

PROMOSI KESEHATAN



KONSEP PROMOSI KESEHATAN, KOMUNIKASI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT, METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN, PENDEKATA, MODEL DAN KEBUTUHAN PROMOSI KESEHATAN, PEMSARAN SOSIAL DALAM PROMOSI KESEHATAN, KONSEP PENYULUHAN KESEHATAN, TEORI BELAJAR MENGAJAR BERHUBUNGAN DENGAN PROMOSI KESEHATAN. BUKU INI DAPAT DIGUNAKAN OLEH MAHASISWA KESEHATAN, SEPERTI KESEHATAN MASYARAKAT, SARJANA TERAPAN PROMOSI KESEHATAN, KEBIDANAN, KEPERAWATAN PADA MAHASISWA RUMPUN ILMU KESEHATAN LAINNYA. PRAKTIKI KESEHATAN DAN PETUGAS TEKNIS KESEHATAN LAINNYA TERUTAMA PETUGAS PROMOSI KESEHATAN.



085376146611
ISBN.PRIMANUSANTARABKT@GMAIL.COM
PRIMA NUSANTARA BUKITINGGI PRESS

PROMOSI KESEHATAN

PROMOSI KESEHATAN



Mellia Fransiska, Tika Ramadanti, Debby Ratno Kustanto, Rita Gusmiati, Rahmi Kurnia Gustin, Cici Apriza Yanti, Dina Ediana

PROMOSI KESEHATAN



Penulis :

Mellia Fransiska, Tika Rahmadanti, Debby Ratno Kustanto,
Rita Gusmiati, Rahmi Kurnia Gustin,
Cici Apriza Yanti, Dina Ediana

PENERBIT : Prima Nusantara Bukittinggi Press

PROMOSI KESEHATAN

Copyright © Prima Nusantara Bukittinggi Press 2022

Penulis:

Mellia Fransiska, Tika Rahmadanti, Debby Ratno Kustanto, Rita Gusmiati, Rahmi
Kurnia Gustin, Cici Apriza Yanti, Dina Ediana

Editor : **Debby Ratno Kustanto, SKM, M.Sc.PH**

Desain Sampul: - Dina ediana, M.Kom

Penerbit Prima Nusantara Bukittinggi Press

E-mail: isbn.primanusantarabkt@gmail.com

No.WA: 0895-2448-7046

Mellia Fransiska , dkk

Promosi Kesehatan

vi + 118 Halaman

ISBN: 978-602-0817-07-1

Cetakan kedua, Juli 2022

Cetakan kedua, 19 Juli 2022

Prima Nusantara Bukittinggi Press

Redaksi:

Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi

Jl. Kusuma Bhakti No.99, Kubu Gulai Bancah, Kec. Mandiangin Koto Selayan, Kota

Bukittinggi, Sumatera Barat 26111

Telp/Fax, (0752) 6218242/ **Fax.**(0752) 32325

Juli, 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa izin tertulis dari
penerbit maupun penulis

Kontributor Prima Nusantara Bukittinggi Press

Penanggung Jawab :
Dr. Hj. Evi Susanti, S.ST, M.Biomed

Pimpinan Redaksi:

Yuhendri Putra, S.Si, M.Biomed

Wakil Pimpinan Redaksi:

Dina Ediana, M.Kom

Koordinator Editor:

Dr.Jonius, S.Si, M.Si

Anggota Editor:

Debby Ratno Kustanto, SKM

Lady Wizia S. Keb

Koordinator Bidang Penerbitan:

Ayu Nurdian, M.Keb

Anggota:

Tuti Untari, S.Hum

Tessa Perdana Sari, S.Hum

Fahrul Rozi

Layout Desain Grafis:

Ronaldi, Amd, Kom

**Institut Kesehatan Prima Nusantara
Bukittinggi**

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wa barakaatuh.

Alhamdulillah Puji syukur kami panjatkan Kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan *Buku Promosi Kesehatan* pada Program Pendidikan Kesehatan Masyarakat ini. Pembuatan Buku ini ternyata memerlukan suatu upaya yang jauh lebih besar dari apa yang diperkirakan pada awalnya. Untuk itu kami mengucapkan terimakasih kepada dosen atas keterlibatannya dalam penyusunan Buku ini.

Tujuan penyusunan Buku ini adalah untuk membantu mahasiswa dalam belajar, melakukan keterampilan sesuai dengan Kompetensi yang akan dicapai.

Buku ini juga dipergunakan sebagai alat evaluasi dalam pelaksanaan proses Pembelajaran untuk mendapatkan gambaran hasil pencapaian kompetensi mahasiswa yang terukur dan sekaligus sebagai pedoman dalam perbaikan pembelajaran pada periode selanjutnya.

Didasarkan atas motivasi dalam mewujudkan kualitas lulusan Pendidikan prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, agar lebih baik, maka Buku ini sangat terbuka untuk menerima kritik dan saran perbaikan.

Akhirnya, kami ucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak terkait yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan Buku ini.

Bukittinggi, Juli 2022

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	I
DAFTAR ISI.....	II
BAB I KONSEP PROMOSI KESEHATAN.....	1
1.1 Definisi Promosi Kesehatan.....	3
1.2 Peran Promosi Kesehatan.....	5
1.3 Dimensi Promosi Kesehatan.....	6
1.4 Visi dan misi Promosi Kesehatan.....	7
1.5 Strategi Promosi Kesehatan.....	8
1.6 Sasaran Promosi Kesehatan.....	13
1.7 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan.....	15
1.8 Sub Bidang Ilmu Promosi Kesehatan.....	16
BAB 2 KOMUNIKASI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT.....	21
2.1 Prinsip Dasar Komunikasi.....	21
2.2 Komunikasi Kesehatan.....	26
2.3 Proses Perencanaan Komunikasi.....	27
2.4 Pemasaran Sosial.....	28
BAB 3 METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN.....	30
3.1 Metode Promosi Kesehatan.....	31
3.2 Alat Bantu atau Media Promosi Kesehatan.....	32
BAB 4 PENDEKATAN MODEL, DAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN.....	40
4.1 Pendekatan Promosi Kesehatan.....	41
4.2 Model – Model Promosi Kesehatan.....	44
4.3 Strategi Promosi Kesehatan.....	55
4.4 Aplikasi Komunikasi dalam Promosi Kesehatan.....	60
4.5 Perencanaan Promosi Kesehatan.....	65
BAB 5 PEMASARAN SOSIAL DALAM PROMOSI KESEHATAN.....	76
5.1 Batasan dan pengertian.....	76
5.2 Prinsip dan Kegiatan Pemasaran Sosial.....	82
5.3 Langkah – langkah Kegiatan Pemasaran Sosial.....	88
5.4 Faktor penentu keberhasilan pemasaran sosial.....	96
BAB 6 KONSEP PENYULUHAN KESEHATAN.....;	101
6.1 Penyuluhan Kesehatan dalam Promosi Kesehatan.....	101
6.2 Tujuan Penyuluhan dan Promosi Kesehatan.....	102
6.3 Perencanaan penyuluhan kesehatan.....	103
6.4 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	104
6.5 Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan.....	108
BAB 7 TEORI BELAJAR MENGAJAR BERHUBUNGAN DENGAN PROMOSI KESEHATAN.....	118
7.1 Pengertian Belajar Mengajar.....	118
7.2 Proses Belajar.....	127

7.3 Teori Belajar.....	130
7.4 Tipe – Tipe gaya Belajar	138
7.5 Proses Belajar pada orang dewasa.....	158
7.6 Prinsip – Prinsip belajar.....	161

DAFTAR PUSTAKA

BIODATA PENULIS

Bab 1

Konsep Promosi Kesehatan

Mellia Fransiska., SKM., M.Kes

SEJARAH PROMOSI KESEHATAN

Konferensi Promosi Kesehatan WHO secara global telah membentuk konsep, prinsip, dan area aksi yang meletakkan promosi kesehatan dalam konteks globalisasi yang lebih luas. (Ottawa 1986 dan Bangkok 2005). Konsep promosi kesehatan merupakan pengembangan dari konsep pendidikan kesehatan, berlangsung sejalan dengan perubahan paradigma kesehatan masyarakat.

Konferensi tersebut telah meneliti pembuatan kebijakan publik (Adelaide 1988) dan penciptaan lingkungan yang mendukung (Sundsvall 1991). Mereka telah dianggap berperan penting dalam pembangunan kapasitas untuk promosi kesehatan serta dalam mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan (Jakarta 1997 dan Meksiko 2000). Mereka telah menyerukan tindakan untuk menutup kesenjangan implementasi antara bukti dan aplikasi konkret dalam pembangunan kesehatan (Nairobi 2009).

Konferensi Global 8 dari Promosi Kesehatan (Helsinki 2013) meninjau pengalaman dalam terlibat dalam Kesehatan di Semua Kebijakan pendekatan dan mendirikan bimbingan untuk tindakan nyata di negara-negara di semua tingkat pembangunan (WHO, 2016). Pada tahun 1986 di Ottawa, Kanada, berlangsung konferensi internasional promosi kesehatan yang menghasilkan piagam Ottawa (Ottawa Charter). Konferensi Internasional pertama pada Promosi Kesehatan, pertemuan di Ottawa hari ke-21 ini November 1986, dengan ini menyajikan CHARTER ini untuk tindakan untuk mencapai

Kesehatan untuk Semua pada tahun 2000 dan seterusnya (WHO, 2016). Upaya promosi kesehatan awal difokuskan pada tanggung jawab individu untuk kesehatan dan menekankan penentu perilaku dan pendekatan pendidikan. Namun, bukti menunjukkan kesehatan yang program promosi juga harus mengatasi lingkungan sosial dan fisik, karena ini juga berkontribusi kesehatan yang buruk. Fokus pada promosi kesehatan sebagai suatu proses untuk memungkinkan orang untuk mengatasi tantangan dan meningkatkan kontrol atas lingkungan mereka untuk meningkatkan kesehatan mereka (WHO, 1986).

Dokumen ini meletakkan dasar untuk teori dan praktek promosi kesehatan dan menekankan peran sumber daya sosial dan pribadi serta kemampuan fisik, dan kebutuhan untuk mencapai kesetaraan dalam kesehatan. Ottawa Charter juga mendokumentasikan tanggung jawab nonpemerintah dan instansi pemerintah dalam menciptakan lingkungan yang mendukung dan kebijakan publik kesehatan (Pender;Murdaligh;Parson, 2015). Konferensi ini terutama tanggapan terhadap harapan yang berkembang untuk gerakan kesehatan masyarakat baru di seluruh dunia.

Diskusi difokuskan pada kebutuhan di negara-negara industri, tetapi memperhitungkan kepedulian yang sama di semua wilayah lainnya. Ini dibangun di atas kemajuan yang dibuat melalui Deklarasi Kesehatan Primer di Alma-Ata, Target Organisasi Kesehatan Dunia untuk Kesehatan untuk semua dokumen, dan perdebatan baru-baru ini di Majelis Kesehatan Dunia pada tindakan lintas sektoral untuk kesehatan. Menurut Ottawa Charter, kondisi fundamental dan sumber daya untuk kesehatan adalah: perdamaian, berlindung, pendidikan, makanan, pendapatan, eko-sistem yang stabil, sumber daya yang berkelanjutan, keadilan sosial, dan keadilan.

Peningkatan kesehatan memerlukan landasan prasyarat dasar, yaitu Advocate Enable, dan Mediate. Ottawa Charter adalah katalis yang bergerak promosi kesehatan di luar didefinisikan sebagai suatu kegiatan pendidikan untuk konsep yang lebih luas yang juga

berfokus pada lingkungan sosial dan politik (McQueen & De Salazar, 2011).

Bangkok Charter mengidentifikasi tindakan, komitmen dan janji yang diperlukan untuk mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan di dunia global melalui promosi kesehatan. Bangkok Charter bertujuan membuat kebijakan dan kemitraan untuk memberdayakan masyarakat, dan untuk meningkatkan kesehatan dan kesetaraan kesehatan, harus menjadi pusat pembangunan global dan nasional (WHO, 2005) Bangkok Charter ini mencakup penonton yang menjangkau orang, kelompok dan organisasi yang sangat penting untuk pencapaian kesehatan, termasuk: pemerintah dan politisi di semua tingkatan, masyarakat sipil, sektor swasta, organisasi internasional, dan komunitas kesehatan masyarakat.

Promosi kesehatan PBB mengakui bahwa penikmatan standar kesehatan tertinggi adalah salah satu hak dasar setiap manusia tanpa diskriminasi. promosi kesehatan berdasarkan hak asasi manusia kritis dan menawarkan konsep positif dan inklusif kesehatan sebagai penentu kualitas hidup dan meliputi mental dan spiritual kesejahteraan. promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka dan penentunya, dan dengan demikian meningkatkan kesehatan mereka. Ini adalah fungsi inti dari kesehatan masyarakat dan berkontribusi terhadap pekerjaan menanggulangi penyakit menular dan tidak menular dan ancaman lain terhadap kesehatan (WHO, 2005).

1.1 Defenisi Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas faktor-faktor penentu kesehatan dan dengan demikian meningkatkan kesehatan mereka. Promosi kesehatan berarti : Membangun kebijakan publik yang sehat menciptakan lingkungan yang mendukung,

memperkuat aksi komunitas, mengembangkan keterampilan pribadi, dan mengorientasikan layanan kesehatan. (WHO).

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri oleh dan untuk masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes, 2011)

Promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri. Proses pemberdayaan tersebut dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat serta sesuai dengan sosial budaya setempat. Demi mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik dari fisik, mental maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan 9 aspirasi dan kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (Kemenkes, 2011).

Promosi kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Termasuk didalamnya adalah sehat secara fisik, mental dan sosial sehingga individu atau masyarakat dapat merealisasikan cita-citanya, mencukupi kebutuhan-kebutuhannya, serta mengubah atau mengatasi lingkungannya. Kesehatan adalah sumberdaya kehidupan bukan hanya objek untuk hidup. Kesehatan adalah suatu konsep yang positif yang tidak dapat dilepaskan dari social dan kekuatan personal. Jadi promosi kesehatan tidak hanya bertanggungjawab pada sektor kesehatan saja, melainkan juga gaya hidup untuk lebih sehat". (Ottawa Charter)

Promosi Kesehatan adalah kombinasi upaya-upaya pendidikan,kebijakan (politik),peraturan,dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan dan kondisi-kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu,kelompok,atau komunitas (Green dan Kreuter 2005). Defenisi/pengertian yang dikemukakan Green ini dapat dilihat sebagai operasionalisasi dari defenisi

WHO (hasil Ottawa Charter) yang lebih bersifat konseptual. Di dalam rumusan pengertian diatas terlihat dengan jelas aktivitas-aktivitas yang harus dilakukan dalam kerangka "Promosi Kesehatan".

Definisi dari depkes tersebut lebih menggambarkan bahwa promosi kesehatan adalah gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik berwawasan kesehatan, karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mampu mengontrol determinan-determinan kesehatan.

Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Undang-Undang Kesehatan RI no 36 tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah "Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi".

Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: "Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya" (Notoatmodjo, 2010)

1.2 Peran Promkes dalam Kesehatan

Peran petugas promosi kesehatan dapat mempengaruhi hasil program promosi kesehatan. Penggunaan media dalam menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat sudah menjadi hal yang umum pada tenaga promosi kesehatan di fasilitas kesehatan (Schiavo, 2007 Sederhananya, PKM mengemban tugas dan tanggung jawab melakukan penyuluhan kesehatan masyarakat atau promosi kesehatan secara profesional guna meningkatkan kemampuan

masyarakat lewat pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat supaya bisa menolong diri sendiri.

Peran promkes dalam kesehatan sebagai tenaga penyuluh, pengembang metode promosi kesehatan, konsultan atau konselor, peneliti ilmiah dan terapan, sampai manajemen strategi promosi kesehatan. Pentingnya peran promosi kesehatan dalam pembangunan kesehatan telah di akui oleh berbagai pihak, oleh sebab itu di dalam Grand strategi departemen kesehatan yang terhitung pada keputusan menteri kesehatan RI Nomor 457 tahun 2008.

Penyuluh Kesehatan Masyarakat (PKM) merupakan seseorang yang bertugas, bertanggung jawab, berwenang, dan berhak melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan atau promosi kesehatan kepada masyarakat

1.2.1 Peran dan Tanggung Jawab

- a) Melakukan edukasi mengenai kesehatan pada perorangan, kelompok, dan masyarakat di suatu wilayah.
- b) Membuat sebuah gerakan atau kampanye mengenai cara hidup sehat dan mencintai lingkungan hidup di sekitar.
- c) Memberikan konseling kesehatan kepada karyawan di unit kesehatan perusahaan.
- d) Melakukan kunjungan ke area perumahan dan memberikan penyuluhan mengenai kesehatan.
- e) Mengembangkan metode promosi kesehatan yang efektif.

1.3 Dimensi Promosi kesehatan

1.3.1 Dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan

- a) Promosi kesehatan pada tingkat promotif
- b) Sasaran kelompok orang sehat, tujuan mampu meningkatkan kesehatannya,
- c) Promosi kesehatan pada tingkat preventif

- d) Sasaran kelompok orang sehat dan kelompok High risk (bumil, bayi, obesitas, PSK, dll). Tujuan mencegah kelompok tersebut agar tidak jatuh sakit.
- e) Promosi kesehatan pada tingkat kuratif
- f) Sasaran para penderita penyakit utamanya penyakit kronis (DM,TBC, Hipertensi). Tujuan mencegah penyakit tersebut tidak semakin parah.
- g) Promosi kesehatan tingkat rehabilitatif
- h) Sasaran para penderita penyakit yang baru sembuh dari suatu penyakit. Tujuan segera pulih kembali kesehatannya dan mengurangi kecacatan semenimal mungkin.

1.3.2 Dimensi tempat pelaksanaan promosi kesehatan atau tatanan

- a) Tatanan Rumah Tangga
- b) Tatanan Sekolah
- c) Tatanan Tempat Kerja
- d) Tatanan Tempat-tempat umum
- e) Tatanan Institusi Pelayanan Kesehatan

1.4 Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Visi umum promosi kesehatan (UU Kesehatan dan WHO) yakni: Meningkatnya kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, baik fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun soaial. Untuk mencapai visi, perlu upaya-upaya yang harus dilakukan, dan inilah yang disebut "MISI". Jadi yang dimaksud misi pendidikan kesehatan adalah upaya yang harus dilakukan untuk mencapai visi tersebut. Misi promosi kesehatan secara umum dapat dirumuskan menjadi 3 butir:

1.4.1 Advokat (Advocate)

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

1.4.2 Menjembatani (Mediate)

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

1.4.3 Memampukan (Enable)

Memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri secara mandiri. Hal ini berarti kepada masyarakat diberikan kemampuan atau keterampilan agar mereka mandiri dibidang kesehatan, termasuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Misalnya pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan keterampilan cara-cara bertani, beternak, bertanam obat-obatan tradisional, koperasi, dan sebagainya dalam rangka meningkatkan pendapatan keluarga.

1.5 Strategi Promosi Kesehatan

1.5.1 Advokasi

Advokasi merupakan strategi penting dalam promosi kesehatan. Banyak orang masih belum menyadari pentingnya kesehatan dalam hidupnya. Kesehatan adalah hak asasi

manusia dan modal investasi bangsa yang dapat mempengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas-sektor sehingga masalah kesehatan seringkali kalah prioritas. Dibandingkan masalah ekonomi dan kebutuhan fisik lainnya.

1.5.1. Sasaran dan Pelaku Advokasi Kesehatan

1.5.1.1 Sasaran advokasi kesehatan

Sasaran advokasi kesehatan adalah berbagai pihak yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap upaya kesehatan, khususnya para pengambil keputusan dan penentu kebijakan di pemerintah, lembaga perwakilan rakyat, mitra di kalangan pengusaha/swasta, badan penyandang dana, media masa, organisasi profesi organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh berpengaruh dan tenar, dan kelompok potensial lainnya di masyarakat.

1.5.1.2 Pelaku advokasi Kesehatan

Pelaku advokasi adalah siapa saja yang peduli terhadap upaya kesehatan, dan memandang perlu adanya mitra untuk mendukung upaya tersebut. Pelaku advokasi dapat berasal dari kalangan pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat/agama, LSM dan tokoh berpengaruh.

1.5.1.3 Pendekatan strategi advokasi

Menurut UNFPA dan BKKBN (2002) terdapat lima pendekatan utama dalam advokasi, yaitu melibatkan para pimpinan, bekerja dengan media masa, membangun kemitraan, memobilisasi massa, dan pembangunan kapasitas. Strategi advokasi dapat dilakukan melalui pembentukan koalisi, pengembangan jaringan kerja, pembangunan institusi, pembuatan forum, dan kerja sama bilateral.

1.5.1.4 Langkah-Langkah Pokok dalam Advokasi

- a. Identifikasi dan analisis masalah atau isu yang memerlukan advokasi

Masalah atau isu advokasi perlu dirumuskan berbasis data atau fakta. Data sangat penting agar keputusan yang dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar. Data berbasis fakta sangat membantu menetapkan masalah, mengidentifikasi solusi, dan menentukan tujuan yang realistis

- b. Identifikasi dan analisis kelompok sasaran

Sasaran kegiatan advokasi ditujukan kepada para pembuat keputusan (*decision makers*) atau penentu kebijakan (*policy makers*), baik dibidang kesehatan maupun luar sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap publik. Tujuannya agar para pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan-kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi, dan yang menguntungkan kesehatan.

- c. Siapkan dan kemas bahaan informasi

- 1) Bahan informasi minimal memuat rumusan masalah yang dibahas, latar belakang masalahnya, alternatif mengatasinya, usulan peran atau tindakan yang diharapkan, dan tindak lanjut penyelesaian. Bahan informasi juga minimal memuat tentang 5 W dan 1 H (*what, why, who, where, when dan how*) tentang permasalahan yang diangkat
- 2) Dikemas menarik, ringkas, jelas, dan mengesankan.
- 3) Bahan informasi tersebut akan lebih baik lagi jika disertai data pendukung, ilustrasi contoh, gambar, dan bagan.
- 4) Waktu dan tempat penyampaian bahan informasi, apakah sebelum, saat, atau setelah pertemuan.

- d. Rencanakan teknik atau cara atau kegiatan operasional

Beberapa teknik atau kegiatan operasional advokasi dapat meliputi konsultasi, lobi, pendekatan atau pembicara formal

atau informal terhadap para pembuat keputusan, negosiasi atau resolusi konflik, pertemuan khusus, debat publik, petisi, pembuatan opini, dan seminar - seminar kesehatan.

- e. Laksanakan kegiatan, pantau dan evaluasi serta lakukan tindak lanjut upaya advokasi.

Selanjutnya adalah melaksanakan kegiatan sesuai rencana yang telah disusun, memantau dan mengevaluasinya, serta melakukan tindak lanjut. Evaluasi diperlukan untuk menilai ketercapaian tujuan serta menyempurnakan dan memperbaiki strategi advokasi.

1.5.1.5 Indikator Keberhasilan

1. *Indikator output*

Adanya kepedulian, keterlibatan, dan dukungan, serta kesinambungan upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan, atau keterlibatan dalam kegiatan / gerakan. *Output* kegiatan advokasi adalah undang-undang, perda, instruksi yang mengikat masyarakat atau instansi berkenaan dengan masalah kesehatan.

2. *Indikator Proses*

Adanya rencana kegiatan dan pelaksanaan kegiatan advokasi, berupa forum, jaringan, dan kerja sama.

3. *Indikator input*

Adanya sasaran yang jelas, bahan informasi / advokasi, dan kesiapan pelaku advokasi.

