# MODUL TEORI

# PROMOSI KESEHATAN

**Disusun Oleh :**

**NOVIANTI, S.ST.,M.Keb**

**RINI MUSTIKASARI KURNIA PRATAMA, S.Si.T.,M.Keb**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM**

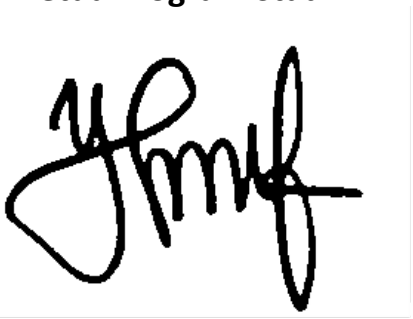
**UNIVERSITAS BENGKULU**

# LEMBAR PENGESAHAN

**Modul Teori Promosi Kesehatan ini sah untuk digunakan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan**
**Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu**

**Disahkan oleh :**

**Ketua Program Studi**



**Yetti Purnama, S.ST.,M.Keb**
NIP: 197705302007012007

# Visi dan Misi

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI BIDAN**
**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM**

# Visi

**Menghasilkan Lulusan Profesi Bidan yang Berbudaya, Unggul dan Profesional Dalam Menjalankan Praktik Kebidanan Holistik Berdasarkan *Evidence Based Midwifery* dengan Penerapan *Interprofessional Education***

# Misi

1. **Menyelenggarakan dan mengembangkan pendidikan akademik dan profesi bidan yang berbudaya, unggul dan profesional pada pelayanan kebidanan holistik berdasarkan *evidence based midwifery* dengan menerapakan Interprofessional Education (IPE)**
2. **Meningkatkan kualitas penelitian dan publikasi ilmiah yang berkontribusi pada IPTEK dan *evidence based midwifery* melalui pendekatan lintas profesi (*Interprofessional Collaboration*/IPC)**
3. **Menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan pengabdian masyarakat bidang asuhan kebidanan yang berorientasi pada pengembangan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak.**
4. **Menerapkan sistem tata kelola yang dapat dipertanggungjawabkan;**
5. **Meningkatkan kerjasama bidang pendidikan dan penelitian dengan berbagai institusi tingkat nasional dan internasional**

# KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Modul teori dengan Judul "Promosi Kesehatan". Penulisan Modul ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran baik bagi dosen maupun mahasiswa. Adanya Modul ini diharapkan dapat menjadi referensi, meningkatkan motivasi dan suasana akademik yang menyenangkan bagi mahasiswa karena sistematika yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran.

Modul ini dapat terselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penyusun mengucapkan terimakasih kepada:

1. Rektor Universitas Bengkulu
2. Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu
3. Koordinator Program Studi Sarjana Kebidanan FMIPA Universitas Bengkulu
4. Tim Dosen.
5. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya buku pedoman ini.

Penulis berharap semoga Modul ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Masukan dan saran yang kontributif selalu diharapkan untuk kesempurnaan dimasa yang akan datang.

Penulis

**Daftar Isi**

Halaman Judul ……... i
Kata Pengantar ……. .ii
Daftar Isi ……... iii
BAB 1 Konsep dasar promosi kesehatan ……..…… 1
BAB 2 Ruang lingkup promosi Kesehatan ……14
BAB 3 Model dan nilai promosi kesehatan ……18
BAB 4 Strategi dalam promosi Kesehatan …… 24
BAB 5 Pendekatan dalam promosi kesehatan ……...……27
BAB 6 Etika promosi kesehatan (analisa masalah, sasarandan tujuan) …… 35
BAB 7 Etika promosi kesehatan (pesan pokok, Metode dan saluran komunikasi serta kegiatan operasional) …….. 40
BAB 8 Etika promosi kesehatan (pemantauan dan Evaluasi, hubungan klien serta determinan Sosial dan hubungannya dengan klien) …… 42
BAB 9 Prinsip perubahan perilaku ……..…….. 44
BAB10 Upaya promosi kesehatan pra nikah dan saat hamil …… 47
BAB 11 Upaya promosi kesehatan promotif, Preventif, Kuratif dan rehabilitative …… 51
BAB 12 Peran bidan dalam promosi Kesehatan …….. 52

# BAB I
# Konsep Dasar Promosi Kesehatan

## 1. Pengertian promosi kesehatan

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu. Promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan pengingkatan pengatahuan masyarakat tentang kesehatan saja, tetapi juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku. Promosi kesehatan (health promotion) adalah upaya meningkatkan status kesehatan dari individu dan komunitas. Promosi kesehatan dalam konteks kesehatan sering dikaitkan dengan penjualan (sales) dan periklanan (advertising) dan dipandang sebagai pendekatan propaganda yang didominasi oleh penggunaan media massa. Ini merupakan kesalahpahaman dengan promosi dalam konteks kesehatan dapat diartikan sebagai memperbaiki kesehatan, memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada agenda peroragangan maupun masyarakat umum (Ewles, 1987).

Health promotion is the process of enabling people to increase control over and improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social, well being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations to satisfy needs, and to change or cope with the environment (Promosi kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan social, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya baik fisik, social budaya dan sebagainya (Otawwa Charter, 1986).

Health promotion is programs are design to bring about change within people, organization, communities, and their environment (Promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan/perbaikan, baik di dalam masyarakat sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya baik fisik, social budaya, politik dan sebagainya (Australian Health Foundation).

## 2.Tujuan promosi kesehatan

Promosi kesehatan bertujuan mengubah perilaku individu kearah gaya hidup yang lebih sehat. Tujuan promosi kesehatan adalah mengubah orang untuk untuk sesuai dengan lingkungan, dan sedikit demi sedikit berbuat untuk lingkungan sebagai tempat yang lebih sehat untuk ditinggali.Tujuan promosi kesehatan adalah memberitahu orang tentang cara-cara dimana perilaku dan gaya hidup mereka dapat mempengaruhi kesehatan mereka, memastikan bahwa informasi itu dapat dimengerti, membantu mereka menggali nilai-nilai, sikap mereka dan membantu mereka mengubah perilaku.

Tujuan kunci dari promosi kesehatan adalah meningkatkan kesadaran akan banayak kebijakan sosio-

ekonomi pada tingkat nasional dan local misalnya kebijakan pekerjaan, perumahan, periklanan, subidi pangan dan pelayanan kesehatan yang tidak mendukung kesehatan dan secara aktif bebrbuat sesuatu untuk mengubah kebijakan-kebijakan itu.

**3. Sasaran promosi kesehatan**

Sasaran promosi kesehatan penting bagi aktifitas promosi kesehatan, ditekannkan pada perkembangan dan kemajuan program promosi kesehatan. Secara bersamaan sasaran dari promosi kesehatan adalah mengubah perilaku individual dan gaya hidup, meningkatkan dukungan social/social support, perkembangan program pemberdayaan kesehatan komunitas dan memberi kewenangan anggota komunitas untuk membuat control terhadap perilaku kesehatan komunitas. Berdasarkan pentahapannya upaya promosi kesehatan inti, maka sasaran dibagi dalam 3 kelompok sasaran.

1). Sasaran primer (Primary target)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya promosi kesehatan. Sesuai dengan permaslahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakuakn terhadap sasaran primer ini sejalan dengan srategi pemberdayaan masyarakat (empowerment).

2). Sasaran sekunder (Secondary target)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adapt dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan promosi kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan promosi kesehatan kepada masyarakat sekitarnya. Disamping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil promosi kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberi contoh atau acuan perilaku sehat bagi m,asyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan social (social support).

3). Sasaran tersier (Tertiary target)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik tingkat pusat, maupun daerah sasaran tertier promosi kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (Advocacy).

**4. Prinsip-prinsip promosi kesehatan**

Promosi kesehatan sangat penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lainya. Akan tetapi hasil promosi kesehatan tidak dapat segera dirasakan, tetapi baru datap dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek *(immediate impact)* promosi kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat, sedangkan peningkatan

pengetahuan saja belum akan berpengaruh terhadap indicator kesehatan.

Pengetahuan kesehatan akan berpengarauh terhadap perilaku sebagai hasil jangka menengah (intermediate impact) dari promosi kesehatan. Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh kepada meningkatnya indicator kesehatan sebagai keluaran (*out come*) promosi kesehatan.

HL 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 ketrurunan mempunayi andil yang paling kecil terhadap status kesehatan. Selanjutnya Lewrence Green menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dilatarbelakangi oleh tiga factor pokok yakni factor predisposisi (predisposing factors) meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai dan sebagainya. Faktor-faktor yang mendukung (enabling factors) meliputi ketersediaan sumber, fasilitas dan factor-faktor yang memperkuat atau mendorong (reinforcing factors) meliputi sikap dan perilaku.

Oleh sebab itu promosi kesehatan merupakan upaya intervensi perilaku harus dioarahkan kepada ketiga factor tersebut. Pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan menerapkan konsep pendidikan didalam bidang kesehatan. Promosi kesehatan merupakan konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti terdapat proses pertumbuhan, lebih matang dari individu, kelompok dan masyarakat dalam mencapai tujuan tersebut, seorang individu, kelompok dan masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar.

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep promosi kesehatan juga merupakan proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilainilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu menjadsi mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu.

**5. Metode promosi kesehatan**

Promosi kesehatan adalah merupakan suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Dengan adanya pesan diharapkan masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku sasaran.

Promosi kesehatan juga merupakan suatu proses yang mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Suatu proses promosi kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan, yakni perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak factor. Faktor tersebut disamping factor masukannya juga factor metode, materi atau pesannya, pendidik atau promoter kesehatan yang melakukannya, dan alat-alat Bantu/alat peraga promosi kesehatan yang dipakai. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka factorfaktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masaukan (sasaran promosi kesehatan tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi harus disesuaikan dengan sasaran. Demikian juga alat bantu promosi kesehatan. Untuk sasaran kelompok, maka metodenya harus berbeda dengan sasaran masa dan sasaran individual.

Dibawah ini akan diuraikan beberapa metode promosi kesehatan individual, kelompok dan massa (public).

1) Metode promosi kesehatan individual (perorangan)

Dalam promosi kesehatan, metode promosi kesehatan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya membina seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedfang tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh/mendengarkan promosi kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil tersebut segera minta imunisasi, adalah pendekatan secara perorangan. Perorangan disini tidak ahanya berarti harus hanya kepada ibu-ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga ibu tersebut.

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

a. Bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling)

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

b. Interview (wawancara)

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

2) Metode promosi kesehatan kelompok

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

a. Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar adalah apabila peserta promosi lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelom,pok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu

diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah.

a. Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi harus memperisiapkan diri dengan:

1) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dengan diagram atau skema.

2) Mempersiapkan alat-alat Bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound system dan sebagainya.

Kunci keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat m,enguasai sasaran ceramah. Untuk itu penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

1) Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.

2) Suara hendaknya cukup keras dan jelas.

3) Pandangan harus tertuju keseluruh peserta ceramah.

4) Berdiri didepan (dipertengahan) tidak boleh duduk.

5) Menggunakan alat Bantu semaksimal mungkin.

2) Seminar

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

b. Kelompok kecil

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

1) Diskusi kelompok

Agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pemimpin diskusi juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa berada dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topic yang dibahas.

Agar terjadi diskusi yang hidup, kaka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur jalannya diskusi sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara dan tidak menimbulkan dominasi dari seorang peserta.

2) Curah pendapat (brainstorming)

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

3) Bola salju (snow balling)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit, maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah-masalah tersbut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap-tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

4) Kelompok-kelompok kecil (buzz group)

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

5) Memainkan peran (role play)

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

6) Permainan simulasi (simulation game)

Metode ini merupakan gabuangan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagai nara sumber.

c. Metode promosi kesehatan massa

Metode promosi kesehatan massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran promosi kesehatan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status social ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah awereness atau kesadaran masyrakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai perubahan perilaku.

Pada umumnya bentuk pendekatannya massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa. Berikut ini akan dijelaskan beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa.

1) Ceramah umum (public speaking)

Pada cara-cara tertentu, misalnya pada hari kesehatan nasional, menteri kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato di hadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesanpesan kesehatan. Safari KB juga meupkana salah satu bentuk pendekatan massa.

2). Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa.

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

4). Sinetron dokter sartika, dalam acara TV pada tahun 1990-an juga merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatn massa.

5). Tulisan-tulisan di majalah atau Koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan dan penyakit juga merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.

6). Bilboard, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Contoh: Billboard ayo ke posyandu.

6. Alat bantu dan media promosi kesehatan

a. Alat bantu/peraga

Pengertian alat bantu/peraga adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Alat peraga ini digunakan untuk mengerahkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek, sehingga mempermudah pemahaman. Seseorang atau masyarakat di dalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/pengetahuan melalui berbagai

macam alat Bantu pendidikan. Tetapi alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda di dalam membantu permasalahan seseorang.

Edgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut. Berturut-turut dari atas sampai bawah sebagai berikut:

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

Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling mendasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses promosi kesehatan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan/pengajaran. Sedangkan penyampaian bahan yang hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Jelas bahwa penggunaan alat peraga merupakan pengalaman salah satu proses pendidikan.

Faedah alat bantu promosi kesehatan adalah

a) menimbulkan minat sasaran promosi kesehatan;

b) mencapai sasaran yang lebih banyak;

c) membantu dalam mengatasi hambatan pemahaman;

d) merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain;

e) mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan;

f) mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan;

g). Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik;

h) membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

Di dalam menerima sesuatu yang baru, manusia mempunyai kecenderungan untuk melupakan atau lupa terhadap pengertian yang telah diterima. Untuk mengatasi hal ini alat Bantu akan membantu menegakkan pengetahuan-pengetahuan yang telah diterimannya oleh manusia sehingga apa yang diterima akan lebih lama tersimpan di dalam ingatan.

Macam-macam alat bantu promosi kesehatan, pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu pendidikan (alat peraga).

a. Alat bantu lihat (visual aids) yang berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses promosi kesehatan. Alat ini ada 2 bentuk1. Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film, film strip dan sebagainya.

2. Alat-alat yang tidak diproyeksikan:

- Dua dimensi: gambar peta, bagan dan sebagainya.
- Tiga dimensi: bola dunia, boneka dan sebagainya.

b. Alat-alat Bantu dengar (audio aids), yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran. Misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan sebagainya.

c. Alat bantu lihat-dengar, seperti televise dan video cassette. Alatalat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan audio visual aids (AVA).

Disamping pembagian tersebut, alat peraga juga dibedakan menjadi dua macam menurut pembuatannya dan penggunaannya.

a. Alat peraga yang rumit (complicated), seperti film, film strip, slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.

b. Alat peraga yang sederhana, yang mudah dibuat sendiri, dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh seperti bamboo, karton, kaleng bekas, Koran bekas dan sebagainya. Contoh alat peraga sederhana yang dapat dipergunakan di eberapa tempat, misalnya: a) dirumah tangga, seperti leaflet, model buku bergambar, bnenda-benda nyata seperti buah-buahan, sayursayuran dan sebaginya; b) di masyarakat umum, misalnya poster, spanduk, leaflet, flannel graph, boneka wayang dan sebagainya.

Ciri-ciri alat peraga sederhana antara lain:

a). mudah dibuat;

b) bahan-bahannya dapat diperoleh dari bahan-bahan local;

c) mencerminkan kebiasaan, kehidupan, dan kepercayaan setempat;

d). ditulis/digambar sederhana;

e) memakai bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat;

f) memenuhi kebutuhan-kebutuhan petugas dan masyarakat.

Sasaran yang dicapai alat bantu promosi kesehatan.

Menggunakan alat peraga harus didasari pengetahuan tentang sasaran promosi yang akan dicapai alat peraga tersebut.

Yang perlu diketahui tentang sasaran, antara lain:

1) individu atau kelompok;

2) kategori-kategori sasaran seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan dan sebagainya;

3) bahasa yang mereka gunakan;

4) adat-istiadat serta kebiasaan;

5) minat dan perhatian;

6) pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.

Tempat menggunakan/memasang alat peraga, antara lain:

1) Keluarga: pada waktu kunjungan rumah, waktu menolong persalinan dan merawat bayi, atau menolong orang sakit;

2) Masyarakat: misalnya pada waktu perayaan hari-hari besar, arisan-arisan, pengajian dan sebagainya serta dipasang juga ditempat-tempat umum yang strategis misalnya terminal, halte bis dan sebagainya;

3) Instansi-instansi: antara lain dipuskesmas, rumah sakit, kantor-kantor, sekolah-sekolah dan sebagainya.

Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh:

1) petugas-petugas puskesmas/kesehatan;

2) kader kesehatan;

3) guru-guru sekolah dan tokoh-tokoh

masyarakat lainnya;

4) pamong desa.

Cara mempergunakan alat peraga; tergantung pada jenis alatnya. Menggunakan alat peraga gambar sudah tentu berbeda dengan menggunakan film strip. Disamping itu mempertimbangkan sasaran promosi kesehatan. Dan yang lebih penting bahwa alat peraga yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat para pesertannya. Pada waktu menggunakan AVA hendaknya memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

a) senyum adalah lebih baik, untuk mencari simpati;

b) tunjukkan perhatian bahwa hal yang akan dibicarakan/dipergunakan adalah penting;

c) pandangan mata hendaknya ke seluruh pendengar agar mereka tidak kehilangan control pihak promoter kesehatan;

d). gaya bicara hendaknya bervariasi agar pendengar tidak bosan dan mengantuk;

e) ikut sertakan para peserta dan berikan kesempatan untuk memegang dan atau mencoba alat-alat tersebut;

f). Bila perlu berilah selingan humor, guna menghidupkan suasana.

b). Media promosi kesehatan

Yang dimaksud dengan media promosi kesehatan pada hakikatnya adalah alat Bantu promosi kesehatan, yaitu merupakan saluran (channel) untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut dipergunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien.

Berdasarkan fungsinya sebagi penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 bagian yakni media cetak, media elektronik dan media papan.

1). Media cetak

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

1. Booklet, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
2. Leaflet, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesanpesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kelimat maupun gambar atau kombinasi.
3. Flyer (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
4. Flifchart (lembar balik), ialah media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman)berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
5. Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
6. Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan-pesan/informasi kesehatan yang biasanya ditempel ditembok-tembok, ditempat-tempat umum atau dikendaraan umum.
7. Foto yang m,engungkapkan informasi-informasi kesehatan
8. Brodsis, ialah lembaran besar yang dilipat dengan perhitungan khusus agar setiap bagian dari lipatan itu memuat informasi yang berdiri sendiri.
9. Folder, ialah bentuk lembaran yang dilipat satu kali/lebih, bidang halaman bagian luar didesain lebih memikat selayaknya sampul/cover.

2).Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya, antara lain:

1. Televisi

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

2. Radio

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

3. Video

Penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan dapat melalui video

4. Slide

Slide juga dapat dipergunakan untuk menyampaikan pesa-pesan atau informasi kesehatan.

5.Film strip

Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

3).Media papan (Billboard)

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

7. Sejarah promosi kesehatan

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang dari ilmu kesehatan, juga mempunyai dua sisi, yakni ilmu dan seni. Dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan merupakan penunjang bagi program-program kesehatan lainnya. Artinya setiap program kesehatan misalnya pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan dan sebagainya. Perlu ditunjang atau dibantu oleh pendidikan kesehatan atau penyuluhan kesehatan. Hal ini essensial, karena masing-masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Dari pengalaman bertahun-tahun pelaksanaan pendidikan ini, baik di Negara maju maupun Negara berkembang mengalami berbagai hambatan dalam rangka pencapaian tujuannya, yakni mewujudkan perilaku hidup sehat bagi masyarakatnya. Hambatan yang paling besar dirasakan adalah faktor pendukungnya (*enabling factors*). Dari penelitian-penelitian yang yang terungkap, meskipun kesadaran dan pengetahuan masyarakat sudah tinggi tentang kesehatan, namun praktek (practice) tentang kesehatan atau perilaku hidup sehat masyarakat masih rendah. Setelah dilakukan pengkajian oleh organisasi kesehatan dunia (WHO), terutama di Negara-negara berkembang, ternyata faktro pendukung atau sarana dan prasarana tidak mendukung masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Misalnya: meskipun kesadaran dan pengetahuan orang atau masyarakat tentang kesehatan: sanitasi lingkungan, gizi, imunisasi, pelayanan kesehatan, sudah tinggi, tetapi apabila tidak didukung oleh fasilitas yaitu tersedianya jamban sehat, air bersih, makanan yang bergizi, fasilitas imunisasi, pelayanan kesehatan, maka mereka sulit untuk mewujudkan perilaku sehat.

Oleh sebab itu WHO pada awal tahun 1980-an menyimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tidak mampu mencapai tujuannya, apabila hanya memfokuskan pada upaya-upaya perubahan perilaku saja. Pendidikan kesehatan harus mencakup pula upaya perubahan lingkungan fisik dan social budaya, pollitik, ekonomi sebagai penunjang atau pendukung perubahan perilaku tersebut.

Sebagai perwujudan dari perubahan konsep pendidikan kesehatan ini secara organisasi structural, maka pada tahun 1984, Divisi pendidikan kesehatan (health education), di dalam WHO diubah menjadi Divisi Promosi dan Pendidikan Kesehatan (Division on health promotion and education). Sekitar 16 tahun kemudian, yakni awal tahun 2000 Departemen kesehatan RI baru dapat menyesuaikan konsep WHO ini dengan mengubah Pusat Penyuluhan kesehatan Masyarakat (PKM) menjadi Direktorat Promosi Kesehatan dan sekarang berubah menjadi Pusat Promosi Kesehatan.

# BAB 2
# Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

1. Ruang lingkup berdasarkan aspek kesehatan

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup 4 aspek pokok, yakni promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Ahli lain hanya membagi menjadi dua aspek, yakni a) aspek preventif (pencegahan) dan kuratif(penyembuhan) dengan sasaran kelompok orang beresiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit. Sejalan dengan hal ini, maka ruang lingkup promosi kesehatan dikelompokkan menjadi dua.

a. Promosi kesehatan pada aspek promotif

Sasaran promosi kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat. Selama ini kelompok orang sehat kurang memperoleh perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat. Padahal kelompok orang sehat di suatu komunitas sekittar 80-85% dari populasi. Oleh karena itu promosi kesehatan pada kelompok ini perlu ditingkatkan atau dibina agar tetap sehat, atau lebih meningkat lagi. Derajat kesehatan adalah dinamis, oleh sebab itu meskipun seseorang telah dalam kondisi sehat tetapi perlu ditingkatkan dan dibina lagi kesehatannya.

b. Promosi kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan

Pada aspek ini upaya promosi kesehatan mencakup 3 (tiga) upaya atau kegiatan yakni:

1) Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok masyartakat yang beresiko tinggi (high risk), misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, para prokok, obesitas (orang-orang yang kegemukan), para pekerja seks komersial (pria dan wanita). Tujuan upaya promosi kesdehatan pada keompok ini adalah agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.

2) Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah para pendserita penyakit kronis, misalnya asma, diabetes mellitus, tuberculosis, 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 tiga (*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 kesehatnnya. Dengan perkataan lain menolong para penderita yang baru sembuh dari penyakitnya ini agar tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacadan seminimal mungkin (rehabilitasi).

b. Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan pelaksanaan

Berdasarkan tatanan (setting) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan promosi kesehatan, maka ruang lingkup promosi kesehatan ini dapat dikelompokkan 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. Dia dalam keluargalah mulai berbentuk perilaku-perilaku masyarakat. Orang tua (ayah dan ibu) merupakan sasaran utama dalam promosi pada tatanan ini. Karena orang tua, terutama ibu merupakan peletak dasar perilaku, terutama perilaku kesehatan bagi anak-anak mereka.

b) Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

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

c) Promosi kesehatan ditempat kerja

Tempat kerja merupakan tempat orang dewasa memperoleh nafkah untuk keluarga. Lingkungan kerja yang sehat (fisik dan non fisik) akan mendukung kesehatan pekerja atau karyawannya dan akhirnya akan menghasilkan produktifitas yang optimal. Sebaliknya lingkungan kerja yang tidak sehat serta rawan kecelakaan kerja akan menurunkan derajatkesehatan pekerjannya dan akhirnya kurang produktif. Oleh sebab itu pemilik, pemimpin, atau manejer dari institusi tempat kerja termasuk perkantoran merupakan sasaran promosi kesehatan sehingga mereka peduli terhadap kesehatan para pekerjanya dan mengembangkan unit promosi kesehatan ditempat kerja.

d) Promosi kesehatan di tempat-tempat umum

Tempat-tempat umum disini mencakup pasar, terminal bus, Bandar udara, tempat-tempat perbelanjaan olah raga, tamantaman 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 tempattempat umum merupakan sasaran promosi kesehatan agar mereka melengkapi tempat-tempat umum dengan fasilitas yang dimaksud, disamping melakukan himbauan-himbauan kebersihan dan kesehatan bagi pemakai tempat umum atau masyarakat melalui pengeras suara, poster, leaflet dan sebagainya.

e) Fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan ini mencakup rumah sakit, puskesmas, poliklinik, rumah bersalin dan sebagainya. Kadangkadang sangat ironis, dimana rumah sakit atau puskesmas tidak menjaga kebersihan fasilitas pelayanan kesehatan. Keadaan fasilitas tersebut kotor, bau, tidak ada air, tidak ada tempat sampah dan sebagainya. Oleh sebab itu pimpinaan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan sasaran utama promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan ini. Mereka inilah yang bertanggungjawab

atas terlaksanannya promosi kesehatan di institusinya. Kepada para pemimpin atau manejer institusi-institusi pelayanan kesehatan ini diperlukan kegiatan advokasi, sedangkan bagi para karyawannya diperlukan pelatihan-pelatihan tentang promosi kesehatan.

