujuan. Oleh sebab itu, dalam membuat perencanaan promosi kesehatan, perencanaan harus tediri dari masyarakat, professional kesehatan dan prometer kesehatan. Kelompok ini harus bekerja bersama-sama dalam proses peencanaan promosi kesehatan, sehingga dihasilkan program yang sesuai, efektif dalam biya (*cost effective*) dan berkesinambungan.

Penting dalam perencanaan menetapkan dimensi kebutuhan dan prioritas kebutuhan promosi kesehatan. Output fase ini adalah rencana, dan hal terpenting adalah rumusan tujuan (yaitu rumusan peningkatan perilaku yang diinginkan setelah mengkaji fakta perilaku, faktor-faktor internal dan eksternal), dan rumusan kegiatan untuk melakukan intervensi terhadap faktor penyebab yang diinventarisasi dan disusun dalam kegiatan yang berurutan.

B. Bagaimanakah Strategi Promosi Kesehatan Dalam Kelompok Perawatan Primer?

Promosi kesehatan dikatakan bekerja sangat baik untuk semua anggota masyarakat jika berusaha mengatasi arena sosioekonomi dan lingkungan, di mana individu menjalani kehidupan sehari-hari mereka. Modal sosial berkaitan dengan promosi kesehatan pada tingkat ini dan melibatkan penempatan kemitraan yang mendorong, memberi dan menghargai hubungan sosial. Hal paling dasar dalam modal sosial adalah:

a. Menumbuhkan budaya dukungan sosial
b. Melibatkan jaringan tempa untuk pertukaran informasi
c. Mengembangkan budaya yang mendorong perubahan perilaku terkait kesehatan
d. Melibatkan sekelompok orang yang menciptakan lingkungan kepercayaan sosial melalui interaksi dengan organisasi dan sistem sosial untuk menghasilkan keuntungan bagi masyarakat dan individu di masyarakat.

(Dunkley, 2000)

Pembagian kelompok dalam masyarakat yang meningkatkan hubungan sosial, bertindak sebagai sistem pendukung sosial dan membangun jaringan untuk informasi kemitraan yang disebut sebagai modal sosial dalam lingkungan masyarakat. Tujuannya berkaitan dengan penyembuhan penyakit sosial masyarakat dan mendorong jaringan masyarakat yang kohesif. Fokus modal sosial adalah sarana untuk secara kolektif mengatasi hambatan terhadap informasi perawatan kesehatan

KEMENKES RI

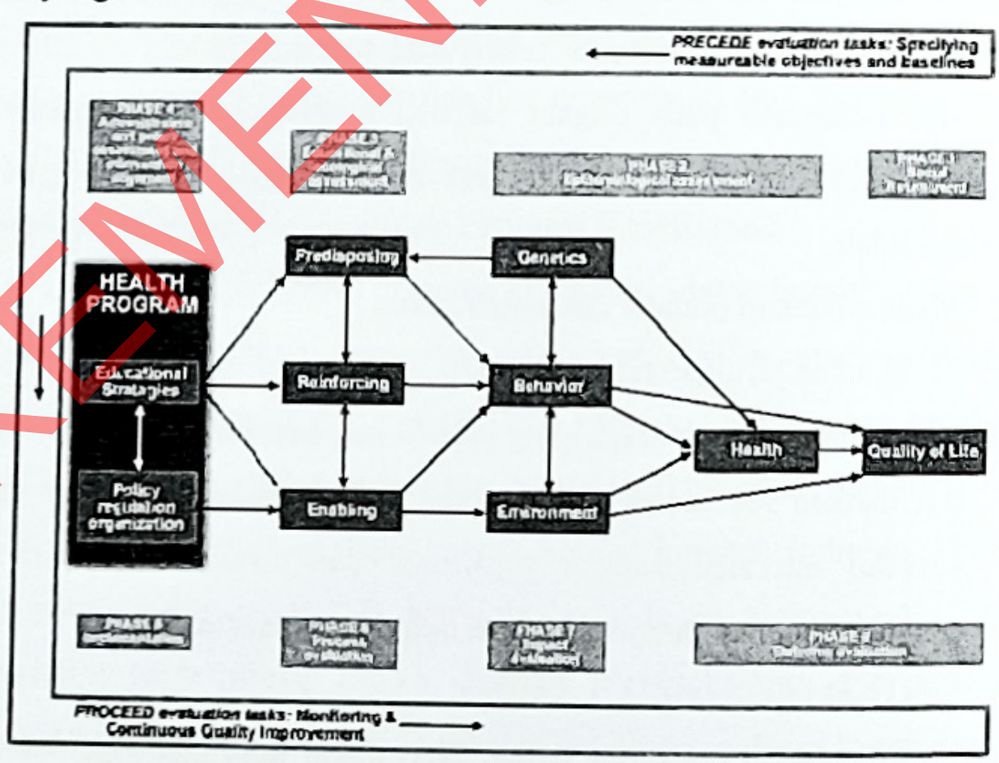
dan kesehatan dan menjalin kemitraan antara profesional kesehatan dan perwakilan masyarakat untuk memungkinkan promosi kesehatan memberikan kontribusi substansial kepada anggota masyarakat yang lebih miskin. Potensi kontribusi bidan terhadap promosi kesehatan di masyarakat terbelakang. Gagasan dan perkembangan terkini, termasuk klinik masyarakat, klinik drop-in, drop-in parentcraft, pertemuan dengan bidan dan kios promosi kesehatan, merupakan titik awal yang potensial untuk membangun sumber daya sosial. (Dunkley, 2000)

C. Bagaimana Model Perencanaan Promosi Kesehatan?

1. Teori *Precede-Proceed*

a. Pengertian Teori *Precede-Proceed*

Precede-Proceed model adalah suatu model pendekatan yang digunakan untuk membuat perencanaan dan evaluasi kesehatan mulai dari kebutuhan pendidikan sampai pengembangan program untuk memenuhi kebutuhan. Model ini dikembangkan oleh Lawrence Green dan Marshall Kreuter. Model ini melibatkan kita melalui seluruh proses pengembangan, inervensi, pelaksanaan dan evaluasi promosi kesehatan yang terdiri dari 8 langkah yang berbeda.



Precede (*predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*) sendiri merupakan kerangka untuk membantu perencana mengenal masalah, mulai dari kebutuhan pendidikan sampai pengembngan program.

KEMENKES RI

b. Tujuan

Precede digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas masalah, dan tujuan program, sedangkan proceed sendiri digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan serta implementasi dan evaluasi.

c. Tahapan

Digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas masalah dan tujuan program.

1) Diagnosis Sosial (*Sosial Need Assessment*)

Diagnosis masalah sosial adalah proses penentuan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya atau terhadap kualitas hidupnya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya.

Untuk mengetahui masalah sosial digunakan indikator sosial. Penilaian dapat dilakukan atas dasar data sensus ataupun vital statistik yang ada maupun dengan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat. Bila pengumpulan datanya dapat dilakukan dengan cara: wawancara dengan informan kunci, forum yang ada di masyarakat, *Focus Group Discussion* (FGD) dan survei.

2) Diagnosis Epidemiologi

Pada fase ini dicari faktor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang atau masyarakat. Untuk itu masalah kesehatan harus digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik yang berasal dari data lokal, regional, maupun naasional. Pada fase ini harus di identifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku dan lain-lain), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (mortalitas, morbiditas, *disability*, tanda dan gejala yang ditimbulkan) dan bagaimana cara untuk menanggulangi masalah tersebut (imunisasi, perawatan/pengobatan, perubahan lingkungan maupun perubahan perilaku).

3) Diagnosis Perilaku Lingkungan

Pada fase ini selain diidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi masalah kesehatan juga sekaligus diidentifikasi masalah lingkungan (fisik dan sosial) yang mempengaruhi perilaku dan status kesehatan ataupun kualitas hidup seseorang atau masyarakat. Disini

KEMENKES RI

seorang perencana harus dapat membedakan antara masalah perilaku yang dapat dikontrol secara individual maupun yang harus dikontrol melalui institusi.

Langkah yang harus dilakukan dalam diagnosis perilaku dan lingkungan adalah: 1) memisahkan faktor perilaku dan non perilaku penyebab timbulnya masalah kesehatan, 2) mengidentifikasi perilaku yang dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan dan perilaku yang berhubungan dengan tindakan perawatan/pengobatan, sedangkan untuk faktor lingkungan yang harus dilakukan adalah mengeliminasi faktor non perilaku yang tidak dapat diubah, seperti faktor genetis dan demografis, 3) urutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan besarnya pengaruh terhadap kesehatan, 4) urutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan kemungkinan untuk diubah, 5) Tetapkan perilaku dan lingkungan yang menjadi sasaran program. Setelah itu tetapkan tujuan perubahan perilaku dan lingkungan yang ingin dicapai program.

Dalam menentukan *objective goals* selalu harus memenuhi syarat :

1. *Who* : siapa yang kita harap berubah perilakuya.
2. *What* : perilaku apa yang kita harapkan tercapai
3. *When* : kapan perilaku itu dapat tercapai
4. *How much* : berapa banyak orang yang kita harapkan berubah perilakunya

4) Diagnosis Pendidikan dan Organisasional

Determinan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang atau masyarakat dapat dapat dilihat dari faktor antara lain: predisposisi (predisposing *faktor*) seperti: pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan dan nilai atau norma yang diyakini seseorang, 2) faktor pemungkin (*enabling faktor*), yaitu faktor lingkungan yang memfasilitasi perilaku seseorang dan 3) faktor penguat (*reinforcing faktor*) seperti perilaku orang lain yang berpengaruh (tokoh masyarakat, guru, peugas kesehatan, orang tua, pemegang keputusan yang dapat mendorong orang untuk berperilaku.

KEMENKES RI

Pada fase ini setelah diidentifikasi faktor pendidikan dan organisasional, maka langkah selanjutnya adalah menetapkan tujuan pembelajaran yang akan dicapai berdasarkan faktor predisposisi yang telah diidentifikasi. Selain itu, berdasarkan faktor pemungkin dan penguat yang telah diidentifikasi ditetapkan tujuan organisasional yang akan dicapai melalui upaya pengembangan organisasi dan sumber daya.

5) Diagnosis Administratif dan Kebijakan

Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan peraturan yang berlaku yang dapat memfasilitasi atau menghambat pengembangan program promosi kesehatan. "Kebijakan" yang dimaksud disini adalah seperangkat peraturan yang digunakan sebagai petunjuk untuk melaksanakan suatu kegiatan. Sedangkan "peraturan" adalah penerapan kebijakan dan penguatan hukum serta perundang-undangan dan "organisasional" adalah kegiatan memimpin atau mengkoordinasi sumber daya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program.

Pada diagnosis administratif dilakukan 3 penilaian, yaitu: sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan program, sumber daya yang ada di organisasi dan masyarakat serta hambatan pelaksanaan program.

Sedangkan pada diagnosis kebijakan dilakukan identifikasi dukungan dan hambatan politis, peraturan dan organisasional yang memfasilitasi program dan pengembangan lingkungan yang dapat mendukung kegiatan masyarakat yang kondusif bagi kesehatan.

2. Teori Dignan

Tahapan dalam setiap upaya promosi kesehatan menurut Dignan and Carr (1992) dalam bukunya "*Program Planning for Health Education and Promotion*" melalui langkah-langkah: analisa masalah (*community analysis*), penilaian target (*targeted assessment*), pengembangan program (program *plan development*), implementasi (*implementation*) dan evalusai (*evaluation*).

a. Tahapan Perencanaan Promosi Kesehatan

Program perencanaan promosi kesehatan yang lain yaitu menurut teori Dignan adalah:

KEMENKES RI

1) Analisis Komunitas

Menganalisis bagaimana keadaan komunitas tersebut. Meliputi pendidikan, pekerjaan, umur, keadaan geografis, yang nantinya akan di fokuskan pada satu masalah kesehatan.

2) *Targetted Assesment*

Target yang akan dicapai dalam program ini sebagai bentuk berhasil atau tidaknya program yang dijalankan ini.

3) Program *Plan Development*

Fase ini yaitu program *plan development* akan disusun melalui tahap:

a) Mengambil perencanaan anggota grup (*recruit planning group members*),

b) Mengembangkan tujuan program (*develop program goals*),

c) Mengembangkan objektif untuk tujuan (*develop objectives for goals*),

d) Menggali sumber dan hambatan (*explore resources dan constraints*),

e) Memilih metode dan kegiatan (*select methods and activities*),

f) Rencana untuk pelaksanaan (*plan for implementation*), dan

g) Rencana untuk evaluasi (*plan for evaluation*).

4) *Implementation*

Fase berikutnya adalah implementasi (yang juga merupakan fase keenam dari kerangka PROCEDE) disusun melalui tahap:

1) *Gain acceptence for the program*

2) *Specify tasks and estimate resource needs*

3) *Develop spesific plans for program activities*

4) *Establish mechanism for program management*

5) *Put plans into actions.*

e. *Evaluation*

Tahap evaluasi ini menyatakan berhasil atau tidak target terpenuhi.

D. Bagaimana Membuat Perencanaan Program Promosi Kesehatan di Puskesmas?

1. Pengertian Puskesmas

Keputusan Menteri Kesehatan No. 128/Menkes/SK/II/2004 menyatakan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab

KEMENKES RI

menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai UPT dari dinas kesehatan kabupaten/kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia, untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah dinas kesehatan kabupaten/kota. Sedangkan Puskesmas bertanggungjawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional. Yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Terdapat tiga fungsi yang harus diperankan oleh Puskesmas, yaitu:

a. Puskesmas merupakan pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
b. Puskesmas merupakan pusat pemberdayaan masyarakat.
c. Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yang terdiri atas pelayanan kesehatan individu dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Untuk mencapai visi pembangunan kesehatan yakni mewujudkan Kecamatan Sehat, Puskesmas bertanggung jawab untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan ke dalam dua kategori, yaitu upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan.

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global, serta mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

a. Promosi kesehatan
b. Kesehatan lingkungan

KEMENKES RI

c. Kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
d. Perbaikan gizi masyarakat
e. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
f. Pengobatan.

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas.

2. Promosi Kesehatan di Puskesmas

Sebagaimana disebutkan di atas, ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia adalah Puskesmas dan salah satu dari upaya kesehatan wajib Puskesmas yang harus ditingkatkan kinerjanya adalah promosi kesehatan. Sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114 /MENKES/SK/VII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Apabila diterapkan, maka menolong diri sendiri artinya masyarakat mampu menghadapi masalah-masalah kesehatan potensial (yang mengancam) dengan cara mencegahnya dan mengatasi masalah-masalah kesehatan yang sudah terjadi dengan cara menanganinya secara efektif serta efisien. Dengan kata lain, masyarakat mampu berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam rangka memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya (problem solving), baik masalah-masalah kesehatan yang sudah diderita maupun yang potensial (mengancam), secara mandiri (dalam batas-batas tertentu). Jika definisi itu diterapkan di Puskesmas, maka dapat dibuat rumusan sebagai berikut: Promosi Kesehatan oleh Puskesmas adalah upaya Puskesmas untuk meningkatkan kemampuan pasien, individu sehat, keluarga (rumah tangga) dan masyarakat, agar: pasien dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya; individu sehat, keluarga dan masyarakat dapat mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah masalah-masalah kesehatan dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, melalui; pembelajaran dari, oleh, untuk

KEMENKES RI

dan bersama mereka, sesuai sosial budaya mereka, serta didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

3. Pelaksana Promosi Kesehatan

Memperhatikan strategi promosi kesehatan tersebut di atas, maka dapat dikatakan bahwa terdapat dua kategori pelaksana promosi kesehatan, yaitu setiap petugas kesehatan dan petugas khusus promosi kesehatan (disebut penyuluh kesehatan masyarakat).

Setiap petugas kesehatan yang melayani pasien dan ataupun individu sehat (misalnya dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, petugas laboratorium dan lain-lain) wajib melaksanakan promosi kesehatan. Namun demikian tidak semua strategi promosi kesehatan yang menjadi tugas utamanya, melainkan hanya pemberdayaan. Pada hakikatnya pemberdayaan adalah upaya membantu atau memfasilitasi pasien/klien, sehingga memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk mencegah dan atau mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya (to facilitate problem solving), dengan menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Dalam pelaksanaannya, upaya ini umumnya berbentuk pelayanan informasi atau konsultasi. Artinya, tenaga-tenaga kesehatan Puskesmas tidak hanya memberikan pelayanan teknis medis atau penunjang medis, melainkan juga penjelasan-penjelasan berkaitan dengan pelayanannya itu.

Petugas khusus promosi kesehatan diharapkan dapat membantu para petugas kesehatan lain dalam melaksanakan pemberdayaan, yaitu dengan:

a. Menyediakan alat bantu/alat peraga atau media komunikasi guna memudahkan petugas kesehatan dalam melaksanakan pemberdayaan.
b. Menyelenggarakan bina suasana baik secara mandiri atau melalui kemitraan dengan pihak-pihak lain.
c. Menyelenggarakan advokasi dalam rangka kemitraan bina suasana dan dalam mengupayakan dukungan dari pembuat kebijakan dan pihak-pihak lain (sasaran tersier).

Dalam keterbatasan sumber daya manusia kesehatan, sehingga belum dimungkinkan adanya petugas khusus promosi kesehatan di setiap Puskesmas, maka di dinas kesehatan kabupaten/kota harus tersedia tenaga khusus promosi kesehatan. Tenaga ini berupa pegawai negeri sipil dinas kesehatan kabupaten/kota yang ditugasi untuk melaksanakan promosi kesehatan. Petugas ini bertanggung jawab membantu pelaksanaan promosi kesehatan di Puskesmas.

KEMENKES RI

4. Langkah-Langkah Promosi Kesehatan

Langkah-langkah pelaksanaaan promosi kesehatan dibedakan atas dua kelompok, yaitu langkah-langkah promosi kesehatan di Puskesmas, dan langkah-langkah promosi kesehatan di masyarakat.

a. Langkah-Langkah Promosi Kesehatan di Puskesmas

Pelaksanaan promosi kesehatan di Puskesmas pada dasarnya adalah penerapan strategi promosi kesehatan, yaitu pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di tatanan sarana kesehatan, khususnya Puskesmas. Oleh karena itu, langkah awalnya adalah berupa penggerakan dan pengorganisasian untuk memberdayakan para petugas Puskesmas agar mampu mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan yang disandang pasien/klien Puskesmas dan menyusun rencana untuk menanggulanginya dari sisi promosi kesehatan. Setelah itu, barulah dilaksanakan promosi kesehatan sesuai dengan peluang-peluang yang ada, yaitu peluangpeluang di dalam gedung Puskesmas dan peluang-peluang di luar gedung Puskesmas.

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dari dinas kesehatan kabupaten/kota. Oleh karena itu, keberhasilan pelaksanaan promosi kesehatan di Puskesmas juga merupakan tanggung jawab dari dinas kesehatan kabupaten/kota. Dengan demikian, sangat diperlukan keterlibatan dinas kesehatan kabupaten/kota dalam pelaksanaan promosi kesehatan di Puskesmas, khususnya dalam langkah penggerakan dan pengorganisasian untuk memberdayakan para petugas Puskesmas. Petugas Puskesmas harus mendapat pendampingan oleh fasilitator dari dinas kesehatan kabupaten/kota agar mampu melaksanakan:

1) Pengenalan Kondisi Puskesmas

Sebelum memulai promosi kesehatan di Puskesmas, perlu dilakukan pengenalan kondisi institusi kesehatan untuk memperoleh data dan informasi tentang PHBS di Puskesmas tersebut, sebagai data dasar (baseline data). Yang digunakan sebagai standar adalah persyaratan Puskesmas yang Ber-PHBS (8 indikator proksi). Pengenalan kondisi Puskesmas ini dilakukan oleh fasilitator dengan dukungan dari Kepala dan seluruh petugas Puskesmas.

Pengenalan kondisi Puskesmas dilakukan melalui pengamatan (observasi), penggunaan daftar periksa (check list), wawancara,

KEMENKES RI

pemeriksaan lapangan atau pengkajian terhadap dokumen-dokumen yang ada.

2) Identifikasi Masalah Kesehatan dan PHBS

Pengenalan kondisi Puskesmas dilanjutkan dengan identifikasi masalah, yaitu masalah-masalah kesehatan yang saat ini diderita oleh pasien/pengunjung dan masalah-masalah kesehatan yang mungkin akan terjadi (potensial terjadi) jika tidak diambil tindakan pencegahan. Masalah-masalah kesehatan yang sudah diidentifikasi kemudian diurutkan berdasarkan prioritas untuk penanganannya.

Identifikasi masalah dilanjutkan dengan Survai Mawas Diri, yaitu sebuah survai sederhana oleh petugas-petugas kesehatan di Puskesmas yang dibimbing oleh fasilitator. Dalam survai ini akan diidentifikasi dan dibahas:

a) Hal-hal yang menyebabkan terjadinya masalah-masalah kesehatan, baik dari sisi teknis kesehatan maupun dari sisi perilaku. Dari segi PHBS harus digali lebih lanjut data/informasi tentang latar belakang perilaku.

b) Potensi yang dimiliki Puskesmas untuk mengatasi masalahmasalah kesehatan tersebut.

c) Kelompok-kelompok Kerja (Pokja) apa saja yang sudah ada (jika ada) dan atau harus diaktifkan kembali/dibentuk baru dalam rangka mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut, jika perlu.

d) Bantuan/dukungan yang diharapkan: apa bentuknya, berapa banyak, dari mana kemungkinan didapat (sumber) dan bilamana dibutuhkan.

Selain untuk menggali latar belakang perilaku pasien/pengunjung, survai ini juga bermanfaat untuk menciptakan kesadaran dan kepedulian para petugas Puskesmas terhadap masalah kesehatan (termasuk infeksi nosokomial) khususnya dari segi PHBS.

KEMENKES RI

3) Musyawarah Kerja

Musyawarah Kerja yang diikuti oleh seluruh petugas/karyawan Puskesmas, diselenggarakan sebagai tindak lanjut Survai Mawas Diri, sehingga masih menjadi tugas fasilitator untuk mengawalnya. Dalam rangka pembinaan PHBS di Puskesmas, Musyawarah Kerja bertujuan:

a) Menyosialisasikan tentang adanya masalah-masalah kesehatan yang masih dan kemungkinan akan diderita/dihadapi pasien/pengunjung serta langkah-langkah untuk mengatasi dan mencegahnya.
b) Mencapai kesepakatan tentang urutan prioritas masalahmasalah kesehatan yang hendak ditangani.
c) Mencapai kesepakatan tentang pokja-pokja yang hendak dibentuk baru atau diaktifkan kembali, jika diperlukan.
d) Memantapkan data/informasi tentang potensi Puskesmas serta bantuan/dukungan yang diperlukan dan alternatif sumber bantuan/dukungan tersebut.
e) Menggalang semangat dan partisipasi seluruh petugas/karyawan untuk mendukung pembinaan PHBS di Puskesmas.

4) Perencanaan Partisipatif

Setelah diperolehnya kesepakatan, fasilitator mengadakan pertemuan-pertemuan secara intensif dengan petugas kesehatan guna menyusun rencana pemberdayaan pasien dalam tugas masingmasing. Pembuatan rencana dengan menggunakan tabel berikut:

No.	Perilaku yang Ada	PHBS yang Diharapkan	Pesan	Peluang	Metode dan Media

Di luar itu, fasilitator juga menyusun rencana bina suasana yang akan dilakukannya di Puskesmas, baik dengan pemanfaatan media maupun dengan memanfaatkan pemuka/tokoh.

KEMENKES RI

Untuk bina suasana dengan memanfaatkan pemuka/tokoh digunakan tabel berikut.

No.	Dukungan yang Diharapkan	Pihak yang Akan Diadvokasi	Pesan Advokasi yang Disampaikan

5) Pelaksanaan Kegiatan

Segera setelah itu, kegiatan-kegiatan yang tidak memerlukan biaya operasional seperti pemberdayaan pasien/pengunjung dan advokasi dapat dilaksanakan. Sedangkan kegiatan-kegiatan lain yang memerlukan dana dilakukan jika sudah tersedia dana, apakah itu dana dari Puskesmas, dari pihak donatur atau dari pemerintah. Pembinaan PHBS di Puskesmas dilaksanakan dengan pemberdayaan, yang didukung oleh bina suasana dan advokasi.

a) Pemberdayaan

Pemberdayaan dilaksanakan oleh para petugas kesehatan yang melayani pasien/pengunjung (dokter kecil, perawat, bidan, laboran, penata rontgen, apoteker, dan lain-lain). Pemberdayaan dilaksanakan di berbagai kesempatan, terintegrasi dalam pelayanan masing-masing petugas kesehatan kepada pasien/pengunjung.

b) Bina Suasana

Bina suasana di Puskesmas selain dilakukan oleh fasilitator, juga oleh pemuka/tokoh yang diundang untuk menyampaikan pesan-pesan. Para pemuka/ tokoh berperan sebagai motivator/kelompok pendorong (pressure group) dan juga panutan dalam mempraktikkan PHBS di Puskesmas. Bina suasana juga dapat dilakukan dengan pemanfaatan media seperti billboard di halaman, poster di dinding ruangan, pertunjukan filem, pemuatan makalah/berita di majalah dinding, serta penyelenggaraan diskusi, mengundang pakar atau alim-ulama atau figur publik untuk berceramah, pemanfaatan halaman untuk taman obat/taman gizi dan lain-lain.

KEMENKES RI

c) Advokasi

Advokasi dilakukan oleh fasilitator dan Kepala Puskesmas terhadap pembuat kebijakan dan pemuka/tokoh masyarakat agar mereka berperanserta dalam kegiatan pembinaan PHBS di Puskesmas.

Para pembuat kebijakan misalnya, harus memberikan dukungan kebijakan/pengaturan dan menyediakan sarana agar PHBS di Puskesmas dapat dipraktikkan. Para pemuka/tokoh masyarakat diharapkan untuk ikut serta melakukan motivasi terhadap pasien/pengunjung institusi kesehatan, berperan sebagai kelompok pendorong dan berperilaku sebagai panutan dalam hal PHBS di Puskesmas.

Advokasi juga dilakukan terhadap para penyandang dana, termasuk pengusaha, agar mereka membantu upaya pembinaan PHBS di Puskesmas.

6) Evaluasi dan Pembinaan Kelestarian

Evaluasi dan pembinaan kelestarian PHBS di Puskesmas terintegrasi dengan manajemen Puskesmas. Dengan demikian, evaluasi dan pembinaan kelestarian PHBS di Puskesmas pada dasarnya juga merupakan tugas dari Kepala Puskesmas, dengan dukungan dari berbagai pihak, utamanya pemerintah daerah (dinas kesehatan kabupaten/kota) dan pemerintah. Kehadiran fasilitator di Puskesmas sudah sangat minimal, karena perannya sudah dapat sepenuhnya digantikan oleh Kepala Puskesmas dengan supervisi dari dinas kesehatan kabupaten/kota. Perencanaan partisipatif dalam rangka pembinaan PHBS di Puskesmas, sudah berjalan baik dan rutin serta terintegrasi dalam proses perencanaan Puskesmas. Pada tahap ini, selain pertemuan-pertemuan berkala serta kursus-kursus penyegar bagi para petugas kesehatan, juga dikembangkan cara-cara lain untuk memelihara dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan para petugas kesehatan tersebut.

b. Langkah-Langkah Promosi Kesehatan di Masyarakat

Langkah-langkah promosi kesehatan di masyarakat mencakup:

1) Pengenalan Kondisi Wilayah

Pengenalan kondisi wilayah dilakukan oleh fasilitator dan petugas Puskesmas dengan mengkaji data Profil Desa atau Profil Kelurahan dan

KEMENKES RI

hasil analisis situasi perkembangan desa/kelurahan. Data dasar yang perlu dikaji berkaitan dengan pengenalan kondisi wilayah, sebagai berikut:

Data Geografi dan Demografi :

Peta wilayah dan batas-batas wilayah, jumlah desa/kelurahan, jumlah RW, jumlah RT, jumlah penduduk, jumlah rumah tangga, tingkat pendidikan, mata pencaharian/jenis pekerjaan.

Data Kesehatan :

a) Jumlah kejadian sakit akibat berbagai penyakit (Diare, Malaria, ISPA, Kecacingan, Pneumonia, TB, penyakit Jantung, Hipertensi, dan penyakit lain yang umum dijumpai di Puskesmas).
b) Jumlah kematian (kematian ibu, kematian bayi, dan kematian balita).
c) Jumlah ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi baru lahir dan balita.
d) Cakupan upaya kesehatan (cakupan pemeriksaan kehamilan, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, cakupan Posyandu, imunisasi dasar lengkap, sarana air bersih dan jamban).
e) Jumlah dan jenis fasilitas kesehatan yang tersedia (Poskesdes, Puskesmas Pembantu, klinik).
f) Jumlah dan jenis Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang ada seperti Posyandu, kelompok pemakai air, kelompok arisan jamban, tabulin, dasolin.
g) Jumlah kader kesehatan/kader PKK, ormas/LSM yang ada.

2) Survai Mawas Diri

Sebagai langkah pertama dalam upaya membina peranserta masyarakat, perlu diselenggarakan Survai Mawas Diri, yaitu sebuah survai sederhana oleh para pemuka masyarakat dan perangkat desa/kelurahan, yang dibimbing oleh fasilitator dan petugas Puskesmas. Selain untuk mendata ulang masalah kesehatan, mendiagnosis penyebabnya dari segi perilaku dan menggali latar belakang perilaku masyarakat, survai ini juga bermanfaat untuk menciptakan kesadaran dan kepedulian para pemuka masyarakat terhadap kesehatan masyarakat desa/kelurahan, khususnya dari segi PHBS. Dalam survai ini akan diidentifikasi dan dirumuskan bersama hal-hal sebagai berikut:

KEMENKES RI

a. Masalah-masalah kesehatan yang masih diderita/dihadapi dan mungkin (potensial) dihadapi masyarakat serta urutan prioritas penanganannya.

b. Hal-hal yang menyebabkan terjadinya masalah-masalah kesehatan, baik dari sisi teknis kesehatan maupun dari sisi perilaku masyarakat. Dari sisi perilaku, setiap perilaku digali faktor-faktor yang menjadi latar belakang timbulnya perilaku tersebut.

c. Tabel berikut dapat digunakan sebagai panduan untuk menggali latar belakang setiap perilaku.

No	Perilaku Penyebab Masalah Kesehatan	Pengetahuan	Sikap	Nilai/ Norma	Teladan	Sarana

3) Musyawarah Desa/Kelurahan

Musyawarah Desa/Kelurahan diselenggarakan sebagai tindak lanjut Survai Mawas Diri, sehingga masih menjadi tugas fasilitator dan petugas Puskesmas untuk mengawalnya. Musyawarah Desa/Kelurahan bertujuan:

a) Menyosialisasikan tentang adanya masalah-masalah kesehatan yang masih diderita/dihadapi masyarakat.

b) Mencapai kesepakatan tentang urutan prioritas masalah-masalah kesehatan yang hendak ditangani.

c) Mencapai kesepakatan tentang UKBM-UKBM yang hendak dibentuk baru atau diaktifkan kembali.

d) Memantapkan data/informasi potensi desa atau potensi kelurahan serta bantuan/dukungan yang diperlukan dan alternatif sumber bantuan/dukungan tersebut.

e) Menggalang semangat dan partisipasi warga desa atau kelurahan untuk mendukung pengembangan kesehatan masyarakat desa/kelurahan.

f) Musyawarah Desa/Kelurahan diakhiri dengan dibentuknya Forum Desa, yaitu sebuah lembaga kemasyarakatan di mana para pemuka masyarakat desa/kelurahan berkumpul secara rutin untuk membahas perkembangan dan pengembangan kesehatan masyarakat desa/kelurahan.

KEMENKES RI

g) Dari segi PHBS, Musyawarah Desa/Kelurahan bertujuan untuk menjadikan masyarakat desa/kelurahan menyadari adanya sejumlah perilaku yang menyebabkan terjadinya berbagai masalah kesehatan yang saat ini dan yang mungkin (potensial) mereka hadapi.

4) Perencanaan Partisipatif

Setelah diperolehnya kesepakatan dari warga desa atau kelurahan, Forum Desa mengadakan pertemuan-pertemuan secara intensif guna menyusun rencana pengembangan kesehatan masyarakat desa/kelurahan untuk dimasukkan ke dalam Rencana Pembangunan Desa/Kelurahan. Rencana Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa/Kelurahan harus mencakup:

a) Rekrutmen/pengaktifan kembali kader kesehatan dan pelatihan pembinaan PHBS di Rumah Tangga untuk para kader kesehatan oleh petugas Puskesmas dan fasilitator, berikut biaya yang diperlukan dan jadwal pelaksanaannya.

b) Kegiatan-kegiatan pembinaan PHBS di Rumah Tangga yang akan dilaksanakan oleh kader kesehatan dengan pendekatan Dasawisma, berikut jadwal pelaksanaannya. Pembuatan rencana dengan menggunakan tabel berikut:

No.	Perilaku yang Ada	PHBS yang Diharapkan	Pesan	Peluang Promkes	Metode dan Media

c) Sarana-sarana yang perlu diadakan atau direhabilitasi untuk mendukung terwujudnya PHBS di Rumah Tangga, berikut biaya yang dibutuhkan dan jadwal pengadaan/rehabilitasinya.

Hal-hal yang dapat dilaksanakan tanpa biaya atau dengan swadaya masyarakat dan atau bantuan dari donatur (misalnya swasta), dicantumkan dalam dokumen tersendiri. Sedangkan hal-hal yang memerlukan dukungan pemerintah dimasukkan ke dalam dokumen Musrenbang Desa atau Kelurahan untuk diteruskan ke Musrenbang selanjutnya.

KEMENKES RI

5) Pelaksanaan Kegiatan

Sebagai langkah pertama dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan, petugas Puskesmas dan fasilitator mengajak Forum Desa merekrut atau memanggil kembali kader-kader kesehatan yang ada. Selain itu, juga untuk mengupayakan sedikit dana (dana desa/kelurahan atau swadaya masyarakat) guna keperluan pelatihan kader kesehatan. Selanjutnya, pelatihan kader kesehatan oleh fasilitator dan petugas Puskesmas dapat dilaksanakan.

Segera setelah itu, kegiatan-kegiatan yang tidak memerlukan biaya operasional seperti penyuluhan dan advokasi dapat dilaksanakan. Sedangkan kegiatan-kegiatan lain yang memerlukan dana dilakukan jika sudah tersedia dana, apakah itu dana dari swadaya masyarakat, dari donatur (misalnya pengusaha), atau dari pemerintah, termasuk dari desa/kelurahan.

Promosi kesehatan dilaksanakan dengan pemberdayaan keluarga melalui Dasawisma, yang didukung oleh bina suasana dan advokasi.

a) Pemberdayaan

Pemberdayaan individu dilaksanakan dalam berbagai kesempatan, khususnya pada saat individuindividu anggota rumah tangga berkunjung dan memanfaatkan upaya-upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) seperti Posyandu, Poskesdes, dan lain-lain, melalui pemberian informasi dan konsultasi. Dalam kesempatan ini, para kader (dan juga petugas kesehatan) yang bekerja di UKBM harus berupaya meyakinkan individu tersebut akan pentingnya mempraktikkan PHBS berkaitan dengan masalah kesehatan yang sedang dan atau potensial dihadapinya. Pemberdayaan keluarga dilaksanakan melalui kunjungan ke rumah tangga dan konsultasi keluarga oleh para kader kesehatan. Juga melalui bimbingan atau pendampingan ketika keluarga tersebutmembutuhkan (misalnya tatkala membangun jamban, membuat taman obat keluarga dan lain-lain). Dalam hal ini, fasilitator dan petugas Puskesmas mengorganisasikan para kader kesehatan dengan membagi tugas dan tanggung jawab melalui pendekatan Dasawisma. Seorang atau dua orang kader diberi tugas dan tanggung jawab untuk membina PHBS 5–10 rumah tangga.

KEMENKES RI

b) Bina Suasana

Bina suasana diawali dengan advokasi oleh fasilitator dan petugas Puskesmas untuk menggalang kemitraan. Advokasi dilakukan terhadap para pemuka atau tokoh-tokoh masyarakat, termasuk pemuka agama dan pemuka adat serta para pengurus organisasi kemasyarakatan di tingkat desa dan kelurahan seperti pengurus Rukun Warga/Rukun Tetangga, pengurus PKK, pengurus pengajian, pengurus arisan, pengurus koperasi, pengurus organisasi pemuda (seperti Karang Taruna) dan lain-lain. Keberhasilan advokasi dan penggalangan kemitraan akan memotivasi para pemuka atau tokoh-tokoh masyarakat tersebut untuk berperan aktif dalam bina suasana, dalam rangka menciptakan opini publik, suasana yang kondusif dan panutan di tingkat desa dan kelurahan bagi dipraktikkannya PHBS oleh rumah tangga. Para pengurus organisasi kemasyarakatan juga termotivasi untuk mendorong anggotaanggotanya agar mempraktikkan PHBS. Bina suasana juga dapat dilakukan dengan pemanfaatan media seperti pemasangan spanduk dan atau billboard di jalan-jalan desa/kelurahan, penempelan poster di tempat-tempat strategis, pembuatan dan pemeliharaan taman obat/taman gizi percontohan di beberapa lokasi, serta pemanfaatan media tradisional.

c) Advokasi

Sebagaimana disebutkan di atas, advokasi dilakukan oleh fasilitator dan petugas Puskesmas terhadap para pemuka masyarakat dan pengurus organisasi kemasyarakatan tingkat desa dan kelurahan, agar mereka berperanserta dalam kegiatan bina suasana. Di samping itu, advokasi juga dilakukan terhadap para penyandang dana, termasuk pengusaha, agar mereka membantu upaya pengembangan kesehatan masyarakat desa/kelurahan.

Kegiatan-kegiatan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di desa dan kelurahan tersebut di atas harus didukung oleh kegiatan-kegiatan bina suasana PHBS di Rumah Tangga dalam lingkup yang lebih luas (kecamatan, kabupaten/kota, provinsi dan nasional) dengan memanfaatkan media massa berjangkauan luas seperti surat kabar, majalah, radio, televisi dan internet; serta advokasi secara berjenjang

KEMENKES RI

dari tingkat provinsi ke tingkat kabupaten/kota dan dari tingkat kabupaten/kota ke tingkat kecamatan.

6) Evaluasi dan Pembinaan Kelestarian

Evaluasi dan pembinaan kelestarian merupakan tugas dari Kepala Desa/Lurah dan perangkat desa/kelurahan dengan dukungan dari berbagai pihak, utamanya pemerintah daerah dan pemerintah. Kehadiran fasilitator di desa dan kelurahan sudah sangat minimal, karena perannya sudah dapat sepenuhnya digantikan oleh kaderkader kesehatan, dengan supervisi dari Puskesmas.

Perencanaan partisipatif dalam rangka pembinaan kesehatan masyarakat desa/kelurahan, sudah berjalan baik dan rutin serta terintegrasi dalam proses perencanaan pembangunan desa atau kelurahan dan mekanisme Musrenbang. Kemitraan dan dukungan sumber daya serta sarana dari pihak di luar pemerintah juga sudah tergalang dengan baik dan melembaga.

Pada tahap ini, selain pertemuan-pertemuan berkala serta kursuskursus penyegar bagi para kader kesehatan, juga dikembangkan cara-cara lain untuk memelihara dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan para kader tersebut.

Pembinaan kelestarian juga dilaksanakan terintegrasi dengan penyelenggaraan Lomba Desa dan Kelurahan yang diselenggarakan setiap tahun secara berjenjang sejak dari tingkat desa/kelurahan sampai ke tingkat nasional.

Dalam rangka pembinaan kelestarian juga diselenggarakan pencatatan dan pelaporan perkembangan kesehatan masyarakat desa/kelurahan, termasuk PHBS di Rumah Tangga, yang berjalan secara berjenjang dan terintegrasi dengan Sistem Informasi Pembangunan Desa yang diselenggarakan oleh Kementerian Dalam Negeri.

KEMENKES RI

Rangkuman

Perencanaan Promosi Kesehatan

Perencanaan promosi kesehatan adalah suatu proses diagnosis penyebab masalah, penetapan prioritas masalah dan alokasi sumber daya yang ada untuk mencapai suatu tujuan. Oleh sebab itu, dalam membuat perencanaan promosi kesehatan, perencanaan harus tediri dari masyarakat, professional kesehatan dan prometer kesehatan.

Terdapat beberapa teori mengenai perencanaan program promosi kesehatan. Berikut adalah langkah-langkah dalam perencanaan program promosi kesehatan menurut teori Dignan:

A. **Analisis Komunitas**. Menganalisis bagaimana keadaan komunitas tersebut. Meliputi pendidikan, pekerjaan, umur, keadaan geografis, yang nantinya akan di fokuskan pada satu masalah kesehatan.

B. ***Targetted Assesment***. Target yang akan dicapai dalam program ini sebagai bentuk berhasil atau tidaknya program yang dijalankan ini.

C. **Program *Plan Development***

Fase ini yaitu program plan development akan disusun melalui tahap:

1. Mengambil perencanaan anggota grup (*recruit planning group members*),
2. Mengembangkan tujuan program (*develop program goals*),
3. Mengembangkan objektif untuk tujuan (*develop objectives for goals*),
4. Menggali sumber dan hambatan (*explore resources dan constraints*),
5. Memilih metode dan kegiatan (*select methods and activities*),
6. Rencana untuk pelaksanaan (*plan for implementation*), dan
7. Rencana untuk evaluasi (*plan for evaluation*).