1.5.2 Bina Suasana

Bina suasana adalah kegiatan membuat suasana atau iklim yang mendukung terwujudnya perilaku sehat dengan mengembangkan opini publik yang positif melalui media masa, tokoh masyarakat, dan figur publik. Kegiatan ditujukan kepada para tokoh masyarakat, baik formal (guru, camat, dan petugas kesehatan) maupun informal (tokoh agama dan tokoh masyarakat) yang mempunyai pengaruh di masyarakat.

1.5.3 Gerakan Masyarakat

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan merupakan investasi. Kesehatan adalah faktor penting untuk meningkatkan kualitas hidup manusia, secara sosial dan ekonomi. Oleh sebab itu, setiap orang, di samping mempunyai hak, juga memiliki kewajiban untuk memelihara dan melindungi kesehatan diri dari lingkungannya. Walaupun demikian, banyak orang dan masyarakat yang belum menyadari pentingnya kesehatan dalam kehidupannya.

1.5.3.1 Sasaran dan pelaku Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah kegiatan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat. Oleh karena itu, batas antara sasaran dan pelaku pemberdayaan masyarakat sangat tipis sehingga dapat dikatakan bahwa sasaran pemberdayaan adalah sekaligus juga pelaku pemberdayaan masyarakat. Sasaran sebenarnya pemberdayaan masyarakat adalah perorangan, keluarga, dan masyarakat umum.

1.5.3.2 Prinsip, Model atau bentuk dan langkah kegiatan dalam pemberdayaan Masyarakat

1. Prinsip Pemberdayaan masyarakat

- a) Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat
- b) Menumbuhkan kontribusi masyarakat dalam upaya kesehatan
- c) Mengembangkan kegiatan kegotong-royongan dimasyarakat
- d) Bekerja sama dengan masyarakat
- e) Promosi, pendidikan dan pelatihan dengan sebnyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi setempat
- f) Upaya dilakukan secara kemitraaan dengan berbagai pihak

- g) Desentralisasi (sesuai dengan keadaan dan budaya setempat)

2. Model atau bentuk pemberdayaan masyarakat

- a) Pemberdayaan pimpinan masyarakat (*Community leaders*), misalnya melalui sarasehan.
- b) Pengembangan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (*Community organizations*), seperti posyandu dan polindes.
- c) Pemberdayaan sarana masyarakat (*Community material*) misalnya pembangunan sumur atau jamban di masyarakat.
- d) Pemberdayaan pendanaan masyarakat (*Community fund*) misalnya dana sehat JPKM
- e) Peningkatan pengetahuan masyarakat (*Community knowledge*) misalnya lomba asah terampil dan lomba lukis anak-anak.
- f) Pengembangan teknologi tepat guna (*Community technology*) misalnya penyederhanaan deteksi dini kanker, ISPA.

1.6 Sasaran Promosi Kesehatan

Menurut Maulana (2009), pelaksanaan promosi kesehatan ada 3 jenis sasaran primer, sekunder, dan tersier.

1.6.1 Sasaran primer

Sasaran primer kesehatan adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Masyarakat diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat (PHBS). Akan tetapi disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah sesuatu yang mudah. Perubahan perilaku pasien individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh sistem nilai dan norma sosial serta norma hukum yang dapat diciptakan atau dikembangkan oleh para pemuka masyarakat, baik

pemuka informal maupun pemuka formal dalam mempraktikkan PHBS. Suasana lingkungan sosial yang kondusif (*sosial Pessuru*) dari kelompok-kelompok masyarakat dan pendapatan umum (*Public opinion*). Sumber daya dan atau sarana yang diperlukan bagi terciptanya PHBS, yang dapat di upayakan atau dibantu penyediaannya oleh mereka yang bertanggung jawab dan kepentingan (*stakeholders*), khususnya perangkat pemerintah dan dunia usaha (Maulana 2009)

1.6.2 Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintah dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara : berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS. Turut menyebarkan informasi tentang PHBS dan menciptakan suasana yang kondusif bagi PHBS. Berperan sebagai kelompok penekan (*pressure group*) guna mempercepat terbentuknya PHBS (maulana, 2009)

1.6.3 Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan public yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Mereka diharapkan turut serta dalam upaya peningkatan PHBS pasien. Individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara :

- a) Memberlakukan kebijakan/peraturan perundang-undangan yang tidak merugikan kesehatan masyarakat dan bahkan mendukung terciptanya PHBS dan kesehatan masyarakat

- b) Membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lain-lain) yang dapat mempercepat tercapainya PHBS di kalangan pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) pada khususnya serta masyarakat luas pada umumnya (maulana, 2009)

1.7 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

1.7.1 Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan secara garis besarnya terdapat 2 jenis pelayanan kesehatan yaitu:

1. Pelayanan preventif dan promotif

Adalah pelayanan bagi kelompok masyarakat yang sehat, agar kelompok ini tetap sehat dan bahkan meningkatkan status kesehatan. Pada dasarnya pelayanan ini dilaksanakan oleh kelompok profesi kesehatan masyarakat.

2. Pelayanan kuratif dan rehabilitative

Adalah pelayanan kelompok masyarakat yang sakit, agar kelompok ini sembuh dari sakitnya dan menjadi pulih kesehatannya. Pada prinsipnya pelayanan jenis ini dilakukan kelompok profesi kedokteran.

1.7.2 promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan yaitu :

- a) Promosi Kesehatan pada Tingkat Promotif
Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.
- b) Promosi Kesehatan Pada Tingkat Preventif
Sasaran pada tingkat ini adalah kelompok yang beresiko tinggi misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas dan

sebagainya. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak terkena sakit.

- c) Promosi Kesehatan Pada Tingkat Kuratif
Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit atau pada pasien. Tujuan promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah.
- d) Promosi Kesehatan Pada Tingkat rehabilitatif Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran kelompok penderita yang baru sembuh dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah agar mereka ini segera pulih kembali kesehatannya atau mengurangi kecatatan seminimal mungkin (Notoatmodjo, 2005).

1.8 Sub Bidang Ilmu Promosi Kesehatan

- a) Komunikasi

Komunikasi diperlukan untuk mengondisikan factor-faktor predisposisi. Kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan serta penyakit. Adanya tradisi kepercayaan yang negative tentang penyakit, makanan, lingkungan, dan sebagainya, mengakibatkan mereka tidak berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Untuk itu maka di perlukan komunikasi dan pemberian informasi kesehatan. Untuk dapat berkomunikasi dengan efektif, para petugas kesehatan perlu dibekali ilmu komunikasi, termasuk media komunikasi.

- b) Dinamika Kelompok

Dinamika kelompok adalah salah satu metode promosi kesehatan yang efektif untuk menyampaikan pesan-

pesan kesehatan kepada sasaran pendidikan. Oleh sebab itu dinamika kelompok diperlukan dalam mengondisikan factor-faktor predisposisi perilaku kesehatan, dan harus dikuasi oleh setiap petugas kesehatan

c) Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat (PPM)

Untuk memperoleh perubahan perilaku yang efektif diperlukan faktor-faktor pendukung berupa sumber-sumber dan fasilitas yang memadai. Sumber-sumber dan fasilitas-fasilitas tersebut sebagian harus digali dan kembangkan dari masyarakat harus mampu mengorganisasikan komunitasnya sendiri untuk berperan serta dalam penyediaan fasilitas.

d) Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa

PKMD pada dasarnya adalah bagian dari PPM. Bedanya, PKMD ini lebih mengarah kepada kesehatan. PKMD pada prinsipnya adalah wadah partisipasi masyarakat dalam bidang pengembangan kesehatan.

e) Pemasaran sosial

Untuk memasyarakatkan produk kesehatan, baik yang berupa peralatan, fasilitas maupun jasa-jasa pelayanan diperlukan usaha pemasaran. Pemasaran jasa-jasa pelayanan ini menurut istilah promosi kesehatan disebut pemasaran sosial. Pemasaran sosial diperlukan untuk intervensi pada factor-faktor pendukung dan factor-faktor pendorong dalam perubahan perilaku masyarakat.

f) Pengembangan Organisasi

Agar institusi kesehatan sebagai organisasi pelayanan kesehatan dan organisasi-organisasi masyarakat mampu berfungsi sebagai faktor pendukung dan pendorong perubahan perilaku kesehatan

masyarakat, maka perlu dinamisasi dari organisasi-organisasi tersebut.

g) Pendidikan dan pelatihan

Semua petugas kesehatan, baik dilihat dari jenis maupun tingkatannya, pada dasarnya adalah pendidikan kesehatan. Ditengah-tengah masyarakat petugas kesehatan menjadi tokoh panutan dibidang kesehatan. Untuk itu maka petugas kesehatan harus mempunyai sikap dan perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

h) Pengembangan Media

Agar diperoleh hasil yang efektif dalam proses promosi kesehatan diperlukan alat bantu atau media pendidikan. Fungsi media dalam pendidikan adalah sebagai alat peraga untuk menyampaikan informasi atau pesan-pesan tentang kesehatan.

i) Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan

Untuk mencapai tujuan program dan kegiatan yang efektif dan efisien, diperlukan perencanaan dan evaluasi. Perencanaan dan evaluasi program promosi kesehatan mempunyai kekhususan bila dibandingkan dengan evaluasi program kesehatan yang lain. Hal ini karena tujuan program pendidikan sebagai indikator keberhasilan program pendidikan kesehatan adalah perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku sasaran yang memerlukan pengukuran khusus. Oleh sebab itu evaluasi secara umum, mereka perlu diberikan perencanaan dan evaluasi promosi kesehatan.

j) Perilaku Kesehatan

Kegiatan utama promosi kesehatan adalah berurusan dengan perilaku, utamanya perilaku kesehatan. Oleh sebab itu, pentingnya mempelajari perilaku dalam promosi kesehatan agar dalam melakukan kegiatan

promosi atau pendidikan kesehatan memperoleh hasil yang optimum.

k) Antropologi Kesehatan

Perilaku manusia dipengaruhi oleh lingkungannya, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya. Untuk melakukan pendekatan perubahan perilaku kesehatan, petugas kesehatan harus menguasai berbagai macam latar belakang sosial budaya masyarakat yang bersangkutan. Oleh sebab itu petugas kesehatan harus menguasai antropologi kesehatan.

l) Sosiologi Kesehatan

Latar belakang sosial, struktur sosial dan ekonomi mempunyai pengaruh terhadap perilaku kesehatan masyarakat. Petugas kesehatan juga perlu mendalami aspek-aspek sosial masyarakat. Oleh karena itu mereka pun harus menguasai sosiologi kesehatan.

m) Psikologi Kesehatan

Psikologi merupakan dasar ilmu perilaku. Untuk memahami perilaku individu, kelompok, atau masyarakat, orang harus mempelajari psikologi. Dalam memahami perilaku masyarakat, psikologi sosial sangat diperlukan. Oleh sebab itu semua petugas kesehatan harus menguasai psikologi sosial.

Daftar Pustaka

- Heri D.J Maulana (2009) 'promosi kesehatan', *Perencanaan promosi kesehatan*, (2007).
- Mandasari, A. A. (2021) 'Pengaplikasian Teori Precede Proceed Dalam Upaya Pemberdayaan Masyarakat Di Kelurahan Sidotopo', *Media Gizi Kesmas*, 10(1), p. 16. doi: 10.20473/mgk.v10i1.2021.16-23.
- Mulyanti, K. and Fachrurrozi, A. (2017) 'Analisis sikap dan perilaku masyarakat terhadap pelaksanaan program bank sampah (Studi Kasus Masyarakat Kelurahan Bahagia Bekasi Utara)', *Optimal: Jurnal Fakultas Ekonomi Universitas Islam '45' Bekasi*, 10(2), pp. 185–198.
- Notoadmodjo (2010) 'Promosi Kesehatan teori dan aplikasi', (2010).
- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018) 9 786024 730406.
- Prakoso, G. D. and Fatah, M. Z. (2018) 'Analisis Pengaruh Sikap, Kontrol Perilaku, Dan Norma Subjektif Terhadap Perilaku Safety', *Jurnal PROMKES*, 5(2), p. 193. doi: 10.20473/jpk.v5.i2.2017.193-204.
- Riza Hayati Ifroh. (2019) 'peran petugas promosi kesehatan dalam penggunaan audiovisual sebagai media komunikasi informasi dan edukasi', *Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol. 7 No. 2, at: <https://ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/view/202>.

Bab 2

Komunikasi Dalam Kesehatan Masyarakat

Tika Rahmadanti., SKM., MKM

2.1 Prinsip Dasar Komunikasi

Komunikasi adalah proses pengoperasian ransangan (stimulus) dalam bentuk lambang atau simbol bahasa atau gerak (non verbal), untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Stimulus atau ransangan ini dapat berupa suara/bunyi/ atau bahasa lisan, maupun berupa gerakan, tindakan, atau simbol - simbol yang diharapkan dapat dimengerti oleh pihak lain, dan pihak lain tersebut merespon atau bereaksi sesuai dengan maksud pihak yang memberikan stimulus. Proses komunikasi yang menggunakan stimulus atau respons dalam bentuk bahasa, baik lisan ataupun tulisan selanjutnya disebut komunikasi verbal. Sedangkan apabila proses komunikasi tersebut menggunakan simbol - simbol disebut komunikasi nonverbal (Notoatmodjo, 2012)

2.1.1 Unsur-unsur Komunikasi

Agar terjadi komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak yang lain, antara kelompok yang satu dengan kelompok yang lain, atau seseorang dengan orang lain, diperlukan keterlibatan beberapa unsur komunikasi, yaitu komunikator, komunikan, pesan, dan saluran atau media (Notoatmodjo, 2012)

1. Komunikator (*source*)

Komunikator adalah orang atau sumber yang menyampaikan atau mengeluarkan stimulus antara lain dalam bentuk informasi, atau lebih tepat disebut pesan - pesan (*message*) yang harus disampaikan kepada pihak atau orang lain dan diharapkan orang atau pihak lain tersebut memberikan respons atau jawaban.

2. Komunikan (*receiver*)

Komunikan adalah pihak yang menerima stimulus dan memberikan respons terhadap stimulus tersebut. Respons tersebut dapat bersifat pasif yakni memahami atau mengerti apa yang dimaksud oleh komunikator, atau dalam bentuk aktif, yaitu dalam bentuk ungkapan dalam bahasa lisan atau tulisan (verbal) atau menggunakan simbol - simbol (nonverbal). Menerima stimulus saja tanpa memberikan respons belum terjadi proses komunikasi.

3. Pesan (*message*)

Pesan adalah isi dari stimulus yang diberikan oleh komunikator (sumber) kepada komunikan (penerima). Isi stimulus yang berupa pesan atau informasi ini dikeluarkan oleh komunikator tidak sekedar diterima atau dimengerti oleh komunikan tetapi diharapkan agar direspons secara positif dan aktif berupa perilaku atau tindakan

Penyampaian pesan dapat berbentuk simbol bahasa, baik lisan maupun tulisan, yang disebut komunikasi verbal atau dalam bentuk simbol - simbol tertentu, misalnya ekspresi muka, dan gerak tubuh (disebut juga komunikasi non verbal) (Heri D., 2009)

4. Saluran (*media*)

Saluran (*channel*) atau lebih populer disebut media adalah alat atau sarana yang digunakan oleh komunikator dalam menyampaikan pesan atau informasi kepada komunikan. Jenis dan bentuk saluran atau

media komunikasi sangat bervariasi, mulai dari yang paling tradisional yakni melalui mulut (lisan), bunyi-bunyian (kentongan), tulisan (cetakan), sampai media paling modern seperti media elektronik (televisi dan internet)

5. Umpan balik

Umpan balik adalah reaksi sasaran terhadap pesan yang disampaikan sumber. Komunikasi dapat berjalan dengan baik atau tidak baik ditentukan oleh umpan balik atau reaksi sasaran, yang dapat dipergunakan sumber untuk memperbaiki komunikasi yang dilakukan (Heri D., 2009)

6. Akibat

Akibat (*impact*) adalah hasil dari komunikasi, yakni terjadi perubahan pada diri sasaran. Perubahan yang terjadi dapat berupa perubahan pengetahuan, sikap dan atau perilaku. Tujuan akhir kegiatan komunikasi adalah perubahan perilaku.

Referensi adalah stimulus yang memotivasi seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain. Referensi dapat berupa objek, pengalaman, emosi, ide, atau tindakan. Individu yang memperhitungkan referensi dalam interaksi interpersonal dapat dengan hati-hati mengembangkan dan mengatur pesan (Heri D., 2009)

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi (Heri D., 2009)

a) *Credibility*

Sumber harus memiliki kredibilitas tinggi, agar mempermudah kepercayaan sasaran terhadap pesan yang disampaikan

b) *Content*

Pesan yang disampaikan mempunyai manfaat bagi sasaran

c) *Context*

Pesan yang disampaikan ada hubungannya dengan kepentingan dan kebutuhan sasaran

d) *Clarity*

Pesan yang disampaikan harus jelas, dan lebih mudah diterima

e) *Continuity and Consistency*

Pesan yang disampaikan harus sering dan terus-menerus disampaikan serta bersifat konsisten dan tetap.

f) *Channels*

Harus dipilih media yang sesuai dengan sasaran

g) *Capability of The Audience*

Harus diperhitungkan kemampuan sasaran dalam menerima pesan.

2.1.4 Bentuk-bentuk Komunikasi

Komunikasi sangat berperan penting dalam pembangunan kesehatan. Komunikasi di sektor kesehatan bukan saja diperlukan untuk melibatkan seluruh komponen masyarakat agar berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan, tetapi juga diperlukan dalam memperoleh dukungan politik dan kebijaksanaan dari para pejabat penyelenggara negara/pemerintah, baik eksekutif maupun legislatif, dan para pejabat lintas sektor yang lain (Notoatmodjo, 2012).

a) Komunikasi intrapersonal (*personal communication*)

Komunikasi intrapersonal adalah komunikasi di dalam diri sendiri, terjadi apabila seseorang memikirkan masalah yang dihadapi. Komunikasi ini juga bisa terjadi apabila seseorang melakukan pertimbangan - pertimbangan sebelum mengambil suatu keputusan

b) Komunikasi antar pribadi (*interpersonal communication*)

Komunikasi ini adalah salah satu bentuk komunikasi yang paling efektif, karena antara komunikan dan komunikator dapat langsung tatap muka, sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikator, langsung dapat direspon atau ditanggapi pada saat itu juga. Apabila terjadi ketidakjelasan pesan atau informasi yang diterima oleh komunikan, maka pada saat itu juga dapat diklarifikasi atau dijelaskan oleh komunikator (pembawa pesan).

Media yang paling penting dalam komunikasi antar pribadi adalah bahasa, baik lisan (melalui mulut) ataupun tulisan. Namun untuk visualisasi atau ilustrasi informasi yang memerlukan dukungan data, perlu dibantu dengan alat bantu media lain, misalnya grafik, tabel, diagram, baik dalam bentuk cetak (*leaflet, flip chart, buku dan sebagainya*) maupun elektronik (*video, slide, film, dan sebagainya*), dan pengeras suara (*sound system*)

c) Mass communication (*communication through the mass media*)

Komunikasi ini menggunakan saluran (media) massa, atau berkomunikasi melalui media massa. Komunikasi melalui media massa kurang efektif bila dibandingkan dengan komunikasi interpersonal, meskipun mungkin lebih efisien. Komunikasi media massa, khususnya di negara - negara berkembang seperti di Indonesia ini masih banyak kendalanya. Kendala yang paling utama adalah tingkat pendidikan dan kecerdasan masyarakat yang masih rendah, oleh karena itu kadang - kadang pesan kesehatan sulit dipahami oleh mereka. Karena kesulitan memahami isi pesan maka respons mereka sangat lambat, dan bahkan tidak meresponsnya.

Media yang digunakan dalam komunikasi massa atau lebih populer disebut media massa ini bermacam-macam seperti:

- 1) Media cetak (koran, majalah, jurnal, selebaran (flyer) dan sebagainya)
 - 2) Media elektronik (radio, televisi, internet dan sebagainya)
 - 3) Berbagai macam papan nama (*billboard*)
 - 4) Spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya
- d) Komunikasi organisasi

Komunikasi organisasi adalah komunikasi yang terjadi diantara organisasi, institusi, atau lembaga. Komunikasi organisasi juga dapat terjadi diantara unit organisasi itu sendiri, misalnya antar bagian, antar seksi, atau sub bagian, antar departemen, dan sebagainya.

2.2 Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Perubahan perilaku kesehatan masyarakat merupakan tujuan utama dari komunikasi kesehatan yang akan berpengaruh kepada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Bentuk komunikasi yang sering digunakan adalah komunikasi interpersonal dan komunikasi massa (Notoatmodjo, 2012)

2.2.1 Komunikasi Antar Pribadi dalam Kesehatan

Komunikasi antar pribadi merupakan komunikasi langsung secara tatap muka antara satu orang dengan orang lain ataupun kelompok tanpa menggunakan media perantara.

Dalam pelayanan kesehatan masyarakat komunikasi antar pribadi dapat terjadi antara petugas kesehatan dengan kelompok masyarakat, seperti penyuluhan kelompok.

Beberapa hal yang harus dipenuhi agar komunikasi antar pribadi dapat berjalan efektif:

1. *Empathy*, komunikator mampu menempatkan diri pada posisi orang lain (komunikasikan)
2. *Respect*, komunikator harus mengerti perasaan dan sikap orang lain
3. Jujur, komunikator harus jujur dalam menanggapi pertanyaan komunikasikan

2.2.2 Komunikasi Massa Dalam Kesehatan

Komunikasi massa adalah proses komunikasi yang menggunakan media massa sebagai penyampai pesan atau informasi kepada orang lain. Sedangkan komunikasi massa dalam kesehatan masyarakat adalah proses penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui berbagai media masa kepada masyarakat agar masyarakat mau berperilaku sehat. Media massa sebagai penyampai pesan yang sering digunakan adalah media cetak maupun media elektronik (Notoatmodjo, 2012)

Selain itu, media tradisional juga sangat efektif dalam menyampaikan pesan - pesan kesehatan kepada masyarakat, karena sangat erat hubungannya dengan sosial budaya masyarakat setempat. Penyampaian pesan kesehatan melalui randai dan saluang bagi masyarakat Minangkabau Sumatera Barat akan lebih efektif dari pada melalui radio ataupun surat kabar (Notoatmodjo, 2012)

2.3 Proses Perencanaan Komunikasi

2.3.1 Analisis

Analisis situasi merupakan hal yang pertama kali diperlukan sebelum merencanakan komunikasi kesehatan. Analisis dilakukan terhadap masalah kesehatan yang dipilih (termasuk prevalensi masalahnya dan faktor - faktor yang berhubungan dengan masalah tersebut) dan analisis terhadap perilaku masyarakatnya terkait dengan masalah kesehatan tersebut (Notoatmodjo, 2012).

2.3.2 Desain Komunikasi

Langkah selanjutnya setelah analisis adalah menentukan desain program komunikasi yang akan dilakukan. Hal yang menjadi pertimbangan dalam menentukan desain komunikasi adalah menentukan kelompok sasaran, tujuan komunikasi secara spesifik, isi pesan dan media yang digunakan, strategi penyampaian pesan, dan *Plan Of Action* dari kegiatan yang dilakukan (Notoatmodjo, 2012).

2.3.3 Pengembangan media

Setelah menentukan desain komunikasi yang dilakukan, langkah selanjutnya adalah pengembangan media komunikasi. Seperti membuat desain media komunikasi, menguji media, dan revisi serta finalisasi media (Notoatmodjo, 2012).

2.3.4 Implementasi, monitoring, dan evaluasi

Setelah media dikembangkan maka diperlukan langkah selanjutnya yaitu implementasi, monitoring, dan evaluasi. Seperti pelatihan petugas, pelaksanaan, pemantauan, dan pengukuran efek atau dampak komunikasi kesehatan yang dilakukan terhadap masyarakat (Notoatmodjo, 2012)

2.3.5 Telaah

Hasil evaluasi atau *outcome* dari program komunikasi merupakan *feedback* dan input bagi program komunikasi selanjutnya (Notoatmodjo, 2012).