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, health education, growth and development, rumah sehat, hiburan sehat, marriage counseling, sex education, kesehatan perorangan dan sebagainya.

b. Perlindungan umum dan khusus (*General and specific protection*)

Dalam program perlindungan umum dan khusus ini meliputi imunisasi, hygiene perorangan, perlindungan dari lingkungan, accidental safety, occupational health, perlindungan dari carcinogenic, toxin dan allergen, pengendalian sumber pencemaran dan sebagainya.

c. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompti treatment*)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakitpenyakit yang terjadi di dalam masyarakat sering sulit dideteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakit. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak boleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu promosi kesehatan sangandiperlukan pada tahap ini. Kegiatan pada tahap ini antara lain: Early case finding, general *check up*, mass screening, *survey contact school, household, case holding, adequate treatment*.

d. Pembatasan cacad (disability limitation)

Kurangnya pengertian dan kesadaran masrakat tentang kesehatan dan penyakit, seringkali mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Mereka tidak melakukan pengobatan dan pemeriksaan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacad atau memiliki ketidakmampuan untuk melakukan sesuatu. Oleh karena itu promosi kesehatan juga diperlukan pada tahap ini. Kegiatan yang termasuk dalam tahap ini adalah penyempurnaan dan intensifikasi, terapi lanjutan, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas kesehatan, penurunan beban social dan sebagainya.

e. Rehabilitasi (rehabilitation)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadangkadang orang menjadi cacad. Untuk memulihkan cacadnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena itu kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut ia tiadak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Oleh sebab tu, promosi kesehatan diperlukan pada tahap ini. Yang termasuk kegiatan pada tahap ini adalah health education lanjutan, perkampungan rehabilitasi social, penyadaran masyarakat, lembaga rehabilitasi dan partisipasi masyarakat.

4. Ruang lingkup promosi kesehatan dalam praktek kebidanan berdasarkan sasarannya

Ruang lingkup promosi kesehatan dalam praktek kebidanan menurut sasarannya meliputi:

a. Sasaran bayi meliputi ASI Ekslusif, perawatan bayi, Gizi pada bayi

b. Sasaran anak balita meliputi: Gizi pada balita, tumbuh kembang balita

c. Sasaran remaja meliputi: Gizi pada remaja, kesehatan reproduksi remaja, marriage counseling, kenakalan remaja, drug abuse dan sebagainya

d. Sasaran ibu hamil meliputi: gizi ibu hamil, Ante natal care, Ibu hamil resiko tinggi, perawatan payudara, senam hamil, perispan persalinan.

e. Sasaran ibu bersalin meliputi: pendampingan suami/keluarga, macam-macam posisi persalinan, Asuhan persalinan normal, Intra natal care dan sebagainya

f. Sasaran ibu nifas meliputi: perawatan payudara masa nifas, ASI ekslusif, gizi pada ibu nifas , Post natal care bagi ibu, senam nifas dan sebagainya.

g. Sasaran ibu meneteki meliputi: cara meneteki yang benar, ASI Ekslusif, perawatan payudara masa nifas, gizi pada ibu meneteki

h. Sasaran pasangan usia subur / wanita usia subur meliputi:

Keluarga berencana, persiapan perkawinan, pengaturan jumlah anak, kesehatan reproduksi dan sebagainya

i. Sasaran klimekterium/menopause meliputi: persiapan menghadapi menopause, osteoporosis dan sebagainya.

# BAB 3
# Model dan Nilai Promosi Kesehatan

1. Health Belief Model (HBM)

Model kepercayaan adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio-psikologis. Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencehagan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider. Kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (preventive health behavior), yang oleh Becker (1974 dikembangkan dari teori lapangan (Field theory, Lewin, 1954) menjadi model kepercayaan kesehatan (health belief model).

Kerangka teori

Teori Lewin menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkup kehidupan social (masyarakat). Didalam kehidupan ini individu akan bernilai, baik positif maupun negative, di suatu daerah positif, maka berarti ia ditolak dari daerah negative. Implikasinya di dalam kesehatan adalah penyakit atau sakit adalah suatu negative sedangkan sehat adalah wilayah positif.

Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakannya melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut.

1) Kerentanan yang dirasakan (perceived susceptibility)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (susceptible) terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tertentu.

2) Keseriusan yang dirasakan (perceived seriousness)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Penyakit polio, misalnya akan dirasakan lebih serius dibandingkan dengan flu. Oleh karena itu tindakan pencegahan polio akan lebih banyak dilakuakn bila dibandingkan dengan pencegahan (pengobatan) flu.

3) Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (perceived benefits and barriers)

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan sesuatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.

4) Isyarat atau tanda-tanda (cues)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa factor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit dan sebagainya.

2. Model Sistem Kesehatan (Health System Model)

Anderson (1974) menggambarkan model system kesehatan (health system model) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Di dalam model Anderson ini terdapat 3 kategori terutama dalam pelayanan kesehatan, yakni karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung dan karakteristik kebutuhan.

1. Karakteristik predisposisi (predisposing characteristics)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan dalam 3 kelompok:

a. Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur

b. Struktur social, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan,
kesukuan atau ras dan sebagainya.

c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa
pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan
penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa:

- Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan-perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan penyakit mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- Setiap individu mempunyai perbedaan struktur social, mempunyai perbedaan gaya hidup dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
- Individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

2. Karakteristik pendukung (enabling characteristics)

Karakteristik ini mencermikan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

3. Karakteristik pendukung (need characteristics)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dan terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan enabling itu ada. Kebutuhan (need) disini dibagi menjadi 2 kategori, dirasa atau perceived (subject assessment) dan evaluated *(clinical diagnosis*).

3. Teori adopsi Innovasi Rogers

Implisit dalam proses perubahan perilaku adalah sesuatu ide/gagasan baru, yang diperkenalkan kepada individu dan yang diharapkan untuk diterima/dipakai oleh individu tersebut. Seorang ahli ilmu social Rogers menamakan teorinya sebagai teori Innovation decision process yang diartiakn sebagai proses kejiwaan yang dialami seorang individu, sejak menerima informasi/pengethuan tentang sesuatu hal yang baru, sampai pada saat dia menerima atau menolak ide baru itu. Mulai-mula Rogers dibantu oleh rekannya, Shoemaker (1971), menyatakan bahwa proses adopsi innovasi itu adanya ide baru (awareness), menaruh perhatian terhadap ide itu (interest), memberi penilaian (evaluation), mencoba memakainya (trial) dan kalau menyukainya maka setuju untuk menerima ide/hal baru itu (adoption).

Sesuai dengan tahap-tahap perkembangan proses adopsi innovasi ini maka peran promoter kesehatan berubah-rubah, tergantung dari tahap yang sedang dialami oleh individu. Mulaimula promotor kesehatan memberikan informasi tentang suatu ide atau hal baru, agar masyarakat mengenalnya. Misalnya tentang penyakit kurang gizi dan cara pencegahannya. Informasi dilanjutkan dengan kampanye dan penyuluhan lebih lanjut agar masyarakat menjadi tertarik kepada topic itu.

Jika sudah timbul minat, maka digunakan metode persuasi untuk membujuk agar para ibu bersedia mengikuti anjuran dalam kampanye perbaikan gizi tersebut, yaitu antara lain dengan memberikan kepada anak-anak bubur kedelai yang tinggi protein, yang bisa diolaah dalam berbagai jenis kue dan masakan itu. Persuasi itu membuat ibu-ibu berfikir dan mempertimbangkan untung-ruginya membuat panganan dari bubur kedele untuk anak-anak mereka.

Dalam fase evaluasi ini factor-fktor yang turut dipertimbangkan adalah harga, kemudahan mengerjakannya, kesesuaian dengan norma social, manfaat yang nyata, resiko dan kesempatan untuk mencobanya sebelum memutuskan untuk menerima atau menolak ide yang ditawarkan tersebut. Berdasarkan pertimbangan tersebut dan terutama setelah mencobanya lebih dulu, barulah para ibu memutuskan apakah akan membeli bubuk kedele itu demi kesehatan anaknya atau tidak.Dari pengalaman ini, ternyata Rogers dan Shoemaker menyimpulkan bahwa proses adopsi ini tidak berhenti segera setelahg suatu inovasi diterima atu ditolak. Situasi ini kelak dapat berubah lagi sebagai akibat dari pengaruh lingkungannya. Oleh karena itu, maka Rogers dan Shoemaker (1978) mengubah teori mereka dengan mambagi proses pembuatan keputusan tentang inovasi menjadi empat tahap. Mula-mula individu menerima informasi dan pengetahuan berkaitan dengan ide baru (tahap knowledge). Petugas kesehatan membujuk atau meningkatkan motivasi masyrakat agar bersedia menerima objek/topic yang dianjurkan tersebut (tahap persuasion). Tergantung kepada hasil persuasi petugas dan pertimbangan pribadi individu, maka dalam tahap decision dibuatlah keputusan untuk menerima atau justru menolak ide tersebut. Selanjutnya promotr kesehatan perlu mengadakan penguatan (confirmation) dimana dia meminta dukungan dari lingkungannya atas keputusannya yang diambil itu.

Tidak setiap orang mempunyai kecepatan yang sama dalam hal mengadopsi sesuatu yang baru. Golongan yang paling cepat menerima ide baru/perubahan ialah golongan pelopor (innovator) yang biasanya terdiri dari kelompok yang terpelajar, berfikiran maju, lebih banyak berkomunikasi dan

berhubungan dengan kehidupan modern, lebih terbuka atau berani melakukan tindakan yang belum tentu diterima oleh masyarakat (adventurous). Jika kelompok pelpor yang jumlahnya sangat kecil ini telah tampak mulai menerapkan perilaku baru itu, maka perubahan itu diikuti oleh kelompok early majority atau kelompok mayoritas awal. Artinya perubahan perilaku itu telah mulai meluas tetapi belum mencapai mayoritas kelompoks sasaran. Secara berangsur-angsur perluasan itu berkembang mencapai sebagaian terbesar kelompok sasaran (late majority). Namun dalam setiap masyarakat tentu dijumpai kelompok yang sukar sekali menerima inovasi. Golongan ini disebut laggard yang biasanya terdiri dari orang-orang yang kuat menganut tradisi, tua dan kurang terpelajar. Karena sukarnya mengubah perilaku golongan terakhir ini, maka sebaiknya promoter kesehatan tidak menghabiskan waktu dan dana mereka untuk tetap menggarap kelompok ini.

4. Teori pertentangan kekuatan dari Kurt Lewin

Seorang ahli psikologi social, Kurt Lewin membuat teori yang dapat digunakan untuk menjelaskan terjadinya suatu perilaku. Teori yang dinamakan force field analysis ini berasumsi bahwa didalam diri individu selalu terdapat kekuatan/dorongan yang saling bertentangan. Di satu pihak ada kekuatan yang mendorong individu untuk melakukan sesuatu tindakan (driving forces) tetapi ada pula kekuatan yang justru melarang/menghambat dilakukannya tindakan tersebut (restraining forces). Pertentangan antara kedua macam kekuatan ini membuat individu merasa gelisah atau tidak tenang dan harus memutuskan untuk memilih salah satu diantara kedua kekuatan itu agar dicapai keseimbangan/equilibrium dan ketenangan. Dalam proses perubahan perilaku biasanya yang diinginkan adalah adalah agar individu memilih/memenagkan driving frces atau kekuatan yang mendorong untuk melakukan tindakan seperti dianjurkan dalam inovasi tersebut. Ahar hal ini tercapai, maka menurut Lewin dapat ditempuh tiga macam cara:

1. Memperkuat driving forces, dengan cara menggalakkan upaya persuasi dan pemberian informasi tentang program kesehatan yang sedang dilaksanakan;
2. Mengurangi restraining forces, yaitu memperkecil hambatanhambatan yang ada dalam diri individu (fisik, psikologis, ekonomis) serta di masyarakat (tabu, tradisi, norma social);
3. Memperkuat unsure penorong dan sekaligus mengurang hambatan-hambatan yang ada.

Perubahan perilaku itu sendiri tidaklah terjadi secara langsung melainkan melalui lima tahap yang oleh Lewin disebut tahap-tahap mencair sampai memberku kembali (unfreezing to refreezing). Suatu perilaku atau kebiasaan itu diibaratkan sebagai air yang membeku. Maka jika kebiasaan/perilaku itu akan diubah, haruskah dicairkan dulu, diberi bentuk baru, untuk kemudian dibekukan kembali dalam bentuk baru itu. Proses itu dimulai dengan:

1. Tahap pencairan (unfreezing)

Dimana individu mencari berbagai informasi sehubungan dengan hal/perilaku baru tersebut serta menyiapkan diri untuk berubah meninggalkan kebiasaan lamanya.

2. Tahap diagnosa masalah (problem diagnosis)

Pada tahap ini individu mulai mengidentifikasi semua kemungkinan yang berkaitan dengan dengan perilaku yang baru itu, keuntungannya, hambatannya, dan resikonya jika perilaku itu diterima atau ditolaknya.