D. ***Implementation***

Fase berikutnya adalah implementasi (yang juga merupakan fase keenam dari kerangka PROCEDE) disusun melalui tahap:

1. *Gain acceptence for the program*
2. *Specify tasks and estimate resource needs*
3. *Develop spesifc plans for program activities*
4. *Establish mechanism for program management*
5. *Put plans into actions.*

E. ***Evaluation***. Tahap evaluasi ini menyatakan berhasil atau tidak target terpenuhi.

KEMENKES RI

Promosi Kesehatan di Puskesmas

Ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia adalah Puskesmas dan salah satu dari upaya kesehatan wajib Puskesmas yang harus ditingkatkan kinerjanya adalah promosi kesehatan.

Pelaksanaan promosi kesehatan di Puskesmas pada dasarnya adalah penerapan strategi promosi kesehatan, yaitu pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi di tatanan sarana kesehatan, khususnya Puskesmas. Oleh karena itu, langkah awalnya adalah berupa penggerakan dan pengorganisasian untuk memberdayakan para petugas Puskesmas agar mampu mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan yang disandang pasien/klien Puskesmas dan menyusun rencana untuk menanggulanginya dari sisi promosi kesehatan.

Berikut adalah langkah yang ditempuh dalam melaksanakan promosi kesehatan di Puskesmas:

1. Pengenalan kondisi Puskesmas
2. Identifikasi masalah kesehatan dan PHBS di Puskesmas
3. Musyawarah kerja
4. Perencanaan partisipatif
5. Pelaksanaan kegiatan
6. Pembinaan kelestarian.

Latihan 3

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Menurut Green Ottoson (1998) Promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan,merupakan definisi promosi kesehatan menurut:...
   a. Blum
   b. Precede
   c. Labonte
   d. Green Ottoson
   e. Dignan and Carr

KEMENKES RI

2. Dalam promosi kesehatan selain pendidikan kesehatan juga diperlukan intervensi pada faktor lingkungan yang meliputi:...
   a. Politik, ekonomi, organisasi
   b. Budaya, organisasi, politik
   c. Organisasi, budaya, politik
   d. Sosial, ekonomi, organisasi
   e. Sosial, ekonomi, politik
3. Dalam membuat perencanaan promosi kesehatan, perencanaan harus tediri dari:...
   a. Masyarakat, professional kesehatan,keluarga
   b. Pemikiran, , professional kesehatan,keluarga
   c. Keluarga, masyarakat, professional kesehatan
   d. Barometer kesehatan, masyarakat, professional kesehatan
   e. Masyarakat, professional kesehatan dan prometer kesehatan
4. Suatu model pendekatan yang digunakan untuk membuat perencanaan dan evaluasi kesehatan mulai dari kebutuhan pendidikan sampai pengembangan program untuk memenuhi kebutuhan merupakan pengertian dari:...
   a. Teori *Dignan*
   b. Teori *Precede*
   c. Teori *Reinforcing*
   d. Teori *Targetted Assesment*
   e. Teori Perencanaan Promosi Kesehatan
5. Tahap yang menyatakan berhasil atau tidak target terpenuhi adalah:. ..
   a. *Evaluation*
   b. *Implementation*
   c. Analisis Komunitas
   d. *Targetted Assesment*
   e. Program *Plan Development*
6. Upaya kesehatan dikelompokkan ke dalam dua kategori yaitu:...
   a. Upaya kesehatan tidak wajib dan upaya kesehatan pengembangan.
   b. Upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan.
   c. Upaya kesehatan pembangunan dan upaya kesehatan wajib
   d. Upaya kesehatan pengembangan dan upaya pembangunan
   e. Upaya kesehatan tidak wajib dan upaya kesehatan wajib
7. Untuk soal no.7 perhatikan pernyataan di bawah ini

KEMENKES RI

- ❖ Promosi kesehatan
- ❖ Kesehatan lingkungan
- ❖ Kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
- ❖ Perbaikan gizi masyarakat
- ❖ Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- ❖ Pengobatan

Pernyataan diatas merupakan bentuk-bentuk dari upaya:. ..

a. Kesehatan pembangunan
b. Kesehatan lingkungan
c. Kesehatan tidak wajib
d. Kesehatan keluarga
e. Kesehatan wajib

8. Ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia adalah:....
   a. Ponek
   b. Poned
   c. Puskesmas
   d. Rumah Sakit
   e. Rumah Bersalin
9. Tenaga-tenaga kesehatan Puskesmas tidak hanya memberikan pelayanan teknis medis atau penunjang medis, melainkan juga penjelasan-penjelasan berkaitan dengan:...
   a. Pembayarannya
   b. Kunjungannya
   c. Pelayanannya
   d. Tindakannya
   e. Evaluasinya
10. Pelaksanaan promosi kesehatan di Puskesmas pada dasarnya adalah penerapan strategi promosi kesehatan, yaitu:....
    a. Pemberdayaan,bina suasana dan advokasi
    b. Pemberdayaan, bina suasana, pelayanan
    c. Partisipatif, bina suasana, pelayanan
    d. Advokasi, partisipatif, bina suasana
    e. Bina suasana,pelayanan,advokasi.

KEMENKES RI

B. Essay

Sebutkan langkah-langkah promosi kesehatan di masyarakat!

DAFTAR PUSTAKA

Hikmawati, Isna. 2011. *Promosi Kesehatan untuk Kebidanan*. Yogyakarta. Nuha Medika.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta.Rineka Cipta.

Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta. EGC

Syafrudin, 2009. Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta. Trans Info Media.

Kemenkes RI. 2011. Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas,.

KEMENKES RI

4

KONSEP KEBUTUHAN PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN

Setelah mengikuti perkuliahan diharapkan Anda mampu menjelaskan Konsep Konsep Kebutuhan Pendidikan kesehatan dalam pelayanan kebidanan. Untuk menunjang ketercapaian tujuan, maka diharapkan setelah akhir perkuliahan anda mampu:

A. Menjelaskan Konsep Kebutuhan Induvidu dan Kelompok.
B. Menjelaskan Kebutuhan Pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan.
C. Menjelaskan Teknik Identifikasi Kebutuhan.
D. Menjelaskan Survey Kebutuhan.

Kali ini anda akan mendapatkan pengalaman belajar tentang konsep kebutuhan pendidikan kesehatan dalam pelayanan kebidanan baik pada individu maupun kelompok.

A. Apa Itu Konsep Kebutuhan Individu dan Kelompok?

Kebutuhan adalah kata yang sederhana dan apa adanya, terdiri dari empat huruf *(need)*, tapi kompleks, pada dasarnya penting, dan mencapai di implikasinya semua istilah utama dalam kosakata. Hampir para profesional tidak menggunakan istilah itu karena peran sentral ekstensi adalah untuk membantu orang belajar untuk hidup yang lebih baik, program harus sejalan dengan kebutuhan mereka. Salah satu kekuatan terbesar dari ekstensi adalah fleksibilitas dalam membantu orang menyesuaikan diri dengan lingkungan yang berubah.

Titik di mana profesional dan pemerintah harus datang untuk mengatasi terhadap identifikasi kebutuhan dan penilaian adalah tahap pemrograman, harus selalu diakui dan ditangani dalam beberapa bentuk dan untuk beberapa derajat. Perubahan yang penting bagi orang -orang yang membantu mereka memenuhi kebutuhan mereka untuk biologi, ekonomi, sosial, estetika, atau juga sebagai makhluk yang bermoral, pada dasarnya kemudian, semua program mempromosikan perubahan yang ada untuk membantu orang memenuhi kebutuhan mereka. unsur kebutuhan, oleh karena itu, menjadi pusat perhatian dari pendidik.

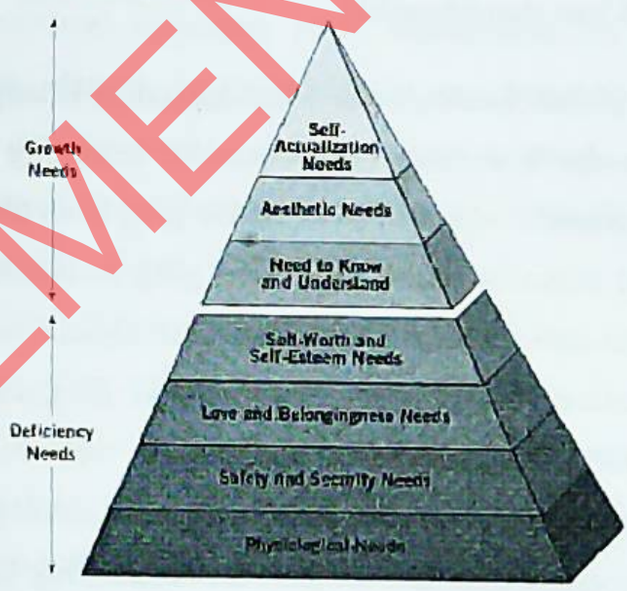
KEMENKES RI

Program "partisipasi pilihan bebas" berhasil hanya sebatas bahwa mereka fokus dan terpenuhinya kebutuhan pribadi, keluarga, kelompok, atau kebutuhan masyarakat, karena masing – masing individu bebas untuk berpartisipasi atau tidak, program yang ditawarkan merupakan pemungutan suara: ketika orang berpartisipasi berarti mereka baik; ketika mereka tidak berpartisipasi mereka tidak baik. mereka menentukan suara mereka atas dasar perkiraan. Oleh karena itu, orang melihat masing – masing individu atas dasar kebutuhan.

Hirarki Kebutuhan Maslow

Dalam Bab 2 Anda melihat bahwa orang menjadi teraktualisasikan untuk mencapai kebutuhan yang lebih tinggi setelah mereka memenuhi kebutuhan dasar tertentu. Psikolog Abraham Maslow mengidentifikasi tujuh kategori kebutuhan dasar umum untuk semua orang. Maslow membuat kebutuhan ini dalam bentuk piramida. Sebuah hirarki adalah konsep dari terendah ke tertinggi. Menurut Maslow, individu harus memenuhi kebutuhan pada tingkat yang lebih rendah dari piramida sebelum mereka dapat berhasil menjadi termotivasi untuk mengatasi tingkat berikutnya. Empat tingkat terendah mewakili kebutuhan kekurangan, dan tiga tingkat atas mewakili kebutuhan pertumbuhan.

FIGURE 3.1
Maslow's hierarchy of needs



1. **Kebutuhan fisiologis**

Perhatikan bahwa kebutuhan fisiologis berada di dasar piramida. Mengapa Anda menganggap kebutuhan ini menempati posisi ini, Maslow menyatakan bahwa yang pertama dan paling dasar kebutuhan orang adalah kebutuhan untuk bertahan hidup. kebutuhan fisiologis mereka untuk makanan, minum, rumah, dan lain sebagainya. Setiap orang harus memiliki makanan untuk dimakan, air untuk

KEMENKES RI

diminum, dan rumah sebelum mereka dapat berpikir tentang hal lain. Jika salah satu kebutuhan fisiologis hilang, orang termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang hilang. Apakah Anda pernah kesulitan memperhatikan penjelasan dari dosen atau guru ketika Anda lapar? Beberapa siswa masa depan Anda mungkin tidak memiliki sarapan atau bahkan makan malam sebelumnya. sarapan dan makan siang gratis dan mengurangi program telah dilaksanakan di sekolah-sekolah untuk membantu siswa memenuhi beberapa kebutuhan fisiologis mereka

2. **Keselamatan dan Keamanan Kebutuhan**

Setelah kebutuhan fisiologis mereka telah puas, orang dapat bekerja untuk memenuhi kebutuhan mereka yaitu keselamatan dan keamanan. (Tapi kebutuhan fisiologis harus dipenuhi terlebih dahulu). Keselamatan adalah kebutuhan yang diinginkan setiap orang ketika mereka tahu ada sebuah salahnya yang akan menimpa mereka, secara fisik, mental, atau emosional. Keamanan adalah kebutuhan yang diinginkan orang ketika mereka merasa takut dan cemas . Bagaimana hubungan hal ini dengan siswa di sekolah? Apa ancaman terhadap mental, atau keamanan fisik, emosional mungkin siswa menganggap di sekolah?

3. **Kebutuhan akan Cinta dan Memiliki**

Setelah kebutuhan fisiologis dan kebutuhan untuk kelangsungan hidup dan untuk keselamatan dan keamanan telah dipenuhi, seseorang dapat termotivasi untuk memenuhi kebutuhan diwakili pada tingkat yang lebih tinggi dari piramida. Tingkat ketiga dari piramida adalah kebutuhan yang berhubungan dengan cinta dan memiliki. kebutuhan ini terpenuhi melalui memuaskan hubungan-hubungan dengan anggota keluarga, teman, rekan, teman sekelas, guru, dan orang-orang lain dengan siapa individu berinteraksi. Hubungan memuaskan menyiratkan penerimaan oleh orang lain. Setelah puas kebutuhan fisiologis dan keamanan mereka, orang bisa menjelajah dan mencari hubungan yang kebutuhannya akan cinta dan rasa memiliki dapat dipenuhi. Pikirkan tentang siswa anda. Apa yang mereka butuhkan dari guru mereka dan orang-orang dengan siapa mereka membangun hubungan yang akan menjamin mereka mereka diterima?

4. **Self-*Worth* dan *Self-Esteem* Kebutuhan**

Setelah individu telah memuaskan bertemu kebutuhan mereka untuk cinta dan memiliki, mereka dapat mulai mengembangkan perasaan positif dari diri dan harga diri, dan bertindak untuk mendorong kebanggaan dalam pekerjaan mereka

KEMENKES RI

dan dalam diri mereka sebagai orang. Sebelum mereka dapat bekerja ke arah diri, namun, mereka harus merasa aman, aman, dan bagian dari kelompok seperti kelas di sekolah. Dalam sebuah studi oleh Yamamoto et al. (1996), lebih dari 1.700 anak-anak di kelas 2 sampai 9 melaporkan bahwa peristiwa yang paling stres dalam hidup mereka adalah apabila ada sesuatu yang mengancam keamanan mereka dan orang-orang yang mengancam akan mempermalukan mereka, sehingga menantang rasa mengembangkan cinta dan milik. Sebagai guru, Anda perlu menemukan cara Anda dapat membantu siswa di kelas Anda mengembangkan perasaan positif tentang diri mereka sendiri dan dengan demikian mulai memenuhi kebutuhan mereka untuk diri dan harga diri.

5. Kebutuhan *Deficiency*

Empat tingkat pertama hierarki Maslow kebutuhan penting untuk seseorang kesejahteraan dan harus dipenuhi sebelum orang tersebut termotivasi untuk mencari pengalaman yang berhubungan dengan tingkat atas. Jika seorang siswa tidak dapat memenuhi kebutuhan ini, siswa tidak akan termotivasi untuk mengejar salah satu kebutuhan di tingkat berikutnya. Karena itu, empat tingkat pertama kebutuhan disebut kebutuhan defisiensi. Setelah kebutuhan defisiensi telah puas, motivasi seseorang untuk memuaskan itu berkurang. Untungnya, banyak siswa datang ke sekolah dengan kebutuhan defisiensi fisiologi, keselamatan dan keamanan, cinta dan rasa memiliki, dan harga diri sudah bertemu-di rumah; dalam kelompok sebaya; di gereja, kepramukaan, atletik, atau kelompok musik; dalam kelompok-kelompok lain; atau dalam beberapa kombinasi dari ini. Namun, beberapa siswa yang datang ke sekolah tidak memiliki kebutuhan ini terpenuhi di tempat lain dan mencari cara untuk memenuhi kebutuhan ini di sekolah. Dan semua siswa harus memenuhi kebutuhan defisiensi ini sebelum mereka dapat berhasil bekerja di belajar.

a. Kebutuhan untuk Tahu dan Memahami

Tingkat kelima dari piramida Maslow merupakan kebutuhan individu untuk mengetahui dan memahami. Menurut hierarki Maslow, motivasi ini tidak dapat terjadi sampai kekurangan kebutuhan telah terpenuhi untuk kepuasan individu.Seperti yang dapat Anda bayangkan, kebutuhan untuk mengetahui dan memahami merupakan daerah utama fokus untuk pendidikan dan merupakan topik yang kita akan berkonsentrasi. Salah satu pekerjaan

KEMENKES RI

utama kami sebagai pendidik adalah untuk memotivasi siswa sehingga mereka akan ingin mengetahui dan memahami.

b. **Kebutuhan Estetika**

Estetika mengacu pada kualitas yang kreatif, indah, atau artistik menyenangkan; kebutuhan estetika adalah kebutuhan untuk mengekspresikan diri dengan cara yang menyenangkan. Dekorasi ruang tamu Anda, membungkus ulang menyajikan menarik, mencuci dan waxing mobil Anda, dan menjaga dengan gaya terbaru dalam pakaian adalah cara-cara untuk mengungkapkan rasa estetika Anda. Orang termotivasi untuk memenuhi kebutuhan ini hanya setelah lima kebutuhan sebelumnya telah terpenuhi.

c. **Kebutuhan Aktualisasi Diri**

Di bagian atas piramida adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri, yang merupakan keinginan seseorang untuk menjadi semua yang dia mampu menjadi-menyadari dan menggunakan potensi penuh nya, kapasitas, dan bakat. Kebutuhan ini dapat diatasi hanya bila sebelumnya enam telah satisfied. Hal ini jarang bertemu sepenuhnya; Maslow (1968) memperkirakan bahwa kurang dari 1% dari orang dewasa mencapai jumlah aktualisasi diri.

d. **Kebutuhan Pertumbuhan**

Tiga tingkat atas piramida merupakan kebutuhan pertumbuhan seseorang. kebutuhan pertumbuhan tidak akan pernah puas sepenuhnya. Bertentangan dengan kebutuhan kekurangan, yang motivasi berkurang ketika kebutuhan puas, karena kebutuhan pertumbuhan terpenuhi, motivasi orang untuk menemui mereka meningkat. Semakin kebutuhan ini terpenuhi, semakin banyak orang ingin mengejar mereka. Sebagai contoh, lebih satu datang untuk memahami, motivasi lebih seseorang untuk belajar lebih meningkat.

B. Apakah Kebutuhan Pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan?

Pertama yang dapat dilakukan dalam menilai kebutuhan adalah menentukan hal-hal sebagai berikut.

1. **Apa saja kebutuhan sasaran**

Identifikasi jenis kebutuhan masyarakat, apakah kebutuhan normative, yang dirasakan, yang dinyatakan, atau kebutuhan komparatif. Contohnya, didalam kelas pendidikan orang tua, tentukan jenis kebutuhan yang suah terpenuhi, apakah kebutuhan normative yang ditetapkan profesi kesehatan, kebutuhan yang dirasakan setelah melihat apa yang tersedia.

KEMENKES RI

2. **Siapa yang memutuskan adanya kebutuhan**

Tentukan siapa yang memutuskan kebutuhan tersebut, promotor kesehatan, klien, atau keduanya. Terkadang jawaban tersebut tidak mudah, karena kebutuhan it muncul setelah diskusi antara promotor kesehatan dan klien. Masyarakat tidak selalu mengetahui apa yang dibutuhkan atau diinginkan, karena kesadaran dan pengetahuan tentang kemungkinan yang tersedia terbatas.

Promotor kesehatan dapat membantu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan kesehatan sehingga dapat menimbulkan permintaan (kebutuhan yang dinyatakan) untuk promosi kesehatan. Situasi yang ideal adalah bahwa keputusan kebutuhan ditetapkan bersama oleh klien dan promotor kesehatan.

3. **Apa alasan penetapan suatu kebutuhan**

Penetapan kebutuhan harus didukung bukti objektif seperti fakta dan angka sehingga kebutuhan yang timbul merupakan suatu masalah yang nyata dan cukup beralasan untuk dilakukan dalam bentuk kegiatan promosi kesehatan. Sebagai contoh hasil survaimenunjukkan bahwa para lansia mengalami kesulitan pergi ke pelayanan kesehtan yang dilayani oleh system transportasi yang buruk. Cukup beralasan untuk berasumsi bahwa hal ini berlaku disebagian besar daerah dengan trabsportasi umum yang buruk.

C. Apa Itu Teknik Identifikasi Kebutuhan?

Menurut ewles dan simnett (1994), empat hal yang perlu dipertimbangkan antara lain ruang lingkup tugas, perimbangan antara bersikap reaktif dan proaktif, sejauh mana menempatkan kepentingan klien terlebih dahulu dan manfaat mengadopsi filosofi pemasaran.

1. **Ruang lingkup tugas**

Bagi sebagian petugas, tugas mengidentifikasi kebutuhan dalam batas tertentu telah dilakuakan. Contoh seorang perawat telah melakukan pelayanan yang berorientasi pada pasien yang bersangkutan, tentu saja ia perlu mengidentifikasi dan memberi tanggapan terhadap kebutuhan-kebutuhan individual setiap pasien.

Semua promotor kesehatan memerlukan kompetensi untuk bersikap responsive terhadap kebutuhan promosi kesehatan dari klien mereka. Meskipun promotor kesehatan mampu melakukan kegiatan tertentu, tetapi perlu mempertimbangkan apakah kegiatan tersebut dalam ruang lingkup tugasnya sebagai promotor kesehatan.

KEMENKES RI

2. **Reaktif dan proaktif**

Dalam mengidentifikasi kebutuhan, perlu dibedakan antara reaktif dan proaktif. Bersikap reaktif adalah memberi tanggapan (bereaksi) terhadap kebutuhan-kebutuhan dan permintaaan orang lain. Bersikap proaktif berarti mengambil inisiatif dan keputusan tentang kawasan pekerjaan yang akan dilakukan. Individu dapat mengatakan "tidak" terhadap permintaan orang lain jika permintaan itu tidak cocok dengan kebijakan dan prioritas anda.

Bersikap reaktif dan proaktif berhubungan dengan pendekatan-pendekatan promosi kesehatan. Sebagai contoh, penggunaan pendekatan berpusat pada klien berarti bersikap reaktif terhadap kebutuhan yang dinyatakan klien, sedangkan pendekatan perubahan prilaku atau medical berarti bersikap proaktif. Dalam praktik selalu ada perimbangan yang harus diterima antara bersikap proaktif dan proaktif.

3. **Menempatkan kebutuhan penggunaan atau sasaran lebih dulu**

Kebutuhan siapa yang harus didahulukan, pihak pengguna (sasaran) atau pemberi layanan ?..... mungkin terdapat konflik diantara keduanya seperti sasaran ingin pelayanan KB buka hari sabtu, tetapi pihak pemberi layanan tidak dapat melakukannya karena kesulitan memperoleh staf yang bekerja di akhir minggu. Meski demikian, terdapat beberapa kecenderungan yang berupaya menempatkan pandangan dan kebutuhan pihak pengguna atau sasaran sebagai pusat kegi beriatan pelayangan promosi keseahatan, antara lain sebagai berikut :

a. Penekanan pada pemakai sebagai individu yang unik
b. Kecenderungan professional bermitra dengan sasaran
c. Penekanan pada peningkatan penyediaan dan jangkauan terhadap pelayanan yang mempromosikan kesehatan
d. Kecenderungan kearah pendekatan berorientasi klien dalam penyuluhan lesehatan, dengan pemberdayaan diri klien sebagai tujuan.
e. Kecenderungan partisipasi pengguna dalam perencanaan dan evaluasi kegiatan-kegiatan promosi kesehatan.

Cara paling penting dalam menetapkan kegiatan-kegiatan yang lebih responsive bagi pengguna dan penerima adalah memberi kesempatan kepada mereka untuk mengendalikan diri terhadap apa yang terjadi dalam dirinya. Hal ini dapat dilakukan dengan memberi pemahaman dan pengertian pada pengguna dan penerima berkaitan dengan ruang lingkup kebutuhan promosi kesehatan

KEMENKES RI

4. Adopsi Pendekatan Pemasaran

Pemasaran merupakan istilah yang sering dipakai dalam promosi kesehatan, sebagai pendekatan yang paling aktif dan efisien. Pemasaran dalam konteks promosi kesehatan adalah keterampilan manajemen dalam mengidentifikasi kesempatan untuk memenuhi permintaan konsumen atau klien. Hal ini memberikan perlindugan secara maksimal serta/ atau perbaikan dalam kesehatan mereka (Ewles dan Simnett, 1994). Dengan demikian, *output* pemasaran adalah kesehatan bukan keuntungan.

Pemasaran adalah suatu sikap batin. Pemasaran adalah upaya mengidentifikasi kebutuhan konsumen dan memuaskan mereka dengan cara yang paling efisian agar mendapat *output* yang maksimal dari sudut kesehatan masyarakat. Melalui pendekatan pemasaran, kegiatan promosi kesehatan dapat mengambil manfaat dari efektifitas dan efisiensi kegiatan dan dari perbaikan kepuasan konsumen. Pemasaran melibatkan teknik pemasaran khusus, seperti riset pasar, pengembangan produk, penentuan harga (keterjangkauan) serta periklanan dan promosi. Hal ini berarti bahwa upaya menjalankan pemasaran memberi respon aktivitas lebih terhadap kebutuhan dan keinginan konsumen dibandingkan menuruti gagasan pemberi pelayanan mengenai kebutuhan apa yang harus dimiliki individu.

Titik awal penetapan kebutuhan promosi kesehatan adalah berbagai informasi dari berbagai sumber. Jenis-jenis informasi yang dapat digunakan yaitu data epidemiologi, data sosial-ekonomi, pandangan profesional, pandagan publik/ masyarakat, dan media lokal.

a. Data Epidemiologi

Epidemiologi adalah studi tentang distribusi dan determinan kesehatan dalam masyarakat. Data epidemiologi memberikan informasi yang mendasar tentang kesehatan penduduk, penyebab, dan faktor risiko yang berkaitan dengan kesakitan. Informasi –informasi tersebut dapat memberikan gambaran tentang potensi pencegahan dan promosi kesehatan.

b. Data Sosial-ekonomi

Data mencakup informasi tentang perumahan, pekerjaan, lapisan sosial dan fasilitas-fasilitas sosial, hiburan, rekreasi, atau perbelanjaan. Dengan mencocokkan penyakit menurut data sosial-ekonomi, kita dapat melihat pola khusus dalam ketidakmerataan kesehatan. Hal ini sangat membantu dalam menentukan kebutuhan promosi kesehatan pada sasaran tertentu.

KEMENKES RI

c. Pandangan Profesional

Pandangan- pandangan kolega petugas promosi kesehatan mencerminkan pengalaman dan persepsi berbagai pandangan dari petugas lain. Terutama tentang masalah kesehatan yang utama. Pandangan publik dapat diperoleh dengan cara diskusi, wawancara informal hingga survei besar dengan kuisioner atau teknik-teknik *indept interview*.

d. Media Lokal

Pendapat dan data yang dikumpulkan akan memberi gambaran tentang sesuatu pada waktu dan tempat tertentu. Akses media informasi menyediakan gambaran perubahan dalam masyarakat. Semua ini melengkapi data profil informasi lokal yang dikumpulkan dan dapat menjadi dasar bagi perencanaan promosi kesehatan.

D. Apakah Survey Kebutuhan ?

Gambaran pengetahuan remaja putri tentang risiko Perkawinan dini dalam kehamilan di kelurahan Tanjung gusta Lingkungan ii kecamatan Medan helvetiaTahun 2012. Menurut Suriasumatri, (2007) pengetahuan merupakan khasanah kekayaan mental yang secara langsung atau tak langsung turut memperkaya kehidupan kita. Sukar untuk dibayangkan bagaimana kehidupan manusia seandainya pengetahuan itu taka ada, sebab pengetahuan adalah sumber jawaban bagi berbagai pertanyaan yang muncul dalam kehidupan. Tabel distribusi Frekuensi Gambaran Pengetahuan Remaja Putri tentang Risiko Perkawinan Dini dalam Kehamilan di Lingkungan II Kelurahan Tanjung Gusta Medan Tahun 2012 dapat di peroleh bahwa dari 30 remaja putri di peroleh pengetahuan baik sebanyak 5 responden dengan nilai rata-rata (17%), berpengetahuan cukup yaitu sebanyak 9 responden dengan nilai rata-rata (30%) dan yang berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 16 responden dengan nilai rata-rata (53%), pengetahuan remaja tentang risiko perkawinan dini dalam kehamilan di Lingkungan II Kelurahan Tanjung Gusta Medan Tahun 2012 digolongkan pada kategori kurang yaitu (53%).Responden yang berpengetahuan baik sebanyak 5 orang adalah sesuai dengan metode dalam memperoleh pengetahuan. Metode ilmu pengetahuan dipakai atau dipergunakan tergantung pada materi atau masalah yang dipelajari, yaitu metode yang dilakukan untuk memperoleh pengetahuan dengan menggunakan trial end sucsess(Salam, 2012).

Responden yang berpengetahuan cukup sebanyak 9 orang hal ini mengungkapakan bahwa pengetahuanadalah hasil dari tahu yang terjadi setelah orang

KEMENKES RI

melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengetahuan dapat diperoleh melalui media massa, media elektronika, pengalaman orang lain atau pribadi dan lingkungan sekitarnya (Irwansyah, 2011).

Responden berpengetahuan kurang sebanayak 16 orang adalah sesuai dengan teori pengetahuan bahwa salah satu proses yang diperlukan untuk mengadopsi prilaku (pengetahuan) yang baru adalah kesadaran dimana seseorang telah menyadari dalam arti mengerti stimulus terlebih dahulu (Rahayu, 2012). Menurut asumsi peneliti yang dilakukan oleh peneliti di Lingkungan II Kelurahan Tanjung Gusta Medan Tahun 2012 ditemukan responden berpengetahuan baik dikarenakan responden sudah pernah mendengar penjelasan tentang risiko perkawinan dini, penjelasan tersebut diperoleh dari tenaga kesehatan yang melakukan penyuluhan saat responden bersekolah di SMP dan SMA, sehingga responden berpengetahuan baik.

Menurut asumsi peneliti yang dilakukan di Lingkungan II kelurahan Tanjung Gusta Medan Tahun 2012 ditemukan responden berpengetahuan cukup dikarenakan masih sedikitnya pengetahuan yang diperoleh oleh remaja putri tentang risiko perkawinan dini baik dari, media cetak, pengalaman dari teman-teman atau kelurga dan dari petugas kesehatan, sehingga pengetahuan remaja putri tentang risiko perkawinan dini terbatas dan hal ini menyebabkan pengetahuan remaja putri tergolong mayoritas cukup. Menurut asumsi peneliti yang dilakukan oleh peneliti di Lingkungan II Kelurahan Tanjung Gusta Medan Tahun 2012 ditemukan responden berpengetahuan kurang dikarenakan kurangnya pengamatan responden tentang risiko perkawinan dini, kemudian kurang berkembangnya cara berpikir responden, karena perkembangan cara berpikir seseorang dapat berpengaruh terhadap pengetahuan yang dimiliki seseorang.Melihat dari hasil pengumpulan data yang dilakukan peneliti bahwa responden mayoritas berpengetahuan kurang karena dipengaruhi kurangnya kemampuan responden dalam mengingat materi tentang risiko perkawinan dini walaupun responden sebelumnya telah membaca atau menerima informasi tentang risiko perkawinan dini dalam kehamilan. Kemampuan responden dalam mengingat sesuatu termasuk dalam tingkat pengetahuan yaitu tingkat tahu.

Menilai kebutuhan kesehatan memungkinkan identifikasi area target untuk pekerjaan promosi kesehatan. Kebutuhan kesehatan klien bervariasi dan dianggap sesuai berdasarkan kriteria subjektif. Ini berarti bahwa persepsi bidan tentang kebutuhan kesehatan mungkin berbeda dari klien.

KEMENKES RI

Bradshaw's (1972) taksonomi kebutuhan mengidentifikasi empat jenis tipe kebutuhan yang berbeda normatif (normative), dirasakan (felt), diungkapkan (expressed) dan kebutuhan komparatif (*comparative need*).

1. Kebutuhan normatif (normative needs)
   Ditentukan oleh profesional dan bersifat objektif. Evaluasi akan menjadi bagian penting dari proses ini.
2. Kebutuhan dirasakan (*Felt needs*)
   Ditentukan oleh individu. Merupakan ekspresi kebutuhan pribadi seseorang.
3. Kebutuhan Diungkapkan (*Expressed need*)
   Hal ini berkaitan dengan mengekspresikan kebutuhan yang dirasakan, dimana klien meminta bantuan. Namun, tidak dapat diasumsikan bahwa semua individu dapat mengekspresikan kebutuhan mereka.
4. Kebutuhan komparatif (*comparative needs*)
   Situasi dimana orang tidak memiliki layanan yang sama seperti mereka yang memiliki kebutuhan serupa disebut sebagai kebutuhan komparatif.
   (Dunkley, 2000)

RANGKUMAN

A. Konsep Kebutuhan Individu dan Kelompok

Kebutuhan adalah salah satu aspek psikologis yang menggerakkan mahluk hidup dalam beraktivitas dan menjadi dasar setiap individu untuk berusaha.

Teori hierarki kebutuhan Maslow adalah teori yang diungkapkan oleh Abraham Maslow yang beranggapan bahwa kebutuhan-kebutuhan di tingkat rendah harus terpenuhi atau paling tidak cukup terpenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan-kebutuhan di tingkat lebih tinggi menjadi hal yang memotivasi. Teori hierarki Malow dari yang terendah yaitu kebutuhan fisiologis, keselamatan dan keamanan kebutuhan, kebutuhan akan cinta dan memiliki, *self-worth* dan *self-esteem*, kebutuhan deficiency,

Kebutuhan Promosi Kesehatan

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam menilai kebutuhan, yaitu:

1. Apa saja kebutuhan sasaran → Identifikasi jenis kebutuhan masyarakat
2. Siapa yang memutuskan adanya kebutuhan → Tentukan siapa yang memutuskan kebutuhan tersebut, promotor kesehatan, klien, atau keduanya.

KEMENKES RI

3. Apa alasan penetapan suatu kebutuhan → kebutuhan yang timbul merupakan suatu masalah yang nyata dan cukup beralasan untuk dilakukan dalam bentuk kegiatan promosi kesehatan.

B. Teknik Identifikasi Kebutuhan

Menurut ewles dan simnett (1994), empat hal yang perlu dipertimbangkan antara lain ruang lingkup tugas, perimbangan antara bersikap reaktif dan proaktif, sejauh mana menempatkan kepentingan klien terlebih dahulu dan manfaat mengadopsi filosofi pemasaran.

C. Survey Kebutuhan

Penelitian tentang "Gambaran Pengetahuan Remaja Putri tentang Risiko Perkawinan Dini dalam Kehamilan di Kelurahan Tanjung Gusta Lingkungan II Tahun 2012", menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan Remaja Putri di Kelurahan Tanjung Gusta Lingkungan II Medan Tahun 2012 tentang Risiko Perkawinan Dini dalam Kehamilan adalah Mayoritas kurang ,jadi sangat di perlukannya pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan remaja – remaja tentang risiko perkawinan dini.

LATIHAN 4

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

1. Apakah yang menjadi dasar kebutuhan, dalam piramida kebutuhan yang di definisikan oleh Maslow ?
   a. Kebutuhan Fisiologis
   b. Kebutuhan *Deficiency*
   c. Kebutuhan akan Cinta dan Memiliki
   d. Kebutuhan *Self-Worth* dan *Self-Esteem*
   e. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan
2. Kebutuhan penting untuk seseorang kesejahteraan dan harus dipenuhi sebelum orang tersebut termotivasi untuk mencari pengalaman yang berhubungan dengan tingkat atas. Merupakan definisi dari kebutuhan ?
   a. Kebutuhan *Self-Worth* dan *Self-Esteem*
   b. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan
   c. Kebutuhan akan Cinta dan Memiliki
   d. Kebutuhan *Deficiency*
   e. Kebutuhan Fisiologis

KEMENKES RI

3. Dekorasi ruang tamu Anda dan menjaga dengan gaya terbaru dalam pakaian. Itu merupakan contoh kebutuhan ?
   a. Kebutuhan Kebutuhan akan Cinta dan Memiliki
   b. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan
   c. Kebutuhan Aktualisasi Diri
   d. Kebutuhan Pertumbuhan
   e. Kebutuhan estetika
4. Apa pendukung dalam menetapkan suatu kebutuhan dalam masyarakat ?
   a. Bukti nilai
   b. Bukti objektif
   c. Bukti subjektif
   d. Bukti normatif
   e. Bukti perseorangan
5. Seorang perawat telah melakukan pelayanan yang berorientasi pada pasien yang bersangkutan, tentu saja ia perlu mengidentifikasi dan member tanggapan terhadap kebutuhan-kebutuhan individual setiap pasien.itu merupakan contoh dari ?
   a. Bukti objektif
   b. Reaktif dan proaktif
   c. Ruang lingkup tugas
   d. Kebutuhan Aktualisasi Diri
   e. Menempatkan kebutuhan penggunaan atau sasaran lebih dulu
6. Upaya mengidentifikasi kebutuhan konsumen dan memuaskan mereka dengan cara yang paling efisian agar mendapat *output* yang maksimal dari sudut kesehatan masyarakat. Merupakan definisi dari ?
   a. Pemasaran
   b. Bukti objektif
   c. Ruang lingkup tugas
   d. Reaktif dan proaktif
   e. Kebutuhan aktualisasi diri
7. Jenis-jenis informasi yang dapat digunakan dalam menetapan kebutuhan promosi kesehatan adalah sebagai berikut ?
   a. Data epidemiologi, data sosial-ekonomi, pandangan profesional, pandagan publik/ masyarakat, dan media lokal.
   b. Data ojektif, subjektif, pandagan publik/ masyarakat, dan media lokal.

KEMENKES RI

c. Data epidemiologi, data sosial-ekonomi, pandangan profesional, data pemasaran. data objektif
d. Data epidemiologi, data sosial-ekonomi, pandangan profesional, data pemasaran, subjektif
e. Data sosial-ekonomi, pandangan profesional, pandagan publik/ masyarakat, dan media lokal, pemasaran.

8. Pendapat dan data yang dikumpulkan akan memberi gambaran tentang sesuatu pada waktu dan tempat tertentu.Merupakan definisi dari ?
   a. Kebutuhan Aktualisasi Diri
   b. Reaktif danproaktif
   c. Media Lokal
   d. Data epidemiologi
   e. Data sosial-ekonomi
9. Menurut Ewles dan Simnett (1994), empat hal yang perlu dipertimbangkan dalam kebutuhan promosi kesehatanya itu sebagai berikut, kecuali?
   a. Ruang lingkup tugas
   b. Reaktif dan proaktif
   c. Adopsi epidemiologi
   d. Syarat pengadaan kebutuhan
   e. Adopsi pendekatan pemasaran
10. Beberapa hal yang diperlukan dalam menentukan kebutuhan yaitu?
   a. Apa saja kebutuhan sasaran
   b. Identifikasi kebutuhan masyarakat
   c. Alasan penetapan suatu kebutuhan
   d. Siapa yang memutuskan kebutuhan
   e. Halangan apa saja dalam menentukan kebutuhan

KEMENKES RI

DAFTAR PUSTAKA

Heri D. J. Maulana, 2009, *Promosi Kesehatan*, Jakarta: EGC
http://balitbang.pemkomedan.go.id/tinymcpuk/gambar/file/Erma%20Yanthi.pdf

Martin, D. dkk. 2007. *A Constructivist approach to introducting education*, Belmont, CA : Waddorth

Maulana, Heri D.J. 2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

MENYUSUN KEBUTUHAN DAN MODEL PROMOSI KESEHATAN

Setelah mengikuti perkuliahan anda mampu menyusun SAP dan Metode Pendidikan Kesehatan, khususnya anda mampu:

A. Memahami Teknik Memilih Kebutuhan Pendidikan Kesehatan
B. Menjelaskan Teknik Menyusun TIU dan TIK
C. Memahami Model Promosi Kesehatan

Bab 5 ini kita akan belajar cara menyusun SAP dan mengenali metode yang dapat digunakan saat akan melakukan Pendidikan Kesehatan.

A. Bagaimanakah Teknik Memilih Kebutuhan Pendidikan Kesehatan?

Contoh promosi kesehatan pada kebidanan adalah:

a. Mengurangi prevalensi merokok selama kehamilan dianggap sebagai promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan bagian integral dari proses ini Membahas depresi pasca melahirkan selama kehamilan adalah promosi kesehatan, yang melibatkan pendidikan kesehatan dan perlindungan kesehatan
b. Memastikan bahwa ibu diberi suntikan imunoglobulin anti-D adalah promosi kesehatan yang melibatkan pencegahan kesehatan dan perlindungan kesehatan.
c. Mengajarkan keterampilan mengasuh anak adalah promosi kesehatan yang melibatkan pendidikan kesehatan, perlindungan kesehatan dan pencegahan kesehatan yang buruk
d. Meningkatkan kesadaran akan batasan konsumsi alkohol selama kehamilan adalah promosi kesehatan, yang melibatkan perlindungan kesehatan dan pencegahan kesehatan dan pendidikan kesehatan
e. Membahas manfaat latihan adalah promosi kesehatan, yang melibatkan pendidikan kesehatan

(Dunkley, 2000)

KEMENKES RI

Untuk menentukan kebutuhan-kebutuhan promosi kesehatan maupun pendidikan kesehatan baik individu, kelompok maupun masyarakat maka perlu dilakukan tahapan-tahapan sebagai berikut:

1. Tahap pendahuluan

Tahap pendahuluan adalah tahap persiapan atau tahap awal sebelum memasuki penyajian materi yang akan disuluhkan. Pada tahap ini penyuluh menjelaskan secara singkat tentang materi yang akan diajarkan dalam pertemuan tersebut, manfaat materi tersebut dalam kehidupan sehari-hari, hubungan materi tersebut dengan pengetahuan yang telah diketahui masyarakat serta tujuan yang harus dicapai masyarakat pada akhir pertemuan. Membutuhkan waktu 5 sampai 10 menit atau sekitar 5 % dari waktu penyuluhan.