2.4 Pemasaran Sosial

Pemasaran sosial merupakan sebuah kerangka atau struktur kerja yang tersusun atas berbagai pengetahuan seperti ilmu-ilmu psikologi, sosiologi, antropologi dan komunikasi dalam rangka memahami cara mempengaruhi perilaku masyarakat (Chasanah, 2015)

Prinsip kegiatan pemasaran sosial adalah: (Notoatmodjo, 2012)

1. Riset Pasar

2. Pengembangan Produk
3. Penentuan harga
4. Periklanan dan promosi

Segmentasi pasar atau segmentasi sasaran merupakan bagian terpenting dalam pemasaran karena masyarakat sebagai sasaran terdiri dari berbagai kelompok atau karakteristik. Segmentasi ini diperlukan untuk menentukan metode komunikasi yang sesuai dengan berbagai kelompok sasaran tersebut. Pada umumnya segmentasi ditentukan berdasarkan karakteristik demografis (seperti usia, jenis kelamin, sosioekonomi, tempat tinggal, tingkat pendidikan, agama, ras, dsb) dan berdasarkan karakteristik geografis (seperti wilayah, luas daerah, dsb) serta berdasarkan perilakunya (Notoatmodjo, 2012)

Daftar Pustaka:

- Chasanah, S. U. (2015) *Pemasaran Sosial Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Heri D., J. M. (2009) *Promosi Kesehatan*. Edited by E. K. Yudha. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2012) *Promosi Kesehatan & Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmala, Ira, D. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

Bab 3

Metode dan Media Promosi Kesehatan

Debby Ratno Kustanto., SKM

Metode diartikan sebagai cara atau pendekatan tertentu. Dalam komunikasi komunikasi harus dapat memilih dan menggunakan metode yang tepat untuk menyampaikan pesan sesuai dengan kondisi setempat. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang cukup tentang penerapan metode yang sesuai dengan sasaran, tempat, dan waktu yang berbeda (Heri D., 2009)

Tujuan utama dari kegiatan promosi kesehatan adalah adanya perubahan perilaku dari sasaran (baik individu ataupun kelompok). Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan dari promosi kesehatan, yaitu metode, pesan yang disampaikan, komunikator, dan media yang digunakan. Agar kegiatan promosi kesehatan dapat berjalan optimal maka semua faktor tersebut harus saling bekerja sama dengan baik. Dikarenakan sasaran dalam kegiatan promosi kesehatan ini beragam, maka harus menggunakan cara atau metode tertentu yang sesuai dengan sasaran (Notoatmodjo, 2012).

Berikut ini adalah beberapa hal yang harus diketahui tentang sasaran dalam kegiatan penyuluhan (Nurmala, Ira, 2018)

1. Individu (personal) atau kelompok (masyarakat atau komunitas tertentu).
2. Penggolongan sasaran, misalnya kependudukan (demografi) dan sosial ekonomi.
3. Bahasa yang digunakan oleh sasaran

4. Adat istiadat serta kebiasaan yang berlaku di masyarakat
5. Minat dan perhatian sasaran

Secara garis besar, metode dibagi menjadi dua, yaitu metode diaktif dan sokratik (Heri D., 2009)

1. Metode Diaktif

Metode ini disebut juga dengan *one way method* karena dilakukan satu arah. Tingkat keberhasilan metode ini sulit dievaluasi karena komunikannya bersifat pasif dan hanya komunikator yang aktif. Contoh metode ini adalah ceramah, film, *leaflet*, *booklet*, poster, dan tulisan dimedia cetak.

2. Metode Sokratik

Metode ini dikenal juga dengan *two ways method* dimana antara komunikator dengan komunikan sama- sama aktif. Contoh dari metode ini adalah diskusi kelompok, debat, panel dikusi, role play, dll.

3.1 Metode Promosi Kesehatan

3.1.1 Metode Individual

Metode individu digunakan untuk membina perilaku perorangan dikarenakan setiap individu mempunyai masalah yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru yang diharapkan tersebut. Ada beberapa bentuk pendekatan yang bisa dilakukan seperti penyuluhan dan wawancara (Notoatmodjo, 2012)

3.1.2 Metode Kelompok

Efektivitas suatu metode akan tergantung pada besar kecilnya kelompok sasaran. Jika kelompok besar bisa digunakan metode ceramah dan seminar. Sedangkan pada kelompok kecil dapat digunakan diskusi kelompok, curah pendapat, role play, simulasi, dll (Notoatmodjo, 2012).

3.1.3 Metode Massa

Sasaran dalam metode massa adalah bersifat umum di mana tidak membedakan demografi status seperti jenis kelamin, usia, pekerjaan, dll sehingga pesan yang disampaikan melalui metode ini harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat diterima oleh massa tersebut. Hal ini cocok untuk menyampaikan pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Komunikasi dalam promosi kesehatan dengan metode massa bersifat tidak langsung dimana membutuhkan media massa dalam penyampaian pesan. Contoh metode yang cocok dalam pendekatan massa ini adalah ceramah umum, *talk show*, simulasi, *billboard*, dll. Tujuan dari pendekatan metode massa tidak sampai pada perubahan perilaku, namun jika terjadi perubahan perilaku dari kelompok sasaran maka itu adalah hal yang wajar dalam sebuah promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2012)

3.2 Alat Bantu Atau Media Promosi Kesehatan

3.2.1 Pengertian

Media adalah alat yang digunakan oleh penyampai pesan (komunikator) kepada penerima pesan (komunikan). Media ini disebut juga dengan alat peraga karena berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses penyampaian pesan. (Heri D., 2009)

Alat peraga disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain alat peraga dimaksudkan untuk mengarahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek atau pesan, sehingga mempermudah pemahaman (Notoatmodjo, 2012)

Menurut para ahli panca indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (75%-87%), dan melalui indera lainnya sekitar (13% - 25%) (Heri D., 2009)

Seseorang atau sekelompok masyarakat di dalam memperoleh pesan atau pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu atau media. Masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda di dalam membantu pemahaman pesan. Elgar Dale membagi alat peraga menjadi 11 macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut, seperti di bawah ini:



Dari kerucut diatas dapat dilihat bahwa lapisan paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti dalam proses penerimaan pesan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan informasi atau pesan. Sedangkan kata-kata sangat kurang efektif karena intensitasnya paling rendah (Notoatmodjo, 2012). Seperti penggunaan media, akan lebih

efektif dan efisien bila yang digunakan tidak hanya satu alat peraga, tetapi gabungan dari beberapa media (Heri D., 2009).

3.2.2 Manfaat Alat Peraga

- a) Menimbulkan minat sasaran
- b) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- c) Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- d) Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan ke orang lain
- e) Memudahkan penyampaian informasi
- f) Memudahkan penerimaan informasi oleh sasaran
- g) Dikarenakan indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan adalah mata, maka disarankan lebih banyak menggunakan alat-alat visual karena akan mempermudah penyampaian informasi
- h) Mendorong keinginan untuk mengetahui dan mendalami informasi
- i) Membantu mempertegas informasi yang diterima sehingga lebih lama tersimpan dalam ingatan

3.2.3 Macam Alat Bantu

- a) Alat Bantu Lihat (visual aids)

Membantu menstimulasi indera penglihatan pada saat kegiatan pengajaran. Terdiri dari alat yang diproyeksikan (*slide, overhead projector/ OHP, dan film strip*) dan alat yang tidak diproyeksikan (gambar, peta, lembar balik, dan booklet, bola dunia, dan boneka)

- b) Alat Bantu Dengan (Audio Aids)

Membantu menstimulasikan indera pendengaran, misalnya radio, piringan hitam, tape, CD). Alat bantu dengan dan lihat seperti TV, film, Vidio.

3.2.4 Sasaran Yang Dicapai Alat Bantu

Penggunaan alat peraga harus sesuai dengan pengetahuan tentang sasaran yang ingin dicapai. Beberapa hal yang perlu diketahui tentang sasaran adalah

- a) Individu atau kelompok
- b) Aspek demografi, sosial
- c) Bahasa yang digunakan
- d) Adat istiadat dan kebiasaan
- e) Minat dan perhatian sasaran

3.2.5 Penggunaan Alat Peraga

Cara penggunaan alat peraga sangat tergantung kepada jenis alat peraga dan faktor sasaran pendidikan kesehatan. Seperti dalam penggunaan metode, penggunaan alat peraga tidak dapat berlaku umum. Dalam penerapannya penting untuk mempertimbangkan metode yang digunakan, sasaran, tempat, dan waktu. Hal yang paling penting dalam penggunaan alat peraga adalah alat yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat sasaran (Heri D., 2009)

Pada waktu menggunakan alat peraga, hendaknya memperhatikan:

- a) Mencari simpati dengan tersenyum
- b) Tunjukkan perhatian bahwa hal yang akan dibicarakan adalah penting
- c) Mempertahankan kontak mata
- d) Gaya bicara hendaknya bervariasi agar peserta tidak bosan

- e) Melibatkan peserta dalam penggunaan alat peraga
- f) Selingi dengan humor agar tidak bosan

3.2.6 Media Promosi Kesehatan

Media merupakan saluran yang digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan dan digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat. Berdasarkan fungsinya, media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Media Cetak

- a. *Booklet*, Media dalam bentuk buku, baik tulisan ataupun gambar
- b. *Leaflet*, media dalam bentuk lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat berupa kalimat, gambar, atau kombinasi
- c. *Flyer*, Media selebaran, dapat berupa leaflet tetapi tidak dilipat
- d. *Flip chart* (lembar balik): media dalam bentuk buku, setiap lembar (halaman) berisi gambar yang diinformasikan, dan lembar baliknya (belakangnya) berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut
- e. Rubrik atau tulisan - tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau berkaitan dengan kesehatan
- f. Foto yang mengungkap informasi kesehatan
- g. Poster, media yang berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel di dinding, tempat-tempat umum. Isinya bersifat pemberitahuan.

2. Media Elektronik

- a. Televisi (sandiwara, sinetron, forum diskusi, pidato, ceramah, TV spot, Kuis, atau cerdas cermat)
 - b. Radio (obrolan tanya jawab, konsultasi kesehatan, sandiwara radio, dan radio spot)
 - c. Video
 - d. *Slide*
 - e. Film Strip
3. Media Papan (*Billboard*)

Media papan yang dipasang ditempat-tempat umum yang berisi informasi kesehatan.

4. Media Hiburan

Penyampaian Informasi melalui media hiburan dapat dilakukan di luar gedung maupun di dalam gedung. Dan dapat juga dengan memanfaatkan media tradisional lainnya. Seperti penyampaian informasi kesehatan melalui randai bagi masyarakat minangkabau Sumatera Barat.

3.2.7 Pengaruh Warna Dalam Desain Media

a) Warna Merah

Warna merah merangsang vitalitas, mempertajam penglihatan, pendengaran, perasaan, dan menambah energi. Warna ini dapat menghangatkan tubuh, memperlancar peredaran darah, mengobati lumpuh, membersihkan tubuh dari lendir - lendir yang menumpuk. Warna merah harus dikurangi pada orang yang emosional dan terlalu aktif. Eksperimen pada tumbuhan, yang ditutup dengan gelas berwarna merah akan lebih cepat tumbuh dibandingkan dengan warna lain, yang mendapat sinar matahari biasa. Oleh karena itu warna merah sering disebut cahaya pemberi hidup.

b) Warna Merah Tua

Warna ini diyakini dapat menolong asma dan gangguan pada rongga hidung, menaikkan tekanan darah, memperlancar tekanan darah, meringankan sakit waktu haid, menambah selera seks, dan merangsang emosi.

c) Warna Jingga

Warna jingga termasuk warna hangat sehingga dapat merangsang penyerapan dan peredaran darah serta merangsang tubuh untuk memuntahkan makanan yang tidak dapat dicerna, membantu pekerjaan paru-paru dan kelenjar gondok, meredakan batuk, dan meredakan bersin

d) Warna Kuning

Kuning emas dapat meredakan perasaan depresi atau stress, merangsang selera makan, dan mengadakan peng-asimilasian makanan di dalam tubuh. Warna ini merangsang kerja jantung dan melancarkan peredaran darah, menolong fungsi hati, dan empedu serta dapat merangsang penglihatan dan pendengaran. Warna ini dapat pula mengobati borok perut, mengentakkan perut, serta membuang atau membereskan pengapuran dari dalam tubuh.

e) Warna Hijau

Warna hijau dapat mengatasi ketegangan dan menenangkan susunan saraf. Warna hijau dari daun yang mengandung klorofil hijau daun, mempunyai unsur pembersih tubuh, melancarkan darah yang membeku, merangsang kelenjar hipofisis (kelenjar hormon) agar dapat mengendalikan kelenjar - kelenjar lain dengan baik.

f) Warna Biru

Warna biru adalah warna penenang, menghilangkan hati berdebar-debar, dan menghilangkan peradangan. Seperti warna hijau, warna biru juga bersifat terapeutik

g) Warna Biru Hijau (turquoise)

Warna ini diyakini dapat melegakan kepenatan dalam belajar atau kelelahan saat berfikir. Warna ini juga dapat mengurasi rasa gatal, capek, keracunan, sulit tidur, dan sakit kepala.

h) Warna Ungu

Warna ini dapat membuat tidur nyenyak dan menurunkan emosi yang meluap-luap. Warna ini juga menurunkan tekanan darah tinggi, meredakan sakit gigi, meringankan sakit kepala, menurunkan demam, dan mengurangi keinginan seks

i) Warna Merah Ungu (magenta)

Warna ini dapat menimbulkan keseimbangan emosi, menyelaraskan keadaan tubuh, dan menolong penderita jantung

j) Warna Nila

Warna ini membantu mengatasi gangguan pernafasan, perdarahan, mengurangi pembengkakan, menekan rasa sakit, dan berfungsi sebagai obat penenang.

k) Warna Hitam

Warna hitam pekat diyakini dapat menimbulkan penyakit dan mempercepat ketuaan.

Daftar Pustaka:

Chasanah, S. U. (2015) *Pemasaran Sosial Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.

Heri D., J. M. (2009) *Promosi Kesehatan*. Edited by E. K. Yudha. Jakarta: EGC.

Notoatmodjo, S. (2012) *Promosi Kesehatan & Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.

Nurmala, Ira, D. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

Bab 4

Pendekatan, Model dan Strategi Promosi Kesehatan

Rita Gusmiati, SKM, M.Kes

4.1 Pendekatan Promosi Kesehatan

Pendekatan yang digunakan dalam promosi kesehatan dapat berdampak positif atau negatif bagi perilaku seseorang. Pendekatan yang dipilih sebagian besar ditentukan oleh keterampilan dan pemahaman seseorang tentang kesehatan dan promosi kesehatan serta dari evaluasi yang dilakukan selama ini.

4.1.1 Pendekatan Medis

Pendekatan yang melibatkan kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, dengan menggunakan metode persuasif (membujuk) maupun paternalistik. Dasar pendekatan ini adalah untuk pencegahan terhadap penyakit.

Tujuan dari pendekatan medik adalah:

- a. Membebaskan dari penyakit dan kecacatan yg didefinisikan secara medik. Misalnya: penyakit infeksi, kanker, jantung
- b. Melibatkan intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan
- c. Menggunakan metode persuasif dan paternalistik

Contoh: memberitahu orang tua tentang pentingnya imunisasi, wanita diharapkan memanfaatkan KB, melakukan deteksi dini kanker cervic, pria usia pertengahan skrining tekanan darah.

Pendekatan medical ini bergantung pada pengetahuan dan taktik persuasif dalam pelaksanaannya. Pencegahan dan pengobatan merupakan prioritas untuk mencegah terjadinya kerugian dalam bidang sosial ekonomi sebagai penyebab dan penurunan kesehatan.

Kegiatan untuk mengembangkan pendekatan ini meliputi penyebaran kampanye melalui media dan pendidikan. Tujuan akhir dari pendekatan medical adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dini. Fokusnya yaitu adalah taktik persuasif dan menempatkan tanggung jawab individu tersebut untuk membuat pilihan dalam mencegah penyakit

4.1.2 Pendekatan Perubahan perilaku

Pendekatan ini dilakukan dengan cara mendorong seseorang untuk menjalankan perilaku kesehatan dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Pendekatan ini beranggapan bahwa seseorang bebas untuk membuat pilihan tentang bagaimana cara hidup sehat berhubungan dengan perubahan perilaku. Hal ini dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi dan kebudayaan.

Perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan

Tujuan pendekatan perilaku adalah mengubah sikap dan perilaku individu masyarakat, sehingga mereka mengambil gaya hidup "sehat". Contohnya antara lain: mengajarkan orang bagaimana menghentikan rokok, Pendidikan tentang minum alkohol, mendorong orang untuk melakukan latihan olahraga, makan makanan yang bergizi, dan lain sebagainya. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini akan merasa yakin bahwa "gaya hidup sehat" merupakan hal yang paling baik bagi kliennya dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka untuk mendorong

sebanyak mungkin orang untuk mengadopsi gaya hidup sehat yang menguntungkan.

Contoh : gaya hidup sehat merupakan hal yang penting bagi klien dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka untuk mendorong sebanyak mungkin orang mengadopsi gaya hidup sehat yang mereka anjurkan. Misalnya: mengajari orang berhenti merokok, pendidikan tentang bahaya minum alkohol, mendorong orang berolah raga, kesehatan gigi, konsumsi makanan yang baik.

Kegiatan promosi kesehatan kegiatan yang digunakan dalam pendekatan ini meliputi: komunikasi dan konseling, pendidikan, pemberdayaan, membuat kebijakan, peran serta masyarakat, dan membangun jaringan dukungan sosial. Masalah yang kemungkinan akan timbul dengan menggerakkan pendekatan ini adalah waktu yang diperlukan setiap orang untuk merubah perilakunya tidak sama. Ada individu yang memerlukan waktu lebih lama dari pada individu yang lain untuk merubah perilakunya, demikian pula sebaliknya.

4.1.3 Pendekatan Pendidikan

Promosi kesehatan di bidang Education (Pendidikan) lebih ditekankan pada perubahan/perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan.

Pendekatan Pendidikan ini dilakukan dengan cara memfasilitasi individu untuk proses pembelajaran dan memberikan fasilitas penunjang dalam proses pembelajaran tersebut melalui dialog terbuka dan diskusi. Dengan belajar dari pengalaman hidup dan dikaitkan dengan pengetahuan merupakan bagian integral dan proses pendidikan ini untuk mengetahui kebutuhan individu - individu tersebut. Untuk meningkatkan kesadaran dan mulainya proses pembelajaran di masyarakat telah dilakukan berbagai cara, salah satunya adalah berkampanye dengan masa media dalam berbagai variasi. Tetapi kampanye

media masa ini hanya menyentuh pada anggota masyarakat yang memiliki motivasi yang kuat untuk berubah.

Pendekatan ini bertujuan memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perilaku kesehatan dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada.

Pendekatan Pendidikan ini menyajikan informasi mengenai kesehatan, dan membantu individu menggali nilai sikap dan membuat keputusan mereka sendiri. Bantuan dalam melaksanakan keputusan itu mengadopsi praktek kesehatan baru dapat pula ditawarkan.

Contoh : program kesehatan sekolah misalnya menekankan upaya membantu murid mempelajari keterampilan hidup sehat, tidak hanya memperoleh pengetahuan saja.

Contoh kegiatan promosi kesehatan yang dapat dilakukan di bidang Pendidikan (sekolah): pentingnya cuci tangan yang benar, tata cara gosok gigi yang benar, mengikuti kegiatan olahraga di sekolah, memberantas jentik nyamuk di sekolah secara rutin dan buang air besar maupun kecil di jamban sekolah.

4.1.4 Pendekatan berpusat pada Klien

Pendekatan ini didasarkan pada persamaan status antara tenaga kesehatan dan klien. Tujuan pendekatan ini adalah bekerja sama dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang mereka ketahui dan lakukan, membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka. Promotor berperan sebagai fasilitator, membantu individu mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan supaya memungkinkan terjadi perubahan.

Pemberdayaan diri sendiri klien menjadi tujuan utama. Klien dihargai sebagai individu yang mempunyai pengetahuan,

keterampilan, kemampuan berkontribusi, dan memiliki hak absolut untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri.

4.1.5 Pendekatan Perubahan Sosial

Ruang lingkup perubahan sosial menurut William F Ogburn (1922) meliputi pengaruh besar unsur-unsur kebudayaan material terhadap unsur-unsur imaterial. Kecenderungan terjadi perubahan-perubahan sosial merupakan gejala wajar yang timbul dari pergaulan hidup manusia.

Tujuan pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, sosial dan ekonomi dalam upaya membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Perubahan itu terjadi sesuai dengan hakikat dan dasar manusia yang selalu ingin mengadakan perubahan.

Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat, bukan perilaku setiap individu. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka, mengubah masyarakat, memiliki komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik di berbagai tingkat dan pada pentingnya pembentukan lingkungan yang sehat dari pada pembentukan kehidupan sehari-hari individu yang tinggal di tempat itu.

4.2 Model-model Promosi Kesehatan

Model adalah suatu kerangka kerja atau kerangka berpikir dalam menyelesaikan suatu keadaan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Jadi model-model dalam promosi kesehatan ini adalah kerangka kerja atau kerangka berpikir di dalam mempengaruhi orang lain agar sesuai dengan kaidah atau norma kesehatan yang diharapkan.

Model-model promosi kesehatan meliputi:

- a. Model keyakinan kesehatan (health belief model)
- b. Teori alasan bertindak (theory of reasoned action)
- c. Model berharap (transtheoretical model)

4.2.1 Model keyakinan kesehatan (Health belief model)

a. Konsep Model keyakinan kesehatan (HBM)

Health belief model menurut (Janz and Becker, 1984) adalah merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat. Sedangkan menurut (Comer, 2005) health belief model juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoritis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat. Sehingga Health belief model merupakan suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. Health belief model ini berfokus pada persepsi ancaman dan evaluasi perilaku terkait kesehatan sebagai aspek primer untuk memahami bagaimana seseorang mempresentasikan tindakan sehat (Strecher dan Rosenstock, 1997 dalam Wahyuni 2019). Jadi teori health belief model didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil Tindakan yang akan berhubungan dengan kesehatan.

b. Komponen Health Belief Model :

1. Perceived susceptibility (kerentanan yang dirasa)

Kerentanan yang dirasakan tentang risiko atau kerentanan personal. Hal ini mengacu pada persepsi subjektif seseorang menyangkut risiko dari kondisi

kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *receptivity* (timbul kepekaan kembali), dan *susceptibility* (kepekaan) terhadap penyakit secara umum.

Contoh: wanita di Indonesia mendapatkan informasi bahwa jumlah penderita kanker leher rahim sangat tinggi sehingga individu ikut merasa menjadi bagian dari kelompok beresiko menderita kanker leher rahim.

2. Perceived severity (keseriusan yang dirasa)

Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh kematian cacat dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi seperti efek pada pekerjaan kehidupan keluarga dan hubungan sosial. Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen di atas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*).

Contoh: individu memikirkan dampak yang harus ditanggung oleh penderita kanker leher rahim yang bisa menyebabkan kematian, sehingga muncul persepsi kanker leher rahim adalah penyakit serius yang berbahaya.

3. Perceived benefits (manfaat yang dirasakan)

Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung ke arah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit atau keuntungan keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika

seseorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (perceptible) dan keparahan (severity) sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa mancur dan cocok.

Contoh: Wanita mencari alternatif cara untuk mencegah terjadinya kanker leher rahim dengan melakukan hubungan secara berkala karena terkini diyakini bermanfaat sebagai deteksi dini kanker leher rahim. wanita juga meyakini bahwa deteksi dini akan bermanfaat untuk memudahkan upaya penyembuhan apabila terdapat kanker.