3. Tahap penentuan tujuan (goal setting).

Berdasarkan pertimbangan tadi maka individu menentukan tujuan dari perubahan perilaku tersebut, artinya untuk apa dia berubah dan sampai sejauhmana dia akan berubah.

4. Tahap penerimaan perilaku baru (new behavior)

Merupakan fase dimana individu mulai mencoba mempraktekkan perilaku yang baru dan mengevaluasi dampak perubahan perilaku tersebut.

5. Tahap pembekuan kembali (refreezing).

Jika ternyata perilaku itu berdampak positif dan nyata manfaatnya, maka perilaku tersebut akan diterima/diinternalisasikan sebagai pola perilaku yang permanent, menggantikan perilaku yang lama.

5. Model perubahan perilaku dari Green

Suatu teori dikembangkan oleh Lawrence Green yang mengatakan bahwa kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh dua factor pokok, yaitu factor perilaku dan factor-faktor diluar perilaku (non perilaku). Selanjutnya factor perilaku ini ditentukan oleh tiga kelompok factor: factor predisposisi (*predisposing factors*) mencakup pengetahuan individu sikap, kepercayaan, tradisi, norma social dan unsure-unsur yang lain yang terdapat pada diri individu dan masyarakat. Faktor pendukung (*enabling factors*) ialah tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya, sedangkan factor pendorong *(reinforcing factors*) adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan. Green menyatakan bahwa promosi kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah dan menguatkan ketiga kelompok factor itu agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program kesehatan.

Model teori Green ini dapat digambarkan dalam skema berikut ini:

Sebagai contoh model Green ini dapat digunakan untuk menganalisa program imunisasi di Indonesia. Perintah menyediakan sarana obat dan petugas imunisasi disetiap desa (factor pendukung); para dokter, perawat dan petugas imunisasi memberikan penyuluhan (promosi kesehatan) dan mendekati para ibu yang anaknya memerlukan imunisasi (faktor pendorong), sehingga ibu-ibu menjadi paham atas pentingnya mencegah penyakit melalui imunisasi (faktor predisposisi). Ini semua diarahkan untuk mencapai perilaku yang po sitif, yaitu membawa anaknya ke posyandu, puskesmas atau praktek dokter swasta, untuk imunisasi. Namun disamping perilaku, ada pula aspek non perilaku yang dapat mempengaruhi pencapaian kesehatan individu/masyarakat, misalnya sulitnya mencapai sarana pelayanan kesehatan, mahalnya biaya transportasi dan pengobatan.

6. Stress dan Adaptasi

Penyesuaian diri (adaptasi) menurut WA Gerungan adalah mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan, tetapi juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan (keinginan diri). Penyesuaian diri adalah usaha dari perilaku yang tujuannya mengatasi kesulitan dan hambatan. Kesulitan dan hambatan yang dialami seseorang adakalanya dapat menimbulkan stress.

Stress menurut Hans Selye adalah reaksi tubuh yang tidak khas atas setiap tuntutan yang dihadapi. Dadang Hawari menyatakan stress adalah suatu bentuk ketegangan yang mempengaruhi fungsi alat-alat tubuh.Jadi stress adalah reaksi tubuh terhadap situasi yang menimbulkan tekanan, perubahan dan ketegangan emosi dan lainlain. Stress dapat terjadi bila tubtutan diri/keinginan tidak terpenuhi.

Stress ada beberapa macam/jenisnya sesuai dengan penyebabnya, diantaranya:

1. Stress fisik : temperature, suara, beban sinar, arus listrik.
2. Stress kimiawi: asam , basa, obat-obatan, zat beracun, hormone, gas dsb.
3. Stress mikrobiologik: virus, bakteri, parasit
4. Stress fisiologik: Gangguan struktur, fungsi jaringan tubuh, organ, sistematik.
5. Stress proses pertumbuhan dan perkembangan: pubertas, perkawinan, ketuaan
6. Psikik/Emosional: hubungan interpersonal, social budaya, keagamaan.

Kemampuan seseorang untuk menagahn stress teragntung kepada sifat dan hakekat stress (intensitas lamanya, loikal atau general) dan sifat individu (terutama menyangkut proses adaptasi.

Adaptasi adalah perubahan anatomic, psikologik dan fisiologik dalam diri seseorang yang terjadi sebagi reaksi terhadap stress.

Ada 2 macam adaptasi, yaitu:

1. Adaptasi secara fisiologik terjadi secara local maupun umum.
2. Adaptasi secara psikologik, bisa terjadi:

a) Secara sadar individu mencoba memecahkan/menyesuaikan diri dengan masalah;

b) Secara tidak sadar menggunakan mekanisme pertahanan diri (defence mechanism); dan

c) Menggunakan gejala fisik (konversi) atau psikologik/psikosomatik.

# BAB 4
# Strategi Promosi Kesehatan

1. Strategi Global (Global strategy) menurut WHO, 1984

a. Advokasi (Advocacy)

Kegiatan yang ditujukan kepada pembuat keputusan (decission makers) atau penentu kebijakan (policy makers) baik dibidang kesehatan maupun sector lain diluar kesehatan, yang mempunyai pengaruh terhadap public. Tujuannya agar para pembuat keputusan ini mengeluarkan kebijakan-kebijakan, antara lain dalam bentuk: peraturan, undang-undang, instruksi dan sebagainya yang menguntungkan kesehatan public. Bentuk kegiatan advokasi ini antara lain: lobbying, pendekatan atau pembicaraan-pembicaraan formal atau informal terhadap para pembuat keputusan, penyajian isu-isu atau masalah-masalah kesehatan atau yang mempengaruhi kesehatan masyarakat setempat, seminar-seminar masalah kesehatan dan sebagainya. Output kegiatan advokasi adalah undang-undang, peraturan-peraturan daerah, instruksi-instruksi yang mengikat masyarakat dan instansi terkait dengan masalah kesehatan. Oleh sebab itu sasaran advokasi ini adalah para pejabat eksekutif, dan legislative, para pemimpin dan pengusaha, serta organisasi politik dan organisasi masyarakat, baik tingkat pusat, propinsi, kabupaten, kecamatan maupun desa atau keluarahan.

b. Dukungan social (Social Support)

Kegiatan yang ditujukan kepada para tokoh masyarakat, baik formal (guru, lurah, camat, petugas kesehatan dan sebagainya) maupun informal (tokoh agama dan sebagainya) yang mempunyai pengaruh dimasyarakat. Tujuan kegiatan ini adalah agar kegiatan atau program kesewhatn tersebut memperoleh dukungan para tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga). Selanjutnya toma dan toga ini dapat menjembatani antara pengelola program kesehatan dengan masyarakat. Pada masyarakat yang masih paternalistic seperti Indonesia ini toma dan toga merupakan panutan perilaku masyarakat yang sangat signifikan. Oleh sebab itu apabila toma dan toga sudah mempunyai perilaku sehat, akan mudah ditiru anggota masyarakat yang lain. Bentuk kegiatan mencari dukungan social ini antara lain: pelatihan-pelatihan para toma-toga, seminar, lokakarya, penyuluhan dan sebagainya.

c. Pemberdayaan masyarakat (empowerment)

Pemberdayaan ini ditujukan kepada masyarakat langsung sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri. Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan antara lain: penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pembangunan masyarakat (PPM) dalam bentuk pendapatan keluarga (latihan menjahit, pertukangan, peternakan dan sebagainya). Melalui kegiatan-kegiatan tersebut diharapkan masyarakat memiliki kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (*self reliance in health*).

Oleh karena itu bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat ini lebih pada kegiatan penggerakan masyarakat untuk kesehatan, misalnya: adanya dana sehat, pos obat desa, gotong royong kesehatan dan sebagainya, maka kegiatan ini sering disebut gerakan masyarakat untuk kesehatan. Meskipun demikian tidak semua pemberdayaan masyarakat itu berupa kegiatan gerakan masyarakat.

2. Strategi promosi kesehatan berdasarkan Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*)

Konferensi Internasional promosi kesehatan di Ottawa Canada tahun 1986 menghasilkan piagam Ottawa (Ottawa Charter), dan salah satunya rumusan strategi promosi kesehatan yang dikelompokkan menjadi 5 (lima) butir.

a. Kebijakan berwawasan kesehatan (healthy public policy)

Kegiatan ini ditujukan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan. Sehingga dikeluarkan atau dikembangkannya kebijakan-kebijakan pembangunan yang berwawasan kesehatan. Hal ini berarti bahwa setiap kebijakan pembangunan dibidang apa saja harus mempertimbangkan dampak kesehatnnya bagi masyarakat. Misalnya apabila seseorang akan mendirikan pabrik atau industri, maka sebelumnya harus dilakukan analisis dampak lingkungan, sejauhmana lingkungan akan tercemar oleh limbah pabrik tersebut, yang akhirnya berdampak terhadap kesehatan masyarakat sekitarnya.

b. Lingkungan yang mendukung (supportive environment)

Kegiatan untuk mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung. Kegiatan ini ditujukan kepada para peimpin organisasi masyarakat serta pengelola tempat-tempat umum (public places). Kegiatan ini diharapkan memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non-fisik yang mendukung atau kondusif terhadap kesehatan masyarakat.

c. Reorientasi pelayanan kesehatan (reorient health service)

Kesehatan masyarakat bukan hanya masalah pihak pemberi pelayanan (provider), baiik pemerintah maupun swasta saja, melainkan juga masalah masyarakat sendiri (consumer). Oleh sebab itu penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga merupakan tanggung jawab bersama antara pihak pemberi pelayanan (provider) dan pihak penerima pelayanan (consumer). Dewasa ini titik berat pelayanan kesehatan masih berada pada pihak pemerintah dan swasta. Dan kurang melibatkan masyarakat sebagai penerima pelayanan. Melibatkan masyarakat dalam pelayanan berarti memberdayakan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatnnya sendiri. Bentuk pemberdayaan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan mereka bervariasi, mulai dari terbentuknya lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang peduli terhadap kesehatan, baik dalam bentuk pelayanan maupun bantuan-bantuan tehnis (pelatihan-pelatihan), sampai dengan upaya-upaya swadaya masyarakat sendiri.

d. Ketrampilan individu (personal skill)

Kesehatan masyarakat adalah agregat, yang terdiri dari kelompok, keluarga, dan individu. Oleh ebab itu kesehatan masyarakat terwujud apabila kesehatan kelompok, keluarga dan individu terwujud. Oleh sebab itu meningkatkan ketrampilan setiap anggota masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (personal skill) adalah sangat penting.

Hal ini berarti bahwa masing-masing individu di dalam masyarakat seyogyanya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang baik terhadap cara memelihara kesehatnnya, mengenal penyakitpenyakit dan kesehatannya, dan mampu mencari pengobatan yang layak bilamana mereka atau anak-anak mereka sakit.

e. Gerakan masyarakat (Community action)

Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat akan efektif bila unsure-unsur yang ada di masyarakat tersebut bergerak bersama-sama. Dengan kata lain meningkatkan kegiatan-kegiatan masyarakat dalam mengupayakan peningkatan kesehatan mereka sendiri adalah wujud dari gerakan masyarakat (community action).

# BAB 5
# Pendekatan Promosi Kesehatan

1. Pendekatan perubahan perilaku

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relative lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupan melalui 3 tahap.

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluargannya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya dan apa bahaya-bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut. Indikator-indikator apa yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kewsadaran terhadap kesehatan dapat dikelompokkan menjadi:

a) Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:-

penyebab penyakit-gejala atau tanda –tanda penyakit bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan-bagaimana cara penularannya-bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi dan sebagainya.

b) Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:-jenis-jenis makanan yang bergizi-manfaat makan yang bergizi bagi kesehatan-pentingnya olah raga bagi kesehatan-penyakit-penyakit atau bahaya-bahaya merokok, minum-minuman keras, narkoba-pentingnya istirahat cukup, melkukan relaksasi, rekreasi dan sebagainya bagi kesehatan.

c) Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan:-manfaat air bersih-cara-cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat dan sampah.-manfaat pencahayaan dan penerangan rumah sehat-akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi kesehatan dan sebagainya.

2. Sikap

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

a) Sikap terhadap sakit

Adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap: gejala-gejala atau tanda-tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyekit dan sebagainya.

b) Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat

Adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara – cara perperilaku hidup sehat. Dengan kata lain pendapat atau penilaian terjhadap makanan, minuman, olah raga, relaksasi atau istirahat yang cukup dan sebagainya bagi kesehatan.

c). Sikap terhadap kesehatan lingkungan

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

3. Praktek atau tindakan (practice)

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

a. Tindakan (praktek) sehubungan dengan penyakit

Tindakan atau perilaku ini mencakup:

a) pencegahan terhadap penyakit, mengimunisasikan anaknya, melakukan pengurasan bak mandi seminggu sekali, menggunakan masker pada waktu kerja ditempat berdebu dan sebagainya, dan

b) penyembuhan penyakit, misalnya minum obat sesuai dengan anjuran dokter, melakukan anjuran-anjuran dokter, berobat fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat dan sebagainya.

b. Tindakan (praktek) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Tindakan atau perilaku ini mencakup antara lain:

mengkonsumsi makan dengan gizi seimbang, melakukan olah raga secara teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba dan sebagainya.

c. Tindakan atau praktek kesehatan lingkungan

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

Secara teori memamng perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan diatas, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (knowledge)-sikap (attitude)-praktek (practice) atau K-A-P, PSP.

Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti diatas (K-A-P), bahkan di dalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya, artinya seseorang telah berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negative.

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

terakhir.

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

1.Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat dipenagrauhi oleh 2 faktor pokok, yakni factor perilaku (behavior causes) dan factor di luar perilaku (*non behavior causes*).

Selanjutnya perilaku itu sendiri

ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

a. Faktor-faktor predisposisi (predisposing factors), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

b. Faktor-faktor pendukung (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersediannya fasilitasfasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obatobatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

c. Faktor-faktor pendorong (reinforcing factors), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan keleompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan:

dimana:

B = Behavior

PF = Predisposing Factors

EF = Enabling Factors

RF = Reinforcing Factors

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Seseorang yang tidak mau mengimunisasikan anaknya diposyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factors*). Tetapi barangkali juga karena rumahnya jauh dengan posyandu atau puskesmas tempat mengimunisasikan anaknya (enabling factors). Sebab lain mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat disekitarnya tidak pernah mengimunisasikan anaknya (reinforcing factors).

2. Teori Snehandu B. Kar

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

B = f (PF, EF, RF)

a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (behavior intention)

b. Dukungan social dari masyarakat sekitarnya (social support).

c. adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (accessibility of information)

d. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (personal autonomy).

e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (action situation).

Uraian diatas dapat dirumuskan sebagai berikut:

dimana:

B = Behavior

F = fungsi

BI = Behavior intention

SS = Sosial support

AI = Accessebility of Information

PA = Personal Autonomy

AS = Action Situation

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

B = f (BI, SS, AL, PA, AS)

3.Teori WHO

Tim Kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 alasan pokok. Pemikiran dan perasaan (throught and feeling), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek kesehatan.

a. Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Seseorang anak memperoleh pengetahuan bahwa apa itu panas adalah setelah memperoleh pengalaman tangan atau kakinya kena api atau terasa panas. Seorang ibu akan mengimunisasikan anaknya setelah melihat anak tetangganya kena sakit polio sehingga cacat, karena anak tersebut belum pernah memperoleh imunisasi polio.

b. Kepercayaan

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

c. Sikap

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

1). Sikap akan terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu. Misalnya, seorang ibu yang anaknya sakit, segera ingin membawanya ke puskesmas, tetapi pada saat itu tidak mempunyai uang sehingga ia gagal membawa anaknya ke puskesmas.

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

3). Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Seorang akseptor KB dengan alat kontrasepsi IUD mengalami perdarahan. Meskipun sikapnya sudah positif terhadap KB tetapi ia kemudian tetap tidak mau ikut KB dengan alat kontrasespsi apapun.

4) Nilai (value)

Di dalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat. Misalnya, gotong royong adalah suatu nilai yang selalu hidup di masyarakat.

d. Orang lain sebagai referensi

Perilaku orang, lebih – lebih perilaku anak kecil, lebih banyak diperngaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang dikatakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh. Untuk anak-anak sekolah misalnya, maka gurulah yang m,enjadi contoh panutan perilaku mereka. Orang-orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (reference group), antara lain guru, alim ulama, kepala adapt/suku, kepala desa dan sebagainya.

e. Sumber-sumber daya (resources)

Sumber daya disini mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh sumber-sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negative. Misalnya pelayanan puskesmas, dapat berpengaruh positif terhadap perilaku penggunaan puskesmas tetapi juga berpengaruh sebaliknya.

f. Perilaku normal, kebiasaan, niali-nilai, dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (way of life) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu erubah, baiki lambat ataupun cepat, sesuai dengan peradaban umat manusia. Kebudayaan atau pola hidup masyarakat disini merupakan kombinasi dari semua yang telah disebutkan diatas. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh terhadap perilaku ini.

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

Dimana:

B = Behavior

f = fungsi

TF = Throughts andfeeling

PR = Personal reference

R = Resources

C = Culture

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan sumber-sumber atau fasilitas-faslitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat. Seseorang yang tidak mau membuat jambaan keluarga, atauy tidak mau buang air besar di jamban, mungkin karena ia mampunyai pemikiran dan perasaan yang tidak enak kalau kalau buang air besar dijamban (throutht and feeling). Atau barangkali karena tokoh idolanya juga tidak membuat jamban keluarga sehingga tidak ada yang

menjadi refensinya (personal reference). Faktor lain juga mungkin karena langkanya sumber-sumber yang diperlukan atau tidak mempunyai biaya untuk membuat jamban keluarga (resources). Faktor lain mungkin karena kebudayaan (culture), bahwa jamban keluarga belum merupakan budaya di masyarakat.

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

4. Teori Stimulus Organisme (S-O-R)

Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya, kualitas dari sumber komunikasi (sources), misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara, sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat. Hosland et all (1953), mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar.

Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

a. Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus tadi tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu dan berhenti disini. Tetapi apabila stimulus tadi diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.

b. Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme/diterima, maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.

c. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi simulus yang telah diterimanya (bersikap).

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

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus /rangsan yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harusmeyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini factor reinforcement memegang peranan penting.

2. Strategi perubahan perilaku

Di dalam program program-program kesehatn, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif.

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga.

a. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/perundangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan

menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

b.Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena disadarai oleh kesadaran mereka sendiri bukan karena paksaan.

c.Diskusi partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara kedua diatas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan-pengetahuan

kesehatan sebagai dasar perilaku mereka yang diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Diskusi partipsipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka membrikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

3. Pendekatan edukatif

Falsafah dasar dari pendekatan ini adalah bahwa masyarakat memiliki hak dan potensi untuk memilih hal-hal/tindakan yang berkaitan dengan kesehatannya sendiri, dan disertai instink untuk mempertahankan hidupnya, maka hak dan potensi ini mendorong individu/masyarakat untuk melakukan sesuatu guna menangani masalah kesehatan mereka. Pendekatan edukatif diciptakan untuk merangsang potensi masyarakat tersebut sehingga mereka mampu menangani masalah yang mereka hadapi. Baik secara sendiri-sendiri maupun secara berkelompok.

Tujuan pokok pendekatan edukatif ini adalah untuk

1) mengembangkan kemandirian masyarakat dibidang kesehatan dan

2) memecahkan masalah kesehatan masyarakat setempat. Jelas bahwa untuk mencapai tujuan ini anggota masyarakat perlu dilatih dan diberi kesempatan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan mereka dalam mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan dan memecahkan masalah-masalah tersebut dengan menggunakan secara optimal sumber-sumber yang dapat diperoleh ditempat itu. Pendekatan edukatif ini melibatkan secara aktif masyarakat/konsumen dan petugas kesehatan.

Pendekatan edukatif dijalankan memalui dua tahap, yaitu pengembangan provider (petugas kesehatan dan tokoh masyarakat) dan pengembangan masyarakat.

a. Pengembangan provider

Langkah pertama pendekatan ini adalah mempersiapkan petugas kesehatan. Bukan hanya ketrampilan memberikan pelayanan medis, melainkan terutama kesiapan dalam menyenggarakan program kesehatan bersama-sama anggota masyarakat. Petugas kesehatan dan tokoh masyarakat harus mempunyai kesamaan pemahaman tentang masalah-masalah kesehatan yang ditemukan dilokasi serta keinginan masyarakat dan menunjukkan sikap positif terhadap strategi edukatif sehingga dicapai kerja sama yang baik dengan anggota masyarakat luas. Untuk itu provider diharapkan dapat berkomunikasi dengan baik, terbuka, menghargai orang lain serta mampu membuat perencanaan program yang menampung harapan masyarakat dalam hal perbaikan kesehatan dan mampu menjalankan program tersebut dengan baik. Comittment dari tokoh masyarakat dengan pembuat keputusan akan mendorong suksesnya suatu kegiatan/program kesehatan. Sebelum terjun ke lapangan, petugas harus mempelajari dan memahami situasi setempat: masalah-masalah kesehatan, kondisi social budaya dan ekonomis, serta potensi masyarakat yang mungkin dapat dimanfaatkan untuk mendukung program itu.

b. Pengembangan masyarakat

Dalam tahap ini, setelah tokoh masyarakat setempat dimintai restunya untuk menjalankan program ini, maka petugas mengajar anggota masyarakat untuk bersama-sama mengadakan identifikasi masalah. Langkah ini disebut community *self survey* yang akan menghasilkan persamaan persepsi antara petugas dan masyarakat berkaitan dengan masalah kesehatan yang dirasakan, penyebabnya, serta kemungkinan untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan tersebut. Menyusul identifikasi masalah ini, dibuatlah bersama-sama perencanaan kegiatan kesehatan (community planning). Supaya masyarakat merasa ikut mempunyai andil dalam kegiatan ini serta bersedia ktif membantu, maka anggota masyarakat perlu diajak dalam langkah-langkah selanjutnya: implementasi, evaluasi, penguatan dan perluasan kegiatan ini.

4. Pendekatan medical (the medical approach)

Pendekatan ini adalah suatu konsep pendekatan tentang absensi terhadap penyakit. Kegiatan pendekatan ini meliputi pencegahan penyakit dan kematian awal yang dapat diintervensi dengan medis. Keberhasilan pendekatan ini telah terbukti dalam kesehatan masyarakat, dengan program imunisasi dan vaksinasi telah meminimalisis angka kesakitan pada anak. Pendekatan ini meliputi pengetahuan tentang tindakan medis dan tehnik persuasi. Pencegahan dan pengobatan adalah prioritas utama termasuk sosio ekonomi yang dapat menyebabkan penyakit. Aktifitas dalam perkembangan pendekatan ini termasuk kampanye melalui media dan penyuluhan. Harapan dengan pendekatan ini adalah mengurangi angka kesakitan dan kematian. Focus pendekatan ini adalah konsep dasar teknik persuasi dan meletakkan tanggung jawab individu dalam memilih cara pencegahan penyakit.

5. Pendekatan berpusat klien (the client-centered approach)

Pendekatan ini berdasarkan pada keseimbangan antara petugas kesehatan dengan klien. Agenda pendekatan ini adalah berpusat dari klien dan petugas kesehatan sebagai fasilitator dan pembimbing, endukung dan mengarahkan klien dalam memilih informasi. Pendekatan ini dipusatkan dengan fasilitas autonomi klien.

# BAB 6
## Etika promosi kesehatan

1. Analisa kesehatan dan perilaku

Pada tahun 2002, American Public Health Association secara resmi mengadopsi dua belas prinsip praktek kode etik untuk umum. Dua belas prinsip yang diuraikan:

1. Kesehatan masyarakat terutama harus membahas penyebab dasar penyakit dan persyaratan untuk kesehatan, yang bertujuan untuk mencegah hasil kesehatan yang merugikan.
2. Kesehatan masyarakat harus mencapai kesehatan masyarakat dengan cara yang menghormati hak-hak individu dalam masyarakat.
3. Kebijakan kesehatan masyarakat, program, dan prioritas harus dikembangkan dan dievaluasi melalui proses yang menjamin kesempatan untuk masukan dari anggota masyarakat.
4. Kesehatan masyarakat harus mengadvokasi dan bekerja untuk pemberdayaan dari pemuda anggota masyarakat, yang bertujuan untuk memastikan bahwa sumber daya dasar dan kondisi diperlukan untuk kesehatan dapat diakses oleh semua.
5. Kesehatan masyarakat harus mencari informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan kebijakan yang efektif dan program yang melindungi dan mempromosikan kesehatan.
6. Institusi kesehatan umum harus menyediakan masyarakat dengan informasi yang mereka miliki yang diperlukan untuk keputusan tentang kebijakan atau program-program dan harus mendapatkan persetujuan masyarakat untuk pelaksanaannya.
7. Lembaga kesehatan publik harus bertindak secara tepat waktu pada informasi yang mereka miliki dalam sumber daya dan mandat yang diberikan kepada mereka oleh masyarakat.
8. Program kesehatan umum dan kebijakan harus menggabungkan berbagai pendekatan yang mengantisipasi dan menghormati nilai-nilai yang beragam, keyakinan, dan budaya dalam masyarakat.
9. Program kesehatan umum dan kebijakan harus dilaksanakan dengan cara yang paling meningkatkan lingkungan fisik dan sosial.
10. Lembaga kesehatan publik harus melindungi kerahasiaan informasi yang dapat membawa kerugian bagi individu atau komunitas jika dibuat publik. Pengecualian harus dibenarkan
11. Atas dasar kemungkinan tinggi membahayakan signifikan terhadap individu atau orang lain.
12. Lembaga kesehatan publik harus memastikan kompetensi profesional karyawan mereka. Institusi kesehatan umum dan karyawan mereka harus terlibat dalam kolaborasi dan afiliasi dengan cara yang membangun kepercayaan publik dan efektivitas lembaga.