2. Tahap penyajian

Tahap penyajian merupakan kegiatan belajar mengajar yang utama dalam suatu pengajaran. Di dalamnya tercakup bagian berikut

a. Uraian (explanation), baik dalam bentuk verbal maupun non verbal (grafik, gambar, benda sebenarnya, model, dan demonstrasi gerak)
b. Contoh dan non contoh yang praktis serta konkret dari uraian konsep
c. Latihan merupakan praktik bagi masyarakat untuk menerapkan konsep abstrak yang sedang dipelajari dalam bentuk kegiatan fisik. Sebagian besar (80-90%) dari waktu penyuluhan digunakan dalam tahap penyajian.

3. Tahap penutup

Tahap penutup merupakan tahap terakhir suatu penyuluhan. Tahap ini meliputi 3 kegiatan, yaitu :

a. Pelaksanaan tes hasil penyuluhan untuk dijawab atau dikerjakan peserta penyuluhan. Seringkali tes tersebut dilaksanakan secara tidak formal atau tidak tertulis, tetapi diajukan secara lisan untuk dijawab oleh peserta penyuluh.
b. Umpan balik yang berupa informasi atau hasil tes
c. Tindak lanjut yang berupa petunjuk tentang apa yang harus dilakukan atau dipelajari peserta penyuluh selanjutnya, baik untuk memperdalam materi yang telah dipelajari dalam pertemuan tersebut maupun untuk mempersiapkan diri. Tahap ini membutuhkan waktu 10-20 menit atau 10-15 % dari waktu pengajaran

KEMENKES RI

B. Bagaimanakah Cara Menyusun TIU dan TIK

Langkah-langkah Membuat SAP dan Perencanaan Pengajaran

1. Garis-Garis Besar Program Pengajaran (GBPP):

Merupakan rumusan tujuan dan pokok-pokok isi pendidikan. Di dalamnya tertulis komponen-komponen sebagai berikut:

a. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

TIU atau tujuan akhir : berisi kompetensi umum yang diharapkan dapat dikuasi, didemonstrasikan, atau ditampilkan oleh individu/ keluarga/ masyarakat setelah selesai penyampaian satu pokok bahasan. Rumusan penulisan TIU : kata kerja + objek (kompetensi).

Contoh :

setelah mengikuti materi ini, klien dapat : *melakukan perawatan yang diperlukan* sendiri.

b. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

TIK atau tujuan pembelajaran: berisi kompetensi khusus yang akan dicapai oleh individu/ keluarga/ masyarakat setelah mengikuti satu materi pendidikan.

Kompetensi tersebut merupakan jabaran dari TIU. Berbeda dengan TIU, kompetensi pada TIK dimulai dengan jenjang yang lebih rendah dan lingkup yang lebih sempit.

Rumusan dalam TIK mengandung 4 unsur:

Sasaran + kata kerja dan objek + kondisi + tingkat penguasaan

Contoh:

Klien S + dapat menjelaskan konsep luka + minimal + 80%

S kk o k tp

c. Topik atau Pokok Bahasan

Topik atau pokok bahasan merupakan judul yang mencerminkan isi materi pendidilkan yang konsisten dengan setiap TIK. Untuk menemukan pokok bahasan ini anda harus membaca unsur objek dalam TIK. **Unsur objek dalam TIK menunjukkan pokok bahasan.** TIK yang baik, hanya mengandung satu unsur objek.

Contoh: KONSEP LUKA

KEMENKES RI

d. Sub Pokok Bahasan.

Sub pokok bahasan atau sub topik adalah sub judul yang mencerminkan rincian materi pendidikan yang konsisten dengan pokok bahasan.

Contoh:

1) Penegertian luka

2) Penyebab luka, dst

e. Estimasi waktu yang dibutuhkan dalam mengajarkan materi setiap sub pokok bahasan.

Estimasi waktu merupakan perkiraan waktu (dalam satuan menit) yang dibutuhkan pendidik untuk menyampaikan/mengajarkan materi pendidikan untuk setiap sub pokok bahasan. Estimasi waktu ini penting dilakukan untuk memperkirakan berapa lama waktu yang dibutuhkan dalam penyampaian seluruh materi.

f. Sumber Kepustakaan.

Merupakan buku-buku atau sumber materi lain (majalah, koran, jurnal, internet, dll) yang dijadikan referensi dalam setiap pokok bahasan atau sub pokok bahasan.

2. SAP (Satuan Acara Pengajaran)

Kerangka SAP

a. Menentukan prioritas masalah

b. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan hirarki kebutuhan maslow

c. Mengidentifikasikan area/pesan pokok

d. Sesuaikan dengan pokok bahasan dan sub pokok bahasan

e. Menentukan tujuan

f. Tujuan disusun berdasarkan TIU/TIK

g. Menentukan sasaran

h. Sasaran berupa Individu, Keluarga/Kelompok, Masyarakat

i. Menentukan isi

j. Merupakan materi pendidikan yang akan disampaikan, sesuai dengan TIK.

k. Menetukan metoda

l. Metoda pembelajaran harus disesuaikan dengan sasaran dan aspek (pengetahuan, sikap, keterampilan) yang ingin dicapai. Sesuaikan juga dengan sumber daya yang tersedia.

m. Menentukan media

KEMENKES RI

n. Media yang digunakan harus sesuai dengan sasaran, tingkat pendidikan, aspek yang ingin dicapai, metoda yang dipakai dan sumber daya yang ada.

o. Menentukan rencana kegiatan terdiri dari :

1) pendahuluan: mempersiapkan segala alat dan bahan yang diperlukan untuk pelaksanaan pendidikan, menjelaskan maksud program dan tujuannya.
2) Penyajian: penyampaian pesan sesuai metoda dan media yang digunakan.
3) Penutup: menguji keberhasilan penyampaian pesan dan tindak lanjut.

p. Menentukan evaluasi

Evaluasi merupakan proses penilaian terhadap keberhasilan program pendidikan dengan melihat perubahan yang terjadi pada aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan sesuai dengan rancangan TIK/TIU yang telah disusun sebelumnya.

Alat ukur yang digunakan untuk mengevaluasi kebersahilan tersebut dapat berupa : kuesioner, Lembar observasi (daftar cheklis), wawancara, dokumentasi.

C. Bagaimanakah Model Promosi Kesehatan ?

Promosi kesehatan merupakan bagian integral dari peran bidan; bagaimanapun tidak mengecualikan pekerjaan bidan dari pemeriksaan etis. Sifat kerja promosi kesehatan pada kebidanan diarahkan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan memastikan lingkungan optimal bagi janin. Tujuan utamanya adalah untuk memungkinkan kelahiran bayi baru lahir yang sehat ke seorang ibu dan pasangan yang secara fisik dan psikologis disesuaikan dengan baik menjadi orang tua. Konflik muncul saat sang ibu menanggung beban tanggung jawab karena tidak mengadopsi atau mengubah perilakunya untuk mengoptimalkan lingkungan kesehatan janin. Namun, tidak mungkin bayi tersebut bisa menuntut ibunya karena tidak mengubah perilaku seperti merokok selama kehamilan. Janin tidak dianggap memiliki kepribadian hukum independen sampai lahir. Cacat bawaan pada tahun 1976 memberi hak kepada bayi untuk menuntut kerugian yang disebabkan oleh tindakan lalai dari ibu dan ayah yang mengakibatkan kondisi buruk bayi (Dimond 1994). Posisi bidan juga mempertimbangkan pertimbangan, karena bidan memahami implikasi yang terlibat pada janin saat perilaku termasuk merokok, minum-minuman keras dan penyalahgunaan zat berlanjut sepanjang masa prakonsepsi dan kehamilan. Strategi promosi kesehatan yang digunakan untuk mendorong adaptasi pilihan hidup sehat jangan sampai menjadi pemaksaan dan menciptakan gagasan menyalahkan korban.(Dunkley 2000)

KEMENKES RI

Dalam buku yang dituliskan Dunkley 2000, menuliskan bahwa model promosi kesehatan antara lain yaitu:

1. Empat perspektif promosi kesehatan

Caplan dan Holland (1990) mengemukakan bahwa ada 4 cara untuk melihat promosi kesehatan, yang dihasilkan dari dua dimensi. Dimensi pertama berkaitan dengan teori yang berfokus pada sifat masyarakat, yang berkisar dari perubahan radikal hingga regulasi sosial. Dimensi kedua berkaitan dengan sifat pengetahuan ilmiah dan mengasumsikan bahwa ada pendekatan subjektif atau objektif untuk memperoleh pengetahuan.

Teori masyarakat dan pendekatan terhadap pengetahuan ilmiah, menghasilkan empat perspektif mengenai promosi kesehatan.

a. Perspektif humanis radikal

Hal ini berkaitan dengan membantu orang untuk mengambil dan mengendalikan hidup mereka sendiri. Promosi kesehatan akan mendorong gagasan pemberdayaan dan pencarian, melalui pencerahan masyarakat, jaringan dukungan sosial. Kesehatan dilihat dari sudut pandang holistik yang mencakup pikiran, tubuh dan jiwa.

b. Perspektif strukturalis Radikal

Hal ini berkaitan dengan ketidaksetaraan dalam kesehatan, termasuk rasisme dan diskriminasi, sebagai penentu kesehatan. Pendekatan promosi kesehatan ini akan berusaha untuk menantang jalinan masyarakat melalui ketidaksetaraan dari kesempatan untuk berusaha mempertahankan status quo yang makmur.

c. Perspektif humanis

Hal ini berkaitan dengan pendekatan pendidikan dan konseling yang berpusat pada klien di mana individu didorong untuk mengidentifikasi dan memanfaatkan kekuatan pribadi terhadap keuntungan kesehatan. Kesehatan dilihat dari sudut pandang holistik.

d. Perspektif tradisional

Hal ini berkaitan dengan pendekatan medis terhadap kesehatan dan promosi kesehatan. Kesehatan dipandang sebagai tidak adanya penyakit. Perubahan perilaku merupakan bagian integral dari perspektif promosi kesehatan ini. Batas profesional dipertahankan, mendukung filosofi dominasi medis.

KEMENKES RI

Setiap kuadran mengadopsi filosofi dan asumsi yang berbeda tentang sifat pengetahuan dan masyarakat. Disarankan agar satu pendekatan menghalangi adopsi yang lain (naidoo dan surat wasiat 1998)

2. **Model promosi kesehatan Tannahill**

Tannahill (1985) mengembangkan model promosi kesehatan yang dimaksudkan untuk menyediakan kerangka kerja dimana advokat kesehatan dapat mengidentifikasi, merencanakan dan melaksanakan promosi kesehatan. Menyajikan promosi kesehatan sebagai proses yang memiliki lingkungan pendidikan, pencegahan dan perlindungan kesehatan yang saling terkait, memastikan bahwa seseorang tidak akan ada tanpa orang lain (tannahill 1985). Bagian yang berbeda seharusnya tidak dipandang terpisah satu sama lain

Rangkuman

1. Memilih Kebutuhan
   a. Tahap pendahuluan
   b. Tahap penyajian
   c. Tahap penutup
2. Menyusun TIU dan TIK
   a. Tujuan Instruksional Umum (TIU)
   b. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)
   c. Topik atau Pokok Bahasan
   d. Sub Pokok Bahasan.
   e. Estimasi waktu yang dibutuhkan dalam mengajarkan materi setiap sub pokok bahasan.
   f. Sumber Kepustakaan.

SAP (SatuanAcaraPengajaran)

Kerangka SAP

1. Menentukan prioritas masalah
2. Mengidentifikasikan area / pesan pokok
3. Menentukan tujuan
4. Menentukan sasaran
5. Menentukan isi
6. Menetukan metoda

KEMENKES RI

7. Menentukan media
8. Menentukan rencana kegiatan
9. Menentukan evaluasi

Latihan 5

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. PILIHAN GANDA

1. Kompetensi umum yang diharapkan dapat dikuasi, didemonstrasikan, atau ditampilkan oleh individu/keluarga/masyarakat setelah selesai penyampaian satu pokok bahasan adalah tujuan...
   a. Tujuan Instruksional Umum (TIU)
   b. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)
   c. Tujuan Instruksional Spesifik (TIS)
   d. Tujuan Instruksional Variatif (TIV)
   e. Tujuan Instruksional Berkelas (TIB)
2. Langkah langkah dalam pembuatan SAP terdapat 2 komponen penting yaitu..
   a. Tujuan Instruksional Umum (TIU) dan Tujuan Instruksional Khusus (TIK)
   b. Tujuan Instruksional Umum (TIU) dan Tujuan Instruksional Spesifik (TIS)
   c. Tujuan Instruksional Spesifik (TIS) dan Tujuan Instruksional Khusus (TIK)
   d. Tujuan Instruksional Khusus (TIK) dan Tujuan Instruksional Variatif (TIV)
   e. Tujuan Instruksional Variatif (TIV) dan Tujuan Instruksional Berkelas (TIB)
3. Rumusan penulisan TIU adalah...
   a. Kata kerja + media
   b. Kata kerja + kondisi
   c. Kata kerja + objek (kompetensi)
   d. Kata kerja + tingkat pengetahuan
   e. Kata kerja dan objek + kondisi + tingkat pengusaan
4. Berisi kompetensi khusus yang akan dicapai oleh individu/ keluarga/ masyarakat setelah mengikuti satu materi pendidikan adalah tujuan dari...
   a. TIU
   b. TIV
   c. TIS

KEMENKES RI

d. TIK

e. TIB

5. Pernyataan tentang langkah-langkah menentukan prioritas masalah

a) Menentukan sasaran
b) Menentukan tujuan
c) Menentukan isi
d) Mengidentifikasikan area/pesan pokok
e. Menetukan metoda
f. Menentukan evaluasi
g. Menentukan rencana kegiatan
h. Menentukan media

Urutan yang benar adalah...

a. a-b-c-d-e-f-g-h-i
b. a-e-c-b-d-f-i-h-g
c. b-c-d-e-f-g-h-i-a
d. g-h-i-a-b-c-d-e-f
e. g-h-a-b-c-d-e-f-i

6. Alat ukur yang digunakan untuk mengevaluasi kebersahilan tersebut dapat berupa...

a. Kuesioner
b. Wawancara
c. Dokumentasi
d. Lembar observasi
e. Semua benar

7. sub judul yang mencerminkan rincian materi pendidikan yang konsisten dengan pokok bahasan adalah...

a. Sub pokok bahasan
b. Topik
c. TIU
d. TIK
e. Semua benar

8. Uraian (*Explanation*), baik dalam bentuk verbal maupun non verbal (grafik, gambar, benda sebenarnya, model, dan demonstrasi gerak)

-Contoh dan non contoh yang praktis serta konkret dari uraian konsep

-Latihan merupakan praktik bagi masyarakat untuk menerapkan konsep abstrak yang sedang dipelajari dalam bentuk kegiatan fisik. Sebagian besar (80-90%) dari waktu penyuluhan digunakan dalam tahap penyajian.

Dari pernyataan diatas merupakan tahapan ...

KEMENKES RI

a. Tahap pendahuluan
b. Tahap penyajian
c. Tahap penutup
d. Semua salah
e. Semua benar

9. Tahap persiapan atau tahap awal sebelum memasuki penyajian materi yang akan disuluhkan adalah...
   a. Tahap pendahuluan
   b. Tahap penyajian
   c. Tahap penutup
   d. Menyusun TIU
   e. Menyusun TIK
10. Perkiraan waktu (dalam satuan menit) yang dibutuhkan pendidik untuk menyampaikan/mengajarkan materi pendidikan untuk setiap sub pokok bahasan
   a. Estimasi waktu yang dibutuhkan
   b. Sub pokok bahasan
   c. Tahap penyajian
   d. Menyusun TIU
   e. Topik

B. ESSAY

Cobalah buat dan susun sebuah kerangka SAP !

Daftar pustaka

Depkes 2000 *Promosi Kesehatan*. (BU II). Jakarta: Direktur Promosi Kesehatan Dirjen Kesehatan Masyarakat. Petunjuk Praktis Promotion Kesehatan

Dunkley, Jacqueline, 2000, Health Promotion in midwifery practice : A resource for health profesessionals

Soekidjo, Notoatmodjo. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Andi Off Set Yogyakarta (BUV).

KEMENKES RI

6

MENYUSUN SAP DAN METODE PENDIDIKAN KESEHATAN

Setelah Anda mengikuti perkuliahan pada pertemuan ke enam ini, anda diharapkan mampu :

A. Menjelaskan Definisi Satuan Acara Penyuluhan (SAP).
B. Menjelaskan Tujuan Penyusunan Satuan Acara Penyuluhan (SAP).
C. Menjelaskan tentang Kerangka SAP.
D. Menjelaskan Tahap-Tahap Penyusunan SAP.
E. Menyusun SAP

Pengalaman belajar kali ini berhubungan dengan pembelajaran pada bab sebelumnya (bab 5). Jika pada bab sebelumnya anda sudah dapat menyusun SAP, maka saat ini anda akan mempelajari tentang cara menentukan metode, merancang waktu, tempat, strategi dan evaluasi.

A. Apa Itu Satuan Acara Penyuluhan (SAP) ?

SAP (Satuan Acara Penyuluhan) adalah seperangkat acara penyuluhan yang akan diselenggarakan termasuk topik, tempat, sasaran, pemateri, dan konsep acara. Penyusunan SAP terbagi menjadi tiga tahap. Tahap pendahuluan, tahap penyajian dan tahap penutup.

Proposal adalah rencana kerja yang disusun secara sistematis dan terinci untuk suatu kegiatan yang bersifat formal. Proposal adalah suatu usulan kegiatan perlu dukungan atau persetujuan pihak lain. Proposal adalah suatu bentuk rancangan kegiatan yang dibuat dalam bentuk formal dan standar.

B. Apa tujuan dari disusunnya SAP saat akan memberikan Pendidikan Kesehatan?

1. Memberikan landasan pokok bagi pelatih dan peserta
2. Pelatihan dalam mencapai kesuksesan belajar
3. Memberi gambaran mengenai acuan kerja jangka pendek Karena disusun dengan menggunakan pendekatan

KEMENKES RI

4. Sistem memberi pengaruh terhadap pengembangan individu peserta pelatihan. Karena dirancang secara matang sebelum pembelajaran,
5. Berakibat terhadap *nurturant effect*

C. Apa saja Kerangka Untuk Menyusun SAP ?

Kerangka SAP

1. **Menentukan prioritas masalah**
   prioritas masalah ditentukan berdasarkan hirarki kebutuhan maslow
2. **Mengidentifikasikan area/pesan pokok**
   sesuaikan dengan pokok bahasan dan sub pokok bahasan
3. **Menentukan tujuan**
   tujuan disusun berdasarkan TIU/TIK
4. **Menentukan sasaran**
   Sasaran berupa Individu, Keluarga/Kelompok, Masyarakat
5. **Menentukan isi**
   merupakan materi pendidikan yang akan disampaikan, sesuai dengan TIK.
6. **Menetukan metoda**
   metoda pembelajaran harus disesuaikan dengan sasaran dan aspek (pengetahuan, sikap, keterampilan) yang ingin dicapai. Sesuaikan juga dengan sumber daya yang tersedia.
7. **Menentukan media**
   media yang digunakan harus sesuai dengan sasaran, tingkat pendidikan, aspek yang ingin dicapai, metoda yang dipakai dan sumber daya yang ada.
8. Menentukan rencana kegiatan
   terdiri dari :
   a. Pendahuluan: mempersiapkan segala alat dan bahan yang diperlukan untuk pelaksanaan pendidikan, menjelaskan maksud program dan tujuannya.
   b. Penyajian: penyampaian pesan sesuai metoda dan media yang digunakan.
   c. Penutup: menguji keberhasilan penyampaian pesan dan tindak lanjut.
9. Menentukan evaluasi

   Evaluasi merupakan proses penilaian terhadap keberhasilan program pendidikan dengan melihat perubahan yang terjadi pada aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan sesuai dengan rancangan TIK/TIU yang telah disusun sebelumnya.

KEMENKES RI

Alat ukur yang digunakan untuk mengevaluasi kebersahilan tersebut dapat berupa : kuesioner, Lembar observasi (daftar cheklis), wawancara, dokumentasi.

D. Bagaimanakah Tahap - Tahap Penyusunan SAP ?

1. Tahap pendahuluan

Tahap pendahuluan adalah tahap persiapan atau tahap awal sebelum memasuki penyajian materi yang akan disuluhkan. Pada tahap ini penyuluh menjelaskan secara singkat tentang materi yang akan diajarkan dalam pertemuan tersebut, manfaat materi tersebut dalam kehidupan sehari-hari, hubungan materi tersebut dengan pengetahuan yang telah diketahui masyarakat serta tujuan yang harus dicapai masyarakat pada akhir pertemuan. Membutuhkan waktu 5 sampai 10 menit atau sekitar 5 % dari waktu penyuluhan.

2. Tahap penyajian

Tahap penyajian merupakan kegiatan belajar mengajar yang utama dalam suatu pengajaran. Di dalamnya tercakup bagian berikut

a. Uraian (*explanation*), baik dalam bentuk verbal maupun non verbal (grafik, gambar, benda sebenarnya, model, dan demonstrasi gerak)
b. Contoh dan non contoh yang praktis serta konkret dari uraian konsep
c. Latihan merupakan praktik bagi masyarakat untuk menerapkan konsep abstrak yang sedang dipelajari dalam bentuk kegiatan fisik. Sebagian besar (80-90%) dari waktu penyuluhan digunakan dalam tahap penyajian.

3. Tahap penutup

Tahap penutup merupakan tahap terakhir suatu penyuluhan. Tahap ini meliputi 3 kegiatan, yaitu :

a. Pelaksanaan tes hasil penyuluhan untuk dijawab atau dikerjakan peserta penyuluhan. Seringkali tes tersebut dilaksanakan secara tidak formal atau tidak tertulis, tetapi diajukan secara lisan untuk dijawab oleh peserta penyuluh.
b. Umpan balik yang berupa informasi atau hasil tes
c. Tindak lanjut yang berupa petunjuk tentang apa yang harus dilakukan atau dipelajari peserta penyuluh selanjutnya, baik untuk memperdalam materi yang telah dipelajari dalam pertemuan tersebut maupun untuk mempersiapkan diri. Tahap ini membutuhkan waktu 10-20 menit atau 10-15 % dari waktu pengajaran

KEMENKES RI

E. Bagaimana Langkah-langkah Membuat SAP dan Perencanaan Pengajaran?

MENYUSUN TIU DAN TIK

Langkah-langkah Membuat SAP dan Perencanaan Pengajaran

GBPP:

Merupakan rumusan tujuan dan pokok-pokok isi pendidikan. Di dalamnya tertulis komponen-komponen sebagai berikut:

1. **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

   TIU atau tujuan akhir : berisi kompetensi umum yang diharapkan dapat dikuasi, didemonstrasikan, atau ditampilkan oleh individu/keluarga/masyarakat setelah selesai penyampaian satu pokok bahasan. Rumusan penulisan TIU : kata kerja + objek (kompetensi).

   Contoh :

   setelah mengikuti materi ini, klien dapat : melakukan perawatan yang diperlukan sendiri.

2. **Tujuan Instruksional Khusus (TIK)**

   TIK atau tujuan pembelajaran: berisi kompetensi khusus yang akan dicapai oleh individu/ keluarga/ masyarakat setelah mengikuti satu materi pendidikan.

   Kompetensi tersebut merupakan jabaran dari TIU. Berbeda dengan TIU, kompetensi pada TIK dimulai dengan jenjang yang lebih rendah dan lingkup yang lebih sempit.

   Rumusan dalam TIK mengandung 4 unsur:

   Sasaran + kata kerja dan objek + kondisi + tingkat penguasaan

   Contoh:

   Klien S + dapat menjelaskan konsep luka + minimal + 80%

   S kk o k tp

3. **Topik atau Pokok Bahasan**

   Topik atau pokok bahasan merupakan judul yang mencerminkan isi materi pendidilkan yang konsisten dengan setiap TIK. Untuk menemukan pokok bahasan ini anda harus membaca unsur objek dalam TIK. Unsur objek dalam TIK menunjukkan pokok bahasan. TIK yang baik, hanya mengandung satu unsur objek. Contoh: KONSEP LUKA

KEMENKES RI

4. **Sub Pokok Bahasan.**

Sub pokok bahasan atau sub topik adalah sub judul yang mencerminkan rincian materi pendidikan yang konsisten dengan pokok bahasan.

Contoh:

a. Pengertian luka

b. Penyebab luka, dst

5. **Estimasi waktu yang dibutuhkan dalam mengajarkan materi setiap sub pokok bahasan.**

Estimasi waktu merupakan perkiraan waktu (dalam satuan menit) yang dibutuhkan pendidik untuk menyampaikan/mengajarkan materi pendidikan untuk setiap sub pokok bahasan. Estimasi waktu ini penting dilakukan untuk memperkirakan berapa lama waktu yang dibutuhkan dalam penyampaian seluruh materi.

6. **Sumber Kepustakaan.**

Merupakan buku-buku atau sumber materi lain (majalah, koran, jurnal, internet, dll) yang dijadikan referensi dalam setiap pokok bahasan atau sub pokok bahasan.

Seperti apa contoh SAP yang benar?

SATUAN ACARA PENGAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Musyawarah Masyarakat Tetangga Sub Pokok
Bahasan	: Penyuluhan Pendidikan Kesehatan Tentang
Hipertensi	
Penyaji	: Adhita OKA
	Alfa Aditia
	Dewi Suciati
	Esti Dewi K
	Galih Tri Anggara
Hari dan tanggal Pelaksanaan	: Sabtu, 8 Agustus 2009
Waktu	: 16.30 WIB – selesai
Tempat	: Rumah Ketua RT 1

KEMENKES RI

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah dilakukan MMT I diharapkan masyarakat RT 01/V Kelurahan Srondol Kulon dapat memahami masalah kesehatan yang dihadapi dan merencanakan tindakan yang akan dilakukan .

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah dilakukan MMT I selama 1 x 30 menit diharapkan masyarakat RT 01/V Kelurahan Srondol Kulon dapat :

a. Warga mengerti permasalahan kesehatan yang dihadapi
b. Warga dapat menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan

SASARAN DAN TARGET

Sasaran ditujukan pada warga RT 1/V

Target ditujukan pada seluruh kepala warga di RT 1/V

STRATEGI PELAKSANAAN

Hari dan Tanggal Pelaksanaan : Sabtu, 8 Agustus 2009

Waktu : 16.30 WIB – selesai

Tempat : Rumah Bapak ketua RT

KEGIATAN BELAJAR MENGAJAR

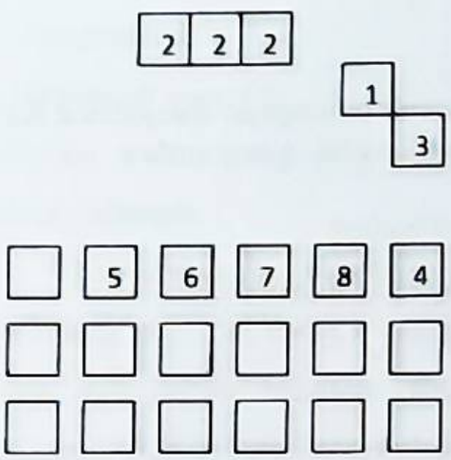
No	Tahap	Waktu	Kegiatan	Media
1	Pembukaan	5 menit	Salam perkenalan Menjelaskan kontrak dan tujuan pertemuan Sambutan Bapak Ketua RT dan ketua Kelompok I	
2	Pelaksanaan	15 menit	Menyampaikan hasil pengkajian Menyimpulkan masalah dan diskusi Diskusi untuk menentukan rencana tindakan untuk mengetasi masalah kesehatan yang dihadapi	Lembar balik Leaflet Papan tulis Alat tulis
3.	Penutup	10 menit	Menyampaiakan kesimpulan Kontrak waktu untuk MMT II Penutupan pertemuan	

KEMENKES RI

METODE

Metoda yang digunakan adalah : Ceramah dan Diskusi / tanya jawab

SETTING TEMPAT



1 : Moderator
2 : Penyampai
3 : Sekretaris
4 : Observer
5 : Ketua RW
6 : Ketua RT
7 : Remaja
8 : Petugas Puskesmas

MEDIA

Media yang digunakan adalah

1. Lembar balik
2. Leaflet
3. Papan tulis dan alat tulis

MATERI

1. Gambaran tentang Hipertensi
2. Pengobatan hipertensi menggunakan obat herbal

EVALUASI

a. Evaluasi Struktur
   1) Kesepakatan dengan Ketua RT I/V (waktu dan tempat)
   2) Kesiapan materi penyaji
   3) Tempat yang digunakan nyaman dan mendukung

b. Evaluasi Proses
   1) Peserta/ warga bersedia hadir dirumah ketua RT tepat waktu
   2) Warga memahami hasil pengkajian yang disampaikan Mahasiswa
   3) Warga dapat menentukan tindakan apa saja yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan lingkungan yang dihadapi.

c. Evaluasi Hasil
   a. Kegiatan musyawarah masyarakat warga RT I/V berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

KEMENKES RI

b. Adanya kesepakatan antara warga dengan Mahasiswa dalam melaksanakan rencana kegiatan selanjutnya

Setelah diberikan penyuluhan kesehatan tentang hipertensi diharapkan warga mampu menjawab pertanyaan:

1. Jelaskan kembali pengertian hipertensi dengan bahasanya sendiri dengan benar
   Menurut WHO, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan darah sama atau diatas 160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi (Soeparman, 1999)
2. Sebutkan 4 dari 7 penyebab hipertensi dengan baik
   Penyebab dasarnya tidak diketahui, tetapi ada faktor yang mendukung terjadinya hipertensi seperti:
   a. Asupan garam yang tinggi
   b. Stress psikologis
   c. Faktor genetic (keturunan)
   b Kurang olah raga
   c Kebiasaan hidup yang tidak baik seperti merokok dan alkohol
   d Penyempitan pembuluh darah oleh lemak/kolesterol tinggi
   e Keturunan (genetik).
3. Sebutkan 5 dari 8 tanda dan gejala hipertensi dengan baik
   Tanda gejala yang dirasakan oleh penderita:
   a. Kepala pusing
   b. Telinga berdengung
   c. Gemeter, tremor
   d. Mudah marah
   e. Mual dan muntah
   f. Rasa berat di tengkuk
   g. Jantung berdebar – debar
   h. Denyut Nadi cepat
   i. Lelah dan lemas
4. Sebutkan contoh makanan (5) yang dianjurkan untuk penderita Hipertensi
   Makanan yang dianjurkan yaitu :
   a. Sumber karbohidrat : biskuit, singkong, roti, tepung, mie, tapioka, nasi
   b. Sumber protein nabati : Tahu, tempe dan kacang-kacangan
   c. Sumber vitamin (buah dan sayuran) segar, jeruk, pisang, melon, tomat

KEMENKES RI

5. Akibat Hipertensi
   a. Stroke
   b. Penyakit jantung
   c. Penyakit ginjal
   d. Gangguan penglihatan
   6. Sebutkan 4 dari 8 penatalaksanaan hipertensi dengan baik
6. Penatalaksanaan hipertensi antata lain :
   a. Periksakan tekanan darah secara teratur
   b. Diit : Menghindari makanan yang berlemak dan Mengurangi asin atau garam
   c. Menjaga keseimbangan berat badan
   d. Hindari minum minuman keras (beralkohol) dan kurangi/hentikan merokok
   e. Istirahat yang cukup
   f. Hindari stress
   g. Olah raga yang teratur
   h. Taati petunjuk pemakian obat dari dokter
7. Penatalaksaan hipertensi dengan terapi herba kumis kucing, alpukat dan seledri
   a. Kumis kucing

      Kumis kucing (*Orthosiphon Spicatus BBS*) memiliki sejumlah khasiat untuk menyembuhkan bebagai jenis penyakit. Daunnya mengandung kadar kalium (*Boorsma*) yang cukup tinggi. Ia juga mengandung glikosida orthosiphonin yang berkhasiat untuk melarutkan asam urat, fosfat dan oksalat dari tubuh terutama dari kandung kemih, empedu dan ginjal. Herba tanaman ini manis tapi sedikit pahit. Herba kumis kucing ini dapat digunakan untuk mengobati sejumlah penyakit yang salah satunya adalah tekanan darah tinggi. Cara penggunaan dengan merebus 30 gram herba kumis kucing dalam 3 gelas sampai tersisa 1 gelas. Setelah dingin airnya disaring lalu diminum setengah gelas sebanyak 2 kali sehari.

   b. Apokat

      Alpukat dapat digunakan untuk menurunkan risiko stroke dan serangan jantung yang bisa merupakan komplikasi dari penyakit hipertensi, karena alpukat merupakan satu-satunya buah yang kaya lemak. Walaupun demikian lemak alpukat termasuk lemak yang sehat karena didominasikan lemak tak jenuh tunggal oleat yang bersifat antioksidan kuat. Lemak alpukat dapat membantu menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL) sambil menaikkan

KEMENKES RI

kolesterol baik (HDL). Kemampuan ini diperkuat oleh kandungan betakaroten, klorofil, vitamin E dan vitamin B kompleks yang berlimpah dalam alpukat. Selain mampu mengendalikan hipertensi, alpukat juga kaya mineral kalium tapi rendah kandungan natrium. Perbandingan ini mendorong suasana basa di dalam tubuh. Karena kadar asam folat dan vitamin E nya juga tinggi kalium, alpukat lebih efektif dalam meredam hipertensi dan membantu memperlancar aliran darah.

c. Seledri

Seledri (*Apium graveolens L*) sudah lama dikenal sebagai obat darah tinggi atau hipertensi. Berdasarkan penelitian, tanaman keluarga Apiaciae ini mengandung natrium yang berfungsi sebagai pelarut untuk melepaskan deposit kalsium yang menyangkut di ginjal dan sendi. Khasiat seledri dapat dinikmati dengan sebatang seledri ukuran sedang dengan satu gelas air. Ramuan ini cukup diminum sekali sehari. Untuk penderita hipertensi anfal, 1 ons daun seledri bersama tangkainya ditumbuk sampai lembut lalu dituangi dengan beberapa sendok air makan lalu disaring dan diminumkan cukup sehari sekali. Setelah meminum ramuan ini disarankan untuk beristirahat total selama 2 jam. Jus kombinasi antara seledri, lobak, apel, jeruk keprok dan gula pasir secukupnya berkhasiat mengobati hipertensi, namun konsumsi seledri secara berlebihan tidak dianjurkan karena dikhawatirkan dapat mengganggu kesehatan.

Rangkuman

A. Dalam merancang tempat dan waktu dalam penyusunan Satuan Aturan Penyuluhan (SAP) dan Metode Pendidikan Kesehatan merupakan hal yang vital karena jika tidak ada waktu dan tempat dimana dan kapan kita akan mengadakan penyuluhan.

B. Cara merencanakan waktu dan tempat adalah dengan melihat tujuan, sasaran, dan isi penyuluhan.

C. Ada dua strategi utama yang banyak mempengaruhi praktisi promosi kesehatan:

1. Strategi masyarakat-lingkungan beranjak dari asumsi bahwa penyakit terjadi karena kelompok tertentu, yang kurang beruntung dalam hal sosial ekonomi. Strategi untuk mengatasinya adalah menghilangkan kekurangan tersebut misalnya kemiskinan, pendidikan rendah, pengangguran, dan faktor sosial.

KEMENKES RI

2. Strategi risiko tinggi dibanding seluruh populasi. Orang banyak yang berisiko kecil akan lebih meningkatkan kasus penyakit dibandingkan sejumlah kecil orang yang berisiko tinggi. Ungkapan ini kemudian dikenal dengan "*the prevention paradox*".

D. Evaluasi dalam promosi harus dilakukan untuk menilai seberapa jauh program telah berjalan seperti yang telah direncanakan.evaluasi juga sangat berguna untuk mengetahui perubahan tingkat pengetahuan, keterampilan dan sikap, efektifitas dan efisiensi penggunaan metode, alat, dan sarana pendkes, informasi yang diperlukan untuk meningkatkan produktifitas masyarakat, bahan feedback, Memperoleh informasi yang diperlukan untuk memperbaiki dan menyempurnakan kegiatan tenaga kesehatan

LATIHAN 6

Jika anda sudah mempelajari materi diatas, sekarang cobalah anda menjawab latihan di bawah ini untuk membantu anda dalam memahami materi yang telah anda pelajari.

A. Pilihan Ganda

1. Langkah menyusun SAP sesuai urutan adalah....
   a. Menentukan metode, merancang tempat & waktu, merancang strategi, merancang evaluasi.
   b. Menentukan TIU dan TIK, menentukan metode, merancang tempat & waktu, memilih kebutuhan.
   c. Memilih kebutuhan, menentukan TIU & TIK, menentukan metode, merancang evaluasi.
   d. Memilih kebutuhan, menentukan TIU & TIK, menyusun materi, merancang evaluasi.
   e. Memilih kebutuhan, menentukan TIU & TIK, menentukan metode, menyusun materi.
2. Kriteria pemberian metode pada pratik promosi kesehatan adalah metode yang....
   a. Sulit dipahami, tidak komunikaf, menggunakan bahasa resmi.
   b. Mudah dimengerti, menggunakan bahasa asing, sulit dinikmati.
   c. Menggunakan media yang komunikatif, kaku, menggunakan bahasa asing.

KEMENKES RI

d. Mudah dipahami, tidak pada pokok pembicaraan, menggunakan bahasa asing.
e. Mudah dimengerti, menggunakan media yang komunikatif, menggunakan bahasa yang dimengerti.

3. Promosi untuk berperilaku "*safe sex*", maka pesan yang disampaikan lewat media adalah...
   a. Penggambaran perilaku seks yang bebas dan edukatif.
   b. Promosi kesehatan melalui media sosial tentang bagaimana melakukan seks bebas.
   c. Promosi kesehatan menggunakan leaflet yang berisi macam-macam alat kontrasepsi.
   d. Penggambaran perilaku seks yang sehat dan memberikan isyarat tindakan seperti "belilah kondom".
   e. Penggambaran perilaku seks yang sehat dan memberikan isyarat tindakan seperti "dilarang merokok".
4. *Model theatre fordevelopment* (TfD) yaitu...
   a. Model promosi menggunakan sarana musikalisasi puisi.
   b. Model promosi menggunakan media elektronik dengan melibatkan semua media sosial.
   c. Model promosi menggunakan metode ceramah tanpa media dengan melibatkan partisipasi masyarakat.
   d. Model promosi menggunakan sarana teater dengan partisipasi aktif dari masyarakat yang bersangkutan.
   e. Model promosi menggunakan sarana teater dan musikalisasi puisi dengan partisipasi pasif dari masyarakat yang bersangkutan.
5. TFD berkembang pada awal tahun 1970 yang bertujuan pada.....
   a. *Sosial support* dan *sosial movement*
   b. *Sosial change* dan *sosial movement.*
   c. *Sosial support* dan *sosial change.*
   d. *Sosial support* dan *sosial imaging.*
   e. *Sosial imaging* dan *sosial movement.*
6. Berikut yang merupakan hal vital dalam penyusunan SAP dan metode pendidikan kesehatan adalah....
   a. Waktu dan tempat
   b. Waktu dan sasaran

KEMENKES RI

c. Konsumsi dan tempat
d. Konsumsi dan sasaran
e. Konsumsi dan Sound System

7. Cara merencanakan waktu dan tempat adalah....
   a. Mencari sasaran, menentukan waktu, menentukan tempat.
   b. Menetapkan sasaran, menentukan metode, menentukan tujuan.
   c. Menetapkan tujuan, menentukan sasaran, membuat isi penyuluhan.
   d. Menetapkan tujuan, menentukan sasaran, menentukan waktu & tempat.
   e. Menetapkan waktu & tempat, menetapkan sasaran, merancang evaluasi.
8. Strategi masyarakat-lingkungan dibanding individual merupakan salah satu strategi utama dalam penyusunan SAP dan metode pendidikan kesehatan. Tujuan strategi tersebut adalah...
   a. Mengubah perilaku individu—tanpa penekanan pada faktor struktural yang mungkin dapat menjadi penyebab terjadinya perilaku.
   b. Mempertahankan perilaku individu yang menyebabkan risiko pada perilaku.
   c. Mengubah perilaku individu dengan mengubah pola kehidupan individu.
   d. Mengubah perilaku positif individu dan mempertahankannya.
   e. Mengubah perilaku individu pada faktir individual.
9. Berikut merupakan prinsip utama strategi promosi kesehatan, kecuali....
   a. Mengubah karakteristik gaya hidup dan lingkungan yang menimbulkan penyakit masyarakat (pencegahan di tingkat populasi).
   b. Pencegahan di tempat dengan kasus rendah (pencegahan primer di tingkat populasi).
   c. Mengidentifikasi dan membantu individu yang berisiko tinggi (strategi risiko tinggi) selain mencegah peningkatan risiko (pencegahan sekunder).
   d. Mempertahankan perilaku negatif individu.
   e. Mengubah karakteristik gaya hidup dan lingkungan yang menimbulkan penyakit masyarakat (pencegahan di tingkat populasi).
10. Berikut yang merupakan obyek evaluasi adalah...
   a. Input, output, outcome.
   b. Input, transformasi, outcome.
   c. Transformasi, output, outcome.
   d. Input masyarakat sebagai pribadi yang utuh, transformasi, output.
   e. Transformasi, input, output masyarakat sebagai pribadi yang utuh.