4. Perceived barriers (hambatan yang dirasakan untuk berubah)

Hambatan yang dirasakan untuk berubah atau apabila individu menghadapi rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Aspek - aspek negatif yang potensial dalam satu upaya kesehatan (seperti ketidakpastian efek samping), atau penghalang yang dirasakan (seperti khawatir tidak cocok tidak senang gugup), yang mungkin berperan sebagai halangan untuk merekomendasikan suatu perilaku.

Contoh: wanita enggan melakukan karena malu, takut khawatir merasa sakit, serta biaya yang mahal.

5. Perceived threat (ancaman yang dirasakan)

Kerentanan sebagai penentu awal bagaimana seseorang mengakui bahwa perilaku mereka dapat menyebabkan penyakit tertentu . ancaman merupakan seberapa besar kemungkinan suatu penyakit dapat berkembang.

6. Likelihood of action

Setelah menyadari potensi untuk mengembangkan penyakit, jika perilaku tidak berubah maka penting untuk menurunkan manfaat dan hambatan untuk

mengambil keputusan dan menentukan apakah itu sangat berharga.

7. Cues to action

Suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi syarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. (Becker dkk,1997 dalam Conner dan Norman, 2003). Isyarat-isyarat yang berupa faktor faktor eksternal maupun internal misalnya pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek Sosio demografis misalnya tingkat pendidikan lingkungan tempat tinggal, pergaulan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi sosial dan budaya.

Contoh: wanita yang mendapatkan dukungan dari suami dan menyaksikan iklan layanan masyarakat tentang pentingnya kesehatan alat reproduksi akan lebih positif menyikapi test *pap smear*.

8. *Self efficacy* yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu.

Contoh: wanita meyakini bahwa dirinya mampu mengikuti tes *pap smear*

Teori health belief model menghipotesiskan terdapat hubungan aksi dengan faktor berikut:

1. Motivasi yang cukup kuat untuk mencapai kondisi yang sehat
2. Kepercayaan bahwa seseorang dapat menderita penyakit serius
3. Kepercayaan bahwa terdapat usaha untuk menghindari penyakit tersebut walaupun hal tersebut berhubungan dengan finansial

c. Kelebihan dan kekurangan health belief model

Kelebihan health belief model :

- 1) Health belief model mudah digunakan
- 2) Health belief model adalah bentuk intervensi praktis untuk peneliti dan tenaga kesehatan khususnya yang berhubungan dengan perilaku pencegahan penyakit misalnya screening, imunisasi, dan vaksinasi
- 3) Health belief model adalah analisator perilaku yang beresiko terhadap kesehatan

Kelemahan health belief model :

Health belief model tidak random dan dapat dengan mudah dibaca oleh responden sehingga validasinya diragukan.

4.2.2 Teori alasan bertindak (Theory of reasoned action)

Teori ini menghubungkan antara keyakinan, Jika p, kehendak, dan perilaku artinya jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik adalah mengetahui kehendak orang tersebut. Namun, seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sama sekali berbeda atau tidak selalu berdasarkan kehendak . konsep penting dalam teori ini adalah fokus perhatian yaitu mempertimbangkan sesuatu yang dianggap penting.

Komponen theory of reasoned action :

1. Behavior Belief

Mengacu pada keyakinan seseorang terhadap perilaku tertentu. Seseorang akan mempertimbangkan untung atau rugi dari perilaku dan juga mempertimbangkan konsekuensi yang akan terjadi bila individu melakukan perilaku tersebut.

2. Normative belief

Mencerminkan dampak keyakinan normatif disini mencerminkan dampak dari norma-norma subjektif dan norma sosial Yang mengacu pada keyakinan seseorang terhadap Bagaimana dan Apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting oleh individu dan motivasi seseorang untuk mengikuti perilaku tersebut (Seberapa penting kita menerima saran atau anjuran dari pasangan).

3. Attitude towards the behavior

Sikap adalah fungsi dari kepercayaan tentang konsekuensi perilaku atau keyakinan normatif persepsi terhadap konsekuensi satu perilaku dan penilaian terhadap perilaku tersebut. Faktor sikap merupakan poin penentu perubahan perilaku yang ditunjukkan oleh perubahan sikap seseorang dalam menghadapi sesuatu . perubahan sikap tersebut dapat terlihat dari penerimaan atau penolakan.

4. Importance norms (norma-norma penting)

Norma-norma penting atau norma-norma yang berlaku di masyarakat adalah pengaruh faktor sosial budaya yang berlaku di masyarakat dimana seseorang itu tinggal. unsur-unsur sosial budaya di maksud seperti gengsi yang juga dapat membawa seseorang untuk mengikuti atau meninggalkan sebuah perilaku.

5. Subjective Norms (Norma subjektif atau norma yang dianut seseorang)

Dorongan anggota keluarga termasuk kawan terdekat juga mempengaruhi agar seseorang dapat menerima perilaku tertentu yang kemudian diikuti dengan saran, nasehat dan motivasi dari keluarga atau kawan. kemampuan anggota keluarga atau kawan terdekat mempengaruhi seorang individu untuk berperilaku seperti yang mereka harapkan diperoleh dari pengalaman pengetahuan dan penilaian individu tersebut terhadap perilaku tertentu dan keyakinannya melihat keberhasilan orang lain berperilaku seperti yang disarankan.

6. Behavioral intention

Komponen pertama mengacu pada sikap terhadap perilaku. Sikap merupakan hasil pertimbangan untung dan rugi dari perilaku, pertimbangan pentingnya konsekuensi-konsekuensi akan terjadi bagi individu.

Komponen kedua mencerminkan dampak dari norma-norma subjektif dan norma sosial yang mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut.

7. Behavior

Perilaku adalah sebuah tindakan yang telah dipilih seseorang untuk ditampilkan berdasarkan atas niat yang sudah terbentuk. Perilaku merupakan transisi niat atau kehendak ke dalam action/ tindakan

4.2.3 Model berharap (transtheoretical model)

Transtheoretical model merupakan perubahan perilaku atas kesiapan individu untuk memiliki tindakan yang lebih sehat memberikan target strategi atau proses perubahan untuk memandu individu untuk perilaku sehat melalui tahapan perubahan dan pemeliharaan kesehatan. Model ini menjelaskan bagaimana individu memodifikasi perilaku yang menjadi masalah dan memperoleh perilaku positif. Transtheoretical model ini fokus pada pembuatan keputusan oleh individu.

Sehingga transtheoretical model ini dapat dikatakan sebagai suatu model yang diterapkan untuk menilai kesiapan seorang individu untuk bertindak atas perilaku sehat yang baru dan memberikan strategi atau proses perubahan untuk memandu setiap individu melalui tahapan perubahan untuk bertindak dalam pemeliharaan kesehatan.

Tahapan perubahan transtheoretical model:

a. Pra perenungan

Pada tahap ini seseorang tidak peduli untuk melakukan aksi terhadap masa depan yang dapat diperkirakan . pengukuran biasanya diukur dalam 6 bulan berikutnya. Rasa ketidakpedulian ini terjadi disebabkan oleh kurang tahunya mengenai konsekuensi suatu perilaku.

Contoh: perokok cenderung menghindari membaca, berbicara atau berpikir tentang bahaya rokok.

b. Perenungan

Pada tahap ini Seseorang peduli untuk berubah pada 6 tahun berikutnya. individu lebih peduli dalam kemungkinan perubahan. Akan tetapi

seringkali peduli terhadap konsekuensi secara akut.

Contoh: Rokok sudah mulai mengetahui atau menyadari bahwa perilaku yang ia miliki adalah sebuah masalah dan mulai melihat keuntungan dan kerugian dan bisa ditimbulkan jika ia tetap melakukan perilaku tersebut.

c. Persiapan

Pada tahap ini seseorang peduli melakukan aksi dengan secepatnya di masa mendatang. Pengukuran dilakukan Biasanya pada bulan berikutnya. seseorang pada tahap ini secara khusus melakukan beberapa aksi yang signifikan pada tahun sebelumnya.

Contoh: Rokok sudah mulai memiliki keinginan untuk melakukan perubahan perilaku dan Mungkin ia mulai dari sesuatu yang kecil, seperti peralatan mengurangi jumlah rokok yang biasanya dihabiskan.

d. Aksi

Tahap di mana seseorang telah melakukan modifikasi spesifik pada gaya hidupnya selama 6 bulan terakhir. pada tahap ini aksi sudah dapat diamati dalam theoretical model artinya hanya ada sekali dari 5 tahap dan tidak semua modifikasi perilaku disebut aksi.

Contoh: Perokok sudah memulai untuk tidak merokok lagi

e. Pemeliharaan

Pada tahap ini seseorang berupaya mencegah munculnya perilaku yang tidak diinginkan. Akan tetapi seringkali seseorang tidak menerapkan proses perubahan aksinya.

Contoh: perokok mempertahankan untuk tidak merokok lagi walaupun kadang terdapat godaan.

4.2.4 Model teori sebab akibat

Teori sebab akibat adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.

Pengetahuan teori sebab-akibat ini dapat mendorong seseorang untuk bertindak hati-hati dan fokus terhadap akibat. teori ilmiah dari berbagai Ilmu secara umum bergantung pada sebab akibat atau kausalitas. Prinsip-prinsip kausalitas adalah sebagai berikut:

- a. Prinsip kausalitas : setiap kondisi atau akibat pasti mempunyai sebab
- b. Menjelaskan bahwa akibat tidak mungkin terpisah dari sebab, jika ada sebab maka ada akibat dan begitu sebaliknya.
- c. Hukum keselarasan antar sebab dan akibat yang meniscayakan setiap himpunan secara esensial harus selaras dengan sebab dan akibat di alam.

4.2.5 Model transaksional stress dan koping

Stress adalah suatu keadaan atau kondisi tubuh yang mengganggu karena tekanan fisiologi kritik biasanya stres dikaitkan dengan penyakit fisik melainkan penyakit kejiwaan . Banyak hal yang memicu stres seperti rasa khawatir, kesal, kelebihan, prestasi, perasaan tertekan kesedihan dan lain-lain. Koping merupakan perilaku kognitif dan upaya mengurangi atau menghilangkan stres terkait kondisi dan tekanan emosional.

Ada dua cara untuk menghadapi stres yaitu dengan cara

- a. respon berfokus pada masalah yaitu berfokus pada peristiwa eksternal
- b. respon berfokus pada emosi yaitu diarahkan pada reaksi emosional dan peristiwa dan contoh digunakan untuk menangani masalah-masalah yang tidak terkendali.

Aplikasi modal ini digunakan untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Pengaruh stres pada orang tidak sama-sama stres dapat menyebabkan penyakit pengalaman negatif. Faktor yang terpenting dalam mengatasi stres adalah Apakah hal itu mempengaruhi dan bagaimana orang mencari perawatan medis atau dukungan sosial pada orang profesional. Untuk mengatasi stres, strategi masalah petugas pada koping, Emosi yang berfokus koping, dan makna berbasis koping dapat digunakan sebagai penelitian yang memfasilitasi atau menghambat praktik gaya hidup.

4.3 Strategi promosi kesehatan

4.3.1 Konsep Strategi Promosi Kesehatan

Strategi adalah rencana yang disatukan, menyeluruh dan terpadu yang mengaitkan keunggulan dengan tantangan lingkungan dan yang dirancang untuk memastikan bahwa tujuan utama dapat dicapai melalui pelaksanaan yang tepat (Juach dan Glueck, 2000)

Jadi strategi promosi kesehatan adalah cara untuk mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif dan efisien. Visi dalam konteks ini adalah apa yang diinginkan oleh promosi kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan yang lain. Visi umum promosi kesehatan tidak terlepas dari undang-undang kesehatan maupun WHO, yakni meningkatnya kemampuan masyarakat

untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan baik fisik mental dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial.

4.3.2 Strategi Global Promosi Kesehatan Menurut WHO 1984

a. Advokasi (Advocacy)

Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (approaches) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan.

Sasaran advokasi adalah ditujukan kepada pembuat keputusan (decision makers) atau penentu kebijakan (policy makers) baik dibidang kesehatan maupun sektor lain diluar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap publik, seperti: para pejabat eksekutif dan legislatif, para pemimpin dan pengusaha, serta organisasi politik dan organisasi masyarakat, baik tingkat pusat, Provinsi, Kabupaten, Kecamatan, maupun desa atau kelurahan

Tujuan dari kegiatan advokasi adalah agar para pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan-kebijakan antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi, dan sebagainya yang menguntungkan kesehatan publik.

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-instansi yang terkait dengan masalah kesehatan.

b. Dukungan sosial (Social Support)

Sasaran dukungan sosial ditujukan kepada para tokoh masyarakat baik formal (guru, Lurah, Camat, petugas kesehatan dan sebagainya) maupun informal (tokoh agama dan sebagainya) yang mempunyai pengaruh di masyarakat. Di Indonesia masyarakat masih paternalistik yaitu tokoh agama dan tokoh masyarakat merupakan panutan perilaku masyarakat yang signifikan. Oleh sebab itu apabila tokoh agama dan tokoh masyarakat sudah mempunyai perilaku sehat akan mudah ditiru oleh anggota masyarakat yang lainnya.

Tujuan kegiatan ini adalah agar kegiatan atau program kesehatan tersebut memperoleh dukungan dari para tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga). Selanjutnya toma dan toga diharapkan dapat menjembatani antara pengelola program kesehatan dengan masyarakat.

Bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain pelatihan-pelatihan para toma dan toga, seminar, lokakarya, penyuluhan dan sebagainya.

c. Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan masyarakat ialah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Masyarakat yang berdaya sebagai hasil dari pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat yang mandiri. Oleh sebab itu, kemandirian masyarakat dapat diartikan sebagai kemampuan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya dengan

memanfaatkan potensi setempat tanpa tergantung pada bantuan dari pihak luar .

Sasaran pemberdayaan ini ditujukan kepada masyarakat langsung sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan.

Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pembangunan masyarakat seperti melakukan pelatihan keterampilan. Melalui kegiatan tersebut diharapkan masyarakat memiliki kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat ini lebih pada kegiatan penggerakan masyarakat untuk kesehatan misalnya adanya dana sehat, adanya pos obat Desa, adanya gotong-royong kesehatan, dan sebagainya. Oleh sebab itu kegiatan ini sering disebut sebagai gerakan masyarakat untuk kesehatan.

4.3.3 Strategi Promosi Kesehatan berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter), 1986

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 di bidang apa saja harus mempertimbangkan dampak kesehatannya bagi masyarakat. Misalnya apabila orang akan mendirikan pabrik atau industri, maka sebelumnya harus dilakukan analisis dampak lingkungan, sejauh mana

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 pemimpin organisasi masyarakat serta pengelola tempat-tempat umum (public places). Kegiatan mereka diharapkan memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan baik lingkungan fisik maupun lingkungan 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) baik pemerintah maupun swasta saja, melainkan juga masalah kesehatan masyarakat sendiri. Oleh sebab itu, penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga merupakan tanggung jawab bersama antara pihak pemberi pelayanan (provider) dan pihak penerima pelayanan (konsumen).

Melibatkan masyarakat dalam pelayanan kesehatan berarti memberdayakan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri. Bentuk pemberdayaan masyarakat dalam pemeliharaan dan peningkatan kesehatan ini bervariasi mulai dari terbentuknya lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang peduli terhadap kesehatan baik dalam bentuk pelayanan maupun bantuan bantuan teknis (pelatihan) sampai dengan upaya-upaya swadaya masyarakat sendiri.

d. Keterampilan individu (Personal Skill)

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat, yang terdiri dari kelompok, keluarga dan individu. Oleh sebab itu kesehatan masyarakat terwujud apabila kesehatan kelompok kesehatan masing-masing keluarga, dan kesehatan individu terwujud. Oleh sebab itu meningkatkan keterampilan setiap anggota masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri adalah sangat penting hal ini berarti bahwa masing-masing individu di dalam masyarakat seyogianya mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang baik terhadap cara-cara memelihara kesehatannya, mengenal penyakit penyakit dan penyebabnya mampu mencegah penyakit, mampu meningkatkan kesehatannya, dan mampu mencari pengobatan yang layak bilamana mereka atau anak-anak mereka sakit.

e. Gerakan masyarakat (Community Action)

Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat akan efektif apabila unsur-unsur yang ada di masyarakat tersebut bergerak bersama-sama dalam arti meningkatkan kegiatan-kegiatan masyarakat dalam mengupayakan peningkatan kesehatan mereka sendiri adalah wujud dari gerakan masyarakat (community action).

4.4 Aplikasi Komunikasi dalam Promosi Kesehatan

Komunikasi diperlukan untuk mengondisikan faktor-faktor predisposisi. Kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan serta penyakit, adanya tradisi, kepercayaan yang negatif tentang penyakit, makanan, lingkungan dan sebagainya, mengakibatkan mereka tidak berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Untuk itu maka diperlukan komunikasi dan pemberian informasi kesehatan. Untuk dapat berkomunikasi dengan efektif, para

petugas kesehatan perlu dibekali ilmu komunikasi termasuk media komunikasinya.

1. Komunikasi dalam advokasi

Aplikasi komunikasi dalam advokasi adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (policy makers) atau para Pembuat keputusan (decision makers) pada semua tingkat dan tatanan sosial.

Keberhasilan komunikasi interpersonal dalam advokasi sangat ditentukan oleh efektivitas komunikasi para petugas kesehatan dengan para pembuat atau penentu kebijakan tersebut. selanjutnya untuk menghasilkan komunikasi yang efektif diperlukan prakondisi antara lain sebagai berikut:

a. Atraksi Interpersonal

Atraksi interpersonal adalah daya tarik seseorang atau sikap positif pada seseorang yang memudahkan orang lain untuk berhubungan atau berkomunikasi dengannya. Para petugas kesehatan di semua tingkat dan tatanan, terutama para pejabatnya sebagai seorang komunikator dituntut mempunyai daya atraksi interpersonal ini. atraksi interpersonal ini ditentukan oleh beberapa faktor antara lain sebagai berikut:

- Daya tarik

Daya tarik ini sangat ditentukan oleh sikap dan perilaku orang terhadap orang lain misalnya dengan membiasakan senyum kepada setiap orang, berpikir positif terhadap orang lain, dan menempatkan diri lebih rendah dari orang

lain meskipun mempunyai kedudukan sama bahkan lebih tinggi.

- Percaya diri

Percaya diri merupakan suatu perasaan bahwa ia mempunyai kemampuan atau menguasai ilmu atau pengalaman di bidangnya. Percaya diri harus mendalami pengetahuan teoritis dan memperoleh pengalaman lapangan tentang bidangnya, terutama program yang akan dikomunikasikan tersebut.

- Kemampuan

Kemampuan berkaitan dengan percaya diri. orang yang mampu melakukan tugas-tugasnya, maka ia akan lebih percaya diri.

- Familiar

Petugas kesehatan yang sering muncul atau hadir dalam event tertentu misalnya rapat, pertemuan informal, seminar dan sebagainya akan lebih familiar, termasuk di kalangan Pemda setempat dan Bupati. Oleh sebab itu apabila akan melakukan lobyng dalam rangka advokasi akan mudah diterima, dari pada petugas kesehatan yang jarang muncul di pertemuan-pertemuan tersebut.

- Kedekatan (proximity)

Menjalin hubungan baik atau kekeluargaan dengan para pejabat atau keluarga pejabat setempat adalah Faktor yang penting untuk melakukan advokasi .

komunikasi interpersonal akan lebih efektif bila dilakukan dengan orang-orang yang dekat dengan kita.

b. Perhatian

Tujuan utama advokasi adalah memperoleh komitmen atau dukungan kebijakan dari para pembuat keputusan, untuk memberikan komitmen dan dukungan terhadap sesuatu pertama kali ia harus mempunyai perhatian terhadap sesuatu tersebut.

Apabila kita akan melakukan advokasi atau berkomunikasi dengan para pejabat tersebut kita harus melakukannya dengan hal - hal yang berkaitan dengan minat kebiasaan atau kebutuhan mereka. Misalnya dengan memberi dukungan terhadap sektor kesehatan, yang akan berdampak terhadap prestasi atau keberhasilan pembangunan di wilayahnya dan akhirnya memperoleh penghargaan.

c. Intensitas Komunikasi

Pesan atau informasi yang akan disampaikan melalui proses komunikasi advokasi adalah program-program kesehatan yang akan dimintakan komitmen atau dukungan dari para pembuat keputusan. Agar komunikasi advokasi efektif, maka program yang ingin didukung oleh para pejabat harus sering dikomunikasikan melalui berbagai kesempatan atau pertemuan baik pertemuan formal maupun informal, melalui seminar dan sebagainya. Pesan akan bersifat menonjol atau lain daripada yang lain bila intensitasnya tinggi dan diulang - ulang.

d. Visualisasi

Untuk memperoleh perhatian dari para pembuat atau penentu kebijakan, maka pesan-pesan atau program - program kesehatan yang kita tawarkan harus mempunyai intensitas tinggi. Informasi atau pesan yang menarik perlu divisualisasikan dalam media, khususnya media interpersonal. Media interpersonal yang paling efektif dalam rangka komunikasi advokasi adalah *flipchart*, *booklet*, slide (ppt) atau video cassette. Pesan tersebut didasari fakta - fakta yang diilustrasikan melalui grafik tabel gambar atau foto.

4.5 Perencanaan Promosi Kesehatan

Untuk mencapai tujuan program dan kegiatan yang efektif dan efisien, diperlukan perencanaan dan evaluasi. Perencanaan dan evaluasi program promosi kesehatan mempunyai kekhususan, bila dibandingkan dengan evaluasi program kesehatan yang lain. Hal ini karena tujuan program pendidikan sebagai indikator keberhasilan program pendidikan kesehatan adalah perubahan pengetahuan sikap dan perilaku sasaran yang memerlukan pengukuran khusus. Oleh sebab itu untuk evaluasi secara umum mereka perlu diberikan perencanaan dan evaluasi promosi kesehatan.

4.5.1 Konsep Perencanaan Promosi Kesehatan

Perencanaan menurut Robbins dan Coulter mendefinisikan bahwa perencanaan sebagai sebuah proses yang dimulai dari penetapan tujuan menentukan strategi untuk pencapaian tujuan tersebut secara menyeluruh serta merumuskan sistem perencanaan yang menyeluruh untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan seluruh pekerjaan hingga tercapainya tujuan tersebut.

Dalam perencanaan kita harus memutuskan “Apa yang harus dilakukan, kapan melakukannya, Bagaimana melakukannya, dan siapa melakukannya.

Perencanaan promosi kesehatan adalah suatu proses diagnosis penyebab masalah kesehatan, penetapan prioritas masalah kesehatan dan alokasi sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan.

Dalam membuat perencanaan promosi kesehatan harus melibatkan orang-orang yang terkait seperti masyarakat tenaga kesehatan yang profesional dan promotor kesehatan di mana ini akan menciptakan rasa memiliki sehingga timbul rasa tanggung jawab dan komitmen sehingga dihasilkan program yang sesuai, efektif dalam biaya dan berkesinambungan .

Perencanaan merupakan bagian dari siklus administrasi yang terdiri dari tiga fase yaitu : 1 perencanaan, 2 implementasi dan 3 evaluasi, Dimana ketiga fase tersebut akan mempengaruhi hasil. Perencanaan promosi kesehatan adalah suatu fase dimana secara rinci direncanakan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang muncul, sedangkan implementasi adalah suatu waktu dimana perencanaan dilaksanakan. Kesalahan-kesalahan sewaktu membuat perencanaan akan terlihat selama proses implementasi berlangsung. Demikian pula halnya dengan kekuatan dan kelemahan yang muncul Selama periode implementasi merupakan refleksi dari proses perencanaan.