Kerangka kerja ini menekankan pentingnya hubungan yang kompleks antara orang-orang. Hubungan tersebut adalah inti dari masyarakat, dan mendukung sejumlah prinsip etika.

Kass mengusulkan enam-bagian kerangka kerja etika: Apa tujuan kesehatan masyarakat dari program yang diusulkan, yaitu, dibingkai dalam bentuk tujuan akhir dari mengurangi morbiditas dan kematian, bukan tujuan terdekat, misalnya, mengubah perilaku, Seberapa efektif program dalam

mencapai tujuannya dinyatakan, yaitu, apakah Program akhirnya menurunkan morbiditas dan mortalitas; Apa yang diketahui atau beban potensial program ini, termasuk risiko privasi dan kerahasiaan, risiko atas kebebasan dan otonomi dan risiko ke pengadilan.Dapatkah beban diminimalkan? Apakah ada pendekatan alternatif? Apakah program tersebut dilaksanakan secara adil? Contoh dari Pedoman Perilaku Etis dalam Penelitian Kesehatan Aborigin dan Penduduk Pribumi Selat Torres. Dokumen ini menggaris bawahi enam nilai pusat: Timbal balik: harus ada keuntungan yang dihargai oleh masyarakat, memberikan kontribusi untuk masyarakat persatuan dan kemajuan kepentingan mereka; Respect: harus ada rasa hormat terhadap, dan penerimaan ari, nilai-nilai yang beragam; Kesetaraan: semua orang harus diperlakukan sama, dan harus ada pemerataan manfaat; Kelangsungan Hidup dan Perlindungan: menghindari merugikan Aborigin dan Torres Strait Islander (ATSI) keunikan budaya dan pengakuan dari sejarah dan pengalaman masyarakat ATSI; Tanggung jawab: menjamin bahwa mereka tidak melakukan kerusakan kepada individu atau komunitas ATSI, atau untuk hal-hal yang mereka hargai dan dapat dipertanggungjawabkan kepada rakyat; Semangat dan Integritas: menghargai kedalaman dan kesatuan warisan budaya masa lalu, kontemporer dan generasi masa depan; dan menunjukkan integritas dalam semua tindakan. Meskipun ditulis bagi para peneliti, pedoman ini juga memberikan panduan yang berharga untuk praktisi promosi esehatan melaksanakan program-program di dalam masyarakat ATSI.

2. Menetapkan Sasaran

1. Sasaran primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan sebagainya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empow-erment).

2. Sasaran sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat disekitarnya. Disamping itu dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya.

Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (social support).

3. Sasaran tersier

Para pembuat keputusan atau penentuan kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan dengan kebijakan – kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada

sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi.

3. Menetapkan Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Indonesia.

# BAB 7
# Etika Promosi Kesehatan

Program-program pembangunan kesehatan dikelompokkan dalam pokok-pokok program yang pelaksanaannya dilakukan secara terpadu dengan pembangunan sektor lain yang memerlukan dukungan dan peran serta masyarakat. Disusun 7 Program pembangunan kesehatan yaitu (DepKes RI, 1999):

1. Program perilaku dan pemberdayaan masyarakat
2. Program lingkungan sehat
3. Program upaya kesehatan
4. Program pengembangan sumber daya kesehatan
5. Program pengawasan obat, makanan dan obat berbahaya
6. Program kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan
7. Program pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan

Untuk meningkatkan percepatan perbaikan derajat kesehatan masyarakat yang dinilai penting untuk mendukung keberhasilan program pembangunan nasional ditetapkan 10 pogram unggulan kesehatan(DepKes RI, 1999) :

1. Program kebijakan kesehatan, pembiayaan kesehatan dan hukum kesehatan
2. Program perbaikan gizi
3. Program pencegahan penyakit menular termasuk imunisasi
4. Program peningkatan perilaku hidup sehat dan kesehatan mental
5. Program lingkungan pemukiman, air dan sehat
6. Program kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana
7. Program keselamatan dan kesehatan kerja
8. Program anti tembakau, alkohol dan madat
9. Program pengawasan obat, bahan berbahaya, makanan dan minuman
10. Program pencegahan kecelakaan, rudapaksa dan keselamatan lalu lintas

2. Menetapkan Metode Dan Saluran Komunikasi Merancang program komunikasi, pada tahap ini telah dapat menentukan perubahan perilaku dan menempatkan pesan dengan tepat dengan memadukan semua informasi yang telah dikumpulkan, selanjutnya dikomunikasikan dengan dukungan seperti audio visual (video, film), oral (radio), cetak (poster, leaflet), visual (flip charts).

3. Menetapkan Kegiatan Operasional

Untuk mencapai taraf kesehatan bagi semua, maka yang terpenting adalah menetapkan kegiatan operasional yang harus tercakup dalam pelayanan kesehatan dasar:

1. Pendidikan tentang masalah kesehatan umum, cara pencegahan dan pemberantasannya
2. Peningkatan persediaan pangan dan kecukupan gizi
3. Penyediaan air minum dan sanitasi dasar
4. Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana

5. Imunisasi

6. Pengobatan dan pengadaan obat

7. Oleh karena pelayanan kesehatan dasar merupakan kunci untuk mencapai derajat kesehatan yang layak bagi semua, maka perencanaan, pengorganisasian dan penyelenggaraan yang efisien mutlak diperlukan disamping harus berdasarkan: Perikemanusiaan, Kesehatan sebagai hak asasi, Pemberdayaan dan kemandirian masyarakat

8. Pengutamaan upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan preventif

9. Pelayanan kesehatan perorangan yang sesuai kebutuhan

10. Dukungan sumber daya kesehatan

11. Misi Pembangunan Kesehatan

12. Dalam mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2010, telah ditetapkan misi pembangunan kesehatan (DepKes RI, 1999)

13. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan

14. Untuk dapat terwujudnya Indonesia Sehat 2010, para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya. Oleh karena itu seluruh elemen dari Sistem Kesehatan Nasional harus berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

15. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat

16. Perilaku sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

17. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau

18. Salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak hanya berada ditangan pemerintah, melainkan mengikutsertakan masyarakat dan potensi swasta.

19. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya

20. Untuk terselenggaranya tugas penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah bersifat promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif.

21. Strategi Pembangunan Kesehatan

22. Strategi pembangunan nasional harus berdasarkan pada kebijakan nasional, mencakup garis besar kegiatan dimana semua sektor yang terlibat untuk mewujudkan kebijaksanaan tersebut. Beberapa hal penting yang harus diterapkan adalah (DepKes RS, 1999): pembangunan berwawasan kesehatan

23. Setiap program pembangunan nasional yang diselenggarakan di Indonesia harus memberikan konstribusi positif terhadap kesehatan, yaitu terbentuknya lingkungan sehat dan pembentukan perilaku sehat.

## BAB 8
## Etika promosi kesehatan

1. Menetapkan Pemantauan Dan Evaluasi

a. Memperkenalkan kepada masyarakat 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 masyarakat, dalam tahap ini akan dilakukan identifikasi perilaku beresiko 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 masyarakat, langkah-langkah untuk memotivikasi orang untuk mengadopsi perilaku hygiene termasuk memilih beberapa perubaha 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.

2. Hubungan Dengan Klien

Tenaga kesehatan masyarakat berhubungan erat dengan klien/masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan pentingnya peran tenaga kesehatan masyarakat dalam merubah perilaku masyarakat menuju hidup bersih dan sehat. Program promosi perilaku hidup bersih dan sehat yang biasa dikenal PHBS/Promosi Higiene merupakan pendekatan terencana untuk mencegah penyakit menular yang lain melaui pengadopsian perubahan perilaku oleh masyarakat luas. Program ini dimulai dengan apa yang diketahui, diinginkan dan dilakukan masyarakat setempat dan mengembangkan program berdasarkan informasi tersebut (Curtis V dkk, 1997; UNICEF, WHO. Bersih, Sehat dan Sejahtera).

Program promosi PHBS harus dilakukan secara profesional oleh individu dan kelompok yang mempunyai kemampuan dan komitmen terhadap kesehatan masyarakat serta memahami tentang lingkungan dan mampu melaksanakan komunikasi, edukasi dan menyampaikan informasi secara tepat dan benar yang sekarang disebut dengan promosi kesehatan. Tenaga kesehatan masyarakat diharapkan mampu mengambil bagian dalam promosi PHBS sehingga dapat melakukan perubahan perilaku

masyarakat untuk hidup berdasarkan PHBS. Tenaga kesehatan masyarakat telah mempunyai bekal yang cukup untuk dikembangkan dan pada waktunya disumbangkan kepada masyarakat dimana mereka bekerja.

3. Kepedulian Dengan Determinan Sosial Dan Hubungannya

Dengan KesehatanPerilaku adalah resultan antar stimulus (faktor eksternal) engan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor-faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan. Dalam bidang perilaku kesehatan ada 3 teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan yaitu :

1. Teori Lawrence Green

Ada 2 determinan masalah kesehatan tersebut yaitu Behavioral factor (faktor perilaku) dan Non Behavioral faktor (faktor non perilaku). Dan faktor tersebut ditentukan oleh 3 faktor utama yaitu:

a. Faktor-faktor predisposisi, yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai – nilai, tradisi dan sebagainya.

b. Faktor-faktor pemungkin, yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan.

c. Faktor-faktor penguat, yaitu faktor- faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku.

2. Teori Snehandu B.Karr

Mengidentifikasi adanya 5 determinan perilaku, yaitu:

a. Adanya niat (intention) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus diluar dirinya.

b. Adany dukungan dari masyarakat sekitar (social support)

c. Terjangkaunya informasi, yaitu tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan di ambil oleh seseorang

d. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi untuk mengambil keputusan

e. Adanya kondisi dan situasi yang memuingkinkan

3. Teori WHO

Ada 4 determinan yaitu :

a. Pemikiran dan perasaan yaitu merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku

b. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai

c. Sumber daya yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat

d. Sosio budaya merupakan faktor eksternal untuk terbentuknya perilaku seseorang.

# BAB 9
# Prinsip perubahan perilaku

1. Praktek promosi kesehatan

Aktivitas promosi kesehatan merupakan bagian dari program pemerintah yang ada di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan khususnya Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Terdapat petugas promosi kesehatan yang ditempatkan di setiap puskesmas sebagai lembaga pelayanan kesehatan yang berinteraksi langsung dengan tingkatan masyarakat.Petugas promosi kesehatan dapat menjadi elemen penting dari kampanye gerakan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah. Hal ini disebabkan karena petugas promosi kesehatan merupakan sosok yang berinteraksi langsung di tingkatan masyarakat serta mengetahui kondisi di lapangan sebagai bagian dari institusi puskesmas.

Program atau gerakan kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah merupakan sebuah upaya untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Beberapa gerakan seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat atau Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dapat menjadi sebuah sebuah gerakan yang sukses dengan dukungan promosi kesehatan.

Tujuan promosi kesehatan yang utama adalah memberikan informasi yang pada tingkatan lebih lanjut dapat memicu kesadaran masyarakat mengenai program atau gerakan yang tengah dicanangkan oleh pemerintah. Direktorat Promosi Kesehatan menjadi bagian yang secara khusus membawahi segala aktivitas promkes atau promosi kesehatan yang ditujukan bagi masyarakat luas.

a. Tujuan Pokok Promosi Kesehatan

Segala aktivitas promosi kesehatan memiliki tujuan memberikan informasi bagi masyarakat terkait segala hal yang bertujuan pada peningkatan kualitas kesehatan; baik itu kesehatan individu maupun masyarakat. Direktorat Promosi Kesehatan memiliki tugas pokok menyiapkan sekaligus melakukan kegiatan – kegiatan promosi kesehatan dan melakukan penyebarluasan segala bentuk informasi kesehatan serta melakukan pengembangan sumber daya kesehatan hingga melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat pada bidang – bidang kesehatan.

Secara singkat, petugas promosi kesehatan merupakan corong pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan untuk menyampaikan segala macam informasi yang berkaitan dengan kesehatan dengan tujuan pemberdayaan masyarakat dan pengembangan sumber daya yang berkaitan dengan kesehatan.

b. Beberapa Fungsi Promosi Kesehatan

Selain menjadi corong pemerintah dalam hal promosi di bidang kesehatan, program promosi kesehatan juga memiliki fungsi sebagai penyaring informasi langsung dari tingkat asyarakat. Kegiatan promosi yang berlangsung di tingkat masyarakat dapat menjadi sebuah media efektif untuk mengumpulkan data dan informasi yang kemudian dapat diolah, dianalisis dan digunakan sebagai informasi penunjang untuk merancang perencanaan dan pelaksanaan berbagai macam program promosi kesehatan selanjutnya.