KEMENKES RI

B. ESSAY

Sebutkan tujuan diadakannya evaluasi!

A. DAFTAR PUSTAKA

Emilia, Ova. 2008. Promosi Kesehatan Dalam Lingkup Kesehatan Produksi. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press.

Mubarak, Wahid Iqbal, dkk. 2007. Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

KEMENKES RI

MEDIA PROMOSI DAN BERBAGAI PENGEMBANGANNYA

Pada bab 7, Setelah mendapatkan pengalaman belajar **diharapkan** mahasiswa mampu menjelaskan Media Promosi Kesehatan dan mampu:.

A. Menjelaskan Konsep Media Promosi
B. Menjelaskan Pengolongan Media Promosi
C. Menjelaskan Memilih Saluran Media Promosi
D. Menjelaskan Karakteristik Media Promosi
E. Menjelaskan Merancang Mengembangkan Berbagai Jenis Media Promosi
F. Menjelaskan Evaluasi Media Promosi

Pada kesempatan ini anda diharapkan mendapatkan pengalaman belajar tentang media promosi kesehatan dan berbagai pengembangannya. *Pernahkah anda memperhatikan kegiatan penyuluhan...? alat apakah yang digunakan* ?

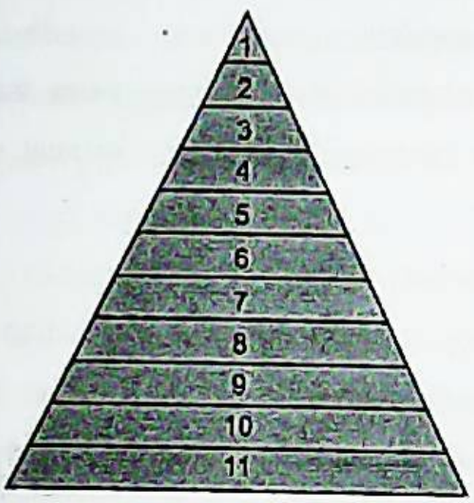
A. Apakah yang Dimaksud Konsep Media Promosi?

Media adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Media pendidikan kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam dalam proses pendidikan atau pengajaran. Prinsip pembuatan alat peraga atau media bahwa pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui panca indera.

Semakin banyak panca indera yang digunakan, semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan alat peraga dimaksudkan mengerahkan indra sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman.menurut penelitian para ahli, panca indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% - 87%).

KEMENKES RI

Alat peraga / media mempunyai intensitas yang berbeda dalam membantu permasalahan seseorang. Elgar Dale menggambarkan intensitas setia alat peraga dalam suatu kerucut.



Keterangan:
1. Kata-kata
2. Tulisan
3. Rekaman, radio
4. Film
5. Televisi
6. Pameran
7. *Field trip*
8. Demonstrasi
9. Sandiwara
10. Benda tiruan
11. Benda asli

Gambar 10.1 Kerucut Elgar Dale.

Intensitas paling rendah adalah kata – kata. Hal ini berarti bahwa penyampaian materi hanya dengan kata – kata saja kurang efekti. Seperti penggunaan metode, akan lebih efektif dan efisien bila yang digunakan tidak hanya satu alat peraga, tetapi gabungan beberapa media.

B. Bagaimana Penggolongan Media Promosi?

1. Pembagian media (alat bantu) secara umum

a. Alat bantu lihat (visual aids).

Alat bantu ini digunakan untuk membantu menstimulasi indera penglihatan pada saat proses pendidikan. Terdapat dua bentuk ala tbantu lihat.

1) Alat yang diproyeksikan (misalnya, slide, overhead projector/OHP, dan film strip).

2) Alat yang tidak diproyeksikan (misalnya, dua dimensi seperti gambar, peta, dan bagan. Termasuk alat bantu cetak atau tulis, misalnya leaflet, poster, lembar balik, dan buklet. Termasuk tiga dimensi seperti bola dunia, dan boneka).

b. Alat bantu dengar (*audio aids*).

Alat ini digunakan untuk menstimulasi indra pendengaran (misalnya, piringan hitam, radio, tape, dan CD).

KEMENKES RI

c. Alat bantu dengar dan lihat (*audio-visual-aids*)

Seperti TV, film, dan video.

2. Pembagian media berdasarkan fungsinya

a. Media cetak

1) Buklet. Media untuk menyampaikan pesan – pesan kesehtan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
2) Leaflet. Bentuk penyampaikan informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat berupa kalimat, gambar, atau kombinasi.
3) Flyer (selebaran), bentuk seperti leaflet, tetapi tidak dilipat.
4) Flip chart (lembar balik), biasanya dalam bentuk buku, setiap lembar (halaman) berisi gambar dan diinformasikan dan lembar baliknya (belakang) berisi kaliman sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
5) Rubrik atau tulisan – tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal – hal yang berkaitan dengan kesehatan.
6) Poster. Bentuk media yang berisi pesan – pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel di dinding, tempat – tempat umum, atau kendaraan umum. Biasanya isinya bersifat pemberitahuan dan propaganda.
7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

b. Media elektronik

1) Televisi. Penyampaian pesan kesehatan melalui media tv dapat berupa sandiwara, sinetron, forum diskusi, pidato (ceramah), TV spot, dan kuis atau cerdas cermat.
2) Radio. Bentuk penyampaian informasi di radio dapat berupa obrolan (Tanya jawab), konsulti kesehatan, sandiwara radio, dan radio spot.
3) Video. Penyampaian informasi kesehatan melalui video,
4) Slide. Slide dapat juga digunakan untuk menyampaikan informasi keselhtan.
5) Film Strip.

c. Media papan (billboard)

Media papan yang dipasang di tempat – tempat umum dapat diisi pesan – pesan atau informasi kesehatan. Media ini juga mencakup pesan – pesan yang ditulis pada lembaran seng dan ditempel di kendaraan umum (bus dan taksi)

KEMENKES RI

d. Media hiburan

Penyampaikan informasi kesehatan dapat dilakukan melalui media hiburan, baik di luar gedung (panggung terbuka) maupun dalam gedung, biasanya dalam bentuk dongeng, sosiodrama, kesenian tradisional, dan pameran.

3. Pembagian media berdasarkan pembuatan dan penggunaannya.

1) Alat peraga yang rumit (complicated), seperti film, film strip, dan slide. Dalam penggunaanya memerlukan listrik dan proyektor.

2) Alat peraga sederhana/ mudah dibuat sendiri dengan bahan setempat seperti bamboo, karton, kaleng bekas, dan kertas karton. Ciri – ciri media sederhana adalah mudah dibuat, bahan diperoleh dari bahan – bahan local, mencerminakan kebiasaan, kehidupan, dan kepercayaan setempat, ditulis (gambar) dengan sederhana, bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat, dan memenuhi kebutuhan petugas kesehatan dan masyarakat.

C. Bagaimana Cara Memilih Saluran Media Promosi yang Efektif?

Keputusan untuk memakai media tertentu atau kombinasi media ditentukan oleh: tujuan program, biaya yang dimiliki, efektifitas media untuk audiens tertentu, kompleksitas pesan, keterbatasan waktu, hubungan dengan media, jenis dan ketersediaan media. Hal ini tidak terlepas dari pertimbangan – pertimbangan kelebihan dan kelemahan masing – masing media. Kelebihan :

1. Media audiovisual (televisi)

a. Sesuai dengan target sasaran khalayak yang bersifat massal

b. Dapat memperlihatkan produk lebih nyata karena adanya unsur audio, visual, dan motion.

c. Cepat dan luas dalam menjangkau masyarakat.

d. Sifat efektivitas yang tinggi.

2. Media audio (radio)

a. Radio merupakan media public yang murah, merakyat, dan cepat.

b. Bersifat local

c. Bersifat sepintas dengar yang tidak memerlukan suatu intensitas dan keahlian khusus untuk menerima pesan.

d. Sifat radio yang luwes dan mudah dijangkau.

KEMENKES RI

3. **Media cetak**
   a. Media cetak dapat didokumentasikan sehingga bisa dibaca berulang – ulang.
   b. Media cetak memiliki kredibilitas yang cukup baik di mata masyarakat.
4. **Media lini bawah (below the line)**
   a. Ukuran dan bentuknya sangat bervariasi, sehingga terkesan lebih menarik.
   b. Sifatnya bergerak, dapat dipindah – pindah lokasinya.
   c. Memungkinkan pemilihan lokasi pada wilayah – wilayah strategis yang sesuai dengan segmen yang dituju.
   d. Dapat menjangkau semua khalayak.

Kelemahan utama media iklan adalah tingginya biaya produksi dan media. Namun karena jumlah sasaran yang terpapar iklan biasanya besar, maka biaya per individu/dampak adalah cukup rendah dibandingkan biaya metode tatap muka.

Publikasi dapat mencapai jumlah audiens yang banyak seperti iklan, namun kerugiannya adalah sulit mengendalikan isi pesan, paparan, dan frekuensi paparan. Misalnya sebuah proses release akan ditulis dengan menghilangkan atau mengubah informasi penting atau diletakkan di halaman belakang atau simunculkan pada acara larut malam. Di sisi lain, beberapa orang menganggap publikasi lebih objektif dibandingkan iklan dan lebih murah. Biaya mungkin diperlukan misalnya untuk membuat materi, dan mengundang ahli lain.

Edutainment juga dapat mencapai audiens yang luas tetapi juga memiliki kelemahan yaitu sulit mengendalikan isi pesan kecuali bila produksinya dilakukan bersama, dan sulit mengendalikan paparan dan frekuensi kecuali bila dilakukan kontinyu pada beberapa episode. Keuntungan edutainment adalah kemampuannya untuk menarik perhatian masyarakat. Bila produksinya dilakukan bersama – sama maka biayanya tidak mahal.

D. Apa Saja Karakteristik Media Promosi ?

Karakteristik media promosi kesehatan:

1. **Media *Above Line* (Media Lini Atas)**
   a. Media Cetak

      Contoh: Surat kabar, majalah, tabloid

      Kelebihan :

      1) Bersifat permanen karena penyampaian pesan dilakukan secara berulang-ulang sehingga ada pendalaman efek
      2) Bersifat Space Organized sehingga isi lebih rinci dan mendalam

KEMENKES RI

3) Komunikan dapat menentukan waktu dalam menikmati isi pesan
4) Repeatable, dapat di baca berkali-kali dengan menyimpannya atau menglipingnya.
5) Analisa lebih tajam, dapat membuat orang benar-benar mengerti isi berita dengan analisa yang lebih mendalam dan dapat membuat orang berfikir lebih spesifik tentang isi tulisan.

Kelemahan :

1) Komunikan tidak mampu membaca
2) Menuntut kemauan membaca, jika reading habbitnya rendah akan sulit
3) Mahal
4) Memerlukan konsentrasi
5) Lambat, dari segi waktu media cetak adalah yang terlambat karena media cetak tidak dapat menyebarkan langsung berita yang terjadi kepada masyarakat dan harus menunggu turun cetak. Media cetak sering kali hanya memuat berita yang telah disebarluaskan oleh media lainnya.
6) Tidak adanya audio, media cetak hanya berupa tulisan yang tentu saja tidak dapat didengar.
7) Visual yang terbatas, media cetak hanya dapat memberikan visual berupa gambar yang mewakili keseluruhan isi berita.
8) Produksi, biaya produksi yang cukup mahal karena media cetak harus mencetak dan mengirimkannya sebelum dapat dinikmati masyarakat.

b. Media Radio

Media ini banyak diandalkan oleh masyarakat.

Kelebihan :

1) Santai dan praktis
2) Daya langsung
3) Mengatasi bagi yang buta huruf
4) Bersikap akrab dan personal

Kekurangan :

1) Hanya sekilas dengar
2) Banyak gangguan
3) Tidak dapat menyampaikan pesan yang kompleks
4) Pesan kurang atraktif

KEMENKES RI

c. Media Televisi

Kelebihan :

1) Merekam dengan distorsi rendah
2) Digunakan secara berulang-ulang oleh audience yang heterogen
3) Mampu mgungkap peraaan dengan gambar, musik, maupun kata sehingga multiple effect
4) Mampu mengajak penonton sehingga pendekatan individu melalui tokoh
5) Dapat mengemukakan individu yang abstrak

Kekurangan :

1) Mahal
2) Komunikan dituntut intensitas perhatian
3) Kurang akrab

d. Media Film

Film meruapakan media yang bersifat menghibur, tapi dapat disisipi dengan pesan-pesan yang bersifat edukatif. Sasaran media ini adalah kelompok besar, dan kolosal. Kekurangan dan kelebihan sama dengan media televisi karena sifatnya yang audio visual.

Kelebihan :

1) Merekam dengan distorsi rendah
2) Digunakan secara berulang-ulang oleh audience yang heterogen
3) Mampu mgungkap peraaan dengan gambar, musik, maupun kata sehingga multiple effect
4) Mampu mengajak penonton sehingga pendekatan individu melalui tokoh
5) Dapat mengemukakan individu yang abstrak

Kekurangan :

1) Mahal
2) Komunikan dituntut intensitas perhatian
3) Kurang akrab

2. Media Below The Line (Media Lini Bawah)

a. Poster

Berupa lembaran-lembaran cetak yang terdiri dari dua aspek yaitu aspek verbal (naskah dan teks) dan visual (ilustrasi). Poster juga bisa berupa selembar kertas dengan ketebalan tertentu yang isinya didesain sedemikian rupa sehingga mampu menarik perhatian orang-orang yang melihatnya.

KEMENKES RI

Berisi pemberitahuan dengan pesan-pesan yang persuasive. Untuk itu poster harus ditempatkan/ditempelkan di tempat-tempat umum/keramaian yang tentunya disesuaikan dengan jenis posternya, dalam hal ini adalah tempat-tempat yang berhubungan dengan dunia seni dan pendidikan. Lebih singkatnya poster dapat didefinisikan sebagai plakat berupa pengumuman atau iklan yang dipasang di tempat umum (WJS Poerwadarminta, 1986:783)

Poster adalah sehelai kertas atau papan yang berisikan gambar-gambar dengan sedikit kata-kata. Katakata dalam poster harus jelas artinya, tepat pesannya dan dapat dengan mudah dibaca pada jarak kurang lebih 6 meter. Poster biasanya ditempelkan pada suatu tempat yang mudah dilihat dan banyak dilalui orang misalnya di dinding balai desa, pinggir jalan, papan pengumuman, dan lain lain. Gambar dalam poster dapat berupa lukisan, ilustrasi, kartun, gambar atau photo.

Poster terutama dibuat untuk mempengaruhi orang banyak, memberikan pesan singkat. Karena itu cara pembuatannya harus menarik, sederhana dan hanya berisikan satu ide atau satu kenyataan saja. Poster yang baik adalah poster yang mempunyai daya tinggal lama dalam ingatan orang yang melihatnya serta dapat mendorong untuk bertindak.

Kelebihan :

1) Bahasa singkat, sederhana, dan mudah dipahami
2) Menggunakan huruf besar sehingga tetap terlihat pada jarak jauh
3) Ilustrassi bervariasi, yang berupa gambar, foto, dan warna yang menarik
4) Pesan yang sederhana, misalnya menunjukan produk
5) Ukuran bervariasi, ada besar dan ada kecil
6) Wilayah sesuai keinginan

KEMENKES RI

Kelemahan

1) Luas jangkauan terbatas karena bersifat local
2) Tidak dapat memilah khalayak
3) Khalayak hanya melihat sepintas

b. Leaflet

Berupa lembaran, jumlah satu lembar, dan dirancang khusus. Merupakan jenis pamflet atau brosur yang paling populer. Biasanya terdiri dari satu lembar saja dengan cetakan dua muka. Namun yang khas dari leaflet adalah adanya lipatan yang membentuk beberapa bagian leaflet seolah-olah merupakan panel atau halaman tersendiri.

Contoh leaflet

Kualitas cetakan leaflet biasanya bagus, dibuat dengan desain yang menarik, dan berisi informasi yang lengkap baik berupa gambar maupun tulisan. Karena bentuknya lipatan, pembuatan leaflet biasanya memperhatikan sisi psikologi orang membuka leaflet, sehingga desainnya pun dibuat untuk memudahkan orang menerima informasi yang ada pada leaflet tanpa terlalu banyak membolak-balik leaflet. Dibanding dengan media promosi lain (booklet, katalog, flyer), leaflet sangat sering dijumpai karena bisa digunakan untuk bermacam hal misalnya mengenalkan produk, sebagai katalog mini atau booklet mini, profil perusahaan, dan lain sebagainya.

c. Bentuk Booklet

Bentuk buku meskipun hanya satu lembar. Tetapi biasanya terdiri dari beberapa halaman dan seringkali memiliki sampul, halaman judul, dijilid baik secara sederhana menggunakan staples maupun dijilid dengan hiasan misalnya menggunakan ring.

Contoh lembar balik

KEMENKES RI

Sejumlah produk konsumen seperti barang elektronik (misalnya handphone), sering menyertakan buklet berisi spesifikasi produk atau penjelasan cara penggunaan (**manual book**) secara ringkas. **Booklet** atau **buklet** yang menyertai barang elektronik kadang-kadang memiliki jumlah halaman yang banyak dan tidak untuk habis dibaca dalam satu kali kesempatan.

Album rekaman, seperti kaset atau CD sering menyertakan buklet yang berisi lirik lagu, foto, dan nama-nama artis pendukung. Booklet yang biasanya terlihat seperti sebuah buku mini, bukan merupakan sarana beriklan secara langsung.

Kelebihan leaflet dan booklet :

1) Dapat disimpan sehingga dapat dibaca berulang-ulang
2) Isinya dapat terperinci
3) Desain cetak, ilustrasi dibuat menarik
4) Mampu memilah khalayak

Kekurangan :

1) Adanya nir massa yaitu khalayak yang tidak tercover
2) Tidak cocok untuk audience dengan tingkat pendidikan rendah
3) Adanya eye catcher yaitu umpan menangkap mata tetapi tergantung ilustrasi, desain, jenis kertas, dan kualitas cetak.

E. Bagaimana Cara Merancang Pengembangan Berbagai Jenis Media Promosi?

Langkah-langkah dalam merancang pengembangan media promosi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan tujuan

Tujuan harus relaistis, jelas, dan dapat diukur (apa yang diukur, siapa sasaran yang akan diukur, seberapa banyak perubahan akan diukur, berapa lama dan dimana pengukuran dilakukan). Penetapan tujuan merupakan dasar untuk merancang media promosi dan merancang evaluasi.

2. Menetapkan segmentasi sasaran

Segmentasi sasaran adalah suatu kegiatan memilih kelompok sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan. Tujuannya antara lain memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya, memberikan kepuasan

KEMENKES RI

pada masing-masing segmen, menentukan ketersediaan jumlah dan jangkauan produk, serta menghitung jenis dan penempatan media.

3. **Memposisikan pesan (*positioning*)**

   Memposisikan pesan adalah proses atau upaya menempatkan suatu prosuk perusahaan, individu atau apa saja ke dalam alam pikiran sasaran atau konsumennya. Positioning membentuk citra.

4. **Menentukan strategi *positioning***

   Identifikasi para pesaing, termasuk persepsi konsumen, menentukan posisi pesaing, menganalisis preferensi khalayak sasaran, menetukan posisi merek produk sendiri, serta mengikuti perkembangan posisi.

5. **Memilih media promosi kesehatan**

   Pemilihan media didasarkan pada selera khalayak sasaran. Media yang dipilih harus memberikan dampak yang luas. Setiap media akan memberikan peranan yang berbeda. Penggunaan beberapa media secara seremoak dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi, dan efektivitas pesan.

F. Bagaimanakah Cara Melakukan Evaluasi Media Promosi yang Kita Gunakan?

Monitoring dan evaluasi setiap kegiatan yang sedang berlangsung serta melakukan telaah (*review*) secara berkala dapat memberikan informasi atau peringatan secara dini terhadap masalah atau kendala yang dihadapi. Informasi ini dapat dijadikan dasar untuk melakukan pengarahan kembali untuk rencana kegiatan selanjutnya. Evaluasi Hasil atau (*out Come Evaluation*) harus dapat mengukur indikator yang berbeda dari hasil yang diharapkan. Akibat atau hasil kegiatan yang tidak diharapkan juga harus dicatat dengan teliti dan segera dicari solusinya.

Ada beberapa pendekatan dalam melakukan evaluasi, salah satunya menganggap bahwa dalam menentukan tujuan dan kegiatan yang harus dilakukan tergantung pada keputusan masyarakat yang bersangkutan. Pendekatan lain menyatakan bahwa setiap keputusan tergantung pada sponsor, politisi dan akademisi secara luas, harus terukur secara spesifik.

Stephen Isaac dan William B. Michael (1981) mengemukakan 9 bentuk desain evaluasi, yaitu:

1. **Historikal** , dengan merekonstruksi kejadian di masa lalu secara objektif dan tepat dikaitkan dengan hipotesis atau asumsi.
2. **Deskriptif**, melakukan penjelasan secara sistematis suatu situasi atauhal yang menjadi perhatian secara faktual dan tepat.

KEMENKES RI

3. **Studi perkembangan (*developmental study*)**, menyelidiki pola dan urutan perkembangan atau perubahan menurut waktu.
4. **Studi kasus atau lapangan (*case atau field study*)**, meneliti secaraintensif latar belakang status sekarang, dan interaksi lingkungan dari suatu unit sosial, baik perorangan, kelompok, lembaga, atau masyarakat.
5. **Studi korelasional (*corelational study*)**, meneliti sejauh mana variasidari satu faktor berkaitan dengan variasi dari satu atau lebih faktor lain berdasarkan koefisien tertentu.
6. **Studi sebab akibat (*causal comparative study*)**, yang menyelidiki kemungkinan hubungan sebab akibat dengan mengamati berbagai konsekuensi yang ada dan menggalinya kembali melalui data untuk faktor menjelaskan penyebabnya.
7. **Eksperimen murni (*true esperimental*)**, yang menyelidiki kemungkinan hubungan sebab-akibat dengan membuat satu kelompok percobaan atau lebih terpapar akan suatu perlakuan atau kondisi danmembandingkan hasilnya dengan satu atau lebih kelompok control yang tidak menerima perlakuan atau kondisi. Pemilihan kelompok-kelompok secara sembarang (random) sangat penting.
8. **Eksperimen semu (*quasi experimental*)**, merupakan cara yangmendekati eksperimen, tetapi di mana kontrol tidak ada dan manipulasi tidak bias dilakukan.
9. **Riset aksi (*action research*)**, bertujuan mengembangkan pengalamanbaru melalui aplikasi langsung di berbagai kesempatan.

Kekuatan dan kelemahan dari proses pembelajaran dalam pendidikan kesehatan yang telah dilakukan, dapat diketahui lebih jelas setelah diaplikasikan dan dievaluasi secara seksama. Hasil yang diperoleh dari evaluasi akan memberi petunjuk kepada seorang perawat tentang bagian-bagian mana dari proses pendidikan kesehatan yang sudah baik dan belum baik.

Atas dasar hasil evaluasi tersebut dapat dilakukan perbaikan-perbaikan yang diperlukan. Beberapa tujuan evaluasi dari pendidikan kesehatan adalah : Sebagai pertimbangan untuk pemilihan media pendidikan kesehatan yang efektif, proses pemilihan media perlu pertimbangan dengan matang sehingga media yang dipilih betul-betul efektif dalam mendukung proses pendidikan kesehatan yang memadai, menilai kemampuan seorang perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan, untuk menilai atau melihat prosedur penggunaan media yang digunakan, untuk memeriksa apakah proses yang berlangsung sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan, memberikan informasi yang berkaitan dengan administrasi, keberadaan dan

KEMENKES RI

keberfungsian media harus selalu dievaluasi secara berkala untuk meningkatkan kualitas dalam pemberian promosi kesehatan.

Siapa yang melaksanakan evaluasi dan monitoring :

1. Melibatkan berbagai kelompok yang berkepentingan dalam proyek untuk mencapai tujuan bersama (Pemerintah, Depkes, Pemda)
2. Sponsor suatu proyek menginginkan adanya evaluasi untuk mengetahui efisiensi dan efektifitas proyek dan biaya proyek
3. Manajer promkes : untuk menilai kinerja dan produktivitas.

Tantangan evaluasi dalam promosi kesehatan:

1. Apa kebutuhan yang akan diukur
2. Apa pengaruh yang terjadi semuanya benar – benar berasal hasil proyek promosi kesehatan
3. Kapan evaluasi dilakukan
4. Apa yang menandai keberhasilan proyek tersebut
5. Apa proyek tersebut layak dilakukan
6. Apa saja isu etis yang terkait dengan evaluasi

Rangkuman

1. Media pendidikan atau Promosi Kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika, dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatan.
2. Tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan antara lain : Media dapat mempermudah penyampaian informasi, Media dapat menghindari kesalahan persepsi, Media dapat memperjelas informasi, Media dapat mempermudah pengertian, Media dapat mengurangi komunikasi yang verbalistik, Media dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata, Media dapat memperlancar komunikasi, dll.
4. Karakteristik Media Promkes

   Karakteristik media promosi kesehatan diantaranya:

KEMENKES RI

a. Sarana media *Above the line* (Media Lini Atas)

Sarana	Keuntungan	Kekurangan
Media cetak	1. Bersifat permanen 2. Bersifat *Space Organized* (isi lebih rinci dan mendalam) 3. Komunikan dapat menentukan waktu menikmati isi pesan 4. Repeatable, dapat di baca berkali-kali dengan menyimpannya atau menglipingnya 5. Analisa lebih tajam	1. Komunikan tidak mampu membaca 2. Menuntut kemauan membaca 3. Mahal 4. Memerlukan konsentrasi 5. Lambat, karena tidak dapat menyebarkan langsung berita yang terjadi kepada masyarakat dan harus menunggu turun cetak. 6. Visual yang terbatas 7. Biaya produksi yang cukup mahal
Media radio	1. Santai dan praktis 2. Daya langsung 3. Mengatasi bagi yang buta huruf 4. Bersikap akrab dan personal	1. Hanya sekilas dengar 2. Banyak gangguan 3. Tidak dapat menyampaikan pesan yang kompleks 4. Pesan kurang atraktif
Media televise/film	1. Merekam dengan distorsi rendah 2. Digunakan secara berulang-ulang 3. *Multiple effect* 4. Mampu mengajak penonton sehingga pendekatan individu melalui tokoh 5. Dapat mengemukakan individu yang abstrak	1. Mahal 2. Komunikan dituntut intensitas perhatian 3. Kurang akrab

KEMENKES RI

5. Langkah-langkah dalam merancang pengembangan media promosi kesehatan adalah sebagai berikut : Menetapkan tujuan, Menetapkan segmentasi sasaran, Memposisikan pesan *(positioning)*, Menentukan strategi *positioning*, Memilih media promosi kesehatan
6. Monitoring dan evaluasi setiap kegiatan yang sedang berlangsung serta melakukan telaah (review) secara berkala dapat memberikan informasi atau peringatan secara dini terhadap masalah atau kendala yang dihadapi. Informasi ini dapat dijadikan dasar untuk melakukan pengarahan kembali untuk rencana kegiatan selanjutnya. Evaluasi Hasil atau (*Out Come Evaluation*) harus dapat mengukur indikator yang berbeda dari hasil yang diharapkan. Akibat atau hasil kegiatan yang tidak diharapkan juga harus dicatat dengan teliti dan segera dicari solusinya.

LATIHAN 7

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran disebut
   a. Media
   b. Sarana
   c. Saluran
   d. Bahan
   e. Alat
2. Retno akan membuat sebuah buku sebagai media untuk menyampaikan pesan – pesan kesehatan baik berbentuk tulisan maupun gambar. Media cetak yang digunakan Retno disebut...
   a. Leaflet
   b. Buklet
   c. Flyer (selebaran)
   d. Billboard
   e. Rubrik
3. Media yang dipasang di tempat – tempat umum dapat diisi pesan – pesan atau informasi kesehatan. Media ini juga mencakup pesan – pesan yang ditulis pada lembaran seng dan ditempel di kendaraan umum (bus dan taksi). Disebut media...

KEMENKES RI

a. Billboard
b. Leaflet
c. Buklet
d. Rubric
e. Flyer

4. Keputusan untuk memakai media tertentu atau kombinasi media ditentukan oleh hal hal berikut. Kecuali ...
   a. Tujuan program,
   b. Kepuasan audiens
   c. Biaya yang dimiliki,
   d. Kompleksitas pesan,
   e. Efektifitas media untuk audiens tertentu
5. Media *Above Line* (Media Lini Atas) yang mempunyai kelebihan sbb :
   - Santai dan praktis
   - Daya langsung
   - Mengatasi bagi yang buta huruf
   - Bersikap akrab dan personal

   Pernyataan diatas adalah ciri-ciri dari media...
   a. Film
   b. Radio
   c. Cetak
   d. Poster
   e. Televise
6. Ajeng membuat media berupa ilustrasi gambar untuk mempengaruhi orang banyak dengan memberikan pesan singkat dan membuatnya dengan menarik, sederhana dan hanya berisikan satu ide atau satu kenyataan saja. Media yang digunakan Ajeng adalah...
   a. Cetak
   b. Televise
   c. Film
   d. Radio
   e. Poster

KEMENKES RI

7. Seorang mahasiswa membuat media promosi kesehatan yang mempunyai ciri khas adanya lipatan yang membentuk beberapa bagian seolah-olah merupakan halaman tersendiri. Media yang digunakan mahasiswa tersebut adalah....
   a. Cetak
   b. Televise
   c. Film
   d. Radio
   e. Leaflet
8. Berikut ini merupakan kelebihan booklet, kecuali...
   a. Dapat disimpan sehingga dapat dibaca berulang-ulang
   b. Adanya eye catcher yaitu umpan menangkap mata tetapi tergantung ilustrasi, desain, jenis kertas, dan kualitas cetak.
   c. Isinya dapat terperinci
   d. Desain cetak, ilustrasi dibuat menarik
   e. Mampu memilah khalayak
9. Dalam merancang dan mengembangkan berbagai jenis media promosi kesehatan dilakukan upaya menempatkan suatu produk perusahaan, ke dalam alam pikiran sasaran atau konsumennya. Langkah ini disebut dengan....
   a. Positioning
   b. Segmentasi sasaran
   c. Memilih media
   d. Strategi positioning
   e. Menentukan tujuan
10. Stephen Isaac dan William B. Michael (1981) mengemukakan 9 bentuk desain evaluasi. Salah satunya melakukan penjelasan secara sistematis suatu situasi atau hal yang menjadi perhatian secara faktual dan tepat. Desain evaluasi ini disebut dengan....
    a. Deskriptif
    b. Historikal
    c. Studi korelasional
    d. Studi kasus atau lapangan
    e. Studi perkembangan

KEMENKES RI

B. Essay

Sebutkan kekurangan dan kelebihan media film dalam promosi kesehatan!

DAFTAR PUSTAKA

Emilia, Ova. 2008. Pro*mosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi.* Yogyakarta: Pustaka Cendekia

Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi.* Jakarta: PT Rineka Cipta.

Notoatmodjo,soekidjo. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi.* Renekacita. Depok. 2010

Mubarak, Wahit Iqbal. 2011. *Promosi Kesehatan untuk Kebidanan.* Jakarta : Salemba Medika

KEMENKES RI

UPAYA KEMITRAAN DENGAN MASYARAKAT DAN BERBAGAI ORGANISASI MASYARAKAT DALAM PROMOSI KESEHATAN

Setelah perkuliahan selesai anda diharapkan memahami tentang upaya kemitraan dengan masyarakat dan berbagi organisasi masyarakat dalam promosi. Tujuan di akhir pembelajaran diharapkan anda mampu:

A. Menjelaskan Definisi Kemitraan
B. Menjelaskan Tujuan Kemitraan
C. Menjelaskan Unsur-Unsur Kemitraan
D. Menjelaskan Dasar Pelaksanaan Kemitraan
E. Menjelaskan Prinsip-Prinsip Kemitraan
F. Menjelaskan Ruang Lingkup Kemitraan
G. Menjelaskan Tahap-tahap Kemitraan
H. Menjelaskan Dinas Kesehatan daam Pengembangan Kemitraan
I. Menjelaskan Indikator Keberhasilan Bermitra

Pada bab ini kita akan membahas tentang kemitraan. Pernahkah anda melihat suatu kegiatan yang dilaksanakan lebih dari satu unit kerja?....

A. Apa Pengertian kemitraan?

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia *(KBBI)* arti kata mitra adalah teman, kawan kerja, pasangan kerja, rekan. Kemitraan artinya perihal hubungan atau jalinan kerjasama sebagai mitra. Kemitraan pada esensinya adalah dikenal dengan istilah gotong royong atau kerjasama dari berbagai pihak, baik secara individual maupun kelompok.

Menurut *Notoatmodjo (2003),* Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu.

Sedangkan menurut *Depkes (2006)* dalam promosi kesehatan Online mengemukakan bahwa Kemitraan adalah hubungan (kerjasama) antara dua pihak

KEMENKES RI

atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan (memberikan manfaat).

Apa yang dimaksud dengan Perilaku Kemitraan ?

Perilaku kemitraan adalah semua pihak, semua komponen masyarakat dan unsur pemerintah, Lembaga Perwakilan Rakyat, perguruan tinggi, media massa, penyandang dana, dan lain-lain, khususnya swasta.

B. Apakah Tujuan dilakukannya Kemitraan?

1. Tujuan umum :

   Meningkatkan percepatan, efektivitas dan efisiensi upaya kesehatan dan upaya pembangunan pada umumnya.

2. Tujuan khusus :
   a. Meningkatkan saling pengertian
   b. Meningkatkan saling percaya
   c. Meningkatkan saling memerlukan
   d. Meningkatkan rasa kedekatan
   e. Membuka peluang untuk saling membantu
   f. Meningkatkan daya, kemampuan, dan kekuatan
   g. Meningkatkan rasa saling menghargai

C. Apasajakah Unsur-Unsur Kemitraan?

Adapun unsur-unsur kemitraan adalah :

1. Adanya hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih
2. Adanya kesetaraan antara pihak-pihak tersebut
3. Adanya keterbukaan atau kepercayaan (trust relationship) antara pihak-pihak tersebut
4. Adanya hubungan timbal balik yang saling menguntungkan atau memberi manfaat.

Menurut *Ansarul Fahruda, dkk (2005)*, untuk membangun sebuah kemitraan, harus didasarkan pada hal-hal berikut :

1. Kesamaan perhatian (common interest) atau kepentingan,
2. Saling mempercayai dan saling menghormati
3. Tujuan yang jelas dan terukur
4. Kesediaan untuk berkorban baik, waktu, tenaga, maupun sumber daya yang lain.

KEMENKES RI

D. Apakah Dasar Dilaksanakannya Kemitraan?

1. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan

   Dalam membangun kemitraan,masing-masing anggota harus merasa mempunyai perhatian dan kepentingan bersama. Tanpaadanya perhatian dan kepentingan yang sama terhadap suatumasalah niscaya kemitraan tidak akan terjadi. Sektor kesehatan harus mampu menimbulkan perhatian terhadap masalah kesehatan bagi sektor-sektor lain non kesehatan, dengan upaya-upaya informasi dan advokasi secara intensif.

2. Saling mempercayai dan saling menghormati

   Kepercayaan (*trust*) adalah modal dasar setiap relasi/hubungan antar manusia, kesehatan harus mampu menimbulkan trust bagi partnernya.

3. Tujuan yang jelas dan terukur

   Arti penting dari kemitraan adalah mewujudkan kebersamaan antar anggota untuk menghasilkan sesuatu yang menuju kearah perbaikan kesehatan masyarakat pada khususnya, kesejahteraan masyarakat pada umumnya. Penting dilakukan advokasi dan informasi.

4. Kesediaan untuk berkorban baik, waktu, tenaga, maupun sumber daya yang lain.

   Visi, misi, tujuan dan nilai tentang kesehatan perlu disepakati bersama, dan akan sangat memudahkan untuk timbulnya komitmen bersama untuk menanggulangi masalah kesehatan bersama, hal ini harus meliputi semua tingkatan organisasi sampai petugas lapangan.

Apakah Dasar Pemikiran dilaksanakannya Kemitraan dalam Kesehatan?

1. Kesehatan adalah hak azasi manusia, merupakan investasi, dan sekaligus merupakan kewajiban bagi semua pihak.
2. Masalah kesehatan saling berkaitan dan saling mempengaruhi dengan masalah lain, seperti masalah pendidikan, ekonomi, sosial, agama, politik, keamanan, ketenagakerjaan, pemerintahan, dll.
3. Karenanya masalah kesehatan tidak dapat diatasi oleh sektor kesehatan sendiri, melainkan semua pihak juga perlu peduli terhadap masalah kesehatan tersebut, khususnya kalangan swasta.
4. Dengan peduli pada masalah kesehatan tersebut, berbagai pihak khususnya pihak swasta diharapkan juga memperoleh manfaat, karena kesehatan meningkatan kualitas SDM dan meningkatkan produktivitas.

KEMENKES RI

5. Pentingnya kemitraan (partnership) ini mulai digencarkan oleh WHO pada konfrensi internasional promosi kesehatan yang keempat di Jakarta pada tahun 1997.
6. Sehubungan dengan itu perlu dikembangkan upaya kerjsama yang saling memberikan manfaat. Hubungan kerjasama tersebut akan lebih efektif dan efisien apabila juga didasari dengan kesetaraan.

E. Apakah Prinsip – Prinsip Kemitraan?

1. Saling menguntungkan (mutual benefit)

   Saling menguntungkan disini bukan hanya materi tetapi juga non materi, yaitu dilihat dari kebersamaan atau sinergisme dalam mencapai tujuan.

2. Pendekatan berorientasi hasil

   Tindakan kemanusiaan yang efektif harus didasari pada realitas dan berorientasi pada tindakan. Hal ini membutuhkan koordinasi yang berorientasi hasil dan berbasis pada kemampuan efektif dan kapasitas operasional yang konkrit.

3. Keterbukaan (transparansi)

   Apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan tiapanggota mitra harus diketahhui oleh anggota yang lain Transparansi dicapai melalui dialog (pada tingkat yang setara) dengan menekankan konsultasi dan pembagian informasi terlebih dahulu. Komunikasi dan transparansi, termasuk transparansi finansial, membantu meningkatkan kepercayaan antar organisasi

4. Kesetaraan

   Masing-masing pihak yang bermitra harus merasa duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain. Kesetaraan membutuhkan rasa saling menghormati antar anggota kemitraan tanpa melihat besaran dan kekuatan.

   Para peserta harus saling menghormati mandat kewajiban dan kemandirian dari anggota yang lain serta memahami keterbatasan dan komitmen yang dimiliki satu sama lain. Sikap saling menghormati tidak menghalangi masing-masing organisasi untuk terlibat dalam pertukaran pendapat yang konstruktif.

5. Tanggung Jawab

   Organisasi kemanusiaan memiliki tanggung jawab etis terhadap satu sama lain dalam menempuh tugas-tugasnya secara bertanggung jawab dengan integritas dan cara yang relevan dan tepat. Organisasi kemanusiaan harus

KEMENKES RI

meyakinkan bahwa mereka hanya akan berkomitmen terhadap sesuatu kegiatan ketika mereka memang memiliki alat, kompetensi, keahlian dan kapasitas untuk mewujudkan komitmen tersebut.

Pencegahan yang tegas dan jelas terhadap penyelewengan yang dilakukan oleh para pekerja kemanusiaan harus menjadi usaha yang berkelanjutan.

6. Saling Melengkapi

Keragaman dari komunitas kemanusiaan adalah sebuah aset bila dibangun atas kelebihan-kelebihan komparatif dan saling melengkapi kontribusi yang satu dengan yang lain. Kapasitas lokal adalah salah satu aset penting untuk ditingkatkan dan menjadi dasar pengembangang.

Ketika memungkinkan, organisasi-organisasi kemanusiaan harus berjuang untuk menjadikan aset lokal sebagai bagian integral dari tindakan tanggap darurat dimana hambatan budaya dan bahasa harus diatasi. Prinsip-prinsip kemitraan menurut WHO untuk membangun kemitraan kesehatan :

a. *Policy-Makers* (Pengambil Kebijakan)
b. *Health Managers*
c. *Health Professionals*
d. *Academic Institutions*
e. *Communities institutions*

F. Apakah Ruang Lingkup Kemitraan?

Adapun ruang lingkup kemitraan secara garis besar adalah :

1. Persiapan;
2. Inisiasi Kemitraan;
3. Pelaksanaan kerjasama;
4. Pelaporan;
5. Publikasi hasil pelaksanaan.

G. Bagaimanakah Tahap – tahap Kemitraan?

Untuk mengembangkan kemitraan di bidang kesehatan secara konsep terdiri atas 3 tahap yaitu:

1. Kemitraan lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri
2. Kemitraan lintas sektor di lingkungan institusi pemerintah
3. Membangun kemitraan yang lebih luas, lintas program, lintas sektor lintas bidang dan lintas organisasi, yang mencakup:
   a. Unsur pemerintah

KEMENKES RI

b. Unsur swasta atau dunnia usaha
c. Unsur LSM dan organisasi massa
d. Unsur organisasi profesi

Bagaimanakah Langkah Pengembangan Kemitraan ?

1. Penjajagan/Persiapan,
2. Penyamaan Persepsi,
3. Pengaturan Peran,
4. Komunikasi Intensif,
5. Melakukan Kegiatan, Dan
6. Melakukan pemantauan & penilaian.