4.5.2 Langkah-langkah dalam perencanaan promosi kesehatan

1. Menentukan kebutuhan promosi kesehatan
 - a. Diagnosis masalah
 - b. Menetapkan prioritas masalah
2. Mengembangkan komponen promosi kesehatan
 - a. Menentukan tujuan promosi kesehatan
 - b. Menentukan sasaran promosi kesehatan
 - c. Menentukan isi promosi kesehatan

- d. Menentukan metode yang akan digunakan
- e. Menentukan media yang akan digunakan
- f. Menyusun rencana evaluasi
- g. Menyusun jadwal pelaksanaan

1. Menentukan kebutuhan promosi kesehatan

a. Diagnosis masalah

Green telah mengembangkan suatu model pendekatan yang dapat digunakan untuk membuat perencanaan dan evaluasi kesehatan yang dikenal sebagai kerangka PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) - PROCEED (Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development).

PRECEDE-PROCEED harus dilakukan bersama-sama dalam proses perencanaan, implementasi dan evaluasi. PRECEDE digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas masalah dan tujuan program, sedangkan PROCEED digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, serta implementasi dan evaluasi

1). Fase 1 Diagnosis sosial

Untuk mengetahui masalah sosial digunakan indikator sosial seperti Ketidakhadiran, pencapaian, keindahan, kejahatan, Kenyamanan, diskriminasi, kebahagiaan, penampilan, pengangguran, kesejahteraan, dan lain-lain. Penilaian dapat dilakukan atas dasar data sensus ataupun vital statistik yang ada,

maupun dengan melakukan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat seperti dengan cara wawancara mendalam dengan informan kunci, forum yang ada di masyarakat dan *Focus Group Discussion* (FGD).

2). Fase 2 Diagnosis Epidemiologi

Pada fase ini dicari faktor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang ataupun masyarakat. Oleh sebab itu, masalah kesehatan harus digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik yang berasal dari data lokal, regional maupun nasional. Pada fase ini harus diidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku dan lain-lain). Bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (mortalitas, morbiditas disability, tanda dan gejala yang ditimbulkan) dan bagaimana cara untuk menanggulangi masalah kesehatan tersebut (imunisasi, perawatan/ pengobatan, perubahan lingkungan maupun perubahan perilaku). Informasi ini sangat diperlukan untuk menetapkan prioritas masalah, yang biasanya didasarkan atas pertimbangan besarnya masalah dan akibat yang ditimbulkannya serta kemungkinan untuk diubah.

3). Fase 3 Diagnosis Perilaku dan Lingkungan

Identifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang, digunakan indikator perilaku seperti: pemanfaatan pelayanan kesehatan, upaya pencegahan, pola konsumsi makanan, kepatuhan, upaya pemeliharaan kesehatan sendiri, dengan dimensi yang digunakan adalah kualitas, kegigihan, frekuensi dan jangkauan.

Indikator lingkungan yang digunakan meliputi: keadaan sosial ekonomi, fisik dan pelayanan kesehatan, dengan dimensinya yang terdiri dari keterjangkauan, kemampuan dan pemerataan.

Langkah yang harus dilakukan dalam diagnosis perilaku dan lingkungan adalah:

- Memisahkan faktor perilaku dan non perilaku penyebab timbulnya masalah kesehatan
- Mengidentifikasi perilaku yang dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan dan perilaku yang berhubungan dengan tindakan perawatan/pengobatan

Identifikasi faktor lingkungan yang harus dilakukan adalah eliminasi faktor non perilaku yang tidak dapat diubah seperti faktor genetik dan demografis

- Urutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan Besarnya pengaruh terhadap masalah kesehatan
- Urutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan kemungkinan untuk diubah
- Menetapkan perilaku dan lingkungan yang menjadi sasaran program
- Tetapkan Tujuan perubahan perilaku dan lingkungan yang ingin dicapai program

4). Fase 4 Diagnosis Pendidikan dan Organisasional

Pada fase ini setelah diidentifikasi faktor pendidikan dan organisasional, maka langkah selanjutnya adalah menetapkan tujuan pembelajaran yang akan dicapai berdasarkan faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan, nilai dan norma) yang telah diidentifikasi. Selain itu, berdasarkan faktor pemungkin (faktor lingkungan yang memfasilitasi perilaku) dan faktor penguat (toma, toga, guru, petugas kesehatan) yang telah diidentifikasi ditetapkan tujuan organisasional yang akan dicapai melalui upaya pengembangan organisasi dan sumber daya.

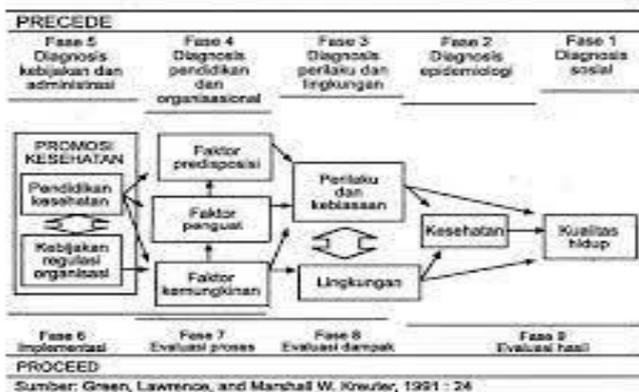
5). Fase 5 Diagnosis Adminstratif dan Kebijakan

Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan peraturan yang berlaku yang dapat memfasilitasi atau menghambat pengembangan program promosi kesehatan. Pada diagnosis administratif dilakukan 3 penilaian yaitu: sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan program, sumber daya yang ada di organisasi dan masyarakat, serta hambatan pelaksanaan program. Sedangkan pada diagnosis kebijakan dilakukan identifikasi dukungan dan hambatan politis, peraturan dan organisasional yang memfasilitasi program dan pengembangan lingkungan yang dapat mendukung kegiatan masyarakat yang kondusif bagi kesehatan.

Pada fase ini kita melangkah dari perencanaan dengan PRECEDE (meyakinkan bahwa program akan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan individu atau masyarakat sasaran) ke implementasi dan evaluasi dengan PROCEED

(Meyakinkan bahwa program akan tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima dan dapat dipertanggungjawabkan).

Oleh sebab itu, penilaian sumber daya yang dibutuhkan dapat meyakinkan keberadaan program, perubahan organisasional dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dijangkau, perubahan politis dan peraturan dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat diterima oleh masyarakat dan evaluasi dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dipertanggungjawabkan pada penentu kebijakan, administrator, konsumen/klien, dan stakeholder terkait, yaitu untuk menilai apakah program sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.



Sumber Data :

1. Data primer : data yang dikumpulkan dari masyarakat, dimana kita bisa mendapatkan data mengenai status kesehatan masyarakat, perilaku kesehatan dan determinan dari perilaku tersebut

2. Data sekunder : dokumen yang sudah ada, petugas kesehatan di lapangan.

Cara pengumpulan data yang dapat dilakukan adalah:

1. Key informant approach

Pengumpulan data melalui wawancara mendalam atau *focus group discussion* (FGD). Cara ini cukup sederhana dan relatif murah, karena informasi yang diperoleh dapat mewakili berbagai perspektif dan informan kunci sendiri selain memberikan data yang dapat digunakan dalam membuat perencanaan dan implementasi promosi kesehatan.

2. Community forum approach

Pengumpulan data melalui forum diskusi dimana health promotor bersama - sama masyarakat mendiskusikan masalah yang ada. Melalui cara ini dapat dicari jalan keluar dari masalah yang ada.

3. Sample survey approach

Pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi (terutama bila ingin melihat keterampilan/*skill*). Namun penggunaan metode ini merupakan cara yang paling mahal. Kelebihan pengumpulan data kebutuhan

masyarakat ini adalah yang paling *valid* dan akurat, karena estimasi kesalahan bisa diseleksi.

4. Menetapkan prioritas masalah

Langkah yang harus ditempuh untuk menetapkan prioritas masalah kesehatan adalah:

- a) Menentukan status kesehatan masyarakat
- b) Menentukan pola pelayanan kesehatan masyarakat yang ada
- c) Menentukan hubungan antara status kesehatan dengan pelayanan kesehatan di masyarakat
- d) Menentukan determinan masalah kesehatan masyarakat (meliputi tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, ras, letak geografis, kebiasaan/perilaku dan kepercayaan yang dianut)

Dalam menentukan prioritas masalah kita harus mempertimbangkan beberapa faktor seperti:

- a) Beratnya masalah dan akibat yang ditimbulkannya
- b) Pertimbangan politis
- c) Sumber daya yang ada di masyarakat

2. Mengembangkan komponen promosi kesehatan

a. Menentukan tujuan

Menurut Green (1990) tujuan promosi kesehatan terdiri dari tiga tingkatan yaitu :

1) Tujuan program

Tujuan program merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan. Contoh : Peningkatan penggunaan jamban sehat meningkat 50% setelah promosi kesehatan berjalan 5 tahun. Pada tujuan program harus tercakup *Who will do how much of what by when.*

2) Tujuan pendidikan

Tujuan pendidikan merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada. Tujuan pendidikan disebut juga sebagai tujuan jangka menengah. Contoh: Cakupan penggunaan jamban sehat meningkat 50% setelah promosi kesehatan berjalan 3 tahun.

3) Tujuan perilaku

Tujuan perilaku merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus dicapai agar tercapai perilaku yang diinginkan. Tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap sehingga disebut juga sebagai tujuan jangka pendek. Contoh: Pengetahuan masyarakat Tentang perilaku hidup bersih dan sehat meningkat 75% setelah promosi kesehatan berjalan 6 bulan.

4) Menentukan sasaran promosi kesehatan

Sasaran promosi kesehatan di sini maksudnya adalah seperti individu, kelompok, maupun individu dan kelompok .

5) Menentukan isi promosi kesehatan

Isi promosi kesehatan harus dibuat sesederhana mungkin sehingga mudah dipahami oleh sasaran. Isi pesan dibuat dengan menggunakan gambar dan bahasa setempat sehingga sasaran merasa bahwa pesan tersebut memang benar - benar ditujukan untuknya sehingga sasaran mau melaksanakan isi pesan tersebut.

6) Menentukan metode

Penentuan metode yang akan digunakan dalam promosi kesehatan, harus mempertimbangkan tentang aspek yang akan dicapai. Bila mencakup aspek pengetahuan maka dapat dilakukan dengan cara penyuluhan langsung, pemasangan poster, spanduk, penyebaran leaflet dan lain-lain.

Bila mencakup aspek sikap, maka kita perlu memberikan contoh yang lebih konkrit yang dapat menggugah emosi, perasaan dan sikap sasaran, misalnya dengan memperlihatkan foto, slide atau melalui pemutaran film atau video.

Bila untuk mengembangkan kemampuan keterampilan tertentu maka sasaran harus diberi kesempatan untuk mencoba keterampilan tersebut. Faktor lain yang harus dipertimbangkan dalam memilih metode promosi kesehatan adalah sumber daya yang dimiliki masyarakat dan jenis sasarnya.

7) Menentukan media

Media yang dipilih harus tergantung pada jenis sasarnya, tingkat pendidikan sasaran, aspek yang

ingin dicapai, metode yang digunakan dan sumber daya yang ada.

8) Menyusun rencana evaluasi

Menyusun rencana evaluasi harus menjabarkan tentang kapan evaluasi akan dilaksanakan, dimana akan dilaksanakan, kelompok sasaran yang mana akan dievaluasi dan siapa yang akan melaksanakan evaluasi tersebut.

9) Menyusun jadwal pelaksanaan

Merupakan penjabaran dari waktu, tempat dan pelaksanaan yang biasanya disajikan dalam bentuk ganchart

Daftar Pustaka

Maulana, Heri DJ. 2009. Promosi Kesehatan. Jakarta: Buku Kedokteran

Notoatmodjo, soekidjo. Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. 2007. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, soekidjo. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. 2010. Jakarta: Rineka Cipta.

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

Nurmala, Ira, D. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga Univerisity Press

Bab 5

Pemasaran Sosial Dalam Promosi Kesehatan

Rahmi Kurnia Gustin., SKM., M.Kes

5.1 Batasan dan Pengertian

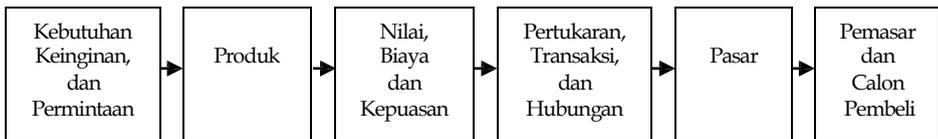
5.1.1 Pemasaran

Konsep pemasaran pada mulanya diterapkan di perusahaan-perusahaan besar di Negara industri yang telah maju, dan berkembang sedemikian rupa sehingga menjadi penentu setiap usaha. Penerapan konsep tersebut saat ini sudah meluas sampai ke luar bidang, yaitu ke bidang politik dan sosial. Di bidang kesehatan, konsep pemasaran telah diterapkan di berbagai negara untuk berbagai program. Indonesia telah menggunakan pendekatan ini dalam upaya penanggulangan diare melalui rehidrasi oral, imunisasi, penanggulangan kekurangan vitamin A, keluarga berencana, dan lainnya. (Notoatmodjo, 2010)

Pengertian pemasaran seringkali dikacaukan dengan penjualan. Padahal konsep kedua hal tersebut sangat berbeda. Penjualan bertolak dari produk yang telah dibuat, kemudian diupayakan untuk dijual kepada konsumen. Sedangkan pemasaran bertolak dari kebutuhan dan keinginan konsumen, kemudian baru dibuat atau dikembangkan produk yang dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen itu. (Notoatmodjo, 2010)

Pemasaran didefinisikan sebagai suatu proses sosial dan manajerial di mana individu dan kelompok mendapatkan kebutuhan dan keinginan mereka dengan menciptakan, menawarkan, dan bertukar sesuatu yang bernilai satu sama lain. (Notoatmodjo, 2005)

Definisi ini berdasarkan konsep inti pemasaran, yaitu: kebutuhan, keinginan, dan permintaan; produk; nilai, biaya, dan kepuasan; pertukaran, transaksi, dan hubungan; pasar serta pemasar dan calon pembeli. (Notoatmodjo, 2010) Konsep-konsep tersebut diilustrasikan dalam gambar sebagai berikut:



a. Kebutuhan, Keinginan, dan Permintaan

Dasar pemikiran pemasaran dimulai dari kebutuhan dan keinginan manusia. Manusia membutuhkan makanan, udara, air, pakaian, dan rumah untuk hidup. Di luar ini, manusia ingin rekreasi, pendidikan maupun lainnya. Mereka punya pilihan yang jelas akan macam merek tertentu dari barang dan jasa.

Ada perbedaan antara kebutuhan, keinginan, dan permintaan. Kebutuhan manusia adalah keadaan merasa tidak memiliki kepuasan dasar. Manusia membutuhkan makanan, pakaian, perlindungan, keamanan dan beberapa hal lain untuk bisa hidup. Kebutuhan ini tidak diciptakan oleh masyarakat atau pemasar, namun sudah merupakan hakikat biologis dan kondisi manusia.

Keinginan adalah hasrat akan pemuas kebutuhan tertentu. Orang Indonesia butuh makan dan ingin nasi goreng; butuh pakaian, dan ingin baju batik; butuh harga diri dan ingin mobil BMW. Orang Amerika butuh makan dan ingin hamburger atau kentang goreng. Walaupun kebutuhan manusia sedikit, keinginan mereka banyak. Keinginan manusia terus dibentuk dan diperbarui oleh kekuatan dan lembaga sosial seperti keluarga, sekolah atau perusahaan. Keinginan digambarkan dalam bentuk objek yang akan memuaskan kebutuhan mereka. Kalau masyarakat semakin berkembang, keinginan anggota masyarakat bertambah luas. Kalau mereka dihadapkan pada lebih banyak objek yang menimbulkan minat dan hasrat mereka, produsen mencoba

untuk menyediakan banyak produk dan jasa yang memuaskan keinginan mereka.

Permintaan adalah keinginan manusia yang didukung oleh daya beli. Keinginan menjadi permintaan jika didukung oleh daya beli. Banyak orang menginginkan mobil BMW, namun hanya sedikit yang mampu membelinya. Unit pemasaran berusaha keras untuk mempelajari dan memahami kebutuhan, keinginan, dan permintaan konsumen dan merupakan masukan penting untuk merancang strategi pemasaran.

b. Produk (Barang, Jasa, dan Gagasan)

Orang memuaskan kebutuhan dan keinginan mereka dengan produk. Produk adalah segala sesuatu yang dapat ditawarkan untuk memuaskan suatu kebutuhan dan keinginan. Produk mencakup objek fisik (misalnya kapsul vitamin A, garam beryodium, tablet tambah darah), tempat (misalnya Bali, Hawaii), organisasi (misalnya yayasan jantung, yayasan kanker), gagasan (misalnya keluarga berencana, keluarga sadar gizi, suami siaga atau bidan siaga), dan jasa (misalnya pelayanan tepat waktu, dokter 24 jam).

c. Nilai, Biaya, dan Kepuasan

Bagaimana konsumen memilih di antara banyak produk yang dapat memuaskan kebutuhannya? Misalnya, Bambang yang tinggal di Depok perlu menempuh 20 km sehari untuk pergi bekerja ke Depkes. Ada produk yang dapat memenuhi keinginan ini: motor, mobil, taksi, dan bus. Pilihan - pilihan ini adalah kelompok pilihan produknya. Kemudian Bambang juga ingin memenuhi perjalanan yang cepat, aman, mudah, dan hemat biaya, ini kita sebut sebagai kelompok kebutuhannya. Bambang harus memilih produk mana yang akan memberikan kepuasan total paling tinggi.

Konsep dasarnya adalah nilai pelanggan. Bambang akan membentuk suatu prakiraan kemampuan setiap produk memenuhi kelompok kebutuhannya. Ia akan menentukan peringkat produk, dari yang paling memenuhi sampai yang paling tidak memenuhi kebutuhannya. "Nilai" adalah

prakiraan konsumen tentang kemampuan total suatu produk untuk memenuhi kebutuhannya. Kita dapat meminta Bambang untuk membayangkan sifat dari produk ideal baginya.

Bambang mungkin menjawab bahwa produk ideal akan membawanya ke tempat kerja dengan waktu cepat, aman, tanpa tenaga, dan tanpa biaya. Nilai setiap produk sebenarnya tergantung dari seberapa jauh produk tersebut dapat mendekati produk ideal.

d. Pertukaran, Transaksi, dan Hubungan

Kebutuhan dan keinginan manusia serta nilai suatu produk bagi manusia tidak cukup untuk menjelaskan pemasaran. Pemasaran timbul saat orang memutuskan untuk memenuhi kebutuhan serta keinginannya dengan pertukaran. Pertukaran merupakan salah satu dari empat cara orang mendapatkan suatu produk, yaitu cara pertama dengan menghasilkan sendiri; cara kedua dengan memaksa; cara ketiga dengan meminta, dan cara keempat dengan pertukaran.

Supaya terjadi pertukaran, ada 5 syarat yang harus dipenuhi:

1. Ada sekurang-kurangnya dua pihak.
2. Masing-masing pihak memiliki sesuatu yang bernilai bagi pihak lainnya.
3. Masing-masing pihak dapat berkomunikasi dan menyerahkan barang.
4. Masing-masing pihak dapat berkomunikasi dan menyerahkan barang.
5. Masing-masing pihak memang menginginkan dan bersedia berurusan dengan pihak lainnya.

Kalau kelima syarat tersebut terpenuhi, ada kemungkinan terjadi pertukaran. Syarat pertukaran adalah saling menguntungkan atau minimal tidak merugikan. Jadi, pertukaran sering disebut sebagai “proses menciptakan nilai” karena masing-masing pihak biasanya lebih beruntung daripada sebelum pertukaran.

Pertukaran merupakan proses yang mengarah ke suatu persetujuan. Jika persetujuan dapat dicapai kita sebut “terjadi transaksi”, suatu transaksi merupakan pertukaran nilai antara dua pihak.

Pemasar yang baik mencoba membangun hubungan jangka panjang, saling percaya dan “sama-sama menguntungkan” dengan para pelanggan, distributor, penyalur, dan pemasarnya. Hal ini dicapai dengan menjanjikan serta menyerahkan mutu dan pelayanan yang baik dengan harga yang wajar kepada mitranya secara berkesinambungan. Dia harus membangun suatu ikatan ekonomi, teknis, dan sosial yang kuat dengan mitranya sebagai jaringan pemasaran.

e. Pasar

Konsep pertukaran menjadi konsep pasar. Pasar terdiri dari semua pelanggan potensial yang memiliki kebutuhan atau keinginan tertentu serta mau dan mampu turut dalam pertukaran untuk memenuhi kebutuhan atau keinginan itu. Jadi, besarnya pasar tergantung dari jumlah orang yang memiliki kebutuhan dan sumber daya yang dimiliki orang lain dan mau menawarkan sumber daya itu untuk ditukarkan supaya dapat memenuhi keinginan mereka.

f. Pemasar dan Calon pembeli

Pemasar adalah seseorang yang mencari satu atau lebih calon pembeli yang akan terlibat dalam pertukaran nilai. Sedangkan calon pembeli adalah seseorang yang diidentifikasi oleh pemasar sebagai orang yang mungkin bersedia dan mampu terlibat dalam pertukaran nilai.

Kembali dipertegas, konsep dasar pemasaran adalah kegiatan tukar menukar yang saling memuaskan. Agar kegiatan tukar menukar yang demikian itu dapat terjadi, terlebih dahulu perlu dipelajari:

1. Apa kebutuhan dan keinginan konsumen.
2. Berapa konsumen mau membayar untuk itu.

3. Bagaimana caranya agar produk tersebut dapat diperoleh konsumen pada waktu dan tempat yang tepat.
4. Bagaimana menginformasikan produk tersebut kepada konsumen.

Jadi, pemasaran merupakan suatu rangkaian kegiatan mulai dari mempelajari khalayak konsumen, mengembangkan produk yang akan ditawarkan, menetapkan harga yang harus dibayar konsumen, memilih tempat/jalur distribusi yang akan dipergunakan dan mempromosikan produk tersebut. Proses ini dimaksudkan untuk memuaskan konsumen sehingga konsumen merasakan manfaat yang yang diperoleh sesuai dengan nilai tukar yang harus dibayar. Dengan demikian, konsep pemasaran menunjukkan orientasi yang kuat terhadap konsumen. Dalam kehidupan sehari-hari hal ini dikenal dengan moto “pembeli adalah raja”. (Notoatmodjo, 2010)

5.1.2 Pemasaran Sosial

Salah satu bentuk operasional komunikasi kesehatan yang dewasa ini mulai digunakan dalam program kesehatan adalah pemasaran sosial (*social marketing*). Pemasaran sosial adalah suatu proses untuk membuat rancangan, implementasi, dan pengawasan program yang ditujukan untuk meningkatkan penerimaan gagasan sosial atau perilaku pada suatu kelompok sasaran (Philip Kotler). (Notoatmodjo, 2012)

Pada dasarnya pemasaran sosial tidak berbeda dengan pemasaran komersial. Pemasaran sosial menggunakan teknis analisis yang sama: riset pasar, pengembangan produk, penentuan harga, keterjangkauan, dan promosi. Dapat disimpulkan, bahwa pemasaran sosial adalah penerapan konsep dan teknik pemasaran untuk mendapatkan manfaat sosial. Tentu saja ada sedikit perbedaan antara pemasaran di bidang usaha dengan pemasaran sosial. (Notoatmodjo, 2010) Perbedaan tersebut antara lain adalah:

- a. Penggunaan produk sosial biasanya lebih rumit daripada produk komersial, misalnya menggunakan oralit tidak semudah minum coca-cola.
- b. Produk sosial hasilnya tidak cepat dirasakan.
- c. Saluran distribusi untuk produk-produk sosial lebih sulit dikontrol karena biasanya menyangkut banyak pihak.
- d. Konsumen pada umumnya tidak mampu, atau rawan terhadap penyakit, dan berpendidikan rendah.