Tugas penting lain dari aktivitas promosi kesehatan adalah menjadi pembimbing dan pengendali teknis kegiatan promosi kesehatan. Promosi ini dapat berupa kegiatan lintas program, lintas ektoral ataupun melibatkan berbagai elemen masyarakat, instansi pemerintah ataupun instansi swasta.

c. Beberapa Kegiatan Promosi Kesehatan Saat Ini

Pada saat ini terdapat beberapa materi promosi kesehatan yang tengah giat disosialisasikan. Salah satu contoh promosi kesehatan yang tengah digaungkan adalah program Indonesia Eliminasi Tuberkulosis pada tahun 2030. Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit menular yang sedianya telah berhasil dihilangkan dari masyarakat. Kini aktivitas promosi kesehatan terkait eliminasi penyakit Tuberkulosis telah melibatkan berbagai elemen masyarakat untuk memperoleh sinergi untuk hasil terbaik.Melakukan aktivitas fisik telah menjadi bagian dari banyak kampanye kesehatan dari pemerintah; salah satunya sejak dicanangkannya Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Kedua gerakan tersebut memasukkan poin melakukan antivitas fisik dalam bentuk kegiatan olahraga ataupun kegiatan bekerja yang melibatkan aktivitas fisik. Gaya hidup masyarakat modern yang minim aktivitas fisik hingga konsumsi makanan dengan gizi kurang seimbang menjadi beberapa penyebab meningkatnya masalah kesehatan berupa penyakit tidak menular. Aktivitas promosi kesehatan dari Kementrian Kesehatan RI memasukkan poin ajakan melakukan aktivitas fisik setidaknya 30 menit setiap hari untuk mengurangi stres dan merangsang otak agar lebih bahagia dan santai.

d. Apa Saja Konsep Praktek Promosi Kesehatan?

1. Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
2. Cuci tangan pakai sabun (CTPS)
3. Mengkonsumsi makanan sehat seperti buah dan sayur.
4. Tidak membuang sampah sembarangan
5. Melakukan kerja bakti untuk menciptakan lingkungan sehat
6. Menggunakan pelayanan kesehatan.
7. Menjalankan gaya hidup sehat bersama anggota keluarga.
8. Promosi Kesehatan Di Sekolah
9. Promosi kesehatan di sekolah menjadi langkah strategis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

Hal tersebut karena promosi kesehatan melalui komunitas sekolah cukup efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat. Usia sekolah sangat baik untuk memberikan edukasi dan pemahaman mengenai Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS).

e. Tujuan Promosi Kesehatan Di Sekolah

1. Menciptakan siswa,guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk menerapkan PHBS.
2. Menciptakan lingkungan sekolah yang sehat, bersih dan nyaman.
3. Mampu meningkatkan pendidikan di sekolah.
4. Menciptakan pelayanan kesehatan di sekolah yang bisa dimanfaatkan dengan baik

5. Meningkatkan penerapan kebijakan sehat dan upaya di sekolah untuk mempromosikan kesehatan.

6. Kegiatan promosi kesehatan terkait meningkatkan konsumsi ikan ini juga dapat digulirkan di tempat lain seperti fasilitas umum hingga kegiatan promosi kesehatan di tempat kerja baik itu instansi pemerintah ataupun swasta. Ada cukup banyak pesan yang dapat dikomunikasikan melalui promosi kesehatan ajakan mengkonsumsi ikan, salah satunya adalah informasi mengenai manfaat konsumsi ikan. Beberapa informasi penting dalam kaitan ajakan menambah jumlah konsumsi ikan dapat berupa informasi mengenai fakta bahwa ikan merupakan sumber protein dan vitamin yang baik.

f. Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja

Upaya promosi kesehatan yang dilaksanakan di tempat kerja, selain bisa mengatasi,memelihara, meningkatkan serta melindungi kesehatannya sendiri. Dengan menerapkan promosi kesehatan di tempat kerja hal ini akan bisa meningkatkan produktivitas kerja dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat. Menerapkan promosi kesehatan di tempat kerja bisa memberikan dampak positif terhadap lingkungan kerja dan masyarakat. Secara garis besar, promosi kesehatan di tempat kerja adalah harus bisa memberikan perlindungan individu,baik di dalam ataupun diluar lingkungan tempat kerja untuk menciptakan proses kesehatan yang berkelanjutan.

Tujuan Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja

1. Mampu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat di tempat kerja
2. Bisa menurunkan angka absensi tenaga kerja
3. Mengurangi angka penyakit baik dalam lingkungan kerja atau diluar lingkungan kerja
4. Menciptakan lingkungan kerja yang sehat.
5. Sebagai sebuah program promosi kesehatan di tempat kerja dengan target orang dewasa; beberapa poin seperti manfaat konsumsi ikan yang dapat mencegah penuaan dini dan melemahnya ingatan serta menjaga kesehatan penglihatan dapat diutamakan. Kini ada berbagai jenis media promosi kesehatan yang dimanfaatkan untuk menyebar informasi dan menumbuhkan kesadaran masyarakat tentang meningkatkan kualitas kesehatan.

2. Pertimbangan-Pertimbangan Etis

Pertimbangan-pertimbangan etis yang perlu kita lakukan dan pikirkan yakni :

1. Promotor kesehatan tidak akan secara sengaja menunda pelayanan atau informasi, dilihat dari status pengetahuan sekarang yang dapat memberikan manfaat kepada klien, mereka berusaha mengikuti perkembangan promosi kesehatan
2. Promotor kesehatan akan menghargai kerahasiaan informasi yang dapat mereka akses kecuali atas permintaan hukum dan demi kepentingan klien
3. Promotor kesehatan harus tidak melakukan kegiatan promosi kesehatan yang tidak kompoten bisa kerjakan.

## BAB 10

## Upaya promosi kesehatan pra nikah dan saat hamil

1. Upaya Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan Upaya promosi kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintash dan masyarakat. Hal ini berarti derajat kesehatan, baik kesehatan individe, kelompok, atau masyarakat, harus di uapayakan. Upaya mewujudkan kesehatan ini di lakukan oleh individu, kelompok, atau masyarakat baik secara institusional oelh pemerintah atau pun swadaya masyarakat (LSM).

Promosi kesehatan jika dilihat dari segi seni, yakni praktisi atau aplikasi kesehatan merupakan penunjang bagi program kesehatan lainnya, misalnya pemberantasan penyakit, perbaikan gizi, program pelayanan kesehatan, program kesehatan ibu dan anak (KIA) dan sebagainya, sangat perlu di tunjang oleh promosi kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakikatnya di arahkan guna mencapai kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap hidup, yang menyangkut setiap fisik, mental maupun sosial budaya dan ekonomi. Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dilakuakn berbagai uapaya pelayanan kesehatan yang menyeluruh, terarah dan berkesinambung. Dalam globalisasi ekonomi, kita di hadapakan pada persaingan global yang semakin ketat yang menuntut kita semua untuk menyiapkan manusia indonesia yang berkualitas tinggi sebagai generasi penerus bangsa yang harus di persiapkan sebaik mungkin secara terencana, terpadu dan bersinambung. Pencapaian derajat kesehatan yang optimal tersebut tertuang daslam kesepakatan global yang di sebut millenium development goals, SDGS. SDGS atau tujuan pembangunan millenium adalah upaya memenuhi hak dasar kebutuhan manusia untuk hidup sehat.

SDGS adalah upaya untuk memenuhi hak hak dasar kebutuhan, yang tertuang dalam 8 sasaran pembangunan. Bidan meruapakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam sasaran pembangunan millenium no 4 dan 5, ytaitu penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambung dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dalam berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkan, kapan, dan dimana pun berada. Beberapa upaya promosi kesehatan dalam lingkup kebidanan untuk mendukung tercapainya MDGs adalah sebagai berikut.

2. Promosi Kesehatan Pranikah.

Promosi kesehatan pranikah merupakan suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya yang ditujukan pada masyarakat reproduktip pranikah. Pelayanan kebidanan diawali dengan pemeliharaan kesehatan para calon ibu. Remaja wanita yang akan memasuki jenjang perkawinan perlu dijaga kondisi kesehatannya. Kepada para remaja di beri pengertian tentang hubungan seksual yang sehat, kesiapan mental dalam menghadapi kehamilan dan pengetahuan tentang proses kehamilan dan persalinan, pemeliharaan kesehatan dalam masa pra dan

pasca kehamilan. Promosi kesehatan pada masa pra kehamilan disampaikan kepada kelompok remaja wanita atau pada wanita yang akan menikah. Penyampaian nasehat tentang kesehatan pada masa pranikah ini disesuaikan dengan tingkat intelektual para calon ibu. Nasehat yang di berikan menggunakan bahasa yang mudah di mengerti karena informasi yang di berikan bersifat pribadi dan sensitif. Remaja calon ibu yang mengalami masalah kesehatan akibat gangguan sistem reproduksinya segera di tangani. Gangguan sistem reproduksi tidak berdiri sendiri. Gangguan tersebut dapat berpengaruh terhadap kondisi psikologi dan lingkungan sosial remaja itu sendiri. Bila masalah kesehatan remaja tersebut sangat komplek, perlu dikonsultasikan keahli yang relevan atau dirujuk ke unit pelayanan kesehatan yang pasilitas pelayanannya lebih lengkap. Faktor keluarga juga turut mempengaruhi kondisi kesehatah para remaja yang akan memasuki pintu gerbang pernikahan. Bidan dapat menggunakan pengaruh keluarga untuk memperkuat mental remaja dalam memasuki masa perkawianan dan kehamilan.

Pemeriksaan kesehatan bagi remaja yang akan menikah di anjurkan. Tujuan dari pemeriksaan tersebut adalah untuk mengetahui secara dini tentang kondisi kesehatan para remaja. Bila di temukan penyakit atau kelainan di dalam diri remaja, maka tindakan pengobatan dapat segera dilakukan. Bila penyakit atau kelainan tersebut tidak diatasi maka di upayakan agar remaja ersebut berupaya untuk menjaga agar masalahnya tidak bertambah berat atau menular kepada pasangannya. Misalnya remaja yang menderita penyakit jantung, bila hamil secara teratur harus memeriksakan kesehatannya kepada dokter. Remaja yang menderita AIDS harus menjaga pasanganya agar tidak terkena virus HIV. Caranya adalah agar menggunakan kondom saat besrsenggama, bila menikah. Upaya pemeliharaan kesehatan bagi para calon ibu ini dapat dilakukan melalui kelompok atau umpulan para remaja seperti karang taruna, pramuka, organisaai wanita remaja dan sebagainya. Para remaja yang terhimpun di dalam organisasi masyarakat perlu diorganisasikan agar pelayanan kesehatan dan kesiapan dalam menghadapi untuk menjadi istri dapat di lakukan dengan baik.

Pembinaan kesehatan remaja terutama wanitanya, tidak hanya ditujukan semata kepada masalah gangguan kesehatan (penyakit sistem reproduksi). Fakta perkembangan psikologis dan sosial perlu diperhatikan dalam membina kesehatan remaja. Remaja yang tumbuh kembang secara biologis diikuti oleh perkembangan psikologis dan sosialnya. Alam dan pikiran remaja perlu diketahui. Remaja yang berjiwa muda memiliki sifat menantang, sesuatu yang dianggap kaku dan kolot serta ingin akan kebebasan dapat menimbulkan konflik di dalam diri mereka. Pendekatan keremajaan di dalam membina kesehatan diperlukan. Penyampaian pesan kesehatan dilakukan melalui bahasa remaja.

Bimbingan terhadap remaja antara lain mencakup:

a. Perkawinan yang sehat

Bagaimana mempersiapkan diri ditinjau dari sudut kesehatan, menghadapi perkawinan, disampaikan kepada remaja. Pekawinan bukan hanya sekedar hubungan antara suami dan istri. Perkawinan memberikan buah untuk menghasilkan turunan. Bayi yang dilahirkan juga adalah bayi yang sehat dan direncanakan.

b. Keluarga yang sehat

Kepada remaja disampaikan tentang keluarga sehat dan cara mewujudkan serta membinanya. Keluaga yang diidamkan adalah kelurga yang memiliki norma keluaga kecil, bahagia dan sejahtera. Jumlah keluaga yang ideal adalah suami, istri dan 2 anak. Keluarga bahagia adalah keluarga yang aman, tentram disertai rasa ketakwaan kepada Tuhan YME. Keluarga sejahtera adalah keluarga yang sosial ekonominya mendukung kehidupan anggota keluarganya.dan mampu menabung untuk persiapan masa depan.

Selain itu keluarga sejahtera juga dapat membantu dan mendorong peningkatan taraf hidup keluarga lain.

c. Sistem reproduksi dan masalahnya

Tidak semua remaja mmemahami sistem reproduksi manusia. Membicarakan sistem reproduksi dianggap tabu dibeberapa kalangan remaja. Perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi pada masa kehamilan, persalinan, pasca persalinan dijelaskan.Penjelasan juga diberikan mengenai perawatan bayi. Gangguan sistem reproduksi yang dijelaskan seperti gangguan menstruasi, kelainan sistem reproduksi dan penyakit. Penyakit sistem reproduksi yang dimaksud seperti penyakit-penyakiit hubungan seksual, HIV /AIDS dan tumor.

d. Penyakit yang berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan atau sebaliknya.