H. Apakah Peran Dinas Kesehatan dalam Pengembangan Kemitraan di Bidang Kesehatan?

Beberapa alternatif peran yang dapat dilakukan, sesuai keadaan, masalah dan potensi setempat adalah :

1. *Initiator* : memprakarsai kemitraan dalam rangka sosialisasi dan operasionalisasi Indonesia Sehat.
2. *Motor/dinamisator* : sebagai penggerak kemitraan, melalui pertemuan, kegiatan bersama, dll.
3. Fasilitator : memfasiltasi, memberi kemudahan sehingga kegiatan kemitraan dapat berjalan lancar.
4. Anggota aktif : berperan sebagai anggota kemitraan yang aktif.
5. Peserta kreatif : sebagai peserta kegiatan kemitraan yang kreatif.
6. Pemasok input teknis : memberi masukan teknis (program kesehatan).
7. Dukungan sumber daya : memberi dukungan sumber daya sesuai keadaan, masalah dan potensi yang ada.

Contoh Kemitraan dalam Kesehatan :

1. AIMI (Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia)
2. Balai Keperawatan
3. Kemitraan antara bidan dengan dukun bayi
4. Paguyuban Penderita Tuberkulosis Kec. Sumber jambe, kab. Jember

KEMENKES RI

I. Apakah Indikator keberhasilan dalam kemitraan?

a. Indikator input : Jumlah mitra yang menjadi anggota.

b. Indikator proses :Kontribusi mitra dalam jaringan kemitraan, jumlah pertemuan yang diselenggarakan, jumlah dan jenis kegiatan bersama yang dilakukan, keberlangsungan kemitraan yang dijalankan.

c. Indikator output : Jumlah produk yang dihasilkan, percepatan upaya yang dilakukan, efektivitas dan efisiensi upaya yang diselenggarakan.

Rangkuman

A. Kemitraan kesehatan adalah hubungan kerjasama antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan dan memberikan manfaat bagi masyarakat mengenai kesehatan.

B. Adapun unsur-unsur kemitraan adalah :

1. Adanya hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih
2. Adanya kesetaraan antara pihak-pihak tersebut
3. Adanya keterbukaan atau kepercayaan (trust relationship) antara pihak-pihak tersebut
4. Adanya hubungan timbal balik yang saling menguntungkan atau memberi manfaat

C. Ruang Lingkup Kemitraan :

1. Persiapan
2. Inisiasi Kemitraan
3. Pelaksanaan kerjasama
4. Pelaporan
5. Publikasi hasil pelaksanaan

D. Prinsip – prinsip kemitraan :

1. Persamaan atau *equality*
2. Keterbukaan atau transparansi
3. Saling menguntungkan atau mutual benefit.

E. Model kemitraan :

1. Kepemimpinan (*manageralism*) (Rees, 2005),
2. Pluralisme baru (*new-pluralism*),
3. Radikalisme berorientasi pada negara (*state-oriented radicalism*),

KEMENKES RI

4. Kewirausahaan (*entrepreneurialism*) dan
5. Membangun gerakan (*movement-building*) (Batsler dan Randall, 1992).

F. Langkah Pengembangan Kemitraan :

1. Penjajagan/Persiapan,
2. Penyamaan Persepsi,
3. Pengaturan Peran,
4. Komunikasi Intensif,
5. Melakukan Kegiatan, Dan
6. Melakukan pemantauan & penilaian
7. Tanggung Jawab
8. Saling Melengkapi

Latihan 8

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan (memberikan manfaat), merupakan pengertian kemitraan menurut.....
   a. KBBI
   b. Labonte
   c. L. Green
   d. Notoatmodjo
   e. Depkes 2006
2. Menurut Ansarul Fahruda untuk membangun kemitraan, harus didasarkan pada hal-hal berikut, yakni.....
   a. Saling mempercayai dan saling menghormati
   b. Kesamaan perhatian atau kepentingan.
   c. Tujuan yang jelas dan terukur
   d. Kesedian untuk berkorban
   e. Semua benar
3. Apa yang menjadi kelebihan dan kekurangan tiap anggota mitra harus diketahui oleh anggota yang lain, merupakan prinsip kemitraan.....
   a. Kesetaraan

KEMENKES RI

b. Transparansi
c. Mutual benefit
d. Saling melengkapi
e. Pendekatan berorientasi hasil

4. Membangun kemitraan yang lebih luas, lintas program, lintas sektor, yang mencakup, kecuali.....
   a. Unsur organisasi profesi
   b. Unsur pemerintahan
   c. Unsur swasta
   d. Unsur budaya
   e. Unsur LSM
5. Semua pihak, semua komponen masyarakat dan unsur pemerintah, lembaga perwakilan rakyat, perguruan tinggi, media massa, penyandang dana disebut.....
   a. Komponen kemitraan
   b. Perilaku kemitraan
   c. Objek Kemitraan
   d. Perilaku sosial
   e. Subjek sosial
6. Berikut ini merupakan langkah-langkah pengembangan kemitraan adalah.....
   a. Persiapan-penyamaan persepsi- komunikasi intensif-pengaturan peran-melakukan kegiatan-melakukan pemantuan dan penilaian.
   b. Persiapan-komunikasi intensif - penyamaan persepsi- pengaturan peran-melakukan kegiatan-melakukan pemantuan dan penilaian.
   c. Persiapan-penyamaan persepsi- komunikasi intensif-melakukan pemantuan dan penilaian- pengaturan peran- melakukan kegiatan.
   d. Persiapan-pengaturan peran - komunikasi intensif-melakukan pemantuan dan penilaian- penyamaan persepsi - melakukan kegiatan-.
   e. Persiapan-penyamaan persepsi- pengaturan peran - komunikasi intensif-melakukan kegiatan-melakukan pemantuan dan penilaian.
7. Berikut ini merupakan contoh kemitraan di dalam kesehatan adalah kecuali.....
   a. AIMI
   b. Balai keperawatan
   c. Kemitraan antara Bidan dan Dukun bayi

KEMENKES RI

d. Paguyuban penderita penyakit di suatu desa

e. Semua benar

8. Berikut merupakan indikator keberhasilan dalam kemitraan adalah.....

a. Indikator input, proses, output.

b. Indikator proses, evaluasi, output.

c. Indikator input, proses, dan evaluasi.

d. Indikator proses, evaluasi, penilaian

e. Indikator evaluasi, penilaian, output.

9. Sebagai penggerak kemitraan melalui pertemuan dan kegiatan bersama disebut....

a. Initiator

b. Fasilitator

c. Dinamisator

d. Peserta aktif

e. Anggota aktif

10. Berikut yang merupakan model kemitraan adalah kecuali.....

a. Manageralism

b. New- Pluralisme

c. State- oriented radicalism

d. Entrepreneurialism

e. Policy-Makers

B. Essay

Sebutkan peran mitra sebagai inisiator, fasilitator dan Dinamisator!

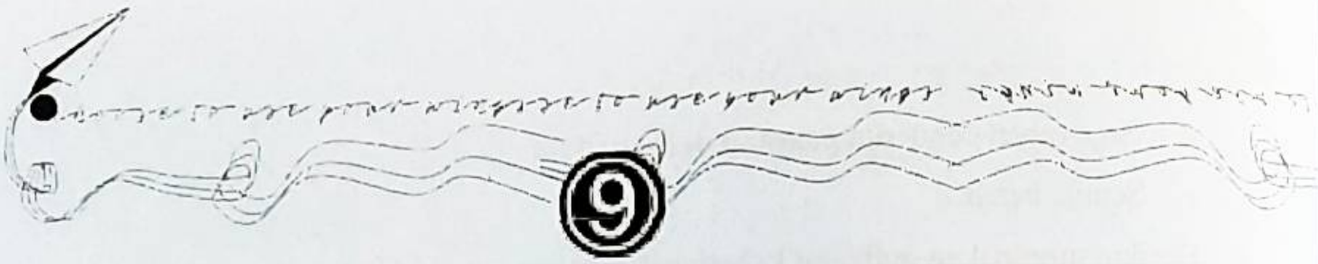
KEMENKES RI

Daftar pustaka

Faza, Umi. 2016. *Kemitraan dalam Promosi Kesehatan*. Diakses Tanggal 05 April 2016. https://www.scribd.com/doc/294420957/Kemitraan-Dalam-Promosi-Kesehatan

Depkes RI. 2006. *Kemitraan dan Peran Serta Promosi Kesehatan Online*. Mailto: Webmaster@Promokes.Qo.Id.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.



9

KONSEP PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Akhir dari pengalaman belajar pada bab ini, diharapkan anda mampu menjelaskan Upaya pemberdayaan Masyarakat, khususnya anda harus mampu:

A. Menjelaskan Konsep Dasar Pemberdayaan
B. Menjelaskan Prinsip Pemberdayaan Masyarakat
C. Menjelaskan Tujuan dan Strategi Pemberdayaan Masyarakat
D. Menjelaskan Indikator Keberhasilan Pelaksanaan Pemberdayaan
E. Menjelaskan Aspek Pemberdayaan Masyarakat
F. Menjelaskan Unsur-Unsur Pemberdayaan Masyarakat
G. Menjelaskan okok-Pokok Kegiatan Pemberdayaan
H. Menjelaskan Ciri Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat
I. Menjelaskan Proses Pembinaan Peran Serta Masyarakat
J. Menjelaskan Upaya Kegiatan Pemberdayaan

Pada saat anda melakukan promosi kesehatan pada pengalam belajar sebelumnya, *Siapakah sasaran yang anda tuju?.....Apakah tujuan anda melakukan promosi kesehatan?....*

Promosi kesehatan pada dasarnya bertujuan untuk membuat masyarakat mampu mandiri dan aktif dalam meningkatkan kesehatan baik dalam lingkup keluarga, kelompok bahkan pada lingkup masyarakat. Disinilah muncul peran pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

A. Apakah Pemberdayaan?

Menurut definisinya, pemberdayaan dapat diartikan sebagai upaya peningkatan kemampuan masyarakat (miskin) untuk berpartisipasinya, bernegosiasi, mempengaruhi dan mengendalikan kelembagaan masyarakatnya secara bertanggung jawab demi perbaikan kehidupannya pemberdayaan, dapat juga adiartikan sebagai upaya untuk memberikan daya (*empowerment*) atau kekuatan (*strength*) kepada masyarakat.

KEMENKES RI

Keberdayaaan masyarakat, adalah unsurr-unsur yang memungkinkan masyarakat mampu bertahan (*survive*) dan (dalam pengertian yang dinamis) mampu mengembangkan diri untuk mencapai tujuan-tujuannya. Karena itu, memberdayakan masyarakat merupakan upaya untuk (terus menerus) meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat "bahwa" yang tidak mampu melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. Dengan kata lain, memberdayakan masyarakat adalah meningkatkan kemampuan dan meningkatkan kemandirian masyarakat.

Empowerment atau pemberdayaan secara singkat dapat diartikan sebagai upaya untuk memberikan kesempatan dan kemampuan kepada kelompok miskin untuk bersuara (*voice*). Serta kemampuan dan hak memilih (*choice*). Karena itu pemberdayaan dapat diartikan sebagai proses terencana guna meningkatkan skala/ *upgarade utilitas* dari obyek yang diberdayakan. Dasar pemikiran suatu obyek atau target group perlu diberdayakan karena obyek tersebut mempunyai keterbatasan, ketidakberdayaan, keterbelakangan dan kebodohan dari berbagai aspek. Oleh karenanya guna mengupayakan kesertaan kita untuk mengurangi kesenjangan diperlukan upaya merevilisasi untuk mengoptimalkan utilitas melalui penambahan nilai. Penambahan nilai ini dapat mencakup pada ruang bidang aspek sosial, ekonomi kesehatan politik dan budaya.

Dalam dimensi kesehatan, pemberdayaan merupakan proses yang dilakukan oleh masyarakat (dengan atau tanpa campur tangan "pihak luar") untuk memperbaiki kondisi lingkungan maupun tidak berpengaruh dalam kesehatan mereka.

Promosi kesehatan dilibatkan dengan memberdayakan masyarakat untuk membuat pilihan gaya hidup sehat. Mungkin melibatkan pekerjaan yang secara khusus ditargetkan terhadap perubahan perilaku, atau meningkatkan kesadaran tentang strategi untuk mencapai dan / atau menjaga kesehatan positif. Pilihan dapat dipengaruhi oleh:

a. Ketergantungan, misalnya pada nikotin
b. Faktor ekonomi yang menghambat asupan makanan sehat
c. Kurangnya dukungan sosial
d. Kekayaan dan kekurangan sosial
e. Bias profesional

(Dunkley, 2000)

KEMENKES RI

B. Bagaimana Prinsip Pemberdayaan Masyarakat ?

Beberapa prinsip pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut :

1. **Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat**

   Artinya, segala potensi masyarakat ditumbuhkan dan dikembangkan seoptimal mungkin untuk mengatasi masalah kesehatan, dan memlihara serta meningkatkan status kesehatan masyarakat atau keluarga. Bila ada bantuan dari luar, sifatnya hanya stimulus untuk menumbuhkan potensi masyarakat dan keluarga.

2. **Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan**

   Pemberdayaan masyarakat, berprinsip meningkatkan kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, baik secara kuantitatif maupun kualifatif. Secara kualitatif berarti makin banyak keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, menerima penyuluhan, dst. Secara kualitatif, berarti keluarga atau anggota masyarakat bukan hanya memanfaatkan pelayanan kesehatan, tetapi juga berkiprah melakukan penyuluhan, ikut menjadi peserta JPKM, dst.

3. **Mengembangkan gotong royong**

   Pengembangan potensi masyarakat melalui fasilitas dan motivasi diupayakan agar selalu berpegang teguh pada prinsip memperkuat dan mengembangkan budaya "gotong royong", berat sama dipikul, ringan sama dijinjing, yang telah membudaya di kalangan masyarakat. Berbagai bentuk gotong royong ini perlu terus dikembangkan, agar pada era globalisasi ini tetap dapat terwujud, meskipun harus disesuaikan dengan perkembangan jaman.

4. **Bekerja bersama masyarakat**

   Prinsip lain yang harus dipegang teguh adalah " bekerja untuk dan bersama masyarakat". Karena dengan kebersamaan inilah terjadi proses fasilitasi, motivasi, alih pengetahuan dan alih ketrampilan dari petugas kepada kader khususnya, dan masyarakat pada umumnya.

5. **KIE berbasis masyarakat**

   Model KIE yang dikembangkan selain "konventional" harus digunakan pula prinsip "KIE berbasis masyrakat". Prinsipnya adalah sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi lokal. Bila mungkin gunakan penyuluh lokal, contoh-contoh perilaku dari masyarakat setempat, contoh bahan makanan yang ada setempat, dll.

KEMENKES RI

6. **Kemitraan dengan LSM dan ormas lain.**

Kemitraan antara pemerintah, LSM (lembaga swadaya masyarakat), ormas (organisasi masyarakat) daan berbagai kelompok organisasi masyarakat lainnya akan memudahkan kerjasama di lapangan, sehingga potensi bisa dimanfaatkan secara optimal.

7. **Desentralisasi**

Upaya pemberdayaan masyarakat sangat berkaitan dengan kultur budaya setempat, karena itu segala bentuk pengambilan keputusan harus diserahkan ke tingkat operasioanl agar tetap sesuai dengan kultur budaya setempat. Bila kewenangan ada di tingkat atas, keputusan yang diambil akan kurang "membumi" sehingga yang terjadi justru "memberdayakan" masyarakat. Dengan kata lain, digunakan pendekatan "taman bunga" (beragam bunga tumbuh dalam satu taman, menggambarkan kebhinekaan) dan bukan "kebun bunga" (hanya satu jenis tetapi dibudidayakan secara besar-besaran).

C. Apakah Tujuan dan Strategi Pemberdayaan Masyarakat?

1. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

a. Membentuk pengembangan manusiawi yang otentik dan integral dari masyarakat lemah,rentan, miskin, marjinal dan kaum kecil.seperti petani kecil, buruh tani, masyarakat miskin perkotaan, masyarakat adat yang terbelakang, kaum muda pencari kerja, kaum cacat dn kelompok wanita yang dikesampingkan

b. Memberdayakan kelompok-kelompok masyarakat tersebut secara sosio ekonomis sehingga mereka dapat lebih mandiri dan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup mereka, dan juga sanggup berperan serta dalam pengembangan masyarakat.

2. Sasaran-sasaran program pemberdayaan masyarakat :

a. Terbukanya kesadaran dan tumbuhnya keterlibatan masyarakat dalam mengorganisir diri untuk kemajuan dan kemandirian bersama;

b. Diperbaikinya kondisi sekitar kehidupan kaum rentan, miskin dengan kegiatan-kegiatan peningkatan pemahaman, peningkatan pendapatan dan usaha-usaha kecil diberbagai bidang ekonomi kearah swadaya;

c. Ditingkatkan kemampuan dan kinerja kelompok-kelompok swadaya dalam keterampilan teknis dan manajemen untuk perbaikan produktifitas dan pendapatan mayarakat.

KEMENKES RI

3. Strategi Pemberdayaan

Menurut Elliot dalam I.N Sumaryadi (2005:150) ada tiga strategi pendekatan yang dipakai dalam proses pemberdayaan masyarakat, antara lain:

a. *The walfare approach* yaitu membantu memberikan bantuan kepada kelompok-kelompok tertentu, misalnya mereka yang terkena musibah bencana alam dan pendekatan ini tidak dimaksudkan untuk memberdayakan rakyat dalam menghadapi proses politik dan kemiskinan rakyat.
b. *The development approach*, pendekatan ini memusatkan perhatian pada pembangunan peningkatan kemandirian, kemampuan, dan keswadayaan masyarakat.
c. *The empowerment approach*, pendekatan ini melihat kemiskinan sebagai akibat proses politik dan berusaha memberdayakan atau melatih rakyat untuk mengatasi ketidak berdayaannya.

Ismawan dalam Prijono, 1996: 106 dalam I. N Sumaryadi 2005, mengemukakan lima strategi pengembangan dalam rangka pemberdayaan rakyat sebagai berikut:

a. Program pengembangan sumber daya manusia
b. Program pengembangan kelembagaan kelompok
c. Program pemupukan program swasta
d. Program pengembangan usaha produktif
e. Program penyediaan informasi tepat guna

D. Apakah Indikator Keberhasilan dari Pelaksanaan Pemberdayaan?

Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dapat digunakan indicator yang mengikuti alur kesisteman sebagai berikut :

1. Input
   a. Sumber daya manusia (pemimpin, tokoh masyarakat, tokoh agama, kader) yang berpartisipasi
   b. Jumlah dana yang digunakan
   c. Barang, alat, obat dan material lain yang digunakan
2. Proses
   a. Jenis dan jumlah KIE
   b. Jumlah pelatihan dan fasilitas

KEMENKES RI

c. Tingkat tumbuh kembang UKBM
d. Adanya siklus pengambilan keputusan masyarakat

3. Output -1
   a. Jumlah pemimpin, tokoh masyarakat, tokoh agama dan kader yang diintervensi
   b. Jumlah UKBM (polindes, posyandu, kelompok donor darah, ambulan desa) dan tingkat perkembangannya.
   c. Jumlah dana sehat yang terorganisasi (JKPM, dana sehat, tabungan ibu bersalin, tabungan masyarakat, tabungan suami sayang ibu dan anak, ZIS)
   d. Jumlah material masyarakat yang disumbangkan
   e. Jumlah orang yang meningkat pengetahuan
   f. Jumlah orang yang meningkat ketrampilannya
   g. Terselenggaranya proses pengambilan keputusan masyarakat
4. Output-2 (contoh : KIA)
   a. Cakupan K1, K2, persalinan nakes dan kunjungan neonatal masyarakat
   b. Cakupan KB
   c. Cakupan Fe, Vit A pada ibu dan D/S serta N/S pada balita
   d. Cakupan imunisasi dan pemberantasan penyakit menular

E. Apa Sajakah Aspek Pemberdayaan Masyarakat?

Pemberdayaan masyarakat sebagaimana telah tersirat dalam definisi yang diberikan, ditinjau dari lingkup dan obyek pemberdayaan mencakup beberapa aspek, yaitu:

1. Peningkatan kepemilikan asset (sumberdaya fisik dan finansial) serta kemampuan (secara individu dan kelompok) untuk memanfaatkan asset tersebut demi perbaikan kehidupan mereka.
2. Hubungan antar individu dan kelompoknya, kaitannya dengan kepemilikan asset dan kemampuan memanfaatkannya
3. Pemberdayaan dan reformasi kelembagaan
4. Pengembangan jejaring dan kemitraan kerja, baik ditingkat local, tegional, maupun global.

KEMENKES RI

F. Apasajakah Unsur-Unsur Pemberdayaan Masyarakat?

Upaya pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan sedikitnya 4 unsur pokok, yaitu :

1. Aksesbilitas informasi, karena informasi merupakan kekuasaan baru kaitannya dengan : peluang, layanan, penegakan hukum, efektivitas negoisasi dan akuntabilitas
2. Keterlibatan atau partisipasi, yang menyangkut siapa yang dilibatkan dan bagaimana mereka terlibat dalam keseluruhan proses pembangunan
3. Akuntabilitas, kaitannya dengan pertanggungjawaban public atas segala kegiatan yang dilakukan dengan mengatasnamakan rakyat.

G. Apasajakah Pokok-Pokok Kegiatan Pemberdayaan?

1. Pendekatan kegiatan di tingkat operasional

Pemberdayaan masyarakat/ keluarga ditingkat operasional dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan. Beberapa contoh yang dapat dilakukan adalah:

a. Metode 3A (3T) :
   1) *Assessment* atau telaah
   2) *Analysis* atau tinjauan
   3) *Action* atau tindakan

b. Pendekatan PKMD
   1) Advokasi kepada pimpinan dan tokoh masyarakat
   2) *Community diagnosis*
   3) *Community prescription*
   4) *Community treatment*
   5) Pembinaan dan pengembangan

2. Kegiatan ditingkat perencanaan kabupaten/kota.

Kegiatan operasional ditingkat lapangan memerlukan fasilitas. Untuk dapat melakukan fasilitas agar proses pemberdayaan masyarakat ditingkat operasional dapat berjalan, dikembangkan pokok-pokok kegiatan sebagai berikut: beragam bunga tumbuh dalam satu taman, menggambarkan kebhinekaan dan bukan "kebun bunga" (hanya satu jenis tetapi dibudidayakan secara besar-besaran).

H. Bagaimanakah Ciri kegiatan Pemberdayaan Masyarakat?

KEMENKES RI

Sebuah kegiatan dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat bila kegiatan tersebut bersifat fasilitatif nin instruktif dan dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan. Potensi masyarakat setempat tersebutdapat berupa.

1. *Community leaders* (para pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, tokoh masyarakat, kader, dsb)
2. *Community organization* (organisasi/ lembaga/ kelompok masyarakat)
3. *Community Fund* (dana masyarakat)
4. *Community material* (sarana masyarakat)
5. *Community knowledge* (pengetahuan masyarakat)
6. *Community technology* (teknologi masyarakat, teknologi tepat guna termasuk cara berinteraksi masyarakat setempat secara kultural)
7. *Community decision making* (pengambilan keputusan oleh masyarakat melalui proses penemuan masalah, merencanakan, dan melakukan pemecahannya)

I. Bagaimanakah Proses Pembinaan Peran Serta Masyarakat?

Pembinaan peran serta masyarakat pada umumnya merupakan ekologi manusia. Manusia didorong agar berupaya mengembangkan kemampuannya menjadikan pelaku upaya kesehatan keluarga di masyarakat.

Secara garis besar langkah mengembangkan peran serta adalah :

1. Melaksanakan penggalangan, pemimpin dan organisasi di masyarakat melalui dialog untuk mendapatkan dukungan.
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah kesehatan keluarga dengan menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimilikinya.
3. Melaksanakan kegiatan kesehatan keluarga untuk masyarakat melalui kader yang telah terlatih (Depkes RI, 1997).

J. Bagaimanakah Upaya Pemberdayaan Mesyarakat?

Dalam kerangka pikir inilah upaya memberdayakan masyarakat antara lain :

1. Dengan menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi Masyarakat berkembang.

Di sini titik tolaknya adalah pengenalan bahwa setiap manusia, setiap masyarakat, memiliki potensi yang dapat dikembangkan. Artinya, bahwa tidak ada masyarakat yang sama sekali tanpa daya, karena kalau demikian akan punah. Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya itu sendiri, dengan mendorong, memotivasi

KEMENKES RI

dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkannya.

2. **Dengan memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat itu sendiri.**

   Dalam konteks ini diperlukan langkah-langkah lebih positif, selain dari hanya menciptakan iklim dan suasana yang kondusif. Perkuatan ini meliputi langkah-langkah nyata, dan menyangkut penyediaan berbagai masukan (input), serta pembukaan akses kepada berbagai peluang (opportunities) yang akan membuat masyarakat menjadi makin berdaya (Kartasasmita, 1996).

Dengan demikian, pemberdayaan bukan hanya meliputi penguatan individu anggota masyarakat, tetapi juga pranata-pranatanya. Menanamkan nilai-nilai budaya modern seperti kerja keras, hemat, keterbukaan, kebertanggungjawaban dan lain-lain yang merupakan bagian pokok dari upaya pemberdayaan itu sendiri.

Rangkuman

A. Menurut definisinya, pemberdayaan dapat diartikan sebagai upaya peningkatan kemampuan masyarakat (miskin) untuk berpartisipasinya, bernegosiasi, mempengaruhi dan mengendalikan kelembagaan masyarakatnya secara bertanggung jawab demi perbaikan kehidupannya pemberdayaan, dapat juga adiartikan sebagai upaya untuk memberikan daya (empowerment) atau kekuatan (strength) kepada masyarakat.

B. Keberdayaaan masyarakat, adalah unsurr-unsur yang memungkinkan masyarakat mampu bertahan (survive) dan (dalam pengertian yang dinamis) mampu mengembangkan diri untuk mencapai tujuan-tujuannya. Karena itu, memberdayakan masyarakat merupakan upaya untuk (terus menerus) meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat "bahwa" yang tidak mampu melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. Dengan kata lain, memberdayakan masyarakat adalah meningkatkan kemampuan dan meningkatkan kemandirian masyarakat.

C. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

1. Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat
2. Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan
3. Mengembangkan gotong royong

KEMENKES RI

4. Bekerja bersama masyarakat
5. KIE berbasis masyarakat

D. Ciri Pemberdayaan Masyarakat

1. *Community leaders*
2. *Community organization*
3. *Community Fund*
4. *Community material*

E. Upaya Pemberdayaan Mesyarakat

1. Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi Masyarakat berkembang.
2. Memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat itu sendiri.

F. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

1. Melaksanakan penggalangan, pemimpin dan organisasi di masyarakat melalui dialog untuk mendapatkan dukungan.
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah kesehatan keluarga dengan menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimilikinya.
3. Melaksanakan kegiatan kesehatan keluarga untuk masyarakat melalui kader yang telah terlatih

Latihan 9

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Upaya peningkatan kemampuan masyarakat (miskin) untuk berpartisipasinya, bernegosiasi, mempengaruhi dan mengendalikan kelembagaan masyarakatnya secara bertanggung jawab demi perbaikan kehidupannya pemberdayaan. Merupakan pengertian dari ...
   a. Persatuan Masyarakat
   b. Perbaikan Masyarakat
   c. Penyuluhan Masyarakat
   d. Peningkatan Masyarakat
   e. Pemberdayaan Masyarakat

KEMENKES RI

2. Dalam pemberdayaan masyarakat memiliki prinsip, dibawah ini yang benar adalah ...
   a. Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat, Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, Mengembangkan gotong royong.
   b. Membangun Posyandu dimasyarakat, Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, Mengembangkan gotong royong.
   c. Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat, Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, Mengembangkan psikologi masyarakat.
   d. Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat, Kontribusi masyarakat dalam pembangunan jalan komplek, Mengembangkan gotong royong.
   e. Semua benar
3. Membentuk pengembangan manusiawi yang otentik dan integral dari masyarakat lemah,rentan, miskin, marjinal dan kaum kecil. Termasuk kedalam ...
   a. Pengertian pemberdayaan masyarakat
   b. Tujuan pemberdayaan masyarakat
   c. Prinsip pemberdayaan masyarakat
   d. Ciri-ciri pemberdayaan masyarakat
   e. Sasaran dalam pemberdayaan masyarakat
4. Pemberdayaan masyarakat sebagaimana telah tersirat dalam definisi yang diberikan, ditinjau dari lingkup dan obyek pemberdayaan mencakup beberapa aspek, yaitu kecuali ...
   a. Peningkatan kepemilikan asset (sumberdaya fisik dan finansial) serta kemampuan (secara individu dan kelompok) untuk memanfaatkan asset tersebut demi perbaikan kehidupan mereka.
   b. Hubungan antar individu dan kelompoknya, kaitannya dengan kepemilikan asset dan kemampuan memanfaatkannya
   c. Pengembangan jejaring dan kemitraan kerja, baik ditingkat local, tegional, maupun global.
   d. Pemberdayaan dan reformasi kelembagaan
   e. Peningkatan sumber daya pangan
5. Dalam upaya pemberdayaan masyarakat perlu memperhatikan informasi merupakan kekuasaan baru kaitannya dengan peluang, layanan, penegakan hukum, efektivitas negoisasi dan akuntabilitas. Termasuk dalam ...

KEMENKES RI

a. Keterlibatan atau partisipasi
b. Aksesbilitas informasi
c. Akuntabilitas
d. Rehabilitas
e. Komunitas

6. Yang bukan termasuk prinsip dan peran pemberdayaan yaitu
   a. Ingin meningkatkan perekonomian kerakyatannya
   b. Tidak melibatkan masyarakat dalam pemberdayaan desa
   c. Masyarakat berpartisipasi untuk memberdayakan desanya
   d. Melibatkan tenaga masyarakat dan sumber daya yang ada demi kesejahteraan desa
   e. Terjadi peningkatan yang baik untuk mesejahterakan dan memberikan kebebasan kepada masyarakatnya untuk lebih berkreatifitas lagi
7. Dibawah ini yang bukan merupakan Pendekatan PKMD adalah
   a. Advokasi kepada pimpinan dan tokoh masyarakat
   b. Community diagnosis
   c. Community college
   d. Pembinaan dan pengembangan
   e. Community treatment
8. Berikut adalah upaya untuk memberikan kesempatan dan kemampuan kepada kelompok miskin dalam pemberdayaan masyarakat adalah …
   a. Voice and choice
   b. Voice and survive
   c. Choice and survive
   d. Choice and strength
   e. Choice and empowerment
9. Advokasi kepada pimpinan masyarakat merupakan contoh dari pelatihan tokoh masyarakat merupakan contoh dari …
   a. Pemberdayaan masyarakat yang mengoptimalkan komponen community organization
   b. Pemberdayaan masyarakat yang mengoptimalkan komponen community leaders
   c. Pemberdayaan masyarakat yang mengoptimalkan komponen community fund

KEMENKES RI

d. Pemberdayaan masyarakat yang mengoptimalkan komponen community material

e. Pemberdayaan masyarakat yang mengoptimalkan komponen community knowledge

10. Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dapat digunakan indikator yang mengikuti alur kesisteman sebagai berikut adalah ...

a. Input- proses- output 1- output 2- output 3
b. Analisis - output 2- proses- output 3
c. Input- proses- output 1- output 2
d. Analisa input- proses- output
e. Input- proses- output

B. Essay

Sebutkan Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Daftar pustaka

Dunkley, Jacqueline, 2000, Health Promotion in midwifery practice : A resource for health profesessionals

Depkes RI. 2006. *Kemitraan dan Peran Serta Promosi Kesehatan Online.* Mailto: Webmaster@Promokes.Qo.Id.

Hartanto,bambang.Dkk. *Promosi Kesehatan untuk Politeknik/d3 Kesehatan*.2006. pusat promosi kesehatan-departemen kesehatan R.I

Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.

KEMENKES RI

10

MEMAHAMI DAN MELAKSANAKAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Setelah mengikuti perkuliahan, Anda diharapkan mampu memahami dan melaksanakan pendidikan kesehatan pada individu dan berbagai kelompok masyarakat. Pada akhir proses belajar, anda diharap mampu :

A. Menjelaskan Definisi Pendidikan Kesehatan
B. Menjelaskan Tujuan Program Pendidikan Kesehatan
C. Menjelaskan Sasaran Pendidikan Kesehatan
D. Menjelaskan Metode Pendidikan Kesehatan
E. Menjelaskan Langkah-Langkah Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan
F. Menjelaskan Mengenal Kebutuhan kelompok
G. Menjelaskan Teknik Pendekatan kelompok

Pada pengalamanbelajar pertemuan ke lima dan ke enam anda telah mampu membuat sebuah rancangan SAP yang akan digunakan sebagai panduan dalam melakukan pendidika kesehatan kepada sasaran. Apakah anda tahu, apakah pendidikan kesehatan itu?....Pertemuan ini kita akan belajar tentang apa itu pendidikan kesehatan

A. Apakah Pendidikan Kesehatan itu ?

Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa. Kesemuanya ini dipersiapkan dalam rangka mempermudah diterimanya secara sukarela perilaku yang akan meningkatkan atau memlihara kesehatan (Wood, 1992 dalam Azwar 1983).

Menurut Tones dalam De Leeuw (1989), pendidikan kesehatan berfungsi membangkitnkan keinsyafan dalam masyarakat tentang aspek-aspek kerugian kesehatan lingkungan dan sumber-sumber sosial penyakit, yang ideal diikuti dengan keterlibatan masyarakat dengan giat.

Pendidikan berusaha membantu orang-orang mengontrol kesehatan mereka sendiri dengan memengaruhi, memungkinan, dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan mereka sendiri. Selain itu pendidikan

KEMENKES RI

kesehatn dilandasi oleh motivasi, dengan mengubah tiga faktor penentu perilaku, yaitu sikap, pengaruh sosial, dan kemampuan lewat.

Contoh pendidikan kesehatan berdasarkan motivasi yaitu sebagai upaya menghentikan kebiasaan merokok, individu meyakinkan rekan-rekannya tentang risiko merokok pasif demi kesehatan (sikap), membantu merekan mengorganisasi dukungan sosial unruk berhenti merekok (pengaruh sosial), dan memberi tahu cara mengatasi keinginan kuat untuk merokok.

B. Apakah Tujuan Program Pendidikan Kesehatan ?

Tujuan program pendidikan kesehatan adalah meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat, serta meningkatnya peran serta aktif masyarakat termasuk dunia usaha dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Dahroni, 1996)

C. Siapakah Sasaran Pendidikan Kesehatan ?

Adapun sasaran program pendidikan kesehatan yang ditetapkan oleh Depkes RI (1998) antara lain:

1. Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pribadi, keluarga dan masyarakat umum sehingga dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap derajat kesehatan masyarakat.
2. Meningkatnya pengertian terhadap pencegahan dan pengobatan terhadap berbagai penyakit yang disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan perilaku seperti AIDS, Kanker, penyakit jantung, ketergantungan obat dan minuman keras sehingga angka kesakitan terhadap penyakit tersebut berkurang.
3. Meningkatnya peran swasta / dunia usaha dalam berbagai upaya pembangunan kesehatan terutama pelayanan kesehatan pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan yang selama ini masih dibiayai pemerintah seperti imunisasi, foging untuk DBD, penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman.
4. Meningkatnya kreatifitas, produktifitas dan peran serta generasi muda dalam mengatasi masalah kesehatan diri, lingkungan dan masyarakat.
5. Meningkatnya dan lebih rasionalnya pembiayaan kesehatan yang berasal dari masyarakat termasuk swasta terutama melaui penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan dikelola berdasarkan JPKM.

KEMENKES RI

D. Apa itu Metode Pendidikan Kesehatan?

1. Metode pendidikan Individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk :

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*), yaitu :
   1) Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif
   2) Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya.
   3) Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku)

b. Interview (wawancara)
   1) Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan
   2) Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode pendidikan Kelompok

Metode pendidikan Kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar
   1) Ceramah

      Metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

   2) Seminar

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

b. Kelompok kecil
   1) Diskusi kelompok

      Dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur

KEMENKES RI

sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta.

2) Curah pendapat (*Brain Storming*)

Merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart/papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukaan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

3) Bola salju (*Snow Balling*)

Tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

4) Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.

5) Memainkan peranan (*Role Play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll, sedangkan anggota lainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

6) Permainan simulasi (*Simulation Game*)

Merupakan gambaran role play dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli.

KEMENKES RI

Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber.

3. Metode pendidikan Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh :

a. Ceramah umum (*public speaking*)

Dilakukan pada acara tertentu, misalnya Hari Kesehatan Nasional, misalnya oleh menteri atau pejabat kesehatan lain.

b. Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

c. Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendidikan kesehatan massa. Contoh : "Praktek Dokter Herman Susilo" di Televisi.

d. Sinetron "Dokter Sartika" di dalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa. Sinetron Jejak sang elang di Indosiar hari Sabtu siang (th 2006)

e. Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab /konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

f. Bill Board, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya adalah juga bentuk pendidikan kesehatan massa. Contoh : Billboard "Ayo ke Posyandu". Andalah yang dapat mencegahnya (Pemberantasan Sarang Nyamuk).

E. Bagaimana Langkah-Langkah Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan ?

Langkah-langkah pelaksanaan pendidikan kesehatan, berlangsung berdasarkan urutan

1. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu hal yang amat penting. Sukses dan tidaknya suatu langkah kegoiatan sangat tergantung bagus dan tidaknya program. Oleh karena itulah maka suatu program dalam hal ini program pendidikan kesehatan

KEMENKES RI

harus dirancang yang amat baik, demikian rupa sehingga dapat dilaksanakan dengan efektif, berdaya guna, dan berhasil guna.

Levey dan Loomba (1973) seperti yang dikutip oleh Azwar (1983) mengartikan perencanaan sebagai suatu proses analisis dan pemahaman sistem, perumusan tujuan umum dan khusus, memperkirakan kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan rencana yang akan dilaksanakan, memilih satu diantaranya yang dipandang paling baik, menyusun perincian rencana terpilih dengan selengkapnya, serta mengikatnya kedalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana dengan sistem yang dimiliki. Dari batasan tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa suatu perencanaan sangat mirip sistemnya dengan suatu sistem perencanaan masalah. langkah-langkah pembuatan perencanaan dengan demikian sebagai berikut:

a. Pengumpulan data, mengolah, menyajikan dan menginterpretasikan demikian rupa sehingga menjadi jelas.

   Mengenai berbagai masalah kesehatan dan kondisi organisasi pelaksana yang akan digunakan menanggulangi masalah kesehatan yang ditemukan, juga harus jelas. Data yang diperlukan disini adalah pertama data yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan. Kedua data yang memberi gambaran mengenai organisasi pelaksana. Data yang dapat memberikan gambaran masalah kesehatan seperti halnya:

   1) Data geografis, yakni luas wilayah, batas wilayah, keadaan iklim, keadaan tanah, mengenai sungai, danau, gunung dsb.
   2) Data pemerintah, yakni struktur pemerintahan, personalia, hak dan kewajibannya, mekanisme birokrasi. Hal ini penting untuk petugas kesehatan, guna melakukan langkah- langkah kegiatan ditempat tersebut.
   3) Data penduduk, umpama jumlah, penyebarannya, jenis kelamin, angka kelahiran, angka kesuburan, angka kematian, angka migrasi, angka harapan hidup. Ini penting untuk mengukur bentuk penyakit dan potensi yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah kesehatan.
   4) Data mata pencaharian dan pendapatan, misalnya pekerjaan, tingkat penghasilan dan pengeluaran.

KEMENKES RI

5) Data sosial budaya, seperti kebiasaan hidup,norma, pandangan masyarakat, anjuran dan pantangan dll. Hal ini sangat menentukan perilaku penduduk.

6) Data pendidikan, yakni tingkat pendidikan, sarana pendidikan yang ada.

7) Data status kesehatan, lingkungan dan kegiatan sarana kesehatan, seperti angka kematian, angka kematian bayi, angka kematian ibu, angka kematian kasar, angka penyakit dan angka harapan hidup. Mengenai data lingkungan hidup, misalnya prosentase penduduk yang mempunyai sumber air bersih, pencemaran air, tanah, udara, jumlah protein hewani yang dikonsumsi tiap hari dll.

Data tentang kegiatan dan sarana kesehatan yang sering digunakan adalah, jumlah dokter yang tersedia per 10.000 penduduk, jumlah bidan per 10.000 penduduk, jumlah rumah sakit dan tempat tidur yang tersedia per 10.000 penduduk, jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan setempat, jumlah kunjungan rumah yang dilakukan petugas kesehatan, jumlah penduduk yang dirawat di berbagai fasilitas kesehatan, tingkat pemerataan pelayanan kesehatan.

Data keadaan organisasi pelaksanaan umpama, data tentang sistem yang berlaku di dalam suatu organisasi, tentang misinya suatu organisasi dll.

b. Menetapkan prioritas masalah kesehatan yang perlu segera ditanggulangi.

Banyak cara untuk melakukan hal ini. Namun yang sering digunakan ialah pertama menggunakan *scoring*, yang kedua menggunakan *nominal group technique (nonscoring)*. Setelah prioritas masalah kesehatan dapat ditetapkan, kemudian menetapkan perilaku apa yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan tersebut. Banyak cara penggunaan *scoring*, diantaranya menggunakan parameter sebagai di bawah ini:

1) Berat ringannya masalah kesehatan yang timbul (*severity*).
2) Jumlah masyarakat yang terkena (*prevalence*).
3) Kenaikan angka penyakit *(rate of increase)*.
4) Keinginan masyarakat (*degree of unment need*).
5) Keuntungan sosial yang diperoleh jika masalah tersebut diatasi *(sosial benefit)*.
6) Rasa prihatin masyarakat terhadap masalah itu *(public concern)*.