Hal-hal tersebut menyebabkan pemasaran sosial jauh lebih rumit dan sulit, sehingga tahap perencanaan perlu dilakukan secara mantap.

5.2 Prinsip dan Kegiatan Pemasaran Sosial

Secara umum prinsip dan kegiatan pemasaran sosial adalah sama dengan pemasaran barang atau komersial, yakni:

- a. Riset pasar (*marketing research*), adalah langkah awal yang harus dilakukan baik dalam pemasaran sosial maupun pemasaran barang
- b. Pengembangan produk. Produk yang akan dijual adalah berdasarkan hasil riset pasar yang telah dilakukan. Produk pada pemasaran sosial bukan barang, tetapi jasa pelayanan, atau perilaku baru.
- c. Penentuan harga (keterjangkauan). Harga barang atau produk semata-mata ditentukan oleh besarnya biaya yang diperlukan untuk memproduksi barang tersebut. Sedangkan harga produk pemasaran sosial juga dipengaruhi oleh manfaat atau kemudahan yang dapat dinikmati oleh konsumen atau masyarakat.
- d. Periklanan dan promosi. Menjual produk (jasa pelayanan) dengan mengaitkan pada minat atau kebutuhan konsumen (masyarakat). Pada pemasaran komersial yang paling penting adalah promosi supaya barang cepat laku, sedangkan pada pemasaran sosial yang penting adalah

menumbuhkan perubahan perilaku yang menguntungkan masyarakat. (Notoatmodjo, 2012)

Dalam pemasaran sosial produk yang dijual (dipasarkan) adalah produk sosial atau produk yang secara sosial bermanfaat, yakni: *Perilaku baru*. Produk sosial berbeda dengan produk komersial dalam arti:

- a. Produk sosial lebih rumit penggunaannya dibandingkan dengan produk komersial;
- b. Produk sosial sering lebih kontroversial;
- c. Keuntungan produk sosial tidak cepat dirasakan;
- d. Saluran distribusi produk sosial lebih sukar digunakan dan dikontrol;
- e. Pasar produk sosial sukar dianalisis;
- f. Ukuran keberhasilan penjualan atau adopsi produk sosial lebih berat daripada produk komersial. (Notoatmodjo, 2012)

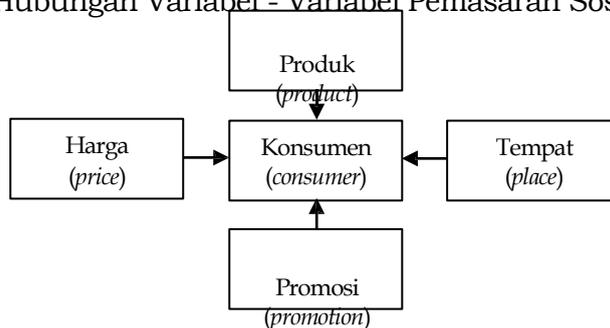
5.2.1 Konsumen

Konsumen atau pengguna bukan hanya merupakan sasaran pokok, tetapi juga sebagai pengukur apakah kegiatan yang dilaksanakan cocok, diminati dan berhasil. Konsumen secara sistematis dimintai saran sepanjang proses pemasaran sosial, memberikan data untuk menentukan strategi pemasaran. Sebelum produk baru diperkenalkan, langkah pertama adalah penelitian yang cermat tentang faktor lingkungan dan psikologi yang mempengaruhi sikap tentang faktor lingkungan dan psikologi yang mempengaruhi sikap sasaran terhadap produk. Sasaran pemasaran sosial terdiri dari berbagai sub-kelompok dan tiap sub kelompok mempunyai pandangan, nilai, dan kebutuhan sendiri. Karena itu, penelitian dimulai dengan segmentasi sasaran. (Notoatmodjo, 2010)

Segmentasi sasaran adalah suatu proses mengelompokkan sasaran ke dalam sub - sub kelompok yang lebih homogen yang memiliki kesamaan kebutuhan dan atau kesamaan karakter. Pembagian sub-kelompok ini dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Khalayak sasaran primer: sasaran pokok yang diharapkan dapat berubah perilakunya, ke perilaku yang diharapkan.
- b. Khalayak sasaran sekunder: sasaran antara yang mempunyai pengaruh terhadap khalayak sasaran primer, misalnya petugas kesehatan, tokoh masyarakat, anggota keluarga, dan lainnya.
- c. Khalayak sasaran tersier: sasaran penunjang yang turut menentukan keberhasilan program, seperti para pengambil keputusan, penyandang dana, dan orang-orang yang berpengaruh untuk itu. (Notoatmodjo, 2010)

Hubungan Variabel - Variabel Pemasaran Sosial



5.2.2 Variabel Pemasaran Sosial (C-4P)

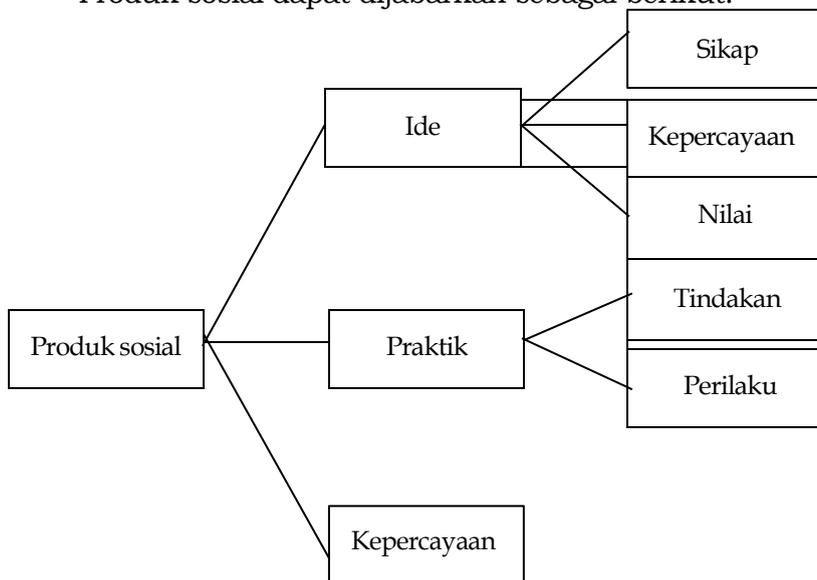
Variabel-variabel atau komponen pemasaran sosial, selain masyarakat sebagai *consumer* (C) juga mencakup variabel-variabel ini. (Notoatmodjo, 2010)

a. Produk

Produk tidak selalu berbentuk benda nyata yang dapat dilihat dan diraba seperti kapsul vitamin A, tablet besi, bahan

makanan sumber vitamin A, dan lainnya. Produk dapat pula berupa pelayanan kesehatan seperti penimbangan balita, pemeriksaan kehamilan, imunisasi, atau juga dalam bentuk ide/gagasan seperti berhenti merokok, kesegaran jasmani, jantung sehat, dan lainnya. Produk inilah yang kemudian dipasarkan sehingga berlangsung proses pertukaran dengan kelompok sasaran.

Produk sosial dapat dijabarkan sebagai berikut:



Produk harus dibuat atau dikembangkan berdasarkan kebutuhan dan keinginan konsumen. Untuk itu diperlukan riset pasar. Dalam hal ini yang dimaksud dengan pasar adalah khalayak konsumen. Pasar dalam pengertian ini dapat dibedakan berdasar atas beberapa faktor, seperti status sosial atau ekonomi, tempat tinggal, jenis kelamin, dan lainnya. Jadi, konsumen dapat dibagi dalam beberapa segmen yang masing-masing memiliki sifat tersendiri. Perlu diketahui, bahwa kebutuhan dan keinginan konsumen selalu berkembang sesuai dengan keadaan serta faktor-faktor yang

mempengaruhinya. Perkembangan ini harus selalu dipantau, sehingga produk dapat selalu dimodifikasi sesuai dengan tuntutan keadaan. Untuk itu riset pasar perlu dilaksanakan secara berkelanjutan, sejak dari tahap perencanaan, pengembangan produk, penerapan sampai dengan evaluasi.

b. Harga

Dasar pemasaran adalah tukar menukar, dalam arti konsumen perlu mengeluarkan biaya untuk memperoleh produk yang diinginkan. Tentu saja harga yang dibayarnya harus dirasakan seimbang dengan manfaat yang diperoleh dari produk tersebut. Yang dimaksud dengan harga bukan hanya yang meliputi uang yang harus dibayarkan, tetapi juga hal-hal lain seperti waktu yang dikorbankan, gerakan fisik yang diperlukan, gaya hidup yang barangkali harus berubah, dan batin atau ketenteraman. Meskipun besarnya rupiah kecil, tetapi mungkin aspek lainnya dirasakan berat bagi konsumen. Misalnya, untuk memperoleh kapsul vitamin A yang gratis, ibu harus meluangkan waktu dan berjalan ke Posyandu. Mungkin hari itu dia tidak mendapatkan uang karena tidak dapat berjualan di pasar, atau harus meninggalkan pekerjaan atau anggota keluarga lainnya di rumah karena pergi ke Posyandu.

Hambatan dan rasa keberatan perlu diketahui dan dicari cara mengatasinya, sehingga terjadi kemudahan. Penetapan harga tentu tidak dapat terlepas dari ketiga unsur pemasaran lainnya, karena sebagai suatu kesatuan tiap unsur saling mempengaruhi, dan turut menentukan besarnya harga yang harus dibayar oleh konsumen.

c. Tempat

Yang dimaksud dengan tempat ialah lokasi di mana produk dapat diperoleh. Tempat atau jalur distribusi perlu diperhitungkan dengan baik. Semakin luas jaringan

distribusinya, semakin mudah konsumen untuk memperoleh produk tersebut.

Dalam pemasaran sosial, jalur distribusi biasanya menyangkut bermacam-macam institusi yang terlibat dalam kegiatan diseminasi gagasan yang dipasarkan, yaitu dari perumus gagasan sampai pada penerima yang dituju. Misalnya, siapa saja yang terlibat di tiap tingkat administrasi agar distribusi kapsul vitamin A dapat berjalan dengan baik? Dalam hal ini faktor efektivitas dan efisiensi harus dipertimbangkan. Dengan demikian, produk sebaiknya ditempatkan di mana terjadi kontak maksimal dengan konsumen. Arus penyaluran produk juga harus lancar dan persediaan harus selalu cukup. Agar pelaksanaan distribusi berjalan dengan lancar, di lapangan dapat digunakan tenaga perantara yang sifatnya sukarela yang kita kenal dengan kader. Untuk tenaga seperti ini, maka kualitas pelatihan perlu mendapat perhatian, di samping daya tarik produk serta kreativitas yang diperlukan untuk menggugah semangat kader.

d. Promosi

Promosi berarti mengkomunikasikan keunggulan dan membujuk konsumen atau kelompok sasaran untuk menggunakan produk yang ditawarkan. Produk yang menarik belumlah cukup. Ini harus disertai komunikasi yang berkesinambungan dan terarah untuk memberikan informasi, motivasi, dan edukasi kepada konsumen. Efektivitas pemasaran sangat tergantung pada efektivitas komunikasi, karena pada dasarnya promosi adalah komunikasi. Dalam hal ini, pesan yang dikomunikasikan harus sesuai dengan segmen pasar yang dituju, demikian juga panduan media yang digunakan. Promosi dapat dilakukan melalui komunikasi massa (TV, radio, koran, dan media cetak) serta komunikasi interpersonal.

Promosi dilakukan dengan tema pokok yang mengikat semua unsur pemasaran. Jadi, unsur promosi ini tidak lepas dari unsur produk, harga maupun tempat, karena ketiga

unsur ini juga merupakan alat promosi. Paduan semua unsur tersebut harus dapat membangun citra produk yang tentu saja harus sejalan dengan citra diri konsumen.

Pesan-pesan harus dapat merangsang telinga dan mata, dapat dipercaya dan dapat diterima dengan rasa dan akal. Oleh sebab itu, harus jelas perilaku apa yang diharapkan akan dilaksanakan, apa keuntungan yang diperoleh jika dilaksanakan. Selain itu, pesan-pesan tidak dapat disampaikan secara serentak, harus ada urutan prioritas, misalnya tahap pertama bersifat memberi informasi, tahap kedua bersifat motivasi, dan tahap ketiga memperkuat atau kemungkinan lain.

Paduan media yang akan digunakan ditentukan atas hasil riset pasar, media mana yang paling disukai dan sering digunakan khalayak sasaran. Paduan media ditentukan berdasarkan daya jangkau dan frekuensi media tersebut, manfaat tiap media yang dipilih serta biaya media, sehingga diperoleh paduan media yang efektif dan efisien.

5.3 Langkah-langkah Kegiatan Pemasaran Sosial

Pemasaran sosial adalah suatu bentuk disiplin untuk mengembangkan kegiatan komunikasi kesehatan. Tujuannya adalah mendapat kata yang tepat dipakai untuk meyakinkan para ibu agar berbuat seperti yang dianjurkan, tokoh yang akan dipakai untuk menyampaikan pesan, saluran komunikasi (langsung dan tidak langsung), dan bagaimana memanfaatkan saluran komunikasi tersebut sebaik-baiknya. (Notoatmodjo, 2010)

Ada 14 langkah dalam mengembangkan kegiatan pemasaran sosial itu, yaitu:

1. Riset Formatif

Sebelum kita menganjurkan orang untuk mengubah perilakunya, kita harus tahu dulu bagaimana sekarang dan bagaimana sikapnya terhadap perilaku yang kita anjurkan.

Kita tidak dapat hanya menduga atau memperkirakan kedua hal tersebut. Kita harus menggantinya dari mereka sendiri. Kita namakan penggalian demikian *riset formatif*, karena dilakukan untuk menentukan format strategi kegiatan. Kita akan memilih sampel secara acak dalam jumlah, yang memadai serta melakukan wawancara dengan mereka, secara kelompok atau perorangan, dan biasanya kedua cara ini dipakai. Kita juga ingin menemukan tokoh yang paling dihormati oleh kelompok sasaran, sehingga kita dapat memanfaatkan tokoh tersebut untuk menyampaikan pesan-pesan kita. Kita akan menggali sikap mereka terhadap pelayanan yang ada, Puskesmas, Posyandu, kader, dan terhadap organisasi kemasyarakatan, seperti PKK, dan lain sebagainya.

Kita juga akan mewawancarai petugas dan berbagai instansi. Kita akan bertanya kepada ibu tentang kehidupan sehari-hari, bagaimana interaksi mereka dalam masyarakat dan kelompok kemasyarakatan, ke mana mereka pergi, kalau ke luar rumah. Rasio dan media massa yang mereka manfaatkan, berapa kali, kapan, dan hiburan apa serta peristiwa keagamaan atau budaya apa yang mereka hadiri. Berdasarkan kesemua itu kita kembangkan strategi kegiatan kita.

2. Penyusunan Strategi

Strategi akan mencakup:

- a. Berbagai kelompok sasaran yang diperoleh dari penelitian formatif dapat dibagi dalam 3 kelompok besar:
 1. *Sasaran primer*, yaitu sasaran pokok yang benar-benar kita harapkan berubah kebiasaannya.
 2. *Sasaran sekunder*, yaitu sasaran antara yang akan terlibat dalam penyampaian produk atau pelayanan atau yang terlibat dalam penyampaian pesan-pesan secara langsung.
 3. *Sasaran tersier*, yaitu sasaran penunjang yang terlibat secara tidak langsung, namun dukungannya sangat diperlukan.
- b. Berbagai perilaku yang diharapkan dari tiap kelompok sasaran.

- c. Sikap negatif terhadap perilaku yang diharapkan secara rinci.
- d. Pemecahan yang disarankan untuk mengatasi hambatan tersebut.
- e. Kata-kata yang disarankan untuk dipakai guna meyakinkan kelompok sasaran untuk melakukan apa yang diharapkan.
- f. Berbagai saluran komunikasi yang ada untuk analisis selanjutnya.

3. *Menguji Coba Strategi*

Setelah strategi disusun, kita kembali mengunjungi kelompok sasaran primer untuk menguji coba strategi tersebut pada mereka. Bila perilaku yang disarankan perlu dilaksanakan tiap hari, seperti pemberian makan anak, kita minta para ibu melaksanakan dalam satu minggu. Bila perilaku yang dianjurkan hanya dilaksanakan sekali, seperti imunisasi atau menimbangkan anak di Posyandu, kita akan minta para ibu itu melaksanakan sekali atau dua kali.

Kita akan menggunakan kata-kata dan tokoh yang tertuang dalam strategi untuk meyakinkan ibu-ibu agar mau melaksanakannya. Semua pertanyaan yang dipunyai ibu-ibu, seperti yang tergambar pada hasil riset formatif berupa sikap negatif dan hambatan yang mungkin menghalanginya untuk berbuat, hendaknya bisa terjawab.

Kendati demikian, pelaksanaan penelitian mungkin masih menjumpai bahwa kata-kata tersebut belum cukup meyakinkan ibu-ibu untuk berbuat. Dalam hal ini, petugas lapangan akan bekerja sama dengan para ibu untuk menemukan cara melakukannya sampai ibu-ibu tersebut sepenuhnya puas dan setuju untuk melaksanakannya. Petugas lapangan secara cermat menulis cara-cara yang ditemukan untuk meyakinkan ibu-ibu itu. Biasanya, setelah satu minggu petugas lapangan akan kembali mengunjungi ibu yang sama dan membicarakan hasilnya dengan mereka. Apakah mereka melaksanakannya? Pembicaraan akan dilakukan hati-hati dengan para ibu yang gagal, atau hanya

setengah hasil, untuk menemukan apa masalahnya, rasa keberatan apa yang masih ada dan bagaimana masalah dan rasa keberatan itu dapat diatasi. Percakapan ini akan dicatat dengan cermat.

Berdasarkan masukan itu, strategi yang kita buat serta menggambarkan apa yang kita harapkan dilakukan ibu-ibu itu dan bagaimana melaksanakannya, sekarang sudah dapat disempurnakan.

4. Menulis Arahan Kreatif dan Media

Kini kita menulis strategi kreatif dan media. Kita menuliskan ini walaupun kita akan melaksanakan kegiatan kreatif atau melaksanakan kegiatan media kita sendiri. Arahan tertulis ini penting walau pelaksanaannya dilakukan instansi lain atau biro iklan. Arahan ini menyimpulkan tujuan dan maksud kegiatan, gambaran rinci data ekonomi, sosial, dan geografis daerah kegiatan serta daftar kelompok sasaran primer, sekunder, dan tersier dan gambaran keadaan mereka.

Kecuali itu juga berisikan analisis semua saluran komunikasi yang mungkin dipakai untuk mencapai sasaran primer sehingga diteliti lebih lanjut serta frekuensi dan biayanya. Mungkin akan mencakup media massa, kader, kelompok masyarakat atau saluran lain seperti promosi di pasar lokal atau peristiwa budaya dan saluran lain yang muncul dalam penelitian pada ibu-ibu serta mungkin dapat dipakai. Juga catatan bagaimana komunikasi dan motivasi sasaran sekunder dan tersier akan dilaksanakan.

Bahan komunikasi yang perlu dikembangkan mungkin meliputi TV atau slide, bahan-bahan penyuluhan bagi kader dalam bentuk kartu konsultasi, lembar balik atau poster dan pita kaset, spanduk (yang berguna untuk upaya promosi jangka pendek) atau poster-poster (sebagai pengingat pesan-pesan yang disampaikan media massa atau kader), dan lain sebagainya. Sebagai tambahan, *booklet* barangkali cocok dipakai untuk mendapatkan dukungan yang diharapkan dari kelompok sasaran sekunder dan tersier. Pedoman pelatihan

dan modul juga diperlukan untuk melatih kader. Pada arahan dijelaskan pula anggaran yang mungkin didapat.

Bagian kedua dari arahan itu berupa uraian tentang kelompok sasaran, dan kegiatan yang ditujukan pada tiap kelompok sasaran, pesan-pesan yang harus diterima tiap kelompok sasaran, semua keengganan yang diketahui dan menghambat penerimaan dan bagaimana rasa keberatan itu di atasi dan tokoh yang dapat diterima kelompok sasaran.

5. Menentukan Konsultan Kreatif dan Konsultan Media

Sangat disarankan untuk menggunakan ahli kreatif dan ahli media, apakah itu orang yang berpengalaman di bidangnya, lembaga konsultan atau biro iklan untuk membuat bahan-bahan media. Bila media massa digunakan, perencanaan media yang matang disertai pengalokasian waktu dan pemantauan sangat diperlukan. Biasanya mereka dibayar berdasarkan tarif komersial untuk produksi dan penyiarannya. Kelompok kreatif dan media harus benar-benar mendapat arahan, baik itu ahli dari luar atau tenaga yang ada di dalam sendiri.

6. Menyusun Peran dan Bahan serta Rencana Media

Para perencana kreatif dan perencana media kini dapat menyajikan rancangan lengkap termasuk tatap muka dan bentuk semua bahan cetak, naskah untuk spot radio dan bagaimana cerita untuk TV atau film. Alasan tertulis untuk semua pesan dan ilustrasi juga dikemukakan untuk membuktikan dan memastikan bahwa strategi telah dimanfaatkan sepenuhnya sebagai dasar penyusunan bahan-bahan tersebut.

Perencanaan media yang rinci dan biaya yang diperlukan juga termasuk. Rencana tersebut harus menunjukkan jangkauan yang memadai terhadap semua kelompok sasaran dengan frekuensi yang memadai dan biaya yang paling sesuai. Beberapa kemungkinan paduan media bisa diajukan dalam pembicaraan. Biro iklan khususnya merupakan sumber

informasi yang baik untuk perencanaan media. Berdasarkan hasil penelitian, misalnya mereka tahu semua stasiun radio dan program yang ada dan pada waktu kapan ibu-ibu desa paling banyak mendengarkan dan berapa banyak.

Semua itu merupakan informasi yang berharga untuk memanfaatkan radio secara efektif. Mereka juga akan menganalisis efektivitas kader sebagai komunikator berdasarkan data yang diberikan pada waktu riset formatif, sehingga memberi gambaran berapa banyak ibu yang dapat berhubungan (kontak) dengan kader. Arahannya itu akan menjadi dasar untuk menyusun rencana pelatihan bagi kader dan menentukan bahan penyuluhan apa yang cocok digunakan kader (rancangannya dibuat kelompok kreatif). Biaya yang diperlukan untuk jangkauan, frekuensi, juga biaya kegiatan komponen komunikasi yang dilakukan kader dibuat perkiraannya. Perkiraan yang sama juga dibuat untuk jalur komunikasi formal dan informal lain, sehingga biaya yang diperlukan bisa dibandingkan, dan bisa diketahui paduan media mana yang efektif dan efisien.

Biro iklan juga menyarankan untuk memperkuat peran serta masyarakat dengan menggunakan bahan cetak yang menarik dan kegiatan hubungan masyarakat.

Pengelola kegiatan dapat mempelajari penyajian tersebut, memperbaikinya bila diperlukan dan akhirnya minta kelompok kreatif membuat bahan untuk diuji coba.

7. Menguji Bahan dan Pesan

Semua bahan dipersiapkan untuk diuji coba. *Spot* radio sudah dibuat, bahan cetak sudah berwarna, atau berupa rancangan jadi, kadang-kadang sudah tercetak bila biaya memungkinkan, bahan film diperlihatkan dalam bentuk *story board*, benda besar seperti papan iklan atau spanduk dibuat dalam bentuk kecil. Semua bahan sekarang diuji coba untuk memastikan bahwa pesannya jelas, tidak membingungkan,

bisa dimengerti, dipercaya, sejalan dengan budaya, secara emosional merangsang dan bebas dari hal-hal negatif. Tiap bahan media diuji coba pada kelompok yang mewakili, bahan-bahan penyuluhan yang digunakan sebagai alat bantu kader diuji coba pada kader. Hasil uji coba dipakai untuk menyempurnakan semua bahan.