Remaja yang siap sebagai ibu harus dapat mengetahui penyakit- penyakit yang memberatkan kehamilan atau persalinan tau juga penyakit yang akan membahayakan dalam masa ehamilan atau persalianan. Penyakit-penyakit tersebut perlu dijelaskan.

Penyakit yang perlu dan penting dijelaskan sewaktu mengadakan bimbingan antara lain penyakit jantung, penyakit ginjal, hipertensi, DM, anemia, tumor.

e. Sikap dan perilaku pada masa kehamilan dan persalinan

Perubahan sikap dan perilaku dapat terjadi pada masa kehamilan dan persalinan. Akibat perubahan sikap dan perilaku akan mengganggu kesehatan, misalnya pada masa hamil muda terjadi gangguan psikologi misalnya benci terhadap seseorang (suami) atau benda tertentu. Emosi yang berlebihan dimungkinkan akibat perubahan perilaku. Pada masa persalinan atau pasca persalinan gangguan jiwa mungkin terjadi. Disamping hal tersebut diatas masih ada lagi permasalahan remaja dan dikaitkan dengan kesehatan keluarga. Bidan harus dapat memberikan bimbingan sewaktu remaja berkonsultasi atau memberikan penyuluhan. Bila masalah remaja menyangkut bidang alin maka dapat dirujuk pada yang lebih ahli. Misalnya bila remaja merasa ketakutan yang amat sangat dalam menghadapi kehamilan dapat dirujuk kedokter spesialis jiwa atau ke psikolog.Bimbingan remaja dilakukan melalui organisasi remaja seperti karang taruna, pramuka, organisasi pelajar, mahasiswa dan pemuda.

3. Promosi Kesehatan Pada Saat Hamil

Salah satu unsure pentingn untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi adalah memelihara kesehatan ibu hamil. Bidan harus memiliki data ibu hamil diwilayah kerjanya. Data ini dapat diperoleh dari pencatatan yang dilakukan sendiri atau dipuskesmas. Dari data tersebut dapat diatur strategi pemeliharaan kesehatan ibu hamil. Semua ibu hamil dianjurkan agar memeriksakan kesehatannya sedini mungkin. Anjuran tersebut disampaikan kepada masyarakat melalui kelomppk ibu-ibu atau kader kesehatan ataupun tokoh masyarakat, karena dengan cara tersebut diharapkan pesan yang dianjurkan dapat disampaikan kepada ibu hamil. Pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal 6 kali, yaitu 3 kali pada trimester 1, satu kali pada trimester 2, dan 2 kali pada trimester 3. Pada ibu hamil yang engalami resiko tinggi pemeriksaan dilakukan lebih sering dan lebih intesif. Untuk itu, bidan harus melakukan pendekatan langsung pada ibu hamil atau pendekatakan dapat dilakukan, melalui dukun terlatih, kader posyandu, atau peminat KIA. Melalui pemeriksaan teratur dapat diketahui perkembangan kesehatan ibu dan janinnya. Jika ditemukan adanya gangguan kesehatan maka tindak lanjut dilakukan sesegera atau sedini mungkin. Pemeriksaan ibu hamil dilakukan dengan pendekatan managemen kebidanan.

# BAB 11

## Upaya kesehatan dalam pelayanan kesehatan

1. Upaya promotif

Yaitu upaya promosi kesehatan yang di tujukan untuk meningkatkan status atau derajat kesehatan yang optimal.Sasarannya adalah kelompok orang sehat. Tujuan upaya promotif adalah agar masyarakat mampu meningkatkan kesehatannya,kelompok orang sehat meningkat dan kelompok orang sakit menurun. Bentuk kegiatannya adalah pendidikan kesehatan tentang cara memelihara kesehatan.

2. Upaya preventif

Yaitu upaya promosi kesehatan untuk mencegah terjadinya enyakit.Sasarannya adalah kelompok orang resiko tinggi.Tujuannya untuk mencegah kelompok resiko tinggi agar tidak jatuh atau menjadi sakit.Bentuk kegiatannya adalah imunisasi, pemeriksaan antenatal care, postnatal care, perinatal,dan neonatal.

3. Upaya kuratif

Yaitu upaya promosi kesehatan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui pengobatan. Sasarannya adalah kelompok orang sakit terutama penyakit kronis. Tujuannya agar mampu mencegah penyakit tersebut tidak lebih parah. Bentuk pengobatannya adalah pengobatan.

4. Upaya rehabilitatif

Yaitu upaya promosi kesehatan untuk memelihara dan memulihkan kondisi atau mencegah kecacatan.Sasarannya adalah kelompok orang yang baru sembuh dari penyakit.Tujuannya adalah pemulihan dan pencegahan kecacatan.Promosi kesehatan pada ibu hamil dan ibu bersalin untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan hidup sehat bagi ibu yang akan menghadapi persalinan agar terwujud derajad kesehatan yang optimal. Diharapkan dengan penyuluhan dan informasi dari bidan dapat membuat ibu hamil dapat memenuhi gizi seimbang selama kehamilan dan menjaga kehamilanya tetap sehat, ibu hamil juga dapat mengetahui tanda bahaya bagi ibu hamil. Sedangkan ibu bersalin dapat menjalani persalinannya dengan tenang.

Hamil dan bersalin bukan hanya merupakan proses murni fisiologis belaka, akan tetapi banyak pula diwarnai dengan komponen-komponen fisiologis. Tetapi ada perbedaan yang dialami oleh ibu yang satu dengan yang lainnya. Pengalaman di masyarakat, ada ibu-ibu yang sangat muda sudah hamil dan melahirkan bayinya, dan ada juga ibu-ibu yang sudah tua masih hamil dan melahirkan bayinya, yang kadang-kadang sampai mengalami keadaan abnormal seperti operasi. Untuk itulah perlu dilakukannya promosi kesehatan pada ibu hamil dan ibu bersalin yaitu untuk mengantisipasi perasaan cemas pada ibu dalam menghadapi kehamilanya dan persalinan di kemudian hari.

# BAB 12
## Peran bidan dalam promosi kesehatan

1. Pengertian Bidan

Definisi bidan menurut International Confederation Of Midwives (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan Federation of International Gynecologist Obstetrition (FIGO). Definisi tersebut secara berkala di review dalam pertemuan Internasional / Kongres ICM. Definisi terakhir disusun melalui konggres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan, menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.Ikatan Bidan Indonesia : Bidan diakui sebagai tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi.

Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

2. Peran Bidan Sebagai Advokator

Advokasi merupakan proses menciptakan dukungan, membangun konsensus, membantu perkembangan suatu iklim yang menyenangkan dan suatu lingkungan yang suportif terhadap suatu sebab atau issu tertentu melalui serangkaian tindakan yang direncanakan dengan baik. Bidan dapat melakukan advokasi untuk meningkatkan strategi dalam KIA / KB.

Target Advokasi :

1. Pembuat keputusan, pembuat kebijakan
2. Pemuka pendapat, pimpinan agama
3. LSM , Media dan lain – lain

Persyaratan Advokasi :

1. Credible, artinya program yang ditawarkan harus dapat meyakinkan para penentu kebijakan
2. Feasible, artinya program tersebut harus baik secara teknis, politik, maupun ekonomi
3. Relevant, artinya program tersebut harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat
4. Urgent, artinya program tersebut memiliki tingkat urgensi yang tinggi
5. High priority, artinya program tersebut memiliki prioritas yang tinggi

Upaya pembangunan keluarga sejahtera dan pemberdayaan bidan tidak bisa dipisahkan. Bidan adalah ujung tombak pembangunan keluarga sejahtera dari sudut kesehatan dan pemberdayaan lainnya. Bidan menempati posisi yang strategis karena biasanya di tingkat desa merupakan kelompok profesional yang jarang ada tandingannya. Masyarakat dan keluarga Indonesia di desa, dalam keadaan hampir tidak siap tempur, menghadapi ledakan generasi muda yang sangat dahsyat. Bidan dapat mengambil peran yang sangat penting dalam membantu keluarga Indonesia mengantar anak-anak dan remaja tumbuh kembang untuk berjuang membangun diri dan nusa bangsanya.

3.Peran Bidan Sebagai Edukator

Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader.

1. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien.

Bidan memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, serta maryarakat) tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungarn dengan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, mencakup:

- Mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana bersama klien.
- Menyusun rencana penyuluhan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang bersama klien.
- Menyiapkan alat serta materi pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan sesuai dengan rencana jangka pendek serta jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait, termasuk klien.
- Mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan bersama klien dan menggunakannya untuk memperbaiki serta meningkatkan program di masa yang akan datang.
- Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/ penyuluhan kesehatan secara lengkap serta sistematis.

2. Berpartisipasi dalam Tim

Bidan berpartisi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader, dan tenaga kesehatan lain yang berada di wilayah kerjanya, meliputi :

- Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien bentuk konsultasi, rujukan & tindak lanjut
- Membina hubungan baik dengan dukun bayi, kader kesehatan, PLKB dan masyarakat

- Membina kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan

4. Peran Bidan Sebagai Motivator

Sebagai motivator, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

1. Tugas mandiri

Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

a. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, mencakup:

- Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien.
- Menentukan diagnosis.
- Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi.
- Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan.
- Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan
- Membuat pencatatan dan pelaporan kegiatan/tindakan.

b. Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien, mencakup:

- Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pranikah.
- Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar.
- Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas mendasar bersama klien.
- Melaksanakan tindakan/layanan sesuai dengan rencana.
- Mengevaluasi hasil tindakan/layanan yang telah diberikan bersama klien.
- Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama klien.
- Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan

c. Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, mencakup:

- Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil.
- Menentukan diagnosis kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien.
- Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
- Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien.
- Membuat rencana tindak lanjut asuhan yang telah diberikan bersama klien.
- Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien,
- Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinar dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:
- Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan.
- Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan.
- Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengar prioritas masalah.

- Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan bersama klien.
- Membuat rencana tindakan pada ibu selama masa persalinan sesuai dengan prioriras.
- Membuat asuhan kebidanan.

d. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, mencakup:

- Mengkaji status keselhatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga.
- Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
- Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
- Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
- Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- Membuat rencana tindak lanjut.
- Membuat rencana pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan.

e. Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:

- Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas.
- Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
- Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
- Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
- Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.

f. Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana, mencakup:

- Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada pus (pasangan usia subur)
- Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan.
- Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
- Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
- Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien.
- Membuat pencatatan dan laporan.

g. Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause, mencakup:

- Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien.
- Menentukan diagnosis, prognosis, prioritas, dan kebutuhan asuhan.
- Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien.
- Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
- Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- Membuat rencana tindak lanjut bersama klien.

- Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.

h. Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga, mencakup:

- Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan sesuai dengan tumbuh kembang bayi/balita.

Menentukan diagnosis dan prioritas masalah.

- Menyusun rencana asuhan sesuai dengan rencana.
- Melaksanakan asuhan sesuai dengan prioritas masalah.
- Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan.
- Membuat rencana tindak lanjut.
- Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan.

3. Tugas Kolaborasi

Tugas-tugas kolaborasi (kerja sama) bidan, yaitu:

a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan

kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.

b. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.

c. Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga

d. Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

e. Memberi asuhan kebidanan pada bay, baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruraran yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga,

f. Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko cinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi betsamut klien dan keluarga,

4. Tugas ketergantungan

Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu:

a. Menerapkan manajamen kebidanan ,pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga,

b. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan

c. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga,

d. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga,

e. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga

## DAFTAR PUSTAKA


Dunkle, 2002, Health Promotion in Midwifery Practice, Ballivere Tindall, London.

Depkes RI, 2000, Promosi Kesehatan, Dirjen Promkes dan Dirjenkesmas, Jakarta.

Notoatmodjo S, 2003, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta

Green, L & Kreuter, M.W, (2005). Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach, Second Edition, Mayfield Publishing Company.

Greene, W & Simon, M, (1990). Introdusction to Health Education, Waveland Press Inc, Prospect Height, Illinois.

Liliweri A, (2011), Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan,Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Naidoo, J & Wills, J, (2000). Health Promotion, Foundation for Practice, Second Edition, Bailliere Tindall, Elsevier Limited.

Notoatmodjo, Soekidjo.(2010). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta : Jakarta.

Perkins, E.R., Simnett, I., Wright, L. (1999). Evidence-based Health Promotion. Chichester: John Wiley & Sons.

Tones, K & Green, J, (2004), Health Promotion: Planning and Strategies, Sage Publications.

World Health Organization. (1998). Health Promotion Glosarry. Geneva: HPR- HEP WHO.

Hakim, M. Arief. 2007. Narkoba, Bahaya dan Penanggulangannya. Bandung: Jember.

Husaini, Aiman. 2007. Tobat Merokok. Depok: Pustaka Iman.

Narsistikes.blogspot.co.id/2012/12/sap-bahaya-merokok.html (diunduh pada: Kamis, 17 September 2015)

Sugito, J.. 2007. Stop Rokok. Jakarta: Penebar Swadaya