KEMENKES RI

7) Teknologi yang tersedia *(technical feasibility)*.

8) Sumber yang tersedia *(resources avaibility)*.

9) Dukungan politik yang tersedia *(political climate)*.

Jika nilainya kurang menonjol diberi angka 1, sedangkan bila nilainya tinggi diberi angka 5, masalah yang dipilih yakni yang angkanya paling tinggi.

Dalam praktek seperti dikemukakan Azwar (1983), tidak semua parameter ini memiliki data yang lengkap. Dalam keadaan seperti inicukup digunakan beberapa parameter saja. Bila data tak ada yang tersedia barulah digunakan nominal group.

Nominal group technique juga banyak macamnya. Namun yang sering digunakan adalah:

(1) Delphi technique

Permasalahan diperoleh dari kesepakatan kelompok orang yang sama keahliannya untuk masalah yang sedang dibicarakan.

(2) Delbeg technique

Permasalahan ditentukan oleh sekelompok masyarakat yang tidak sama pengetahuannya tentang pokok persoalan yang dibicarakan. Sebelumnya dijelaskan dulu tentang masalah yang sedang dibicarakan.

c. Rencana Kerja

Rencana kerja ini ialah, menetapkan berbagai cara jalan keluar, langkah-langkah apa dan bagaimana untuk mengatasi prioritas masalah tersebut. Kemudian dipilih salah satu cara yang dipandang paling baik atau paling efektif.

Bila telah dipilih cara mengatasi tersebut, kemudian disusun rencana kerja untuk mengatasinya, sesuai dengan kepentingan pendidikan kesehatan. Dalam uraian rencana kerja diantaranya harus tercantum:

1) Tujuan pendidikan kesehatan yang ingin dicapai.

2) Metode pendidikan kesehatan yang akan digunakan.

3) Materi pendidikan kesehatan yang akan disampaikan.

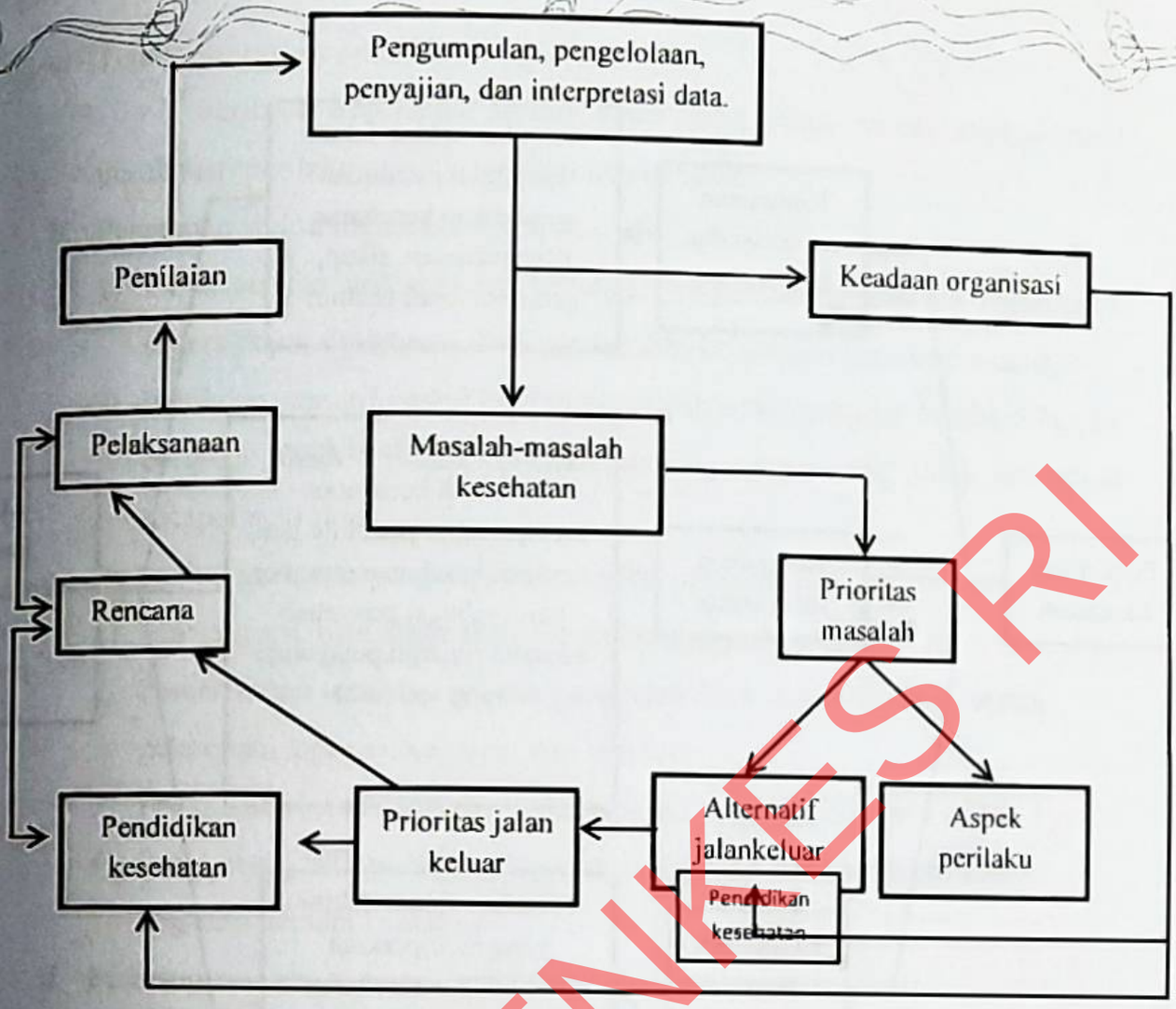
4) Metode dan kriteria penilaian yang akan digunakan.

d. Menyusun rencana terpadu

Menyusun rencana terpadu atau memadukan rencana pendidikan kesehatan dengan seluruh program kerja yang akan dilakukan.

Bila disusun dalam bagan adalah sebagai berikut:

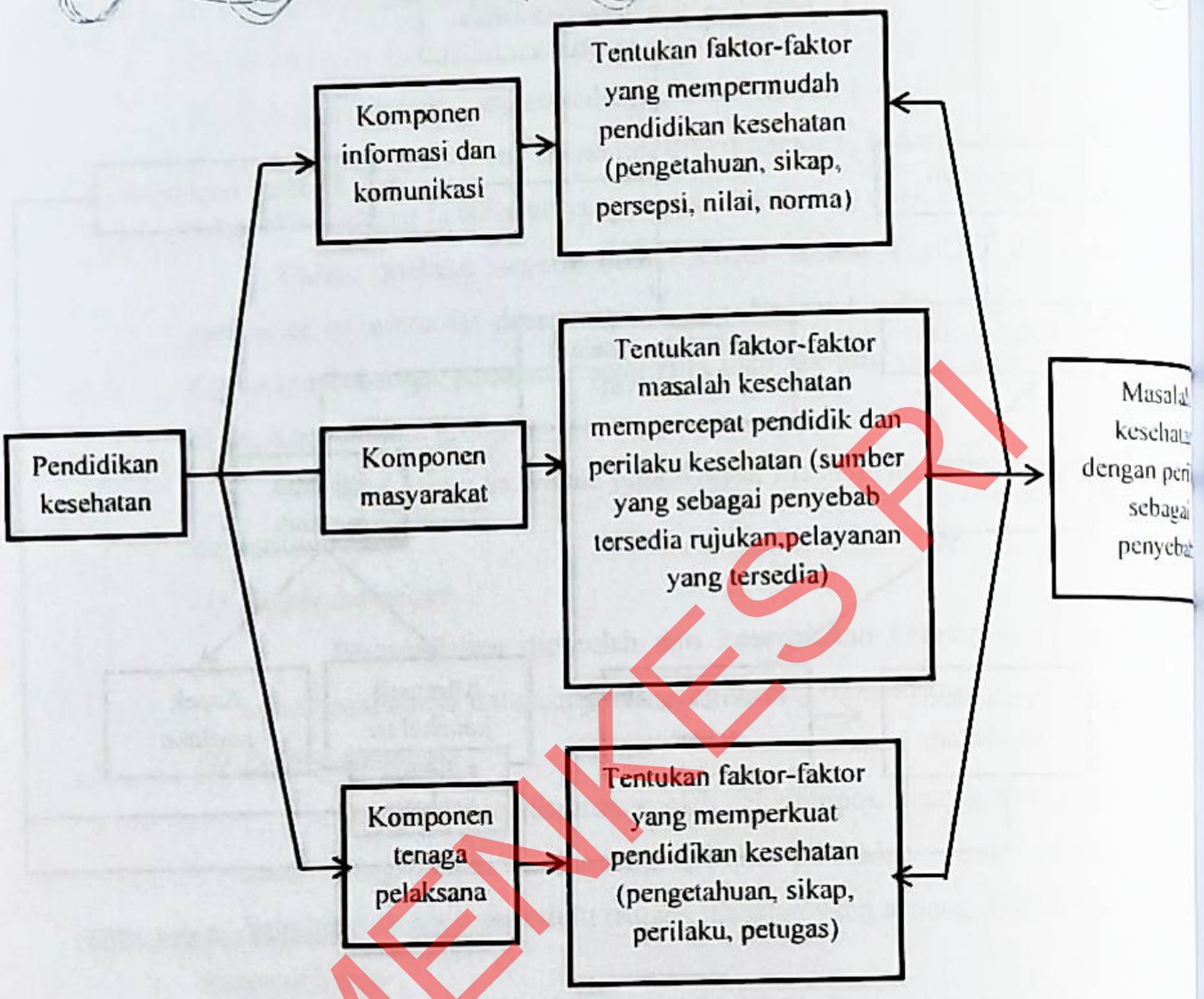
KEMENKES RI



(Sumber : Azrul,1983)

Khusus mengenai aspek pendidikan kesehatan setelah berhasil mengidentifikasinya aspek perilaku yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan tersebut, perlu diambil langkah-langkah lain yang harus ditempuh. Bagaimana langkah tersebut dapat dilihat dari bagannya sebagai berikut.

KEMENKES RI



(Menurut Azrul, 1983)

2. Penilaian

Dengan adanya penilaian, maka kita akan dapat mengetahui hasil pekerjaan kita, yang akan dapat melihat kekurangannya dan sejauh mana hasil kemajuannya dari system pendidikan kesehatan yang telah diterapkan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut diatas. Sementara itu bila hasilnya efektif tentu hal ini bisa kita simpan untuk mengatasi hal-hal serupa di masa mendatang. Tentu agar dapat dilakukan penilaian yang baik perlu dilakukan rencana penilaian yang disatukan dengan proposal dari keseluruhan rencana kerja sebelumnya. Sebagai contoh apa yang harus dicantumkan dalam rencana penilaian sebagai berikut ini.

KEMENKES RI

a. Penetapan tujuan penelitian

Perilaku kesehatan sejauh mana yang akan dinilai sebagai hasil perubahan perilaku sehat yang akan dikehendaki.

b. Penetapan waktu melakukan penilaian

1) Dilaksanakan saat program berjalan. Dengan cara ini bila ada kekurangan segera dapat diperbaiki. Penilaian seperti ini disebut penilaian promotif
2) Penilaian sumatif, yakni dilakukan setelah waktu program berakhir. Hal ini berguna untuk melihat apakah tujuan program yang telah ditetapkan dicapai atau tidak.

c. Penetapan intrumen yang digunakan untuk penilaian

1) Wawancara, bisa digunakan secara terbuka atau tertutup.
2) Pemeriksaan terhadap catatan yang telah dilakukan, misalnya catatan pekerjaan, laporan, kegiatan dan lain-lain.
3) Pengamatan atau observasi terhadap data yang disaksikan
4) Peran serta, artinya disamping mengamati juga ikut melaksanakan kegiatan bersama sasaran

d. Menetapkan cara menarik kesimpulan dari hasil yang dicapai

1) Membandingkan data awal sebelum program dimulai dengan hasilnya
2) Membandingkan tujuan yang akan ditetapkan dengan hasilnya
3) Membandingkan dengan hasil kerja serupa dengan tempat lain
4) Membandingkan daerah yang dikerjakan atau diperlakukan (*case area*) dengan daerah yang tidak dilakukan program (*control area*)

e. Penetapan ruang lingkup yang akan dinilai

1) Proses program, misalnya waktu yang digunakan sesuai dengan rencana atau tidak.
2) Hasil program, sesuai dengan parameter yang telah ditetapkan atau tidak
3) Dampak program. Dampak dari akibat program tersebut ada atau tidak pada masyarakat dan lingkungannya.

f. Penetapan ukuran yang akan dicapai dalam menetapkan hasil program

1) Efektivitas, hal ini dikatakan efektif bila hasil yang dicapai dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dapat ditanggulangi.
2) Efisiensi, hal ini bila selama melakukan langkah-langkah program tersebut membutuhkan input, tegasnya biaya dan tenaga yang besar.

KEMENKES RI

Keseluruhan ini harus dituangkan dalam proposal penilaian secara lengkap dan terperinci dan hal ini sebaiknya merupakan satu berkas dengan seluruh usulan program dan langkah-langkahnya. Meskipun dapat juga usulan penilaian ini dilakukan secara terpisah, namun akan lebih akurat dan sempurna bila usulan penilaian menjadi satu dengan usulan program pendidikan kesehatan oleh Marry Arnold seperti yang dikutip oleh Azwar dikatakan sebagai merupakan gambaran spiral, yang memberikan gambaran bahwa hasil yang satu mempengaruhi lainnya.

KEMENKES RI

Rangkuman

A. Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa.

B. Tujuan program pendidikan kesehatan adalah meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat, serta meningkatnya peran serta aktif masyarakat termasuk dunia usaha dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

C. Sasaran pendidikan kesehatan yaitu :

1. Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pribadi, keluarga dan masyarakat umum.
2. Meningkatnya pengertian terhadap pencegahan dan pengobatan.
3. Meningkatnya peran swasta / dunia usaha dalam berbagai upaya pembangunan kesehatan.
4. Meningkatnya kreatifitas, produktifitas dan peran serta generasi muda dalam mengatasi masalah kesehatan diri, lingkungan dan masyarakat.
5. Meningkatnya dan lebih rasionalnya pembiayaan kesehatan yang berasal dari masyarakat.

D. Metode pendidikan kesehatan yaitu :

1. Metode pendidikan individu (perseorangan). Bentuk pendekatan ini antara lain: bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*) dan interview (wawancara).
2. Metode pendidikan kelompok yaitu ceramah, diskusi kelompok, curah pendapa, bola salju, kelompok-kelompok kecil (buzz group), permainan stimulasi, dan memainkan peran (role playing).

E. Langkah-langkah pelaksanaan pendidikan kesehatan yaitu :

1. Perencanaan
   a. Pengumpulan data, mengolah, menyajikan dan menginterpretasikan demikian rupa sehingga menjadi jelas.
   b. Menetapkan prioritas masalah kesehatan yang perlu segera ditanggulangi.
   c. Rencana Kerja
   d. Menyusun rencana terpadu
2. Penilaian

   Dengan adanya penilaian, maka kita akan dapat mengetahui hasil pekerjaan kita, yang akan dapat melihat kekurangannya dan sejauh mana hasil kemajuannya dari system pendidikan kesehatan yang telah diterapkan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut diatas. Sebagai contoh apa yang harus dicantumkan dalam rencana penilaian sebagai berikut ini :

   a. Penetapan tujuan penelitian
   b. Penetapan waktu melakukan penilaian
   c. Penetapan intrumen yang digunakan untuk penilaian
   d. Menetapkan cara menarik kesimpulan dari hasil yang dicapai
   e. Penetapan ruang lingkup yang akan dinilai
   f. Penetapan ukuran yang akan dicapai dalam menetapkan hasil program

Latihan 10

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Metode yang digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok adalah *kecuali*...
   a. Role playing

KEMENKES RI

b. Buzz group
c. Bola salju
d. Interview
e. Permainan stimulasi

2. Data yang berisikan kebiasaan hidup,norma, pandangan masyarakat, anjuran dan pantangan disebut..
   a. Data Geografis
   b. Data Penduduk
   c. Data Pendidikan
   d. Data Pemerintah
   e. Data Sosial Budaya
3. Yang perlu dilakukan dalam penetapan intrumen yang digunakan untuk penilaian adalah kecuali
   a. Peran serta yang dilakukan
   b. Pengamatan diluar kegiatan
   c. Pemeriksaan terhadap catatan yang telah dilakukan
   d. Wawancara baik digunakan secara terbuka atau tertutup.
   e. Pengamatan atau observasi terhadap data yang disaksikan
4. Cara yang digunakan dalam menarik kesimpulan dari hasil yang dicapai yairu kecuali
   a. Membandingkan daerah yang dikerjakan atau diperlakukan (case area) dengan daerah yang tidak dilakukan program (control area)
   b. Membandingkan data awal sebelum program dimulai dengan hasilnya
   c. Membandingkan tujuan yang akan ditetapkan dengan hasilnya
   d. Membandingkan hasil kerja serupa dengan tempat lain
   e. Membandingkan dengan program 5 tahun sebelumnya
5. Menetapkan berbagai cara jalan keluar, langkah-langkah apa dan bagaimana untuk mengatasi prioritas masalah disebut..
   a. Rencana Kerja
   b. Delphi technique
   c. Delbeg technique
   d. Rencana Terpadu
   e. Rencana Sementara

KEMENKES RI

6. Meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat, serta meningkatnya peran serta aktif masyarakat termasuk dunia usaha dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah merupakan...
   a. Konsep Pendidikan Kesehatan
   b. Misi Pendidikan Kesehatan
   c. Tujuan Pendidikan Kesehatan
   d. Tekhnik Pendidikan Kesehatan
   e. Masalah Pendidikan Kesehatan
7. Dibawah ini yang bukan merupakan 4 metode pengorganisasian masyarakat adalah kecuali
   a. Upaya mencari dan menemukan fakta
   b. Upaya mencari dan menemukan opini
   c. Upaya merumuskan kegiatan (program)
   d. Upaya merumuskan prioritas kebutuhan (masalah)
   e. Perencanaan, Pelaksanaan dan Penilaian Pendidikan Kesehatan
8. Dalam nominal group terdapat cara penetapan masalah dengan permasalahan ditentukan oleh sekelompok masyarakat yang tidak sama pengetahuannya tentang pokok persoalan yang dibicarakan. Hal ini disebut ..
   a. Rencana Kerja
   b. Delphi technique
   c. Delbeg technique
   d. Rencana Terpadu
   e. Rencana Sementara
9. Untuk melihat kekurangan dan sejauh mana hasil kemajuan dari system pendidikan kesehatan yang telah diterapkan untuk mengatasi masalah kesehatan maka dilakukan...
   a. Evaluasi
   b. Monitoring
   c. Pembahasan
   d. Pelaksanaan
   e. Pengembangan
10. Pendidikan kesehatan berfungsi membangkitnkan keinsyafan dalam masyarakat tentang aspek-aspek kerugian kesehatan lingkungan dan sumber-sumber sosial

KEMENKES RI

penyakit, yang ideal diikuti dengan keterlibatan masyarakat dengan giat merupakan pendapat...

a. Dignan
b. Notonegoro
c. Green Ottoson
d. Tones dalam De Leeuw
e. Ela Nurlaela Hadi dalam Notoatmodjo

B. Essay

Jelaskan mengenai penilaian promotif dan penilaian sumatif!

Daftar Pustaka

Hikmawati, Isna. 2011. Promosi Kesehatan untuk Kebidanan. Yogyakarta. Nuha Medika.

Machfoedz, Ircham dan Eko Suryani. 2009. *Pendidikan Kesehatan bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Fitramaya.

Maulana, Heri D.J. 2009. Promosi Kesehatan. Jakarta. EGC

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta.Rineka Cipta.

Syafrudin, 2009. Promosi *Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan.* Jakarta. Trans Info Media.

KEMENKES RI

11

MEMAHAMI DAN MELAKSANAKAN PENDIDIKAN KESEHATAN PADA INDIVIDU DAN BERBAGAI KELOMPOK MASYARAKAT

Setelah Anda mengikuti perkuliahan Anda mampu memahami dan melaksanakan pendidikan kesehatan pada individu dan berbagai kelompok masyarakat dengan mampu:

A. Menjelaskan Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan
B. Menjelaskan Prinsip Pendidikan Kesehatan
C. Menjelaskan Peran Pendidikan Kesehatan
D. Menjelaskan Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan
E. Menjelaskan Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan
F. Menjelaskan Perencanaan Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)
G. Menjelaskan Pelaksanaan Pendidikan Kelompok dan Evaluasi Pelaksanaan Pendidikan Kelompok

KEMENKES RI

Pada bab sebelumnya anda telah belajar tentang pendidikan kesehatan. Menurut anda, samakah antara pelaksanaan pendidikan kesehatan kepada individu dengan kelompok?.....untuk memahami lebih lanjut tentang pelaksanaan pendidikan kesehatan kepada kelompok, pada bab ini akan memberikan pengalaman belajar yang dititik beratkan pada materi pelaksanaan Pendidikan kesehatan.

A. Apa itu Pendidikan Kesehatan Masyarakat?

Pendidikan merupakan suatu kebutuhan dasar yang harus dimiliki oleh semua orang. Pendidikan dapat diartikan sebagai proses memperoleh ilmu dan pengetahuan. Pendidikan ini dapat dicapai dengan cara formal maupun non-formal. Cara formal diantaranya dengan mengikuti program-program seperti sekolah atau kursus, sedangkan cara non-formal yaitu dengan membaca buku-buku atau mengikuti seminar dan penyuluhan yang diadakan oleh berbagai macam pihak.Kesehatan adalah keadaan sempurna baik fisik, mental, sosial maupun ekonomi. Faktor keturunan sangat mempengaruhi kesehatan seseorang, Khususnya ibu. Ibu adalah faktor utama dalam

mewariskan kesehatan bagi anak- anaknya. Jika orang tuanya tidak memiliki penyakit, maka anaknya akan mewariskan kesehatan yang baik dan apabila orang tuanya memiliki penyakit, maka anaknya juga akan mewariskan kesehatan yang rendah.

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Salah satunya pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosa dini dan pengobatan. Pengorganisasian dalam kesehatan masyarakat amatlah penting terutama pada perawatan dan pengobatan. Pada umumnya masyarakat kurang memperhatikan kesehatan mereka. Mereka cenderung memperhatikan kesehatan sewaktu mereka merasakan daya tahan tubuh mereka menurun.

B. Apa itu Prinsip Pendidikan Kesehatan?

1) Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman dimana saja dan kapan saja sepanjang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
2) Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri.
3) Bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
4) Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunyasesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

C. Apa itu Peran pendidikan Kesehatan?

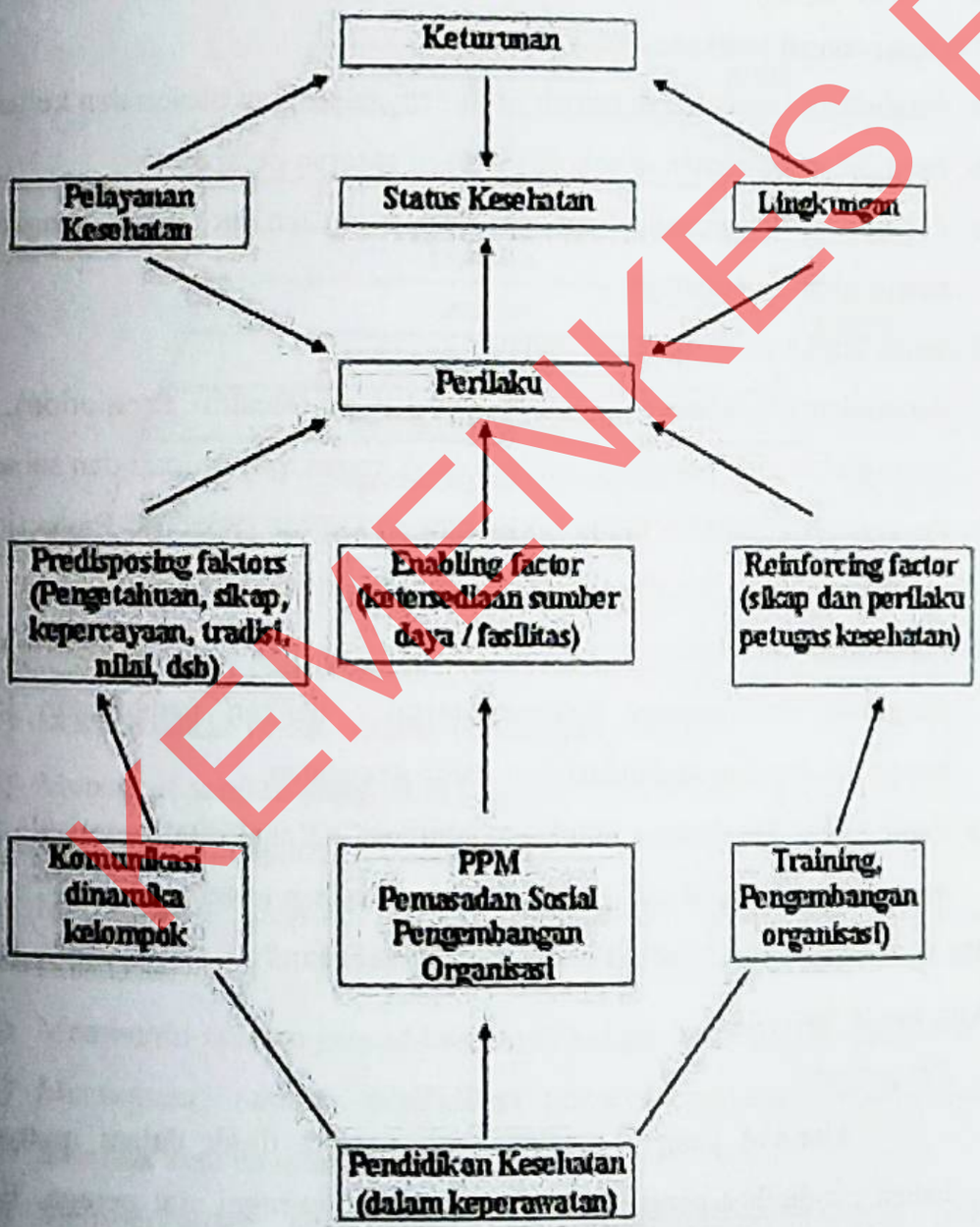
Semua ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan status kesehatan mengacu kepada H.L. Bkum. Dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat sebagai salah satu Negara yang sudah maju Blum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan. Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku mempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan, dan keturunan mempunyai andil yang paling kecil terhadap status kesehatan. Bagaimana proporsi pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap status kesehatan di Negara-negara berkembang, terutama di Indonesia belum ada penelitian. Penelitian penulis di

KEMENKES RI

kecamatan pasar rebo Jakarta timur tentang status gizi anak balita dengan menggunakan analisis stepwisc, terbukti variable perilaku terseleksi sedangkan variable pendekatan per kapita (ekonomi) tidak terseleksi.

Selanjutnya Lewrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilator belakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok yaitu yakni : faktor-faktor prediposisi *(predisposing faktors)*. Faktor-faktor yang mendukung *(enabling faktors)*. oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sebagai faktor usaha intervensi perilaku harus diarahkan kepada ketiga faktor pokok tersebut.

Skema dari Blum dan Green tersebut dapat dimodifikasi sebagai berikut :



KEMENKES RI

Dari diagram tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah melalkukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

D. Apa itu Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Masyarakat?

Ruang lingkup pendidikan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari 3 dimensi :

1. Dimensi sasaran
   a. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu
   b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok masyarakat tertentu.
   c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
2. Dimensi tempat pelaksanaan
   a. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga
   b. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran pelajar.
   c. Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasaran masyarakat atau pekerja.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan
   a. Pendidikan kesehatan promosi kesehatan (Health Promotion), misal : peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya.
   b. Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus (Specific Protection)misal : imunisasi
   c. Pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat (Early diagnostic and prompt treatment)misal : dengan pengobatan layak dan sempurna dapat menghindari dari risiko kecacatan.
   d. Pendidikan kesehatan untuk rehabilitasi (Rehabilitation)misal : dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan-latihan tertentu.

E. Apa itu Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan?

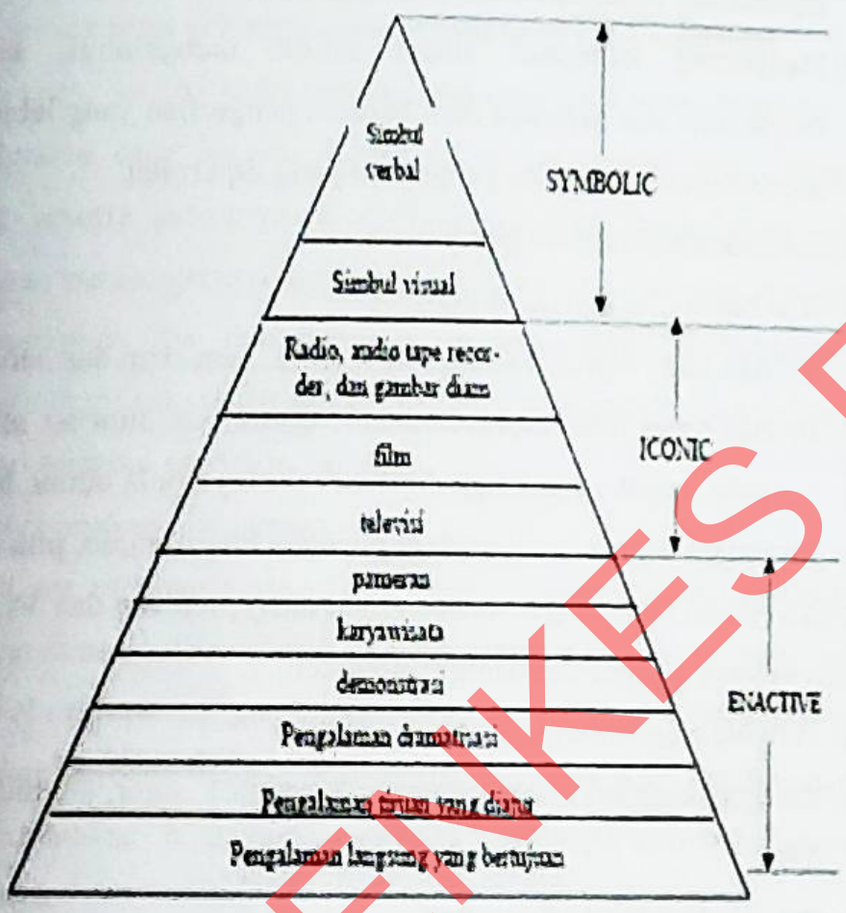
1. Alat bantu (peraga)

a. Pengertian

Alat-alat yang digunakan oleh peserta didik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran, sering disebut sebagai alat peraga. Elgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 (sebelas) macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat bantu tersebut dalam suatu kerucut. Menempati dasar kerucut adalah benda asli yang mempunyai intensitas tertinggi disusul benda tiruan, sandiwara, demonstrasi, field

KEMENKES RI

trip/kunjungan lapangan, pameran, televisi, film, rekaman/radio, tulisan, kata-kata. Penyampaian bahan dengan kata-kata saja sangat kurang efektif/intensitasnya paling rendah.



Gambar 3: Kerucut pengalaman Dale (Heinich, *et.al*., 2002:11)

b. Faedah alat bantu pendidikan
   1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
   2) Mencapai sasaran yang lebih banyak.
   3) Membantu mengatasi hambatan bahasa.
   4) Merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.
   5) Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat.
   6) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
   7) Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan.
   8) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan.
   9) Menurut penelitian ahli indra, yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75-87%

KEMENKES RI

pengetahuan manusia diperoleh/disalurkan melalui mata, sedangkan 13-25% lainnya tersalurkan melalui indra lain. Di sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan.

10) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik.

11) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

c. Macam-macam alat bantu pendidikan

1) Alat bantu lihat (*visual aids*)

a) Alat yang diproyeksikan : slide, film, film strip dan sebagainya.

b) Alat yang tidak diproyeksikan ; untuk dua dimensi misalnya gambar, peta, bagan ; untuk tiga dimensi misalnya bola dunia, boneka, dsb.

2) Alat bantu dengar (audio aids) ; piringan hitam, radio, pita suara, dsb.

3) Alat bantu lihat dengar (audio visual aids) ; televisi dan VCD.

d. Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan

1) Individu atau kelompok

2) Kategori-kategori sasaran seperti ; kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dsb.

3) Bahasa yang mereka gunakan

4) Adat istiadat serta kebiasaan

5) Minat dan perhatian

6) Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.

e. Merencanakan dan menggunakan alat peraga.

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah :

1) Tujuan pendidikan, tujuan ini dapat untuk :

a. Mengubah pengetahuan / pengertian, pendapat dan konsep-konsep.

b. Mengubah sikap dan persepsi.

c. Menanamkan tingkah laku/kebiasaan yang baru.

2) Tujuan penggunaan alat peraga

a. Sebagai alat bantu dalam latihan / penataran/pendidikan.

b. Untuk menimbulkan perhatian terhadap sesuatu masalah.

c. Untuk mengingatkan sesuatu pesan / informasi.

d. Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan.

KEMENKES RI

f. Persiapan penggunaan alat peraga

Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar dan tetap harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi mengajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan ketrampilan dalam memilih, mengadakan alat peraga secara tepat sehingga mempunyai hasil yang maksimal.

Contoh : satu set flip chart tentang makanan sehat untuk bayi/anak-anak harus diperlihatkan satu persatu secara berurutan sambil menerangkan tiap-tiap gambar beserta pesannya. Kemudian diadakan pembahasan sesuai dengan kebutuhan pendengarnya agar terjadi komunikasi dua arah. Apabila kita tidak mempersiapkan diri dan hanya mempertunjukkan lembaran-lembaran flip chart satu demi satu tanpa menerangkan atau membahasnya maka penggunaan flip chart tersebut mungkin gagal.

g. Cara mengunakan alat peraga

Cara mempergunakan alat peraga sangat tergantung dengan alatnya. Menggunakan gambar sudah barang tentu lain dengan menggunakan film slide. Faktor sasaran pendidikan juga harus diperhatikan, masyarakat buta huruf akan berbeda dengan masyarakat berpendidikan. Lebih penting lagi, alat yang digunakan juga harus menarik, sehingga menimbulkan minat para pesertanya.

Ketika mempergunakan AVA, hendaknya memperhatikan :

1) Senyum adalah lebih baik, untuk mencari simpati.
2) Tunjukkan perhatian, bahwa hal yang akan dibicarakan/diperagakan itu, adalah penting.
3) Pandangan mata hendaknya ke seluruh pendengar, agar mereka tidak kehilangan kontrol dari pihak pendidik.
4) Nada suara hendaknya berubah-ubah, adalah agar pendengar tidak bosan dan tidak mengantuk.
5) Libatkan para peserta/pendengar, berikan kesempatan untuk memegang dan atau mencoba alat-alat tersebut.
6) Bila perlu berilah selingan humor, guna menghidupkan suasana dan sebagainya.

2. Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (audio visual aids/AVA). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut

KEMENKES RI

merupakan alat saluran (channel) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau "klien". Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3 (tiga) : Cetak, elektronik, media papan (bill board)

a. Media cetak
   1) Booklet : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
   2) Leaflet : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
   3) Flyer (selebaran) ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
   4) Flip chart (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
   5) Rubrik/tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
   6) Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
   7) Foto, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media elektronik
   1) Televisi ; dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.
   2) Radio ; bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.
   3) Video Compact Disc (VCD)
   4) Slide : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
   5) Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

c. Media papan (bill board)

   Papan/bill board yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini

KEMENKES RI

juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi).

F. Apa itu Perencanaan Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

1. Pengenalan lokasi penyuluhan

a) Mengenal masyarakat

Sasaran program adalah masyarakat sehingga siapapun yang merencanakan program harus mengenal masyarakat dalam segala segi kehidupannya. Dalam perencanaan ini, variabel masyarakat yang perlu diketahui adalah jumlah penduduk, keadaan sosial budaya dan ekonomi masyarakat, pola komunikasi di masyarakat, Sumber daya mencakup sumber daya yang dimiliki masyarakat, sumber daya apa yang ada, sumber daya apa yang ada dan dapat digunakan untuk pelaksanaan kegiatan penyuluhan, melibatkan petugas kesehatan dalam melaksanakan penyuluhan bagi program bersangkutan, bagaimana pengalaman masyarakat terhadap program-program sebelumnya.

b) Mengenal wilayah

Program dapat dilaksanakan dengan baik, jika perencana program mengetahui benar situasi lapangan. Hal-hal yang perlu diketahui berhubungan dengan wilayah adalah lokasinya (apakah terpencil, daerah datar atau pegunungan, dan jalur transportasi umum) dan sifatnya (yaitu periode penghujan atau kemarau, daerah kering atau cukup air, daerah banjir, dan daerah perbatasan).

2. Menentukan prioritas

Prioritas dalam penyuluhan harus sejalan dengan prioritas masalah yang ditentukan oleh program yang ditunjang. Penentuanprioritas didasarkan pada beratnya dampak dan masalah tersebut sehingga perlu diprioritaskan penanggulangannya, pertimbangan politis, dan sumber daya yang ada.

3. Menentukan tujuan penyuluhan

Apa pun tujuan yang akan dipilih, hal terpenting adalah tujuan harus jelas, realistis (bisa dicapai), dan dapat diukur. Jib program sekarang yang akan dikembangkan segi penyuluhannya sudah berjalan beberapa lama, perlu diperhatikan seberapa jauh penyuluhan waktu lalu, tujuan penyuluhan waktu itu, apa kegiatan dan bagaimana hasil penyuluhan waktu itu. Berdasarkan informasi tersebut, tentukan tujuan penyuluhan yang akan dikembangkan sekarang.

KEMENKES RI

4. **Menentukan sasaran penyuluhan**

Sasaran program dan sasaran penyuluhan tidaklah selalu sama. Dalam penyuluhan, yang dimaksud sasaran adalah individu atau kelompok yang akan diberi penyuluhan. Penentuan kelompok sasaran menyangkut pula strategi.

5. **Menentukan isi penyuluhan**

Isi harus dituangkan ke dalam bahasa yang mudah dipahami oleh sasaran, dapat dilaksanakan oleh sasaran dengan sarana yang mereka miliki, atau terjangkau oleh sasaran. Dalam menyusun isi penyuluhan, harus dikemukakan keuntungan jika sasaran melaksanakan apa yang dianjurkan dalam penyuluhan tersebut dan perlu dipahami dasar-dasar komunikasi.

6. **Menentukan metode penyuluhan yang akan digunakan**

Metode atau cara bergantung pada aspek atau tujuan apa yang akan dicapai, apakah aspek pengertian, sikap, atau keterampilan. Jika tujuan yang akan dicapai adalah aspek pengertian, pesan cukup disampaikan dengan lisan atau disampaikan melalui tulisan. jika tujuan untuk mengembangkan sikap positif, sasaran perlu menyaksikan kejadian tersebut, baik melihat langsung, melalui film, slide, maupun foto.

7. **Memilih alat peraga atau media penyuluhan**

Setelah menentukan metode, selanjutnya tentukan media apa yang akan digunakan untuk menunjang pendekatan tadi, misalnya poster, leaflet, atau media lain.

8. **Menyusun rencana penilaian (evaluasi)**

a) Pastikan dalam tujuan yang telah dijabarkan sudah secara khusus dan jelas mencantumkan waktu evaluasi, tempat pelaksanaan evaluasi, dan kelompok sasaran yang akan dievaluasi.

b) Apa jenis indikator atau kriteria yang akan dipakai dalam penilaian.

c) Perlu dilihat kembali, apakah tujuan penyuluhan sudah sejalan dengan tujuan program.

d) Kegiatan-kegiatan penyuluhan apa yang akan dievaluasi.

e) Metode dan instrumen apa yang akan digunakan untuk evaluasi tersebut.

f) Siapa yang akan melaksanakan evaluasi.

g) Sarana-sarana apa (alat, biaya, tenaga, dan lain-lain) yang diperlukan untuk evaluasi, dan tempat sarana tersebut diperoleh.

KEMENKES RI

h) Apakah terdapat fasilitas dan kesempatan untuk mempersiapkan tenaga-tenaga yang akan melaksanakan evaluasi tersebut.

i) Bagaimana rencana untuk memberikan umpan balik hasil evaluasi ini kepada para pimpinan program.

9. **Menyusun rencana kerja atau rencana pelaksanaan**.

Setelah menetapkan pokok-pokok kegiatan penyuluhan termasuk waktu, tempat, dan pelaksanaan, buat jadwal pelaksanaannya yang dicantumkan dalam suatu daftar.

Sedangkan menurut Herijulianti langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam perencanaan penyuluhan adalah :

a. Analisis situasi (wilayah, masalah dan keadaan masyarakat)

b. Penentuan Prioritas Masalah, Prioritas masalah adalah urutan masalah dan masalah yang dianggap paling penting sampai dengan urutan yang kurang penting. Penentuan prioritas masalah dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode, antara lain dengan cara pembobotan.

c. Penentuan tujuan, mengubah perilaku masyarakat ke arah perilaku sehat sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

d. Penentuan Sasaran

Sasaran untuk penyuluhan secara umum dapat dibedakan menjadi:

1) Masyarakat umum

2) Masyarakat sekolah

3) Kelompok masyarakat tertentu

e. Penentuan Pesan, Pesan adalah informasi yang akan kita sampaikan kepada sasaran.

f. Penentuan Metode, biasanya mengacu pada penentuan tujuan yang ingin kita capat, apakah pengubahan pada tingkat kognitif, afektif, psikomotor.

g. Penentuan Media, media merupakan sarana untuk menyampaikan pesan penyuluhan PKG kepada sasaran sehingga mudah dimengeri oleh sasaran/pihak yang dituju seperti buku, poster leaflet, dll

h. Penentuan Rencana Penilaian

1) Penentuan tujuan penilaian.

2) Penentuan bagian apa dan program yang akan dinilal

3) Penentuan tolak ukur yang akan digunakan untuk penilalan.

4) Penentuan instrument apa yang akan digunakan.

KEMENKES RI

i. Rencana kegiatan, rencana kegiatan disebut juga rencana operasional atau *plan of action*. Rencana kegiatan ini disusun berdasarkan langkah-langkah yang telah dikumpulkan dan semua potensi serta sumber daya yang ada dan dan masalah-masalah yang telah ditemukan.

G. Bagaimanakah gambaran Pelaksanaan Pendidikan Kelompok dan Evaluasi Pelaksanaan Pendidikan Kelompok?

Evaluasi adalah proses menilai apa yang telah di capai dan bagaimana itu telah dicapai. Itu berarti melihat kritis pada kegiatan atau program, membuat penilaian apa yang baik dan apa yang buruk dengannya dan bagaimana ia dapat diperbaiki. Alasan dilakukan evaluasi diantaranya adalah :

1. Meningkatkan mutu praktik itu sendiri
2. Membantu orang lain meningkatkan mutu praktik
3. Memberikan justifikasi atas penggunaan sumber sumber yang digunakan dalam kegiatan
4. Memberikan kepuasan dalam hal mengetahui berapa besar manfaat atau efektifnya kegiatan yang telah dilakukan
5. Mengidentifikasi setiap hasil yang tidak direncanakan atau di hadapkan

Dalam evaluasi, hal yang harus dinilai adalah tentang tercapainya tujuan. Penilaian berdasarkan hasil dan proses.

1. Menilai hasil

a. Dapat dinilai dari perubahan yang terjadi. Perubahan tersebut yaitu perubahan pada pengetahuan dan tingkah laku orang, atau perubahan–perubahan dalam kebijakan atau cara orang bekerja.

b. Perubahan dalam kewaspadaan kesehatan, dapat dilihat dengan:

1) Mengukur minat yang diperlihatkan oleh konsumen, misalnya berapa banyak orang mengambil kesempatan terhadap penawaran leaflet.

2) Memonitoring perubahan sebagai perintaan bagi pelayanan – pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan

3) Analisis pemuatan media.

Kuesioner, wawancara, diskusi, observasi terhadap individu

2. Menilai proses

Menilai proses yaitu melihat pada apa yang berjalan selama proses implementasi dan membuat penilaian tentang biaya serendah rendahnya, mutu yang tinggi, metode dan bahan yang digunakan.

KEMENKES RI

Rangkuman

Pendidikan kesehatan dalam Notoatmodjo (2003) merupakan penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan berupa praktek pendidikan. Konsep pendidikan kesehatan lahir dari asumsi mahluk sosial membutuhkan bantuan orang lain dalam mencapai nilai-nilai hidup dalam masyarakat yang dalam proses pencapaiannya tidak lepas dari belajar. Proses pendidikan kesehatan memiliki tujuan agar masyarakat mengalami perubahan dari awalnya tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mampu memecahkan masalah kesehatan menjadi mampu. Proses pendidikan kesehatan dapat dilaksanakan secara perorangan, kelompok dan masyarakat sehingga disesuaikan dengan ruang lingkupnya. Proses tersebut berupa proses belajar yang tidak terlepas dari persoalan masukan (input), proses belajar dan luaran (output). Dalam proses belajar terjadi interaksi antara masyarakat yang belajar, pengajar atau pendidik, metode dan teknik belajar, media atau sarana belajar serta materi atau bahan ajar.

PRINSIP PENDIDIKAN KESEHATAN

1. Pendidikan kesehatan merupakan kumpulan pengalaman dimana saja dan kapan saja sepanjang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
2. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain.
3. Yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
4. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunyasesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

PERAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Blum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan. Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku mempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan, dan keturunan mempunyai andil yang paling kecil terhadap status kesehatan.

KEMENKES RI

Lewrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatar belakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok yaitu yakni : faktor-faktor prediposisi (*predisposing faktors*). Faktor-faktor yang mendukung *(enabling faktors)*.

Dari diagram dimodifikasi teori Blum dan Green tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah melalkukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

RUANG LINGKUP PENDIDIKAN KESEHATAN MASYARAKAT

Ruang lingkup pendidikan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari 3 dimensi :

1. Dimensi sasaran
2. Dimensi tempat pelaksanaan
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan

METODE PENDIDIKAN KESEHATAN

1. Metode pendidikan Individual (perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk :

a. Bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling), yaitu ;

1) Kontak antara klien dengan petugas lebih intensif

2) Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya.

3) Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku)

b. Interview (wawancara)

1) Merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan

2) Menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

KEMENKES RI

2. Metode pendidikan Kelompok

Metode pendidikan Kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar

1) Ceramah ; metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

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

b. Kelompok kecil

1) Diskusi kelompok ;

2) Curah pendapat (Brain Storming) ;

3) Bola salju (Snow Balling)

4) Kelompok kecil-kecil (Buzz group)

5) Memainkan peranan (Role Play)

6) Permainan simulasi (Simulation Game)

3. Metode pendidikan Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) ini adalah tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh :

a. Ceramah umum (public speaking)

b. Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

c. Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio.

KEMENKES RI

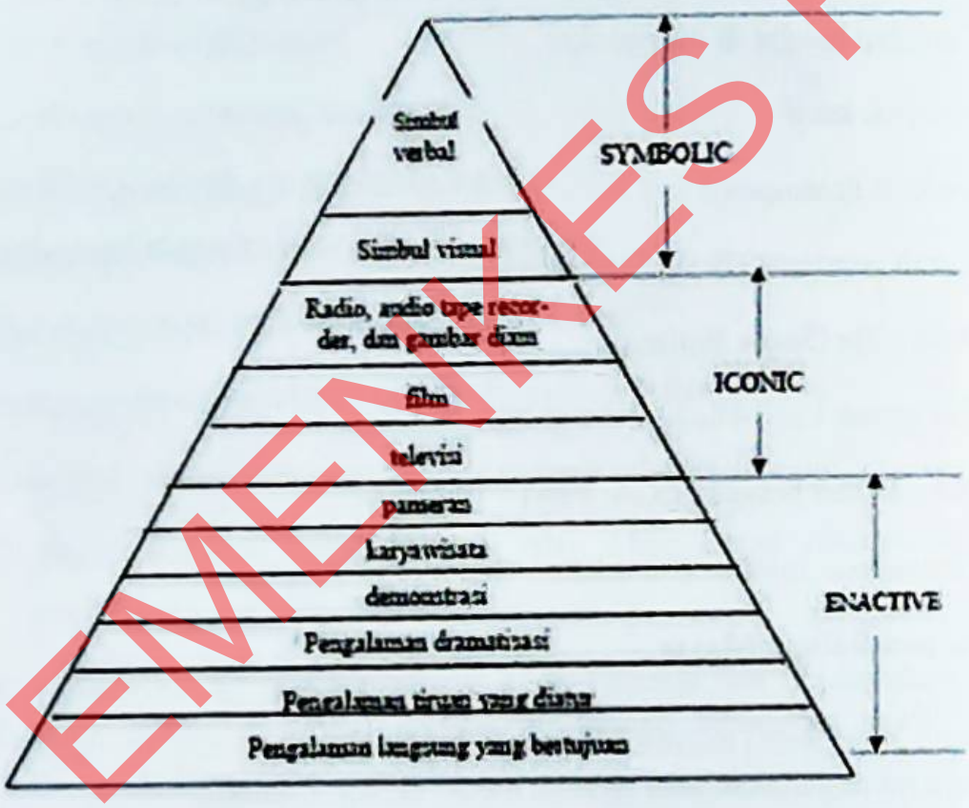
d. Sinetron "Dokter Sartika" di dalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan kesehatan massa. Sinetron Jejak sang elang di Indosiar hari Sabtu siang (th 2006)

e. Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab /konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

f. Bill Board, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya.

ALAT BANTU DAN MEDIA PENDIDIKAN KESEHATAN

1. Alat bantu (peraga)



Gambar 3: Kerucut pengalaman Dale (Heinich, *et.al.*, 2002:11)

2. Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (audio visual aids/AVA). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (channel) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau "klien". Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3 (tiga) : Cetak, elektronik, media papan (bill board)

KEMENKES RI

a. Media cetak

1) Booklet : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.

2) Leaflet : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.

3) Flyer (selebaran) ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.

4) Flip chart (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.

5) Rubrik/tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.

6) Poster ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.

7) Foto, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media elektronik

1) Televisi ; dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.

2) Radio ; bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.

3) Video Compact Disc (VCD)

4) Slide : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.

5) Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

c. Media papan (bill board)

Papan/bill board yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi).

KEMENKES RI

Perencanaan Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

Perencanaan penyuluhan kesehatan meliputi :

1. Pengenalan lokasi penyuluhan
   a. Mengenal masyarakat
   b. Mengenal wilayah
2. Menentukan prioritas
3. Menentukan tujuan penyuluhan
4. Menentukan sasaran penyuluhan
5. Menentukan isi penyuluhan
6. Menentukan metode penyuluhan yang akan digunakan
7. Memilih alat peraga atau media penyuluhan
8. Menyusun rencana penilaian (evaluasi)
   a. Pastikan dalam tujuan yang telah dijabarkan sudah secara khusus dan jelas mencantumkan waktu evaluasi, tempat pelaksanaan evaluasi, dan kelompok sasaran yang akan dievaluasi.
   b. Apa jenis indikator atau kriteria yang akan dipakai dalam penilaian.
   c. Perlu dilihat kembali, apakah tujuan penyuluhan sudah sejalan dengan tujuan program.
   d. Kegiatan-kegiatan penyuluhan apa yang akan dievaluasi.
   e. Metode dan instrumen apa yang akan digunakan untuk evaluasi tersebut.
   f. Siapa yang akan melaksanakan evaluasi.
   g. Sarana-sarana apa (alat, biaya, tenaga, dan lain-lain) yang diperlukan untuk evaluasi, dan tempat sarana tersebut diperoleh.
   h. Apakah terdapat fasilitas dan kesempatan untuk mempersiapkan tenaga-tenaga yang akan melaksanakan evaluasi tersebut.

Latihan 11

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan berupa praktek pendidikan merupakan pengertian pendidikan kesehatan menurut ?
   a. Soekarno
   b. Soetomo (2003)

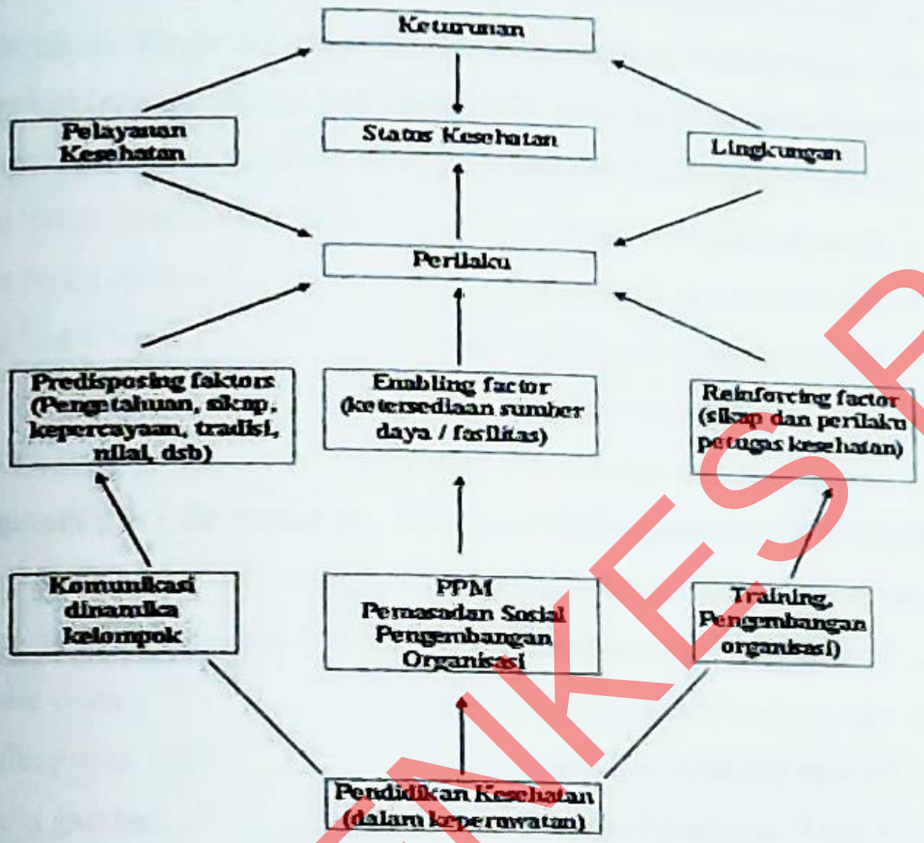
KEMENKES RI

c. Notoatmodjo (2003)

d. Soenarto (2002)

e. Notodiatmojo

2. Perhatikan Skema dibawah ini:



Dari skema Skema Blum dan Green yang dimodifikasi seperti di atas ditarik suatu kesimpulan bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah

a. Melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

b. Perilaku individu, kelompok atau masyarakat tidak sesuai dengan nilai nila kesehatan

c. Melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu tidak sesuai dengan nilai nilai kesehatan

d. Perilaku kelompok atau masyarakat tidak sama dengan perilaku individu yang tidak sesuai dengan nilai kesehatan

e. Perilaku kelompok atau masyarakat tidak sesuai dengan nilai nilai kesehatan

3. Ruang lingkup pendidikan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari 3 dimensi. Dibawah ini manakah yang merupakan dimensi ruang lingkup pendidikan kesehatan ?

KEMENKES RI

a. Dimensi tempat,dimensi ruang, dimensi waktu
b. Dimensi sasaran, dimensi tempat, dimensi tingkat pelayanan kesehatan
c. Dimensi sasaran, dimensi waktu, dimensi tingkat pelayanan kesehatan
d. Dimensi tempat, dimensi tingkat pelayanan, dimensi waktu
e. Dimensi waktu, dimensi ruang, dimensi tingkat pelayanan kesehatan

4. Inul memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok lansia di desa gugur bunga. Dari kegiatan yang di lakukan inul di atas termaksud ruang lingkup pendkes menggunakan dimensi ?
   a. Dimensi sasaran individu
   b. Dimensi sasaran kelompok
   c. Dimensi sasaran masyarakat luas
   d. Dimensi pelayanan kesehatan kelompok
   e. Dimensi sasaran individu dan kelompok
5. Pendidikan kesehatan memiliki metode . di bawah ini yang merupakan metode dari pendidikan kesehatan adalah
   a. Metode pendidikan Individual
   b. Metode pendidikan kelompok
   c. Metode pendidikan massa
   d. A dan C saja yang benar
   e. Semua benar
6. Kampus poltekkes jurusan kebidanan mengadakan seminar kesehatan yang bertemakan Tahun Emas Kesehatan, Bayi Yang Sehat Terlahir Dari Ibu Yang Sehat dalam rangka memperingati hari kesehatan nasional. Dari aplikasi diatas merupakan pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode ?
   a. Metode pendidikan massa
   b. Metode pendidikan eksklusif
   c. Metode pendidikan individual
   d. Metode pendidikan kelompok
   e. Metode pendidikan sesuai dengan acara
7. Media pendidikan kesehatan seperti leaflet, booklet,flyer termaksud dalam media pendidikan kesehatan ?
   a. Media cetak
   b. Media kertas
   c. Media papan

KEMENKES RI

d. Media tulisan

e. Media elektronik

8. Di SD Harapan Bangsa di ajari teknik cuci tangan yang benar dengan cara di lihatkan vidio dengan animasi menarik dan suara menarik serta lagu anak - anak,alhasil setelah selesai di putarkan vidio dan di peragakan bersama sama anak- anak sudah bisa, nisa maju kedepan untuk mewakili teman temannya mempraktekkan cuci tangan yang benar nisa terlihat sudah bisa. Dari ilustrasi di atas termaksud dalam jenis alat bantu pendidikan?

   a. Alat bantu lihat dan dengar

   b. Alat bantu elektronik

   c. Alat bantu dengar

   d. Alat bantu lihat

   e. Semua benar

9. Tayangan televisi DR.OZ yang membahas tentang kesehatan dan sesi tanya jawab antara dokter dan penanya tentang dunia kesehatan yang di siarkan di tv merupakan salah satu contoh pendidikan kesehatan melalui media ?

   a. Media cetak

   b. Media papan

   c. Media gambar

   d. Media elektronik vidio

   e. Media elektronik televisi

10. 1.) Pengenalan lokasi penyuluhan
    2.) Menentukan prioritas
    3.) Menentukan tujuan
    4.) Menentukan sasaran
    5.) Menentukan isi
    6.) Menetukan Waktu

    Dari beberapa perencanaan pendidikan kesehatan diatas yang bukan merupakan perencanaan dari pendidikan kesehatan adalah ?

    a. 1 dan 2

    b. 3 dan 2

    c. 2

    d. 5

    e. 6

KEMENKES RI

B. Essay

Sebutkan langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam perencanaan penyuluhan menurut Herijulianti ?

Daftar Pustaka

Maryam, Siti. 2012. *Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan*. Jakarta : Penerbit EGC

Syafrudin, dkk. 2013. *Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta : Penerbit EGC

KEMENKES RI

12

TEKNIK KOMUNIKASI DAN KONSELING

Setelah Anda mengikuti perkuliahan Anda mampu menjelaskan Teknik komunikasi dan konseling dan mampu

A. Menjelaskan Teknik Komunikasi
B. Menjelaskan Tujuan Komunikasi.
C. Menjelaskan Proses Komunikasi.
D. Menjelaskan Komponen Komunikasi.
E. Menjelaskan Bentuk Komunikasi.

Pada bab 12 ini kita akan mengupas tentang komunikasi dan konseling. Secara umum anda telah mempunyai pengalaman melakukan komunikasi, terutama saat melaksanakan praktik pendidikan kesehatan maupun promosi kesehatan. Bisakah anda mengungkapakan pengalaman anda secara singkat...??

Untuk lebih jelasnya, kita akan mulai berbagi pengalaman belajar pada sesi ini.

A. Apa itu Teknik Komunikasi?

Komunikasi berasal dari bahasa latin communis, dalam bahasa inggris common, yang berarti "sama" berkomunikasi (to communicate) berarti kita berusaha menimbulkan persamaan (commonness) sikap dengan seseorang.

Menurut Azwar (1996), komunikasi diartikan sebagai bentuk pertukaran pikiran atau keterangan dalam ranka menciptakan rasa saling mengerti dan saling percaya demi terwujudnya hubungan baik antara individu dan orang lainnya. Dari pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa komunikasi adalah suatu hubungan seseoprang dengan orang lain untuk mencapai pengertian dan persamaan sikap.

Komunikasi dalam bidang kesehatan merupakan pengiriman pesan antara pengirim dan penerima disertai interaksi di antara keduanya.

Menurut rasmuson dkk(1988), komunikasi kesehatan adalah usaha sistematis untuk memengaruhi perilaku kesehatan penduduk yang besar jumlahnya dengan

KEMENKES RI

menggunakan prinsip dan metode komunikasi massa, desain instruksional, pemasaran sosial, analisis perilaku, dan antropologi kesehatan.

B. Apakah Tujuan Kita Melakukan Komunikasi?

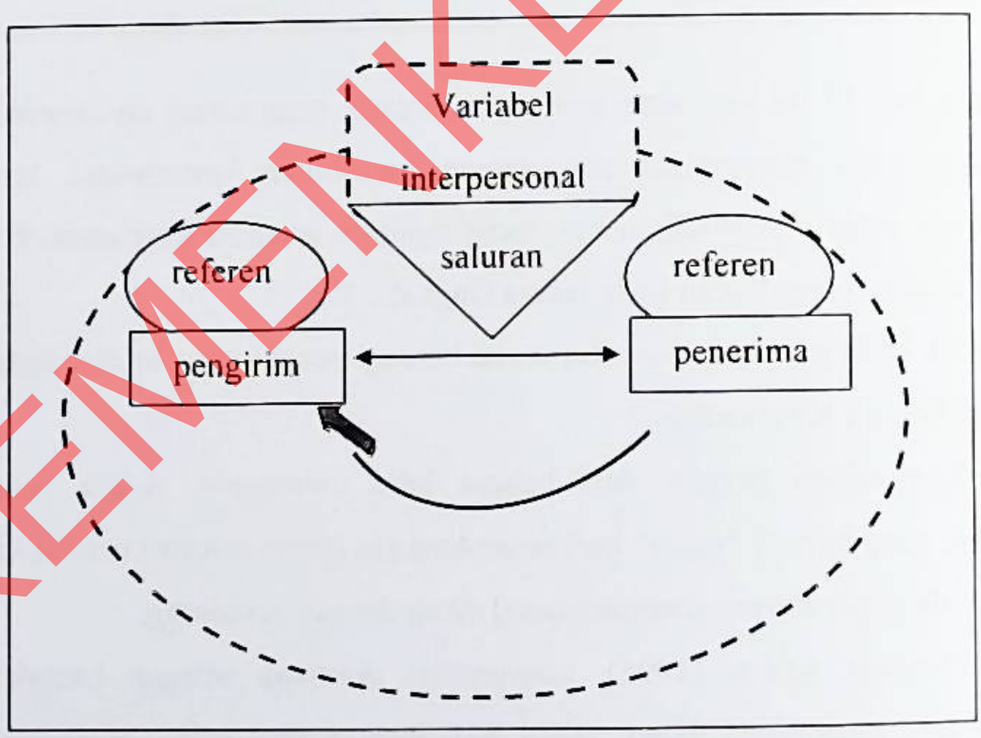
Menurut Azwar (1996), tujuan utama komunikasi adalah menimbulkan saling pengertian, bukan persetujuan.

Tujuan komunikasi dalam bidang kesehatan :

1. Menumbuhkan kepercayaan
2. Menyebabkan kenyamanan
3. Menimbulkan kepuasan
4. Meningkatkan pengobatan
5. Menuju kesembuhan

C. Bagaimanakah Proses Terjadinya Komunikasi?

Komunikasi sebagai proses aktif antara pengirim dan penerima.



Referen adalah stimulus yang memotivasi seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain. Referen dapat berupa objek, pengalaman, emosi, ide atau tindakan. Individu secara sadar memperhitungkan referen dalam interaksi interpersonal dapat dengan hati-hati mengembangkan dan mengatur pesan.

D. Apa saja Komponen Komunikasi?

Seorang ahli komunikasi dari Amerika, Wilbur Schramm (1965) yang dikutip oleh Prodjosaputro (1978) dan Machfoedz,dkk.(2005), menyebutkan bahwa didalam

KEMENKES RI

komunikasi, diperlukan sedikitnya 3 unsur, yaitu sumber (source), berita atau pesan (message), dan sasaran (destination).

Akan tetapi, pendapat lain menyatakan bahwa pembagian berdasarkan 4 unsur yaitu sumber, pesan, media, dan sasaran. Terdapat pula pendapat bahwa komunikasi terbagi menjadi 6 unsur yakni sumber, pesan, media, sasaran, umpan balik dan akibat. Tidak ada perbedaan mendasar diantara beberapa pendapat tersebut, tetapi justru dipandang saling melengkapi.

E. Apasajakah Bentuk Komunikasi?

Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program kesehatan adalah komunikasi didalam diri, komunikasi antar pribadi, dan komunikasi massa.

1. Komunikasi dalam diri individu (*intrapersonal communication*)

   Menurut perry dan potter (2005), komunikasi intrapersonal merupakan model bicara seorang diri atau dialog internal yang terjadi secara konstan dan tanpa disadari.

   Tujuan komunikasi intrapersonal adalah kesadaran diri yang memengaruhi konsep diri dan perasaan dihargai. Konsep diri yang positif dan kesadaran diri yang datang melalui dialog internal dapat membantu petugas kesehatan mengekspresikan diri secara tepat kepada orang lain.

2. Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*)

   Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi langsung bertatap muka, baik secara individu maupun kelompok. Metode komunikasi antarpribadi yang paling baik adalah konseling karena memungkinkan terjadi dialog terbuka tanpa kehadiran pihak ketiga, lengkap dan keberhasilannya dapat segera dinilai.

   Kekurangan komunikasi antar pribadi adalah membutuhkan waktu, tenaga, dan biaya lebih, dengan keterbatasan sasaran yang terjangkau. Komunikasi antar pribadi yang sehat dapat menghasilkan pemecahan masalah, menumbuhkan berbagai ide, pengambilan keputusan, dan perkembangan pribadi. Petugas kesehatan dapat membantu klien berkomunikasi dalam tingkat antar pribadi yang bermakna.

   Efektivitas komunikasi antarpribadi ditentukan oleh tiga hal berikut ini

   a. Empati, berarti menempatkan diri pada kedudukan orang lain
   b. Respek terhadap perasaan dan sikap orang lain
   c. Jujur dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak komunikasi

KEMENKES RI

3. Komunikasi massa (*mass communication*)

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

Komunikator kompeten yang menghadapi penonton, membutuhkan kemampuan untuk membayangkan dirinya berbicara pada sebuah kelompok. Kemampuan khusus seperti, penggunaan postur, gerak tubuh, dan nada bicara membantu pembicara untuk mengekspresikan ide-idenya.

Rangkuman

A. Teknik komuniksai

Komunikasi dalam bidang kesehatan merupakan pengiriman pesan antara pengirim dan penerima disertai interaksi di antara keduanya.

Menurut rasmuson dkk(1988), komunikasi kesehatan adalah usaha sistematis untuk memengaruhi perilaku kesehatan penduduk yang besar jumlahnya dengan menggunakan prinsip dan metode komunikasi massa, desain instruksional, pemasaran sosial, analisis perilaku, dan antropologi kesehatan.

B. Tujuan komunikasi

Menurut Azwar (1996), tujuan utama komunikasi adalah menimbulkan saling pengertian, bukan persetujuan.

Tujuan komunikasi dalam bidang kesehatan :

1) Menumbuhkan kepercayaan, Menyebabkan kenyamanan.
2) Menimbulkan kepuasan, Meningkatkan pengobatan.
3) Menuju kesembuhan.

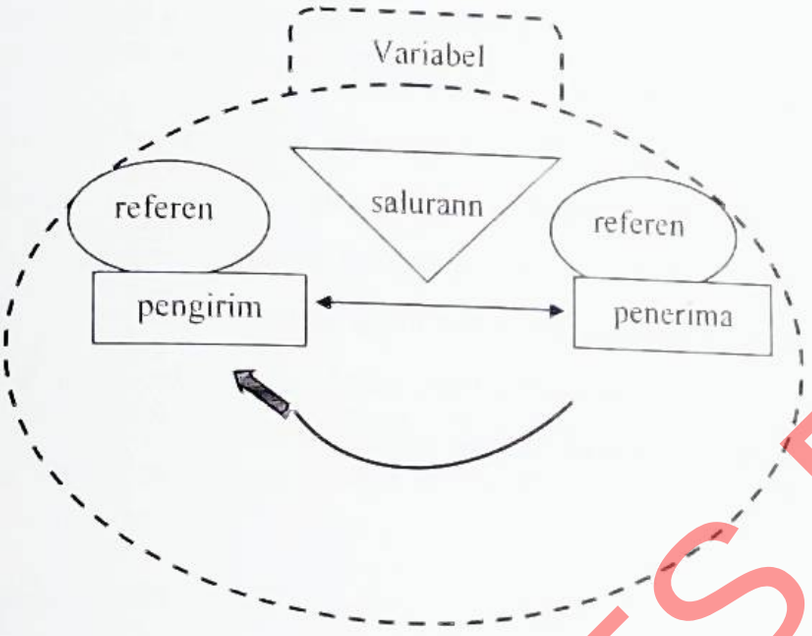
C. Komponen komunikasi

Menurut Prodjosaputro (1978) dan Machfoedz,dkk (2005), menyebutkan bahwa ada 3 unsur komunikasi, yaitu sumber (source), berita atau pesan (message), dan sasaran (destination).

KEMENKES RI

D. Proses komunikasi

Komunikasi sebagai proses aktif antara pengirim dan penerima



Referen adalah stimulus yang memotivasi seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain. Referen dapat berupa objek, pengalaman, emosi, ide atau tindakan. Individu secara sadar memperhitungkan referen dalam interaksi interpersonal dapat dengan hati-hati mengembangkan dan mengatur pesan.

E. Bentuk Komunikasi

Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program kesehatan adalah komunikasi didalam diri, komunikasi antar pribadi, dan komunikasi massa.

1. Komunikasi dalam diri individu (intrapersonal communication)

   komunikasi intrapersonal merupakan model bicara seorang diri atau dialog internal yang terjadi secara konstan dan tanpa disadari (Perry dan potter, 2005).

   Tujuan komunikasi intrapersonal adalah kesadaran diri yang memengaruhi konsep diri dan perasaan dihargai.

2. Komunikasi antarpribadi (interpersonal communication)

   Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi langsung bertatap muka, baik secara individu maupun kelompok. Metode adalah konseling. Kekurangan komunikasi antar pribadi adalah membutuhkan waktu, tenaga, dan biaya lebih, dengan keterbatasan sasaran yang terjangkau. Efektivitas komunikasi antarpribadi ditentukan oleh tiga hal berikut ini :

KEMENKES RI

a. Empati, berarti menempatkan diri pada kedudukan orang lain
b. Respek terhadap perasaan dan sikap orang lain
c. Jujur dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak komunikasi

3. Komunikasi massa (mass communication)

Komunikasi massa adalah penggunaan media massa (TV, radio, dan media cetak) untuk menyampaikan pesan atau informasi kepada masyarakat. Komunikator kompeten yang menghadapi penonton, membutuhkan kemampuan untuk membayangkan dirinya berbicara pada sebuah kelompok. Kemampuan khusus seperti, penggunaan postur, gerak tubuh, dan nada bicara membantu pembicara untuk mengekspresikan ide-idenya.

Latihan 12

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Bentuk pertukaran pikiran atau keterangan dalam ranka menciptakan rasa saling mengerti dan saling percaya demi terwujudnya hubungan baik antara individu dan orang lainnya adalah pengertian komunikasi menurut…
   a. Azwar
   b. Willy A
   c. Rasmuson
   d. George Bim
   e. Anzhari Anwar
2. Dibawah ini yang bukan merupakan tujuan komunikasi dlm bidang kesehatan yaitu..
   a. Menuju kesembuhan
   b. Menimbulkan kepuasaan
   c. Meningkatkan pengobatan
   d. Menumbuhkan kepercayaan
   e. Menumbuhkan rasa saling memiliki
3. Sebutkan unsur komunikasi yang benar yaitu..
   a. Waktu, sasaran, tujuan, alat.
   b. Sumber, pesan, media, sasaran.

KEMENKES RI

c. Pesan, media, individu, sasaran.

d. Sumber, pesan, jumlah, sasaran.

e. Media, penonton, sasara, tempat.

4. Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program kesehatan kecuali..

a. Komunikasi Interpersonal

b. Komunikasi Antar pribadi

c. Komunikasi didalam diri

d. Komunikasi Personal

e. Komunikasi Massa

5. Stimulus yang memotivasi seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain. Dan dapat berupa objek, pengalaman, emosi, ide atau tindakan adalah pengertian dari...

a. Komunikasi Kesehatan

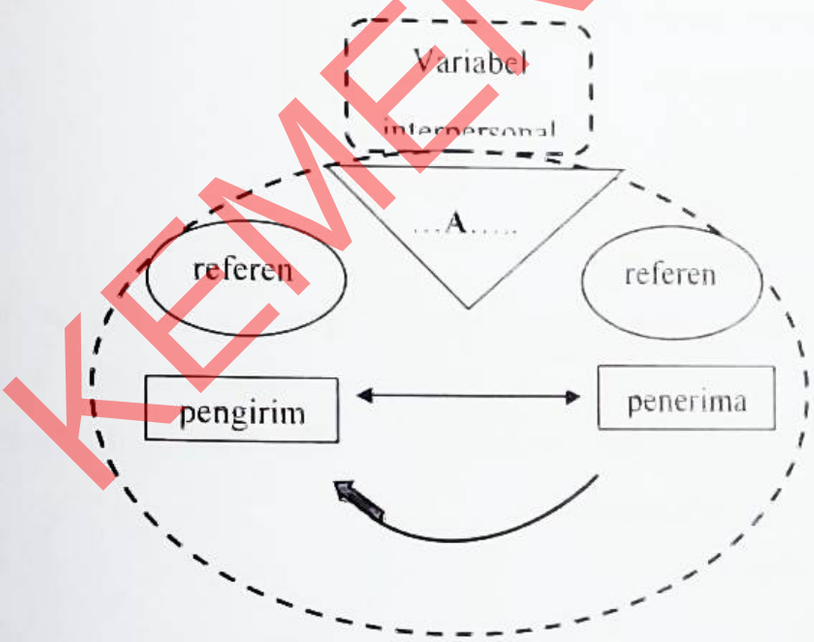
b. Komunikasi Masa

c. Komunikasi

d. Referen

e. Agent

6.



Pernyataan yang seharusnya di isi pada kolom A adalah...

a. Komunikasi

b. Personal

c. Saluran

d. Media

KEMENKES RI

e. Alat

7. Efektivitas komunikasi antarpribadi ditentukan oleh hal berikut ini yaitu...
   a. Adil
   b. Empati
   c. Peduli
   d. Nyaman
   e. Bekerja sama
8. Metode komunikasi ini yang paling baik adalah konseling karena memungkinkan terjadi dialog terbuka tanpa kehadiran pihak ketiga, lengkap dan keberhasilannya dapat segera dinilai adalah..
   a. Komunikasi dalam diri individu
   b. Kemonukiasi Kelompok
   c. Komunikasi antar pribadi
   d. Komunikasi personal
   e. Komunikasi Massa
9. Prodjosaputro (1978) dan Machfoedz,dkk.(2005), menyebutkan bahwa didalam komunikasi, diperlukan sedikitnya 3 unsur yaitu...
   a. Sumber,pesan,dan sasaran.
   b. Pesan,media,sasaran.
   c. Alat,sasaran,akibat
   d. Umpan balik,akibat,pesan
   e. Pesan,sasaran,umpan balik.
10. Kesadaran diri yang memengaruhi konsep diri dan perasaan dihargai. Konsep diri yang positif dan kesadaran diri yang datang melalui dialog internal dapat membantu petugas kesehatan mengekspresikan diri secara tepat kepada orang lain adalah tujuan dari komunikasi..
    a. Interpersonal
    b. Personal
    c. Kelompok
    d. individu
    e. Masa

KEMENKES RI

B. Essay

Sebutkan macam macam bentuk komunikasi yang kalian ketahui.

Daftar Pustaka

Hikmawati, Isna. 2011. *Promosi Kesehatan untuk Kebidanan*. Yogyakarta. Nuha Medika.

Kemenkes RI. 2011. *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas*,

Maulana,Heri D.J. 2007. *Promosi Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC:Jakarta

Maulana, Heri D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta. EGC

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta.Rineka Cipta.

Syafrudin, 2009. *Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta. Trans Info Media.

KEMENKES RI

13

TEKNIK KONSELING

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa mampu menjelaskan Teknik komunikasi dan konseling, dan anda diharapkan mampu untuk:

A. Menjelaskan Pengertian Konseling
B. Menjelaskan Fungsi Konseling
C. Menjelaskan Jenis Layanan Konseling
D. Menjelaskan Prinsip Konseling
E. Menjelaskan Bidang Layanan Konseling
F. Menjelaskan Langkah-Langkah Konseling
G. Menjelaskan Hambatan Konseling

Apakah yang anda lakukan saat melakukan komunikasi dengan klien?....Tahukah anda, saat anda melayani klien, anda telah melakukan konseling.... Apa itu konseling?....Mari kita pelajari bersama tentang "Konseling"

A. Apakah yang Dimaksud dengan Konseling?

Konseling adalah proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematik dengan panduan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik, bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi, dan menentukan jalan keluar atau upaya mengatasi masalah tersebut (Saifudin, Abdul Bari : 2002).

Montersen (1964 : 301) mendefinisikan konseling sebagai suatu proses antar-pribadi, dimana satu orang dibantu oleh satu orang lainnya untuk meningkatkan pemahaman dan kecakapan menemukan masalahnya. Willian Ratingan (1967: 114-115), mendeskripsikan konseling sebagai usaha untuk membantu seseorang menolong dirinya sendiri.

Suatu komunikasi interpersonal belum tentu suatu konseling tetapi konseling selalu merupakan komunikasi interpersonal. Orang yang memberi

KEMENKES RI

bantuan dalam konseling disebut konselor. Sedangkan orang yang diberi konseling disebut konseli. Dalam kebidanan konseli disebut juga Klien dalam konseling hubungan atau pertalian antara konselor dengan klien menegang peranan yang penting bagi keberhasilan konseling, dan ini berbeda dengan hubungan pada situasi lain.

B. Apakah Fungsi Konseling ?

Berikut ini adalah beberapa fungsi konseling:

1. Konseling dengan fungsi pencegahan merupakan upaya mencegah timbulnya masalah kesehatan.
2. Konseling dengan fungsi penyesuaian dalam hal ini merupakan upaya untuk membantu klien mengalami perubahan biologis, psikologis, sosial, cultural, dan lingkungan yang berkaitan dengan kesehatan.
3. Konseling dengan fungsi perbaikan dilaksanakan ketika terjadi penyimpangan perilaku klien atau pelayanan kesehatan dan lingkungan yang menyebabkan terjadi masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan konseling.
4. Konseling dengan fungsi pengembangan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat.

C. Apasajakah Jenis-Jenis Layanan Konseling ?

Jenis-jenis layanan pada dasarnya merupakan operasionalisasi dari konsep bimbingan dan konseling dalam rangka memenuhi berbagai asas, prinsip, fungsi dan tujuan bimbingan dan konseling. Dalam perspektif kebijakan pendidikan nasional saat ini terdapat tujuh jenis layanan. Namun sangat mungkin ke depannya akan semakin berkembang, baik dalam jenislayanan maupun kegiatan pendukung. Para ahli bimbingan di Indonesia saat ini sudah mulai meluncurkan dua jenis layanan baru yaitu layanan konsultasi dan layanan mediasi. Namun,kedua jenis layanan ini belum dijadikan sebagai kebijakan formal dalam sistem pendidikan disekolah.Untuk lebih jelasnya, di bawah ini akan diuraikan ketujuh jenis layanan bimbingan dan konseling yang saat ini diterapkan dalam pendidikan nasional.

Prayitno, menjelaskan bahwa layanan BK mencakup sembilan jenis layanan, yaitu:

KEMENKES RI

c. Promosi Kesehatan

d. Pendidikan Kesehatan

e. Penyuluhan

2. Berikut ini adalah fungsi dari konseling, kecuali...

a. Pencegahan

b. Penyesuaian

c. Perbaikan

d. Pengembangan

e. Rehabilitatif

3. Yang bukan merupakan konseling pada ibu bersalin tahap IV adalah ....

a. Memberikan informasi perawatan tentang alat kelamin.

b. Menganjurkan ibu sering mengganti pembalut.

c. Memberikan informasi dan memotifasi ibu utuk melakukan mobilisasi.

d. Mengajarkan ibu cara memasase perut

e. Memberikan informasi tentang pentingnya kebutuhan nutrisi.

4. Di bawah ini merupakan langkah awal dalam memberikan konseling dalam kebidanan adalah....

a. Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri.

b. Mendukung perkembangan kesadaran diri klien dan pemakain koping mekanisme yang konstruktif.

c. Mengatasi penolakan prilaku maladaptif.

d. Memberikan beberapa berapa alternatif pilihan pemecahan masalah .

e. Melaksanakaan alternative yang dipilih klien.

5. Berikut adalah beberapa jenis layanan konseling, kecuali....

a. Layanan informasi

b. Layanan penguasaan konten

c. Layanan keluarga berencana

d. Layanan konseling individu

e. Layanan konseling kelompok

6. Bidan kurang percaya diri, kurang pengetahuan dan keterampilan tentang konseling, serta ketidakmampuan dalam membentuk jejaring termasuk bentuk hambatan konseling...

a. Internal

b. Eksternal

KEMENKES RI

c. Individu
d. Kelompok
e. Informasi

7. Masing-masing pihak yang bermitra harus merasa duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi, tidak boleh satu anggota memaksakankehendak kepada yang lain merupakan bagian dari prinsip kemitraan berupa....
   a. Kesetaraan
   b. Keterbukaan
   c. Mutual benefit
   d. Tanggung jawab
   e. Saling melengkapi
8. Yang termasuk unsur untuk membangun kemitraan yang lebih luas yaitu ....
   a. Organisasi profesi
   b. Sekolah
   c. Pemerintah
   d. a dan c benar
   e. b dan c benar
9. Layanan BK mencakup 9 jenis layanan diantaranya adalah.....
   a. Layanan informasi
   b. Layanan bimbingan kelompok
   c. Layanan orientasi
   d. A dan B
   e. A, B, C
10. Yang tidak termasuk bidang layanan konseling dalam praktik kebidanan, kecuali.....
    a. Konseling masa tua
    b. Konseling masa muda
    c. Konseling ibu sakit
    d. Konseling ibu hamil
    e. Konseling neonatal

KEMENKES RI

B. Essay

Sebut dan jelaskan hambatan pada konseling !

Daftar Pustaka

Cangara, Hafied. 2005. *Pengantar Ilmu Komunikasi*.Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada

DEPKES RI. 2002. *Modul Pelatihan Konseling Bagi Bidan Pada Klinik IBI*. Jakarta

----------. 2002. *Komunikasi Efektif – Buku Bantu Bidan Siaga* : Jakarta

Johan T.A, dan Yulifah Rita. 2009. *Komunikasi dan Konseling dalam Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

Musbir, Wastidar. 2003. Model Pelatihan Konseling bagi Bidan Pada Klinik IBI : Jakarta

Saifuddin, AB. 2002. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

KEMENKES RI

14

EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN

Di akhir Perkuliahan, anda diharapkan mampu :

A. Menjelaskan Tehnik Evaluasi Kegiatan Promkes Pada Individu
B. Menjelaskan Tehnik Evaluasi Kegiatan Promkes Pada Kelompok
C. Menjelaskan Tehnik Evaluasi Kegiatan Promkes Pada Masyarakat

Saat anda memberikan pendidikan kesehatan maupun promosi kesehatan, bagaimana anda dapat mengukur keberhasilan dari apa yang telah anda lakukan?.....bagaimanakah tehnik evaluasi yang efektif ?...

Pada bab terakhir ini akan membahas tehnik evaluasi yang bisa digunakan dalam melakukan promosi kesehatan maupun perilaku kesehatan yang telah anda lakukan.

A. Apa itu Teknik Evaluasi Promosi Individu?

Evaluasi program promosi kesehatan (Simon-Morton, 1995; Fertman & Allensworth, 2010) adalah sebuah proses mengumpulkan informasi tentang program promosi kesehatan secara sistematis, menganalisisnya, dan menginterpretasikannya untuk menjawab pertanyaan, menilai dan membuat keputusan tentang program tersebut. Ditambahkan oleh Suchman dalam Hawe, et al (1990) bahwa evaluasi dilakukan untuk menilai program dan menentukan kesalahan- kesalahan yang terjadi ketika penerapan program promosi kesehatan tersebut.

1. Metode promosi individu

a. Penyuluhan perorangan
b. Konseling
c. Wawancara

2. Teknik penyuluhan perorangan

a. Salam
b. Ajak bicara
c. Jelaskan dan bantu
d. Ingatkan

KEMENKES RI

3. **Teknik konseling**
   a. Salam sambut
   b. Tanyakan
   c. Uraikan
   d. Bantu
   e. Jelaskan
   f. Ulangi
4. **Cara Menetapkan pemantauan dan evaluasi :**
   a. Memperkenalkan kepada individu gagasan dan teknik perilaku Program promosi Hygiene Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), yang merupakan pendekatan terencana untuk mencegah penyakit diare melalui pengadopsian perubahan perilaku oleh masyarakat secara meluas. Program ini dimulai dari apa yang diketahui, diinginkan, dan dilakukan masyarakat. Perencanaan suatu program promosi hygiene untuk masyarakat dilakukan berdasarkan jawaban atau pertanyaan diatas atau bekerjasama dengan pihak yang terlibat, untuk itu diperlukan pesan-pesan sederhana, positif, menarik yang dirancang untuk dikomunikasikan lewat sarana lokal seperti poster, leaflet.
   b. Mengidentifikasikan perubahan perilaku individu, dalam tahap ini akan dilakukan identifikasi perilaku berisiko melalui pengamatan terstruktur. Sehingga dapat ditentukan cara pendekatan baru terhadap perbaikan hygiene sehingga diharapkan anak-anak terhindar dari lingkungan yang terkontaminasi.
   c. Memotivasi perubahan perilaku individu, langkah-langkah untuk memotivikasi orang untuk mengadopsi perilaku hygiene termasuk memilih beberapa perubahan perilaku yang diharapkan dapat diterapkan.
   d. Mencari tahu apa yang dirasakan oleh kelompok sasaran mengenai perilaku tersebut melalui diskusi terfokus, wawancara dan melalui uji coba perilaku
   e. Membuat pesan yang tepat sehingga sasaran mau melakukan perubahan perilaku.
   f. Menciptakan sebuah pesan sederhana, positif, menarik berdasarkan apa yang disukai kelompok sasaran.

KEMENKES RI

B. Apa itu Teknik Evaluasi Kegiatan Kelompok?

Kegiatan kelompok merupakan tehnik dalam bimbingan kelompok yang memberikan kesempatan kepada setiap siswa untuk menyumbang pikirannya dan dapat mengembangkan rasa tanggung jawab.

Kegiatan kelompok merupakan teknik yang dalam bimbingan kelompok karena kelompok memberikan kesempatan kepada setiap individu untuk berpartisipasi dengan sebaik-baiknya. Kegiatan yang dilakukan melalui kegiatan kelompok, salah satu diantaranya untuk mengembangkan bakat-bakat khusus.

1. Manfaat Kegiatan Kelompok

Kegiatan kelompok digunakan untuk saling bertukar informasi, menambah pengetahuan, memperteguh atau mengubah sikap dan perilaku. Kelompok menjadi kerangka rujukan (frame of reference) dalam berkomunikasi untuk membentuk dan melaksanakan suatu kegiatan.

Manfaat kegiatan kelompok :

a. Memenuhi kebutuhan sosial
b. Membentuk konsep diri
c. Memberi/ menerima dukungan dan bantuan
d. Berbagi dengan orang lain
e. Menambah wawasan
f. Menambah rasa solidaritas antar anggota kelompok

2. Fungsi Kegiatan Kelompok

a. Untuk menambah wawasan bagi tiap anggotanya
b. Untuk lebih meningkatkan nilai kebersamaan dalam kelompok
c. Untuk lebih menanamkan nilai kerja sama antar anggota kelompok

3. Pengorganisasian Kegiatan Kelompok

Langkah-langkah dalam penyelenggaraan kegiatan kelompok adalah

a. Merencanakan pengorganisasian kegiatan kelompok

   Meliputi kegiatan :

   1) Merencanakan masalah
   2) Siapa yang menjadi peserta
   3) Sasaran kegiatan
   4) Waktu pelaksanaan dan tempat kegiatan
   5) Metode yang digunakan dan media yang digunakan
   6) Jenis pencairan kelompok yang digunakan

KEMENKES RI

7) Evaluasi kegiatan.

b. Mempersiapkan tempat

Meliputi :

1) Mempersiapkan ruang dan perlengkapannya
2) Persiapan alat tulis, alat bantu, materi, pengeras suara dan meletakkannya sesuai kebutuhan
3) Persiapan tempat duduk

c. Melaksanakan kegiatan

Bagian-bagian kegiatan kelompok adalah :

1) Pembukaan, menentukan jalannya presentasi/ diskusi kelompok
2) Bagian utama kegiatan, mencakup materi yang akan disampaikan
3) Bagian penutup, bagian terpenting dari seluruh kegiatan. Mengakhiri kegiatan dapat dilakukan dengan cara: mengatakan bahwa waktu telah habis, merangkum, menunjukkan pertemuan selanjutnya, berdiri, isyarat tangan, menyampaikan catatan singkat dan memberikan tugas.

d. Mengevaluasi Kegiatan

Evaluasi kegiatan dapat mengetahui dan menganalisa kebutuhan peserta untuk mempersiapkan pembicaraan yang akan datang, memperbaiki pelaksanaan kegiatan yang akan datang, mengetahui dampak kegiatan kelompok dan menentukan keberhasilan kegiatan.

4. Tingkat Evaluasi

a. Evaluasi Proses (*process evaluation*)

Evaluasi terhadap tindakan profesional, pemantauan kualitas, standar profesional yang digunakan

b. Evaluasi Dampak (*impact evaluation*)

1) Evaluasi terhadap perubahan faktor predisposisi, pemungkin dan penguat.
2) Evaluasi terhadap perubahan perilaku

c. Evaluasi Hasil (*outcome evaluation*)

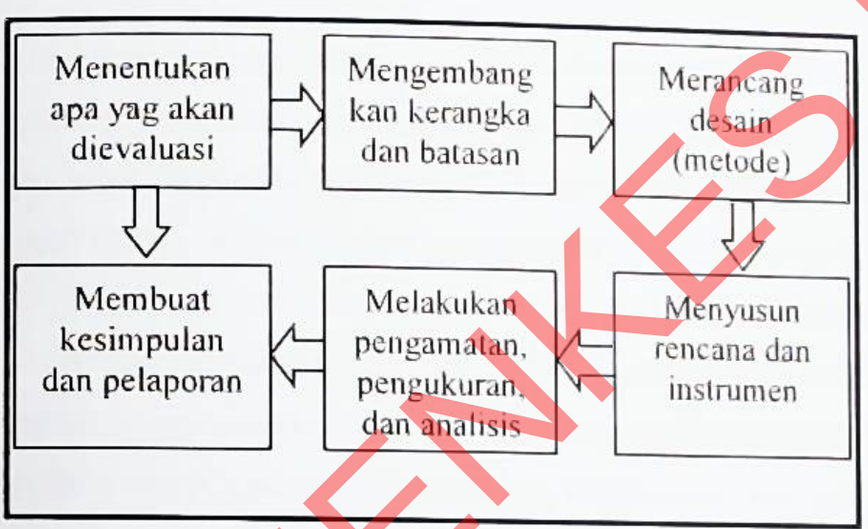
1) Evaluasi apakah terdapat perubahan atas mortalitas dan morbiditas penyakit
2) Apakah angka insidens dan prevalensi dapat dipengaruhi oleh program.
3) Manfaat sosial apa yang didapat
4) Sering tidak efisien karena memerlukan waktu yang lama, 5 – 10 tahun

KEMENKES RI

e. Desain Evaluasi

1) Pendekatan Catatan Historis (record-keeping approach)
2) Melihat perubahan selama program dijalankan
3) Menggunakan tampilan diagram atau grafik
4) Pendekatan Temuan (inventory approach)
5) Melakukan survey untuk memperkirakan tingkat pencapaian yang didapat
6) Pendekatan Komparatif (comparative approach)
7) Membandingkan dengan data yang mirip dari program ditempat lain

C. Bagaimanakah Teknik Evaluasi Promosi pada Masyarakat?



Evaluasi Promosi Kesehatan adalah suatu yang harus dilakukan disetiap upaya Promosi Kesehatan, karena disamping bagian integral upaya itu sendiri juga perlu untuk kesinambungan upaya tersebut. Berbeda dengan berbagai indicator yang bersifat non-perilaku yang dapat dibuat standarnya, maka untuk Promosi Kesehatan indicator dan parameternya dapat berubah tergantung pada kegiatan yang dievaluasi dan tahapan evaluasi, serta lingkungan/budayanya.

1. Proses Evaluasi

Dari gambar daur evaluasi diatas tampak bahwa evaluasi secara umum meliputi langkah-langkah tersebut. Dari ke enam dapat dipadatkan menjadi 2 langkah terpenting yaitu :

a. Menentukan apa yang akan dievaluasi

Disebut juga menentukan focus evaluasi, langkah ini merupakan langkah terpenting dalam melakukan evaluasi. Ada beberapa cara menentukan

KEMENKES RI

focus evaluasi, tetapi yang paling penting dan paling sederhana adalah dengan membahas dan membuat kesepakatan dengan pihak yang meminta evaluasi. Bila orang yang terlibat berjumlah kecil dapat dilakukan dengan mengumpulkan pendapat. Apabila jumlah yang terlibat besar untuk memutuskan sering digunakan cara Delphi, cara ini dilakukan dengan membuat keputusan berdasarkan consensus suara terbanyak.

Cara yang dianggap paling teliti ialah dengan mengkaji secara system, yaitu dengan menguraikan proses suatu kegiatan atau intervensi menurut unsur-unsur seperti masukkan (input), proses (process), keluaran (output), efek (outcame), dampak (impact), umpan balik (feedback), serta lingkungan (environtment).

Cara yang praktis ialah dengan membuat suatu proses yang runtut oleh Carol Weiss pada tahun 1972, yang membuat penentuan berdasarkan logika yaitu Apakah suatu intervensi misalnya pelatihan dapat menyebabkan perubahan perilaku atau lingkungan, dan perubahan tersebut dapat mengubah suatu keadaan.

2. **Merancang metode atau cara melaksanakannya**

Banyak rancangan desain (riset) yang dapat dipakai dalam melakukan evaluasi, tergantung tujuan dan sumber daya yang dimiliki. Michael Ibrahim membuat urutan desain menurut kekuatan kesimpulan dari hasil evaluasinya. Beliau membagi cara evaluasi menurut non-riset, riset non-eksperimental, dan riset eksperimental.

Termasuk non-riset adalah lelucon (anecdote), cerita hikayat (story), dan pendapat para ahli maupun awam. Sedangkan termasuk riset non-eksperimental yaitu survey sederhana sampai canggih, studi kasus kelola (case control study), dan studi kohor (cohort study). Riset yang bersifat eksperimental mulai dari desain eksperimen lapangan sampai dengan laboratorium.

Stephen Isaac dan William B. Michael (1981) mengemukakan 9 bentuk desain evaluasi, yaitu :

a. Historical, dengan merekonstruksi kejadian dimasa lalu secara objektif dan tepat dikaitkan dengan hipotesis atau asumsi
b. Deskriptif, melakukan penjelasan secara sistematis suatu situasi atau hal yang menjadi perhatian secara factual dan tepat

KEMENKES RI

c. Studi perkembangan, menyelidiki pola dan urutan perkembangan atau perubahan menurut waktu.

d. Studi kasus atau lapangan, meneliti secara intensif latar belakang status sekarang dan interaksi lingkungan dari suatu unit sosial, baik perorangan, kelompok, lembaga atau masyarakat.

e. Studi korelasional, meneliti sejauh mana variasi dari satu faktor berkaitan dengan variasi dari satu atau lebih faktor lain berdasarkan koefisien tertentu.

f. Studi sebab akibat, yang menyelidiki kemungkinan hubungan sebab akibat dengan mengamati berbagai konsekuensi yang ada dan menggalinya kembali melalui data untuk faktor menjelaskan penyebabnya.

g. Eksperimen murni, yang menyelidiki kemungkinan hubungan sebab akibat dengan membuat satu kelompok percobaan atau lebih terpapar akan suatu perlakuan atau kondisi dan membandingkan hasilnya dengan satu atau lebih kelompok control yang tidak menerima perlakuan atau kondisi.

h. Eksperimen semu, merupakan cara yang mendekati eksperimen tetapi dimana control tidak ada dan manipulasi tidak bisa dilakukan.

i. Riset aksi, bertujuan mengembangkan pengalaman baru melalui aplikasi langsung di berbagai kesempatan.

3. Evaluasi Promosi Kesehatan

Pada prinsipnya, evaluasi Promosi Kesehatan sama dengan evaluasi kesehatan lainnya. Karakteristiknya ialah menggunakan indicator epidemologik sebagai indicator dampak seperti upaya kesehatan lainnya, sedangkan dalam mengukur efek lebih menggunakan indicator perilaku.

Indicator perilaku tidak ada yang bersifat baku, semua tergantung pada apa, kapan, dimana, dan dalam konteks apa digunakan. Indicator Promosi Kesehatan dapat bersifat kualitataif atau kuantitatif, selain itu dapat juga bersifat statis maupun dinamis.

KEMENKES RI

RANGKUMAN

Evaluasi program promosi kesehatan (Simon-Morton, 1995; Fertman & Allensworth, 2010) adalah sebuah proses mengumpulkan informasi tentang program promosi kesehatan secara sistematis, menganalisisnya, dan menginterpretasikannya untuk menjawab pertanyaan, menilai dan membuat keputusan tentang program tersebut.

Dalam promosi kesehatan ada beberapa tekhnik evaluasi yaitu ada teknik evaluasi promosi individu, teknik evaluasi kegiatan kelompok, teknik evaluasi promosi masyarakat.

Teknik evaluasi pada setiap promosi kesehatan tersebut pada dasarnya sama hanya berbeda pada subjek. Semua teknik evaluasi pasti memiliki desain evaluasi diantaranya: historical, deskriptif, studi perkembangan, studi kasus atau lapangan, studi korelasional, studi sebab akibat, eksperimen murni, eksperimen semu dan riset aksi.

Pada prinsipnya, evaluasi Promosi Kesehatan sama dengan evaluasi kesehatan lainnya. Karakteristiknya ialah menggunakan indicator epidemologik sebagai indicator dampak seperti upaya kesehatan lainnya, sedangkan dalam mengukur efek lebih menggunakan indicator perilaku.

Indicator perilaku tidak ada yang bersifat baku, semua tergantung pada apa, kapan, dimana, dan dalam konteks apa digunakan. Indicator Promosi Kesehatan dapat bersifat kualitataif atau kuantitatif, selain itu dapat juga bersifat statis maupun dinamis.

LATIHAN 14

Dibawah ini terdapat soal-soal latihan yang dapat Anda kerjakan untuk mengukur tingkat pemahaman Anda mengenai materi pada bab ini.

A. Pilihan Ganda

1. Urutkan teknik konseling berikut ini

   1) Salam sambut
   2) Uraikan
   3) Tanyakan
   4) Jelaskan
   5) Bantu
   6) Ulangi

   Bagaimanakah urutan tehnik konseling yang baik?

   a. 1-2-3-4-5-6
   b. 1-3-2-5-4-6
   c. 1-3-2-4-5-6
   d. 1-4-3-2-6-5
   e. 1-3-4-5-6-2

KEMENKES RI

2. Dibawah ini merupakan manfaat kegiatan kelompok kecuali
   a. Menambah wawasan
   b. Membentuk konsep diri
   c. Berbagi dengan orang lain
   d. Membentuk sikap tak acuh
   e. Memberi/ menerima dukungan dan bantuan
3. Ani akan melakukan penyuluhan pada ibu PKK. Apakah yang Ani lakukan selanjutnya ?
   a. Metode yang digunakan dan media yang digunakan
   b. Jenis pencairan kelompok yang digunakan
   c. Waktu pelaksanaan dan tempat kegiatan
   d. Merencanakan masalah
   e. Evaluasi kegiatan.
4. Bagian terpenting dari kegiatan kelompok yang dapat dilakukan dengan cara mengatakan bahwa waktu telah habis, merangkum, menunjukkan pertemuan selanjutnya, berdiri, isyarat tangan, menyampaikan catatan singkat dan memberikan tugas. Disebut dengan ...
   a. Bagian tengah
   b. Pembukaan
   c. Isi
   d. Penutup
   e. Kesimpulan
5. Langkah dalam penyelenggaraan kegiatan kelompok dimana dapat mengetahui dan menganalisa kebutuhan peserta untuk mempersiapkan pembicaraan yang akan datang, memperbaiki pelaksanaan kegiatan yang akan datang, mengetahui dampakkegiatankelompok dan menentukan keberhasilan kegiatan disebut...
   a. Merencanakan pengorganisasian kegiatankelompok.
   b. Mempersiapkan tempat
   c. Persiapan tempat duduk
   d. Melaksanakan kegiatan
   e. Mengevaluasi kegiatan
6. Evaluasi terhadap tindakan profesional, pemantauankualitas, standar profesional yang digunakan, disebut evaluasi....
   a. Evaluasi Hasil

KEMENKES RI

b. Evaluasi Proses

c. Evaluasi Dampak

d. Impact Evaluation

e. Outcome Evaluation

7. Melakukan survey untuk memperkirakan tingkat pencapaian yang didapat, termasuk dalam design evaluasi....

   a. Pendekatan Catatan Historis

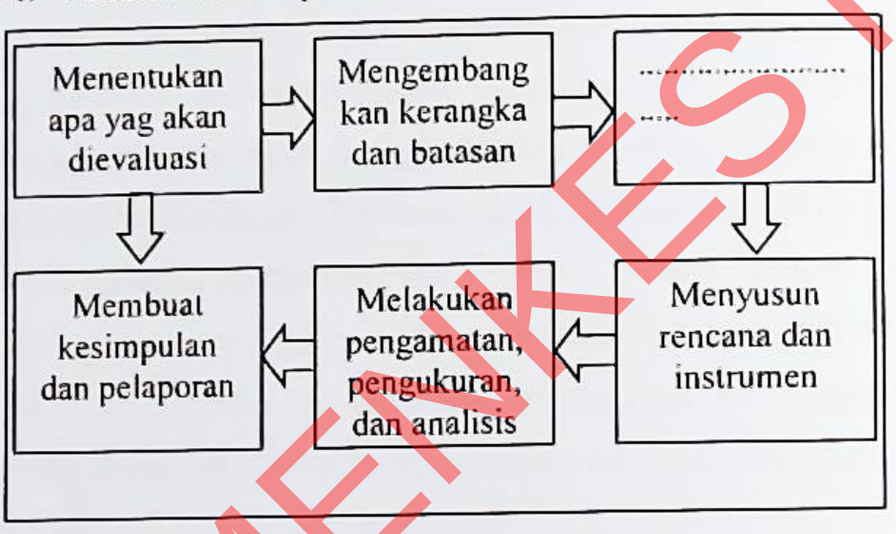
   b. Record-Keepingapproach

   c. Inventory Approach

   d. Comparative Approach

   e. Pendekatan Komparatif

8.



Apakah isi dari bagan Teknik Evaluasi Promosi Masyarakat yang kosong tersebut diatas ?

a. Merancang desain

b. Menentukan tujuan

c. Melakukan perencanaan

d. Melakukan implementasi

e. Melakukan evaluasi

9. Stephen Isaac dan William B. Michael (1981) mengemukakan 9 bentuk desain evaluasi, salah satunya adalah dengan merekonstruksi kejadian dimasa lalu secara objektif dan tepat dikaitkan dengan hipotesis atau asumsi. Disebut juga dengan desain evaluasi ?

a. Deskriptif

b. Historical

c. Studi perkembangan

KEMENKES RI

d. Studi kasus atau lapangan

e. Studikorelasional

10. Stephen Isaac dan William B. Michael (1981) mengemukakan 9 bentuk desain evaluasi, salah satunya menyelidiki kemungkinan hubungan sebab akibat dengan membuat satu kelompok percobaan atau lebih terpapar akan suatu perlakuan atau kondisi dan membandingkan hasilnya dengan satu atau lebih kelompok control yang tidak menerima perlakuan atau kondisi. Disebut dengan...

a. Deskriptif

b. Studi perkembangan

c. Studi kasus atau lapangan

d. Studikorelasional

e. Eksperimen murni

B. Essay

Jelaskan design evaluasi dibawah ini !

1. Record-keepingapproach ?
2. Inventory approach ?
3. Comparative approach ?

A. DAFTAR PUSTAKA

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

KEMENKES RI

GLOSARIUM

Advokasi	:	Memperoleh komitmen atau dukungan dalam bidang kesehatan, atau yang mendukung pengembangan lingkungan dan perilaku sehat (DEPKES, 2007).
AIDS	:	Acquired immunodeficiency syndrome
AKI	:	Angka Kematian Ibu
ASI	:	Air Susu Ibu.
Billboard	:	Papan Reklame
CD	:	Compact Disk
Dasawisma	:	Kelompok ibu berasal dari 10 rumah yang bertetangga
Dissability	:	Suatu ketidakmampuan melaksanakan aktifitas/ kegiatan tertentu sebagaimana layaknya orang normal.
DM	:	Diabetes Mellitus.
Edutaiment	:	Pembelajaran Aktif, Kreatif, Efektif, dan Menyenangkan
Empowerment	:	Pemberdayaan Masayrakat
Epidemiologi	:	Ilmu yang mempelajari pola kesehatan dan penyakit serta fakor yang terkait di tingkat populasi
Esensial	:	Mendasar
FGD	:	*Focus Group Discussion*
Fleksibilitas	:	Kemampuan untuk beradaptasi dan bekerja dengan efektif
GBPP	:	Garis-garis Besar Program Pengajaran
HDL	:	High-density lipoprotein
Herediter	:	penyakit atau gangguan yang secara genetik diturunkan dari orang tua kepada keturunannya
Hirarki	:	Susunan, Urutan
Indepth Interview	:	Wawancara secara mendalam
Internal locus of control	:	Pengendalian dari dalam diri
ISPA	:	Inspeksi Saluran Pernapasan Akut.
JPKM	:	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

KEMENKES RI

K1	:	Kunjungan ANC Pertama.
K2	:	Kunjungan ANC Kedua
KB	:	Keluarga Berencana
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	:	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
Klimakterium	:	Klimakterium adalah masa yang bermula dari akhir masa reproduksi sampai awal masa senium/ masa pasca menopause
Kolostrum	:	Cairan susu berwarna kuning yang dihasilkan oleh kelenjar susu dalam waktu 24-36 jam setelah melahirkan
Konvensional	:	Metode pembelajaran tradisional atau disebut juga dengan metode ceramah
LDL	:	*Low-density lipoprotein* (Lemak Jahat)
Eksternal Locus of control	:	Sikap yang dikendalikan dari luar diri
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
Morbiditas	:	Keadaan sakit; terjadinya penyakit atau kondisi yang mengubah kesehatan dan kualitas hidup
Mortalitas	:	Ukuran jumlah kematian (umumnya, atau karena akibat yang spesifik) pada suatu populasi, skala besar suatu populasi, per dikali satuan.
Musrenbang	:	Merupakan singkatan dari Musyawaran Perencanaan Pembangunan
Need	:	Butuh
Obesitas	:	Kelebihan lemak tubuh
Output	:	Hasil
PHBS	:	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.
PKK	:	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PKM	:	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
PKMRS	:	Penyuluhan /Promosi Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit.
Pneumonia	:	Peradangan jaringan di salah satu atau kedua paru-

KEMENKES RI

		paru yang biasanya disebabkan oleh infeksi
Pokja	:	Kelompok Kerja
Poskesdes	:	Pos Kesehatan Desa
Proaktif	:	Menentukan sikap pada hal yang terjadi di lingkungan
Promkes	:	Promosi Kesehatan
PUS	:	Pasangan Usia Subur
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
Reaktif	:	Tanggap
Responden	:	Pihak-pihak yang dijadikan sebagai sampel dalam sebuah penelitian
Revitalisasi	:	Proses atau cara dan perbuatan untuk menghidupkan kembali suatu hal yang sebelumnya terberdaya
SMA	:	Sekolah Menengah Atas
SMP	:	Sekolah Menengah Pertama
Supervisi	:	Upaya yang dilakukan dalam rangka pemantauan disertai dengan pemberian bimbingan, penggerakan atau motivasi dan pengarahan (Depkes, 2008)
Tabulin	:	Tabungan Ibu Bersalin
TBC	:	Tubercolosis
UKBM	:	Upaya-upaya kesehatan bersumber masyarakat
Unmethodical	:	Tidak sistematis
WHO	:	*World Health Organization*
WUS	:	Wanita Usia Subur
ZIS	:	Zakat, Infak, Sedekah

KEMENKES RI

KUNCI JAWABAN LATIHAN

BAB I

A. Pilihan Ganda

1. E (Sosial (*sosial*))
2. D (Fisik dan psikis)
3. B (Lingkungan individu)
4. B (Determinan kesehatan)
5. A (Undang-Undang Kesehatan No.23/1992)
6. B (Kesehatan)
7. C (Pembatasan cacat (*Disability limitation*))
8. A (Memampukan (*Enable*))

B. Essay

Menurut Blum macam determinan kesehatan yaitu yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan.

Menurut Simon-Morton, dan Green (1995) determinan kesehatan meliputi genetik, lingkungan fisik, lingkungan sosial, pelayanan kesehatan, dan perilaku.

Perbedaaan dengan teori Blum adalah untuk determinan lingkungan ebih dispesifikan menjadi lingkungan fisik dan lingkungan sosial.

BAB 2

A. Pilahan Ganda :

1. A (Faktor intern)
2. C (Belajar dengan Latihan)
3. D (Stimulus – Reseptor – SSP – Afektor – Respon)
4. C (Covert Behavior)
5. A (Menggunakan Kekuatan, pemberian Informasi, dan diskusi Partisipasi)
6. E (Drive Theory)
7. A (Operant Response)
8. D (Fase Maintenens)
9. A (Pengetahuan – persetujuan – Niat _ Praktik – Advokasi)
10. B (Kebutuhan Fisiologis, keamanan. Aktualisasi Diri)

KEMENKES RI

B. Essay :

Pengetahuan => Persepsi => Interpretasi => Kepentingan => Tindakan kesehatan

BAB 3

A. PILIHAN GANDA

1. D (Green Ottoson)
2. A (Politik, ekonomi, dan organisasi)
3. E (Masyarakat, professional kesehatan dan prometer kesehatan)
4. B (Teori Precede)
5. A (Evaluation)
6. B (Upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan)
7. E (Kesehatan wajib)
8. C (Puskesmas)
9. C (Pelayanannya)
10. A (Pemberdayaan,bina suasana dan advokasi)

B. Essay

Pengenalan kondisi wilayah, identifikasi masalah kesehatan,survai mawas diri, musyawarah desa atau kelurahan, perencanaan partisipatif, pelaksanaan kegiatan, pembinaan kelestarian.

BAB 4

1. A (Kebutuhan Fisiologis)
2. D (Kebutuhan Deficiency)
3. E (Kebutuhan estetika)
4. B (Bukti objektif)
5. C (Ruang lingkup tugas)
6. A (Pemasaran)
7. A (Data epidemiologi, data sosial-ekonomi, pandangan profesional, pandagan publik/ masyarakat, dan media lokal)
8. C (Media Lokal)
9. D (Adopsi pendekatan pemasaran
10. E (Halangan apa saja dalam menentukan kebutuhan)

KEMENKES RI

BAB 5

1. A (Tujuan Instruksional Umum (TIU))
2. A (Tujuan Instruksional Umum (TIU) dan Tujuan Instruksional Khusus (TIK)
3. C (Kata kerja + objek (kompetensi))
4. D (TIK)
5. B (a-e-c-b-d-f-i-h-g)
6. E (Semua benar)
7. A (Sub pokok bahasan)
8. B (Tahap penyajian)
9. A (Tahap pendahuluan)
10. A (Estimasi waktu yang dibutuhkan)

A. Essay

Kerangka SAP (Satuan Acara Pengajaran)

a. Menentukan prioritas masalah.

Prioritas masalah ditentukan berdasarkan hirarki kebutuhan maslow

b. Mengidentifikasikan area/pesanpokok

Sesuaikan dengan pokok bahasan dan sub pokok bahasan

c. Menentukantujuan

Tujuan disusun berdasarkan TIU/TIK

d. Menentukansasaran

Sasaran berupa Individu, Keluarga/Kelompok, Masyarakat

e. Menentukan isi

Merupakan materi pendidikan yang akandisampaikan, sesuaidengan TIK.

f. Menetukan metoda

Metoda pembelajaran harus disesuaikan dengan sasaran dan aspek (pengetahuan, sikap, keterampilan) yang ingin dicapai. Sesuaikan juga dengan sumber daya yang tersedia.

g. Menentukan media

Media yang digunakan harus sesuai dengan sasaran, tingkat pendidikan, aspek yang ingin dicapai, metoda yang dipakai dan sumber daya yang ada.

h. Menentukan rencana kegiatan

Terdiri dari :

KEMENKES RI

- ❖ Pendahuluan: mempersiapkansegalaalatdanbahan yang diperlukanuntukpelaksanaanpendidikan, menjelaskanmaksud program dantujuannya.
- ❖ Penyajian: penyampaianpesansesuaimetodadan media yang digunakan.
- ❖ Penutup: mengujikeberhasilanpenyampaianpesandantindaklanjut.

i. Menentukan evaluasi

Evaluasi merupakan proses penilaian terhadap keberhasilan program pendidikan dengan melihat perubahan yang terjadi pada aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan sesuai dengan rancangan TIK/TIU yang telah disusun sebelumnya

Alat ukur yang digunakan untuk mengevaluasi kebersahilan tersebut dapat berupa : kuesioner, Lembar observasi (daftarcheklis), wawancara, dokumentasi.

BAB 6

A. Pilihan Ganda

1. A (Menentukan metode, merancang tempat & waktu, merancang strategi, merancang evaluasi.)
2. E (Mudah dimengerti, menggunakan media yang komunikatif, menggunakan bahasa yang dimengerti.)
3. D (Penggambaran perilaku seks yang sehat dan memberikan isyarat tindakan seperti "belilah kondom")
4. D (Model promosi menggunakan sarana teater dengan partisipasi aktif dari masyarakat yang bersangkutan.)
5. B *(Social change* dan *social movement.)*
6. C (Waktu dan tempat)
7. C (Menetapkan tujuan, menentukan sasaran, membuat isi penyuluhan.)
8. A (Mengubah perilaku individu—tanpa penekanan pada faktor struktural yang mungkin dapat menjadi penyebab terjadinya perilaku.)
9. E (Mempertahankan perilaku negatif individu.)
10. D (Input masyarakat sebagai pribadi yang utuh, transformasi, output.)

B. Essay

a. Menilai tingkat pengetahuan, keterampilan dan sikap

b. Menilai efektifitas dan efisiensi penggunaan metode, alat, dan sarana pendkes.

KEMENKES RI

c. Memperoleh informasi yang diperlukan untuk meningkatkan produktifitas masyarakat.

d. Memperoleh bahan feedback

e. Memperoleh informasi yang diperlukan untuk memperbaiki, menyempurnakan kegiatan tenaga kesehatan.

f. Memperoleh informasi yang diperlukan untuk memperbaiki serta mengembangkan program.

BAB 7

A. Pilihan Ganda

1. A (Media)
2. B (Buklet)
3. A (Billboard)
4. B (Kepuasan audiens)
5. B (Radio)
6. E (Poster)
7. E (Leaflet)
8. B (Adanya eye catcher yaitu umpan menangkap mata tetapi tergantung ilustrasi, desain, jenis kertas, dan kualitas cetak.)
9. A (Positioning)
10. A (Deskriptif)

B. Essay

Kelebihan :

1. Merekam dengan distorsi rendah
2. Digunakan secara berulang-ulang oleh audience yang heterogen
3. Mampu mgungkap peraaan dengan gambar, musik, maupun kata sehingga multiple effect
4. Mampu mengajak penonton sehingga pendekatan individu melalui tokoh
5. Dapat mengemukakan individu yang abstrak

Kekurangan :

1. Mahal
2. Komunikan dituntut intensitas perhatian
3. Kurang akrab

KEMENKES RI

BAB 8

A. Pilihan Ganda

1. E (Depkes 2006)
2. E (Semua benar)
3. B (Transparansi)
4. D (Unsur budaya)
5. B (Perilaku kemitraan)
6. E (Persiapan-penyamaan persepsi- pengaturan peran - komunikasi intensif-melakukan kegiatan-melakukan pemantuan dan penilaian)
7. E (Semua benar)
8. A (Indikator input, proses, output)
9. C (Dinamisator)
10. E (Policy-Makers)

B. Essay

1. Inisiator.
   Memprakarsai kemitraan dalam rangka sosialisasi dan operasionalisasi Indonesia Sehat.
2. Motor / dinamisator.
   Sebagai penggerak kemitraan, melalui pertemuan, kegiatan bersama, dll.
3. Fasilitator
   Memfasilitasi, memberi kemudahan sehingga kegiatan kemitraan dapat berjalan lancar.

BAB 9

A. Pilihan Ganda

1. D (Pemberdayaan Masyarakat)
2. A (Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat, Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, Mengembangkan gotong royong)
3. B (Tujuan pemberdayaan masyarakat)
4. E (Peningkatan sumber daya pangan)
5. B (Aksesbilitas informasi)
6. B (Tidak melibatkan masyarakat dalam pemberdayaan desa)
7. C (Community college)
8. A (Voice and choice)

KEMENKES RI

9. B (Pemberdayaan masyarakat yang mengoptimalkan komponen *community leaders*)

10. C (Input- proses- output 1- output 2)

B. Essay :

1. Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat
2. Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan
3. Mengembangkan gotong royong
4. Bekerja bersama masyarakat
5. KIE berbasis masyarakat

BAB 10

A. Pilihan Ganda

1. D (Interview)
2. E (Data Sosial Budaya)
3. B (Pengamatan diluar kegiatan)
4. E (Membandingkan dengan program 5 tahun sebelumnya)
5. A (Rencana Kerja)
6. C (Tujuan Pendidikan Kesehatan)
7. B (Upaya mencari dan menemukan opini)
8. C (Delbeg technique)
9. A (Evaluasi)
10. D (Tones dalam De Leeuw)

B. Essay

1. Penilaian promotif dilaksanakan saat program berjalan. Dengan cara ini bila ada kekurangan segera dapat diperbaiki.
2. Penilaian sumatif, yakni dilakukan setelah waktu program berakhir. Hal ini berguna untuk melihat apakah tujuan program yang telah ditetapkan dicapai atau tidak.

BAB 11

A. Pilihan Ganda

1. C (Notoatmodjo (2003))
2. A (Melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.)

KEMENKES RI

3. B (Dimensi sasaran, dimensi tempat, dimensi tingkat pelayanan kesehatan)
4. B (Dimensi sasaran kelompok)
5. E (Semua benar)
6. D (Metode pendidikan kelompok)
7. A (Media cetak)
8. A (Alat bantu lihat dan dengar)
9. E (Media elektronik televisi)
10. E (6)

B. Essay

Langkah-langkahnya adalah:

2. Analisis Situasi
3. Penentuan prioritas masalah
4. Penentuan tujuan
5. Penentuan sasaran
6. Penentuan pesan yang akan di sampaikan
7. Penentuan metode
8. Penentuan media
9. Penentuan rencana penilaian
10. Rencana kegiatan.

BAB 12

A. Pilihan Ganda

1. A (Azwar)
2. E (Menumbuhkan rasa saling memiliki)
3. B (Sumber, pesan, media, sasaran.)
4. D (Komunikasi Personal)
5. D (Referen)
6. C (Saluran)
7. B (Empati)
8. C (Komunikasi antar pribadi)
9. A (Sumber, pesan, dan sasaran)
10. A (Interpersonal)

KEMENKES RI

B. Essay

1. **Komunikasi dalam diri individu (*intrapersonal communication*)**

   komunikasi intrapersonal merupakan model bicara seorang diri atau dialog internal yang terjadi secara konstan dan tanpa disadari.

   Tujuan komunikasi intrapersonal adalah kesadaran diri yang memengaruhi konsep diri dan perasaan dihargai. Konsep diri yang positif dan kesadaran diri yang datang melalui dialog internal dapat membantu petugas kesehatan mengekspresikan diri secara tepat kepada orang lain.

2. **Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*)**

   Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi langsung bertatap muka, baik secara individu maupun kelompok. Metode komunikasi antarpribadi yang paling baik adalah konseling karena memungkinkan terjadi dialog terbuka tanpa kehadiran pihak ketiga, lengkap dan keberhasilannya dapat segera dinilai.

   Kekurangan komunikasi antar pribadi adalah membutuhkan waktu, tenaga, dan biaya lebih, dengan keterbatasan sasaran yang terjangkau. Komunikasi antar pribadi yang sehat dapat menghasilkan pemecahan masalah, menumbuhkan berbagai ide, pengambilan keputusan, dan perkembangan pribadi. Petugas kesehatan dapat membantu klien berkomunikasi dalam tingkat antar pribadi yang bermakna.

   Efektivitas komunikasi antarpribadi ditentukan oleh tiga hal berikut ini

   a. Empati, berarti menempatkan diri pada kedudukan orang lain
   b. Respek terhadap perasaan dan sikap orang lain
   c. Jujur dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak komunikasi

3. **Komunikasi massa (*mass communication*)**

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

   Komunikator kompeten yang menghadapi penonton, membutuhkan kemampuan untuk membayangkan dirinya berbicara pada sebuah kelompok.

KEMENKES RI

Kemampuan khusus seperti, penggunaan postur, gerak tubuh, dan nada bicara membantu pembicara untuk mengekspresikan ide-idenya..

BAB 13

A. Pilihan ganda

1. B (Konseling)
2. E (Rehabilitatif)
3. D (Mengajarkan ibu cara memasase perut)
4. A (Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri)
5. C (Layanan keluarga berencana
6. A (Internal)
7. A (Kesetaraan)
8. D (a dan c benar)
9. E (A, B, C)
10. D (Konseling ibu hamil)

B. Essay

a. Hambatan internal : merupakan hambatan pribadi yang berasal dari diri sendiri seperti kurang percaya diri, kurang pengetahuan, ketrampilang konseling, serta ketidakmampuan dalam membentuk jaringan

b. Hambatan eksternal : merupakan hambatan yang muncul pada organisasi dari mitra kerja.

BAB 14

A. Pilihan Ganda

1. B (1-3-2-5-4-6)
2. D (Membentuk sikap tak acuh)
3. C (Waktu pelaksanaan dan tempat kegiatan)
4. D (Penutup)
5. E (Mengevaluasi kegiatan)
6. B (Evaluasi Proses)
7. C (Inventory Approach)
8. A (Merancang desain)
9. B (Historical)
10. E (Eksperimen murni)

KEMENKES RI

B. Essay

1. Record-keepingapproach : Melihat perubahan selama program dijalankan. Menggunakan tampilan diagram atau grafik
2. Inventory approach : Melakukan survey untuk memperkirakan tingkatpencapaian yang didapat
3. Comparative approach : Membandingkan dengan data yang mirip dari program ditempat lain

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI

BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

KEMENKES RI

Diterbitkan Oleh
Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung Pedalangan, Banyumanik, Kota Semarang
perpustakaanpoltekkessmg@yahoo.com
(024)7477208

ISBN 978-602-6536-92-1
9 786026 536921