8. Memperbaiki Bahan

Kelompok kreatif sekarang diberi penjelasan tentang hasil uji coba. Semua bahan bisa diperbanyak. Betapapun, bila diperlukan perubahan besar, uji coba ulang secara informal dibutuhkan untuk memastikan bahan perbaikan yang telah dibuat dapat diterima kelompok sasaran.

Kegiatan uji coba bahan juga merupakan kesempatan yang sangat berguna untuk memantapkan koordinasi. Proses uji coba termasuk uji coba kegiatan dan bahan pada sektor - sektor yang terkait, unit-unit program di tingkat nasional dan provinsi dan semua lembaga donor. Hal ini untuk memastikan bahwa kegiatan di daerah panduan tidak bertentangan dengan kebijakan program.

9. Penyempurnaan Program

Program pada akhirnya bisa disempurnakan. Bila mungkin kesimpulan akhir perlu dibuat secara tertulis dan bisa dilengkapi dengan *slides* untuk penyajian dan koordinasi.

10. Memproduksi Bahan

Semua bahan sudah diperbanyak dalam bentuk akhir.

11. Pengumpulan Data Dasar dan Evaluasi

Pengumpulan data dasar dilaksanakan di daerah uji coba dan daerah kontrol. Masa proyek sudah ditentukan dan kegiatan evaluasi dijadwalkan.

12. Orientasi dan Pelatihan

Sebelum kegiatan dilaksanakan, kader dilatih dan semua sektor serta kelompok masyarakat yang terlibat juga dilatih atau diberi orientasi tentang peran mereka.

13. Melaksanakan Kegiatan

Kini tiba saatnya untuk melaksanakan kegiatan. Sebaiknya kegiatan promosi dan hubungan masyarakat langsung dilaksanakan pada saat pencanangan. Misalnya, dalam bentuk penyuluhan atau pencanangan oleh kepala daerah yang dihadiri para pelaksana dan instansi serta media yang terlibat.

Bahan-bahan luar ruang seperti spanduk, poster atau papan iklan dipasang. Kelompok masyarakat dan kader memulai kegiatan komunikasi mereka dan media massa mulai penyiaran (sebaiknya paling tidak 10-20 spot per hari di setiap stasiun radio pada bulan pertama).

14. Memantau dan Memperbaiki

Setelah dicanangkan, semua kegiatan komunikasi harus dipantau untuk memastikan bahwa pelaksanaannya seperti yang diharapkan. Apakah spanduk dan poster dipasang di tempat yang tepat? Apakah kader sudah dilatih? Apakah mereka sudah punya peraga yang harus dipakai? Apakah kelompok masyarakat tahu peran mereka? Apakah mereka aktif? Apakah bahan disiarkan? Untuk itu, semua dapat dilakukan peninjauan lapangan. Kelemahan dalam pelaksanaan dapat segera diperbaiki. Pemantauan harus dilakukan setiap 6 bulan. Kegiatan pemantauan seharusnya lebih dalam untuk menjangkau efektivitas pesan yang disampaikan. Apakah kelompok sasaran menerima pesan? Apakah pesannya benar dan dimengerti? Apakah ada masalah

atau kesulitan, atau hambatannya yang dialami dalam menerapkan isi pesan?

Titik utama uji coba pemasaran adalah memantau dan memperbaiki kegiatan komunikasi yang diperlukan dan ditemukan dalam proses pengalaman, apa saluran komunikasi dan pesan yang paling efektif untuk mencapai tujuan program.

5.3 Faktor Penentu Keberhasilan Pemasaran Sosial

Ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan pemasaran sosial, yaitu: (Notoatmodjo, 2010)

1. *Manajemen*

Manajemen yang baik sangat diperlukan dalam pemasaran sosial. Walaupun ada kelompok kerja yang dibentuk, manajer yang bertanggung jawab penuh terhadap pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan sangat dibutuhkan. Manajer demikian perlu memiliki beberapa keterampilan khusus.

Manajer tersebut harus memahami betul pola kegiatan yang akan dilaksanakan, kendari secara teknis dia tidak harus ahli tentang produk atau pelayanan yang dipromosikan. Dia harus benar-benar mengerti sikap kelompok sasaran terhadap program yang akan dilaksanakan. Dia harus memiliki kemampuan dan keterampilan mengkoordinasikan. Dia harus bisa menulis arahan yang jelas dan mendalam untuk riset, perencanaan media, dan untuk menganalisis dan menafsirkan laporan penelitian. Dia juga akan mengawasi penggunaan biaya dan pelaksanaan kegiatan. Aneka keterampilan tersebut perlu dikembangkan agar dapat melaksanakan pemasaran sosial di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten untuk berbagai program kesehatan.

2. *Konsumen*

Orientasi harus sepenuhnya pada konsumen. Penyusunan pesan untuk kelompok sasaran, bagaimana pesan itu disampaikan, saluran komunikasi mana yang dipergunakan, harus berdasarkan hasil penelitian terhadap

konsumen. Konsumen merupakan titik tolak semua unsur kegiatan pemasaran.

3. Kelompok Sasaran

Semua program komunikasi yang berhasil menunjukkan bahwa pesan-pesan ditujukan langsung kepada kelompok sasaran tertentu. Misalnya saja, pada usia tertentu anak-anak perlu memperoleh imunisasi. Pesan-pesan tentang imunisasi harus khusus ditujukan kepada ibu anak-anak di usia tersebut. Pesan demikian akan menarik ibu untuk berperan serta dibandingkan dengan pesan imunisasi yang pesannya umum. Hasil penelitian juga membuktikan bahwa pesan yang berbeda diperlukan bagi para ibu yang mempunyai anak dengan usia berbeda.

4. Identitas

Produk atau pelayanan yang dipromosikan harus memilih identitas yang jelas dan tegas. “Sayuran baik untuk anak-anak” adalah suatu pernyataan yang tidak memberikan identitas yang jelas pada sayuran tersebut. “Sayuran mengandung vitamin yang menyehatkan” memberikan identitas yang lebih jelas pada sayuran tersebut.

5. Manfaat

Produk atau pelayanan perlu dipromosikan sebagai sesuatu yang memberikan manfaat atau keuntungan yang jelas dan nyata. Poster yang berbunyi “Datanglah ke Posyandu dan Timbangkan Anak Anda” tidak akan memberi pengaruh yang diharapkan. Penelitian yang cermat akan membantu menunjukkan keuntungan atau manfaat yang nyata dan dapat dipercaya.

6. Biaya

Pemasaran yang baik harus mempertimbangkan agar produk pelayanan yang dipasarkan bisa dijangkau konsumen. KB misalnya, tidak akan berhasil bila konsumen tidak mampu memperoleh alat kontrasepsi. Atau promosi penggunaan oralit hanya akan bisa berhasil bila oralitnya ada dan bisa

terjangkau. Terjangkau dalam arti ibu merasa beruntung atas pengeluarannya untuk memperoleh oralit dibandingkan dengan manfaat yang diperoleh anaknya dari minum oralit tersebut.

7. Ketersediaan

Sudah tentu tidak satu promosi pun akan berhasil bila produk atau pelayanan yang dipromosikan tidak bisa diperoleh. Promosi oralit, bila oralitnya tidak mudah diperoleh, sudah tentu merupakan pemborosan biaya saja. Manajer pemasaran sosial karena itu harus memastikan bahwa produknya memang bisa diperoleh sebelum promosi dilancarkan. Karena hal itu merupakan bagian yang menentukan keberhasilan bagian pemasaran.

8. Saluran Komunikasi

Manajer pemasaran harus berusaha agar pesan disampaikan kepada kelompok sasaran melalui komunikasi yang dapat dipercaya. Penelitian dibutuhkan untuk bisa menentukan saluran komunikasi yang bisa dipakai, seperti media massa, kader, kelompok masyarakat, dan lain-lain. Berapa persen kelompok sasaran yang dapat dicapai tiap saluran komunikasi, dan berapa frekuensinya. Berdasarkan itu rencana pemanfaatan media disusun untuk mencapai kelompok sasaran sebanyak mungkin dan sesering mungkin dengan biaya yang tersedia. Paduan media yang digunakan tergantung pada saluran komunikasi baik secara tidak langsung melalui media, maupun secara langsung melalui pelaksana di jajaran kesehatan dan di masyarakat, yang bisa diperoleh serta ekonomis dan mantap.

9. Pemantauan dan Perbaikan

Sistem pemantauan merupakan bagian dari pendekatan pemasaran sosial. Biasanya pemantauan dilakukan setelah program dilaksanakan. Pemantauan ini dilakukan untuk mengetahui apakah semua unsur komunikasi sudah dilaksanakan sesuai dengan rencana dan perbaikan yang kiranya diperlukan. Pemantauan selanjutnya dilaksanakan

setiap 3, 6, atau 12 bulan, tergantung pada besar dan luasnya program untuk mengetahui kegiatan di lapangan dan mengukur hasil yang sudah dicapai. Apakah pesan sampai pada kelompok sasaran? Apakah mereka mengerti apa yang dianjurkan dalam pesan? Kegiatan disempurnakan pelaksanaannya berdasarkan masukan dari hasil pemantauan tersebut. Perencanaan harus menyediakan anggaran supaya penyempurnaan bisa dilakukan. Kegiatan komunikasi mungkin perlu diperluas atau medianya perlu diperbaiki, atau pesannya perlu disusun kembali, spot radio perlu direkam ulang, misalnya. Dalam program berjangka panjang, pengembangan pesan lebih lanjut bisa dipastikan amat diperlukan berdasarkan perubahan sikap dan perilaku yang terjadi sebagai hasil dari kegiatan yang telah dilaksanakan.

10. Evaluasi

Komponen evaluasi diperlukan bagi semua kegiatan agar dampak dan hasil yang dicapai bisa diketahui. Bila programnya belum diterapkan secara nasional, evaluasi bisa dilaksanakan di daerah panduan dan di daerah lain sebagai pembandingan pada sebelum dan sesudah dilaksanakan. Pengumpulan data dilaksanakan di kedua tempat tersebut, lalu hasilnya dibandingkan. Evaluasi dilakukan pada akhir program bila jangka waktu program sudah ditentukan, atau dilakukan setiap tahun bila programnya berjangka panjang. Penelitian untuk evaluasi hendaknya tidak dikacaukan dengan penelitian untuk pemantauan.

Penelitian evaluasi dilaksanakan untuk memperoleh hasil kuantitatif. Sebelum kegiatan dilaksanakan, beberapa orang yang mengerti tentang apa yang dianjurkan dan melaksanakan secara benar, misalnya membeli produk, memanfaatkan pelayanan, atau melakukan sesuatu secara benar, dan berapa pula setelah kegiatan dilaksanakan. Hasil penelitian diolah secara kuantitatif.

Penelitian pemantauan lebih mengutamakan hasil kualitatif. Jumlah responden yang diwawancarai untuk mengetahui pendapat, perilaku, dan pemahamannya lebih sedikit. Jumlah respondennya terlalu kecil untuk dapat

gambaran nyata berapa banyak ibu yang mempercayai sesuatu atau lainnya. Kendati begitu, bila responden dipilih secara acak dalam jumlah yang memadai, penelitian kualitatif demikian akan memberikan gambaran umum yang mendalam tentang bagaimana pendapat responden, apa yang mereka rasakan, dan apa yang mereka lakukan mengenai suatu hal. Analisis penelitian kualitatif meliputi uraian tentang persepsi responden. Sedangkan analisis kuantitatif meliputi jumlah persentase dan menyangkut sejumlah besar responden.

Perhatikan sepuluh ciri program pemasaran yang baik seperti terurai di atas. Berapa banyak program yang memenuhi kesepuluh syarat itu? Bagaimana kita bisa meningkatkannya supaya dapat memenuhi kesepuluh syarat itu?

Daftar Pustaka

- Notoatmodjo, soekidjo. Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. 2007. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, soekidjo. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. 2005. Jakarta: PT Asdi Mahasatya.
- Notoatmodjo, soekidjo. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. 2010. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, soekidjo. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. 2012. Jakarta: Rineka Cipta.

Bab 6

Konsep Penyuluhan Kesehatan

Cici Apriza Yanti., SKM., M.H.Sc

6.1 Penyuluhan Kesehatan dan Promosi Kesehatan

6.1.1 Konsep penyuluhan kesehatan dan promosi kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan informasi - informasi pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bias melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan serta terjadi peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap. (Notoadmodjo, 2010)

Promosi Kesehatan merupakan program yang dirancang untuk memberikan perubahan di bidang kesehatan terhadap manusia, organisasi, masyarakat dan lingkungan. “Promosi kesehatan” merupakan salah satu bentuk intervensi di bidang kesehatan untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat. Dilihat dari keluasan dan keberagaman aktivitasnya, dapat dikatakan bahwa promosi kesehatan adalah bentuk baru dari kesehatan masyarakat. (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018).

Berdasarkan uraian diatas penyuluhan kesehatan dan promosi kesehatan merupakan kegiatan yang sama yaitu memberikan informasi, pesan kepada orang lain dengan menggunakan metode dan cara yang disesuaikan kepada sarannya.

6.2 Tujuan penyuluhan dan promosi kesehatan

6.2.1 Tujuan penyuluhan kesehatan

Tujuan pokok dari penyuluhan menurut (Satria, 2017) adalah:

- a) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatannya yang optimal.
- b) Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental, dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan.
- c) Tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

6.2.2 Tujuan promosi kesehatan

Faktor - faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu penyuluhan kesehatan (Zuhri, 2009) adalah sebagai berikut:

- a) Faktor pemberi penyuluhan, dalam pemberian penyuluhan dibutuhkan persiapan, penguasaan materi, penampilan, penyampaian penyuluhan dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan dipahami.
- b) Faktor sasaran, sasaran dilihat dari tingkat pendidikan, lingkungan sosial, kebiasaan adat istiadat kebiasaan dan kepercayaan.
- c) Proses dalam penyuluhan, waktu, tempat, jumlah sasaran perlu disesuaikan dengan kegiatan penyuluhan agar proses dalam penyuluhan berjalan dengan baik.

6.3 Perencanaan penyuluhan kesehatan

Pelaksanaan penyuluhan kesehatan agar dapat berhasil sesuai dengan tujuan dan harapan kita sebaiknya membuat sebuah pertanyaan. Mengutip pendapat (Mulyanti and Fachrurrozi, 2017) yang menyatakan bahwa pembangunan yang efektif, bukanlah semata – mata karena adanya kesempatan, tetapi merupakan hasil dari penentuan pilihan – pilihan kegiatan, bukan hasil “*trial and error*” tetapi akibat dari perencanaan yang baik. Karena itu, perlu untuk selalu diingat bahwa kegiatan penyuluhan pembangunan yang efektif harus melalui perencanaan program penyuluhan yang baik. Perencanaan program merupakan suatu proses yang berkelanjutan, melalui semua warga masyarakat, penyuluhan dan para ilmuawan memusatkan pengetahuan dan keputusan – keputusan dalam upaya mencapai pembangunan yang mantap.

Lawrence menyatakan bahwa perencanaan program penyuluhan menyangkut perumusan tentang:

- a. Proses perencanaan program
- b. Penulisan perencanaan program
- c. Rencana kegiatan
- d. Rencana pelaksanaan program
- e. Rencana evaluasi hasil pelaksanaan program

Agar penyuluhan yang kita laksanakan berjalan lancar dan hasilnya optimal maka ada beberapa langkah yang harus dilaksanakan yaitu:

1. Mengenal masalah

Mengenal masalah maksudnya kita mengetahui data – data atau keterangan suatu hal atau suatu masalah. Data ini sebaiknya data primer namun tidak terlepas dari data sekunder seperti data dari pihak aparat apakah itu kecamatan, kelurahan atau sumber lain –

lain. Ada 3 data yang wajib di ketahui dalam pengenalan masalah yaitu:

- a) Data masalah tersebut baik dari segi program kesehatan.
- b) Data tentang pengenalan masyarakat.
- c) Data pengenalan wilayah seperti lokasi dan sifatnya.

2. Penentuan prioritas masalah

Penentuan prioritas penyuluhan harus sejalan dengan penentuan prioritas masalah yang ditentukan oleh program yang di tunjang. Penentuan prioritas harus mempertimbangkan:

- a) Besaran dampak yang diakibatkan oleh suatu masalah.
- b) Pertimbangan politis menyangkut nama baik negara dan lain sebagainya.
- c) Sumber daya yang ada

3. Penentuan tujuan penyuluhan

Tujuan dari penyuluhan haruslah menjanjikan kesejahteraan dan kepuasan masyarakat penerima manfaatnya. Tujuan penyuluhan terdapat 2:

- a) Tujuan jangka pendek: untuk meningkatkan pemahaman atau pengertian, sikap, norma.
- b) Tujuan jangka panjang: untuk meningkatkan kualitas hidup sehat.

4. Menentukan sasaran penyuluhan

Sasaran penyuluhan tentu tergantung pada masalah atau topik dari penyuluhan.

5. Menentukan isi penyuluhan

Isi penyuluhan sebaiknya mengemukakan manfaat kepada sasaran jika melakukan atau melaksanakan

saran penyuluhan. Agar mudah dipahami dan dimengerti oleh sasaran maka bahasa yang di gunakan harus jelas dan mudah dipahami oleh sasaran.

6. Menentukan metode penyuluhan

Tujuan dari penyuluhan adalah agar sasaran dapat memahami isi dari penyuluhan maka pilihlah metode penyuluhan yang sesuai dengan tujuan. Tujuan penyuluhan di kelompokkan menjadi 3 yaitu:

- a) Merubah pengertian atau pemahaman
- b) Merubah sikap
- c) Merubah tindakan.

7. Menentukan media penyuluhan

Bisa di tentukan dengan menggunakan pendekatan masa, maka selanjutnya masih perlu di tentukan media apa yang akan dipergunakan.

8. Membuat rencana penilaian

Penilaian ini harus disesuaikan dengan tujuan yang telah dijabarkan diawal kegiatan penyuluhan. Penentuan indikator penilaian, apakah tujuan program sejalan dengan tujuan penyuluhan, instrumen yang digunakan, kegiatan yang akan di evaluasi, siapa yang melakukan evaluasi, saran dan fasilitas yang digunakan, dan kesempatan untuk mempersiapkan tenaga dan bagaimana rencana untuk memberikan umpan balik kepada pemimpin program.

9. Membuat rencana jadwal pelaksanaan

Diakhir langkah yang kita lakukan sebelum pelaksanaan penyuluhan maka kita membuat rencana jadwal penyuluhan yang telah ditetapkan seperti waktu, tempat dan pelaksanaannya, maka buatlah jadwal pelaksanaannya yang dicantumkan dalam suatu daftar.

6.4 Konsep Pendidikan Kesehatan

6.4.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekadar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Akan tetapi, perubahan tersebut terjadi akibat adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok, dan masyarakat itu sendiri (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018). Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan (Prakoso and Fatah, 2018)

6.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar individu mampu untuk:

- a. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri.
- b. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.
- c. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat. (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018)

6.4.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan terdiri dari:

- a. Dimensi Sasaran Berdasarkan dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

- 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
 - 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
 - 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.
- b. Dimensi tempat pelaksanaan

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:

- 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan disekolah dengan sasaran murid.
- 2) Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien.
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja, dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

6.4.4 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok:

- 1) Sasaran primer, sasaran langsung pada masyarakat berupa segala upaya pendidikan kesehatan.
- 2) Sasaran sekunder, sasaran ditujukan pada tokoh masyarakat adat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat di sekitarnya.
- 3) Sasaran tersier, sasaran ditujukan pada pembuat keputusan/penentu kebijakan baik ditingkat pusat maupun daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada perilaku

kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

6.4.5 Prinsip Pendidikan Kesehatan

Prinsip - prinsip pendidikan kesehatan adalah:

- a) Belajar mengajar berfokus pada klien, pendidikan klien adalah hubungan klien yang berfokus pada kebutuhan klien yang spesifik.
- b) Belajar mengajar bersifat menyeluruh, artinya dalam memberikan pendidikan kesehatan harus dipertimbangkan klien secara kesehatan tidak hanya berfokus pada muatan spesifik saja.
- c) Belajar mengajar negosiasi. Dimana petugas kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui.
- d) Belajar mengajar yang interaktif, dimana proses belajar-mengajar adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif, yang melibatkan partisipasi dari petugas kesehatan dan klien.
- e) Pertimbangan usia dalam pendidikan kesehatan, untuk menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga perlu dipertimbangkan usia klien dan hubungan dengan proses belajar mengajar.

6.5 Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan

6.5.1 Konsep Perilaku

Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi baik oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan merupakan penentu dari perilaku

mahluk hidup termasuk perilaku manusia. Hereditas atau faktor keturunan adalah konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut (Notoadmodjo, 2010)

6.5.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yakni respons dan stimulus atau rangsangan. (Mulyanti and Fachrurrozi, 2017) Respons atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau praktis).

Sedangkan stimulus atau rangsangan di sini terdiri 4 unsur pokok, yakni: sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan. Dengan demikian secara lebih terinci perilaku kesehatan itu mencakup:

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berrespons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni:
 - a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*). Misalnya makan makanan yang bergizi, olahraga, dan sebagainya.
 - b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), adalah respons untuk melakukan pencegahan penyakit. Misalnya: tidur memakai

kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk malaria, imunisasi, dan sebagainya. Termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.

- c. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukannya atau mencari pengobatan, misalnya berusaha mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantra, dokter praktik, dan sebagainya), maupun kefasilitas kesehatan tradisional (dukun, sinthe, dan sebagainya).
 - d. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*), yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha - usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit. Misalnya melakukan diet, mematuhi anjuran dokter dalam rangka pemulihan kesehatannya.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respons seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respons terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatannya yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap, dan penggunaan fasilitas, petugas, dan obat-obatan.
 3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behaviour*), yakni respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap, dan praktik kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya (zat gizi), pengelolaan makanan, dan sebagainya, sehubungan kebutuhan tubuh kita.
 4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) adalah respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Lingkup perilaku ini seluas lingkup kesehatan lingkungan itu sendiri. Perilaku ini antara lain mencakup:

- a) Perilaku sehubungan dengan air bersih, termasuk didalamnya komponen, manfaat, dan penggunaan air bersih, untuk kepentingan kesehatan.
- b) Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor yang menyangkut segi-segi hygiene pemeliharaan teknik, dan penggunaannya.
- c) Perilaku sehubungan dengan limbah, baik limbah padat maupun limbah cair. Termasuk di dalamnya sistem pembuangan sampah dan air limbah, serta dampak pembuatan limbah yang tidak baik.
- d) Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat, yang meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai, dan sebagainya.
- e) Perilaku sehubungan dengan pembersihan sarang-sarang nyamuk (vector) dan sebagainya.

Klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut:

- a) Perilaku kesehatan (*health behavior*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.
- b) Perilaku sakit (*the sick role behaviour*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk di sini juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
- c) Perilaku peran sakit (*the sick role behaviour*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh

kesembuhan. Perilaku ini di samping berpengaruh terhadap kesehatan/kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain. Terutama anak-anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatannya.

6.5.3 Domain Perilaku Kesehatan

Tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*cognitif domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Dalam perkembangan berikutnya oleh ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari: pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*), sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*), dan praktik atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoadmodjo, 2010) menjelaskan bahwa pengetahuan dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan, antara lain:

1) Tahu (Know)

Tahu merupakan tingkatan yang paling rendah. Seseorang dapat dikatakan tahu ketika dapat mengingat suatu materi yang telah dipelajari, termasuk mengingat kembali sesuatu yang lebih spesifik dari bahan materi yang telah

diterimanya. Contohnya anak dapat menyebutkan manfaat mandi.

2) Memahami (Comprehension)

Seseorang dikatakan memahami jika ia mampu menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menarik kesimpulan materi tersebut secara benar. Misalnya anak dapat menjelaskan pentingnya mandi setiap hari.

3) Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah ia pelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Misalnya seorang anak akan melakukan mandi setiap hari ketika ia memahami materi kesehatan kulit.

4) Analisis (Analysis)

Seseorang dikatakan mencapai tingkat analisis ketika ia mampu menjabarkan materi kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur yang sama dan berkaitan satu sama lain. Ia mampu membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan lain sebagainya

5) Sintesis (Synthesis)

Sintesis merupakan kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Seseorang mampu menyusun formulasi-formulasi baru. Misalnya anak dapat menyusun, merencanakan, menyesuaikan terhadap suatu teori dan rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi. Misalnya membandingkan antara

anak yang rajin menggosok gigi dengan yang tidak.

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb salah satu seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu.

Komponen pokok sikap

Sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

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

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan berfikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya, seorang ibu telah mendengarkan penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa si ibu untuk berfikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena polio. Dalam berfikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga si ibu tersebut berniat akan mengimunitisasikan anaknya untuk mencegah supaya anaknya tidak terkena polio. Sehingga si ibu ini mempunyai sikap tertentu terhadap objek yang berupa penyakit polio itu. (Anonim, 1991)

Tingkatan Sikap:

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

- 1) Menerima (*Receiving*) Menerima, diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian itu terhadap ceramah-ceramah. (Satria, 2017)
- 2) Merespons (*Responding*) Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah, berarti orang menerima ide tersebut.
- 3) Menghargai (*Valuing*) Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya, dan sebagainya), untuk pergi menimbang anaknya ke Posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak. (Mandasari, 2021)
- 4) Bertanggung jawab (*Responsible*) Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya, seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri. (Anonim, 2009)

Tingkatan praktek

- a. Persepsi (*Perception*) Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.
- b. Respon Terpimpin (*Guided Respons*) Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah indikator praktik tingkat dua.

- c. Mekanisme (*Mecanism*) Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.
- d. Adaptasi (*Adaption*) Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenarannya tindakannya tersebut. (Ririanty, 2014)

Daftar Pustaka

- Anonim (1991) 'Perencanaan promosi kesehatan', *Perencanaan promosi kesehatan*, (1980).
- Anonim (2009) 'Tambahannya Sehingga Seorang Penyuluh Kesehatan', p. 9.
- Mandasari, A. A. (2021) 'Pengaplikasian Teori Precede Proceed Dalam Upaya Pemberdayaan Masyarakat Di Kelurahan Sidotopo', *Media Gizi Kesmas*, 10(1), p. 16. doi: 10.20473/mgk.v10i1.2021.16-23.
- Mulyanti, K. and Fachrurrozi, A. (2017) 'Analisis sikap dan perilaku masyarakat terhadap pelaksanaan program bank sampah (Studi Kasus Masyarakat Kelurahan Bahagia Bekasi Utara)', *Optimal: Jurnal Fakultas Ekonomi Universitas Islam '45' Bekasi*, 10(2), pp. 185–198.
- Notoadmodjo (2010) 'Metodologi Penelitian Kesehatan Notoadmodjo Pdf Download 1 / 3', pp. 3–5.
- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018) 9 786024 730406.

- Prakoso, G. D. and Fatah, M. Z. (2018) 'Analisis Pengaruh Sikap, Kontrol Perilaku, Dan Norma Subjektif Terhadap Perilaku Safety', *Jurnal PROMKES*, 5(2), p. 193. doi: 10.20473/jpk.v5.i2.2017.193-204.
- Ririanty, M. (2014) 'Komunikasi Kesehatan Program FamilyFolder Dalam Penanggulangan Tb Ditinjau Dari Teori Precede-Proceed', *Jurnal IKESMA*, 10(2), p. 10. Available at: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IKESMA/article/view/4832>.
- Satria, H. (2017) 'Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Personal Hygiene Siswa Kelas III SD Langkai 1 Palangka Raya', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: <https://eprints.unmerbaya.ac.id/id/eprint/181>.
- Zuhri (2009) 'Jurnal Ilmu Komunikasi Vol 1. No.1 April 2009 1', 1(1), pp. 1–8.

Bab 7

Teori Belajar Mengajar Berhubungan dengan Promosi Kesehatan

Dina Ediana., S.Kom., M.Kom

7.1 Pengertian Belajar Mengajar

Belajar dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, secara etimologis memiliki arti “berusaha memperoleh kepandaian atau ilmu”. Definisi ini memiliki pengertian bahwa belajar adalah sebuah kegiatan untuk mencapai kepandaian atau ilmu. Belajar menurut Baharuddin dan Esa (2009: 11) merupakan proses manusia untuk mencapai berbagai macam kompetensi, keterampilan, dan sikap. Belajar dimulai sejak manusia lahir sampai akhir hayat. Aunurrahman (2016: 35) menyatakan bahwa belajar adalah suatu proses yang dilakukan individu untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku yang baru secara keseluruhan, sebagai hasil pengalaman individu itu sendiri di dalam interaksi dengan lingkungannya.

Terkait dengan pengertian belajar, Thursan Hakim (2005:1) Menjelaskan bahwa pengertian belajar adalah suatu

proses perubahan di dalam kepribadian manusia, dan perubahan tersebut ditampakkan dalam bentuk peningkatan kualitas dan kuantitas tingkah laku manusia seperti peningkatan, pengetahuan, sikap, kecakapan, kebiasaan, pemahaman, keterampilan, daya pikir.

Belajar Merupakan Proses Mencari, Menguasai, Serta Menganalisis Secara Sadar/ Terencana yang Terjalin dalam Diri Seseorang, dan Diperoleh Sesuatu Tingkah Laku Baru Yang Cenderung Menetap. Pergantian Tingkah Laku (*Behavior*) Serta Mental Lewat Pengalaman Belajar (Interaksi Dengan Area). Pergantian Tingkah Laku Serta Mental Ke Arah Positif Buat Penuhi Kebutuhan Hidupnya.

Dalam kehidupan ini sudah selayaknya Konsep dasar belajar dan mengajar ini menjadikan prinsip dasar yang sangat fundamental yang harus dipahami para guru, dosen dalam rangka melaksanakan proses belajar mengajar di ruang lingkup dunia pendidikan. Dengan didasari oleh konsep dasar belajar mengajar diharapkan tercapainya suatu tujuan dari proses belajar mengajar yang berkualitas dan pada akhirnya dapat diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari, setidaknya oleh para guru/ atau dosen sebagai pendidik dalam rangka pemahaman dan menciptakan peserta didik yang berkualitas sesuai dengan karakteristik minat dan bakat serta kemampuan yang dimiliki siswa dalam hal belajar.

Belajar adalah kunci yang paling utama dari setiap usaha dalam menjalani masa Pendidikan. Sedangkan mengajar memberi pelajaran kepada seseorang (peserta didik) dengan cara melatih dan memberi petunjuk agar mereka memperoleh sejumlah pengalaman. Menurut Hamalik (2001:44-53) mengemukakan, mengajar dapat diartikan sebagai (1) menyampaikan pengetahuan kepada siswa, (2) mewariskan kebudayaan kepada generasi muda, (3) usaha mengorganisasi lingkungan sehingga menciptakan kondisi belajar bagi siswa, (4) memberikan bimbingan belajar kepada murid, (5) kegiatan mempersiapkan siswa untuk menjadi warga negara yang baik, (6) suatu proses membantu siswa menghadapi kehidupan masyarakat sehari-hari. Menurut Wijaya (1991) mengajar yaitu membimbing siswa belajar. Mengajar adalah mengatur dan mengorganisasi lingkungan yang ada disekitar siswa sehingga dapat mendorong dan menumbuhkan siswa untuk melakukan kegiatan belajar.

Beberapa Pengertian Belajar menurut para Ahli di bawah ini:

1. Menurut Ernest R. Hilgard

Menurut ahli Ernest R. Hilgard dalam (Sumardi Suryabrata, 1984:252) Belajar memiliki pengertian sebagai proses dari perbuatan yang telah dilakukan dengan sengaja atau dilakukan dalam keadaan sadar. Kemudian menimbulkan adanya perubahan dan menyebabkan keadaan yang berbeda dari sebelumnya.

Berdasarkan pengertian ini belajar juga menimbulkan perubahan diri dan lebih baik jika atas kemauan dari masing-masing pribadi dan bukan paksaan, karena dengan cara ini tak jarang mereka yang belajar berakhir depresi hingga tekanan mental.

2. Burhus Frederic Skinner (1904-1990)

Tokoh ini menemukan teori *Operant Conditioning* atau pengkondisian operan. Adalah suatu proses penguatan perilaku operan (penguatan positif atau negatif) yang dapat mengakibatkan perilaku tersebut dapat berulang kembali atau menghilang sesuai dengan keinginan. Menurut buku Psikologi Pendidikan (Dalam Perspektif Baru) karangan Prof. Dr. Sudarwan Danim, pengkondisian operan adalah suatu metode belajar yang terjadi melalui ganjaran atau hukuman untuk perilaku. Namun menurut Sugihartono dkk, dalam proses pembelajaran tidak digunakan hukuman. Untuk itu lingkungan perlu diubah untuk menghindari adanya hukuman. Menurut Skinner hukuman yang baik adalah anak merasakan sendiri konsekuensi dari perbuatannya misalnya anak perlu diubah untuk menghindari adanya hukuman. Menurut Skinner hukuman yang baik adalah anak merasakan sendiri konsekuensi dari perbuatannya misalnya anak perlu

mengalami sendiri kesalahan dan merasakan akibat dari kesalahan.

3. Teori Belajar Kognitif

Psikologi kognitif adalah cabang psikologi yang mempelajari proses mental termasuk bagaimana orang berpikir, merasakan, mengingat, dan belajar. Pendekatan psikologi kognitif menekankan arti penting proses internal mental manusia. Tingkah laku manusia yang tampak, tidak dapat diukur dan diterangkan tanpa melibatkan proses mental. Menurut teori ini proses belajar akan berjalan dengan baik bila materi pelajaran yang baru beradaptasi (bersinambung) secara tepat dan serasi dengan struktur kognitif yang telah dimiliki siswa. Jadi, ilmu pengetahuan dibangun dalam diri seorang individu melalui proses interaksi yang berkesinambungan dengan lingkungan.

4. Teori Belajar Menurut Pavlov

Menurut ahli selanjutnya, Pavlov menjelaskan belajar merupakan sebuah proses perubahan yang terjadi disebabkan adanya syarat – syarat atau kondisi, yang dapat berbentuk latihan yang dilakukan secara kontinuitas atau terus menerus sehingga menimbulkan reaksi (respons). Kelemahannya adalah menganggap bahwa belajar adalah hanyalah terjadi secara otomatis dan lebih menonjolkan peranan latihan - latihan,

dimana keaktifan dan pribadi seseorang tidak dihiraukan.

5. Teori Konstruktivisme

Fosnot (1996) mengatakan konstruktivisme adalah teori tentang pengetahuan dan belajar, yang menguraikan tentang apa itu “mengetahui” (knowing) dan bagaimana seseorang “menjadi tahu” (comes to know). Konstruktivisme memandang ilmu pengetahuan bersifat non-objective, temporer, dan selalu berubah. Hal ini sesuai dengan pendapat radikal constructivists yang menyatakan bahwa pengetahuan itu terbentuk dalam struktur kognisi si pembelajar, bukan berada secara terpisah diluar diri si pembelajar.

Menurut teori belajar konstruktivistik mengakui bahwa peserta didik akan dapat menginterpretasikan informasi kedalam pikirannya, hanya pada konteks pengalaman dan pengetahuan mereka sendiri, pada kebutuhan, latar belakang dan minatnya.

Konstruktivisme lebih melihat lingkungan pembelajaran dibanding dengan hanya melihat spesifikasi otak manusia. Karena lingkungan sangat berpengaruh dalam proses belajar mengajar. Aliran ini benar-benar ingin menjadikan seseorang mandiri dan bertanggungjawab atas pekerjaannya. Dalam kehidupan modern saat ini,

aliran konstruktivisme sangat cocok jika diterapkan dalam proses pembelajaran.

Kegiatan pembelajaran lebih fokus pada peserta didik. Mereka berusaha mencari sendiri pengetahuan dan guru hanya mengarahkan peserta didiknya dengan gambaran umum. Akibatnya, peserta didik lebih bisa mandiri dan bertanggungjawab.

6. Teori Gestalt

Esensi dari teori psikologi gestalt adalah bahwa pikiran (mind) adalah usaha-usaha untuk menginterpretasikan sensasi dan pengalaman-pengalaman yang masuk sebagai keseluruhan yang terorganisir berdasarkan sifat-sifat tertentu dan bukan sebagai kumpulan unit data yang terpisah-pisah.

Teori psikologi gestalt sangat berpengaruh terhadap tafsiran tentang belajar.

Berikut adalah beberapa prinsip yang perlu diperhatikan:

1. Tingkah laku terjadi berkat interaksi antara individu dan lingkungan.
2. Bahwa individu berada dalam keadaan keseimbangan yang dinamis.
3. Belajar mengutamakan aspek pemahaman terhadap situasi problematis.

4. Belajar menitikberatkan pada situasi sekarang, dan situasi tersebut menemukan dirinya.
5. Belajar dimulai dari keseluruhan dan bagian-bagian hanya bermakna dalam keseluruhan itu.

Dapat disimpulkan bahwa seseorang mendapatkan pengetahuan melalui sensasi atau informasi dengan melihat strukturnya secara menyeluruh kemudian menyusunnya kembali dalam struktur yang sederhana hingga menjadi lebih mudah dipahami.

7. Teori Thorndike

Teori belajar stimulus-respon yang dikemukakan oleh Thorndike disebut juga dengan koneksionisme, teori ini mungkin kurang populer namun secara tidak langsung banyak dilakukan pada pendidikan jaman sekarang ini. Teori ini menyatakan bahwa pada hakikatnya belajar merupakan proses pembentukan hubungan antara stimulus dan respon. Cukup ampuh untuk anak-anak yang memang memiliki hubungan dengan keluarga yang kurang baik, padahal dalam proses belajar keluarga merupakan media terbaik untuk belajar.

8. Menurut Cronbach dalam Djamarah (2002:13)

Pengertian belajar sebagai usaha aktivitas yang ditunjukkan oleh perubahan tingkah laku sebagai hasil

dari pengalaman. Menurut Djamarah (2002:13) ini belajar juga dapat diartikan sebagai suatu kegiatan yang dilakukan dengan melibatkan dua unsur yaitu jiwa dan raga. Gerak tubuh yang nampak harus sejalan dengan proses jiwa untuk memperoleh perubahan. Perubahan yang didapatkan itu bukan perubahan fisik saja, tetapi juga perubahan jiwa dengan sebab masuknya kesan-kesan yang baru. Perubahan sebagai hasil dari proses belajar adalah perubahan yang berpengaruh terhadap tingkah laku seseorang.

9. Menurut Bower (1987; 150)

Bower berpendapat Belajar adalah ditunjukkan oleh perubahan yang relatif tetap dalam perilaku yang terjadi karena adanya latihan dan pengalaman-pengalaman. Kemudian menurut Bower (1987: 150) "*Learning is a cognitive process*". Belajar adalah suatu proses kognitif.

7.1.1 Ciri-Ciri Belajar

1. Belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan pada diri individu yang sedang belajar, baik aktual maupun potensial.
2. Perubahan tersebut pada pokoknya didapatkan karena kemampuan baru yang berlaku untuk waktu yang relatif lama.

3. Perubahan - perubahan itu terjadi karena usaha, bukan karena proses kematangan.

7.2. Proses Belajar

Pengajaran diperlukan untuk memperoleh keterampilan yang dibutuhkan manusia dalam hidup bermasyarakat. Arti belajar dalam konsep Eropa, artinya agak sempit, hanya mencakup menghafal, mengingat, dan mereproduksi sesuatu yang dipelajari. Belajar merupakan usaha untuk menguasai segala sesuatu yang berguna untuk hidup. Menurut Gagne (1984) belajar didefinisikan sebagai suatu proses dimana suatu organisme berubah perilakunya akibat suatu pengalaman dari proses belajar dan mengajar.

Dalam proses belajar mengajar terjadi sebuah komunikasi, yakni antara guru, dosen dengan siswa. “Komunikasi merupakan suatu proses sosial yang sangat mendasar dan vital dalam kehidupan manusia. Dikatakan mendasar karena setiap manusia, baik yang primitif maupun yang modern, berkeinginan mempertahankan suatu persetujuan mengenai berbagai aturan sosial melalui komunikasi. Dikatakan vital karena setiap individu memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan individu-individu lainnya sehingga meningkatkan kesempatan individu itu untuk tetap hidup dan terus mengikuti proses belajar dalam pendidikan” (Rakhmat, 1998:1).

7.2.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Belajar

Faktor Yang Mempengaruhi Proses Belajar antara lain:

Belajar adalah suatu proses yang kompleks, dan ada beberapa faktor yang dapat menentukan hasil dari proses pembelajaran itu. Menurut Suryabrata (1989:142), faktor tersebut terdiri dari dua kelompok utama, yakni faktor dari dalam dan faktor dari luar.

1. Faktor Dari Dalam (Internal)

Faktor dari dalam, adalah faktor yang berasal dari diri sendiri. Faktor tersebut meliputi:

- a) Fisiologi, yaitu keadaan jasmaniah secara umum ditambah keadaan pancaindranya. Anak dengan kondisi sehat, akan sangat berbeda dengan anak yang mengalami sakit atau kekurangan gizi.
- b) Keadaan Psikologis (kejiwaan), yaitu keadaan psikologis siswa yang sedang mengikuti proses pembelajaran, antara lain menyangkut keadaan semangatnya, motivasinya, kecerdasannya (kognitifnya), serta keadaan emosinya.
- c) Faktor Kecerdasan, faktor ini sangat berpengaruh terhadap daya tangkap materi yang diajarkan antara

satu orang siswa dengan siswa lainnya. Semakin tinggi tingkat kecerdasannya maka akan semakin mudah dia menangkap pelajaran, sebaliknya, semakin rendah tingkat kecerdasannya, maka akan semakin sulit dia menerima materi pelajaran tersebut.

- d) Bakat Individu. Setiap siswa memiliki bakat masing-masing yang berbeda satu sama lainnya. Sebagai contoh, misalnya siswa yang berbakat dibidang seni, akan dengan mudah menangkap materi pembelajaran yang ada kaitannya dengan kesenian, dibandingkan siswa lain yang tidak berbakat dibidang pelajaran ini.
- e) Minat Siswa adalah ketertarikan siswa terhadap jenis pelajaran atau kegiatan tentu.
- f) Motivasi belajar, yang dimaksud dengan motivasi disini adalah: “sesuatu yang menyebabkan kegiatan belajar terjadi”. Motivasi ini dapat timbul sebagai akibat dari adanya pengaruh lingkungan, nasihat guru, dosen kondisi siswa, faktor dinamis dalam belajar, atau bahkan cita-cita siswa tersebut.
- g) Emosi Siswa. Emosi merupakan kondisi psikologis individu untuk melakukan kegiatan, dalam hal ini kegiatan belajar. Kondisi psikologis siswa yang dapat mempengaruhi hasil belajarnya antara lain adalah perasaan senang, sedih, marah, gembira, cemas dan lain-lain.

2. Faktor Dari Luar (Eksternal)

Faktor luar yang berasal dari luar diri siswa yang dapat mempengaruhi proses dan hasil belajar siswa, dapat disebabkan oleh:

- a) Lingkungan, yaitu faktor yang mempengaruhi dalam proses belajar misalnya keadaan cuaca, udara, waktu, tempat, ruangan, alat atau sarana pembelajaran.
- b) Waktu pelaksanaan belajar, misalnya dalam pembagian waktu belajar siswa dalam satu hari atau satu minggu. Jika jadwal kegiatan terlalu padat dapat menyebabkan kelelahan. maka hasil yang diperoleh, akan kurang memuaskan.
- c) Kondisi cuaca. Kondisi cuaca yang mendung akan sangat berbeda dengan kondisi yang cerah, demikian juga halnya, kondisi cuaca yang sangat panas atau sangat dingin akan berbeda dengan hasil belajar di saat kondisi cuaca sedang baik.
- d) Kondisi gedung atau kelas. Kondisi ruangan gedung atau kelas sangat berpengaruh terhadap hasil akhir proses pembelajaran siswa. Gedung yang dirancang dan dibangun menurut kaidah standar kelas, akan sangat berbeda dengan kondisi gedung yang dibangun darurat yang kurang memperhatikan faktor kenyamanan penggunaannya.
- e) Peralatan / sarana belajar. Peralatan belajar termasuk di dalamnya media pembelajaran yang memadai akan sangat membantu siswa dalam memahami materi pembelajaran yang disampaikan oleh pendidik dalam suatu mata pelajaran. Peralatan belajar ini dapat berbentuk perangkat keras dapat juga berbentuk perangkat lunak, sebagai contoh misalnya berbagai program aplikasi untuk pembelajaran TIK.
- f) Lingkungan. Yang dimaksud dengan lingkungan dalam hal ini adalah lingkungan alam serta lingkungan pergaulan sosial disekitarnya, misalnya orang tua, saudara bahkan teman-teman. Lingkungan yang gemar

menimba ilmu, akan berpengaruh juga terhadap perilakunya belajar siswa baik di sekolah maupun diluar sekolah.

7.3 Teori Belajar

7.3.1. Teori Belajar

Menurut Morgan menyatakan bahwa belajar adalah merupakan salah satu yang relatif tetap dari tingkah laku sebagai akibat dari pengalaman. Dengan demikian dapat diketahui bahwa belajar adalah usaha sadar yang dilakukan manusia melalui pengalaman dan latihan untuk memperoleh kemampuan baru dan merupakan perubahan tingkah laku yang relatif tetap, sebagai akibat dari latihan.

7.3.2. Macam-Macam Teori Belajar

a. Teori Belajar Behaviorisme

Teori behavioristik adalah sebuah teori yang dicetuskan oleh Gage dan Berliner tentang perubahan tingkah laku sebagai hasil dari pengalaman. Teori ini lalu berkembang menjadi aliran psikologi belajar yang berpengaruh terhadap arah pengembangan teori dan praktik pendidikan dan pembelajaran yang dikenal

sebagai aliran behavioristik. Aliran ini menekankan pada terbentuknya perilaku yang tampak sebagai hasil belajar.

Teori ini berpandangan tentang belajar adalah perubahan dalam tingkah laku sebagai akibat dari interaksi antara stimulus dan respon. Atau dengan kata lain belajar adalah perubahan yang dialami siswa dalam hal kemampuannya untuk bertingkah laku dengan cara yang baru sebagai hasil interaksi antara stimulus dan respon. (Hamzah Uno, 7: 2006)

Teori behavioristik dengan model hubungan stimulus-responnya, mendudukan orang yang belajar sebagai individu yang pasif. Respon atau perilaku tertentu dengan menggunakan metode pelatihan atau pembiasaan semata. Munculnya perilaku akan semakin kuat bila diberikan penguatan

Contoh aplikasi teori Behaviorisme:

1. Menentukan tujuan-tujuan Instruksional
2. Menganalisis Lingkungan kelas yang ada saat ini termasuk mengidentifikasi “entry behavior” Mahasiswa (pengetahuan awal mahasiswa)
3. Menentukan materi pelajaran (pokok bahasan dan topik)
4. Memecahkan materi pelajaran menjadi bagian-bagian kecil (sub pokok bahasan, sub topik)
5. Menyajikan materi pelajaran

6. Memberikan stimulus berupa :

Pertanyaan

Tes

Latihan

Tugas-tugas

7. Mengamati dan mengkaji respon yang diberikan

8. Memberikan penguatan/reinforcement (positif atau negative)

9. Memberikan Stimulus baru

10. Mengamati dan mengkaji respon yang diberikan (mengevaluasi hasil belajar)

11. Memberikan Penguatan

12. Dan Seterusnya.

b. Teori Belajar Kognitivisme

Teori belajar kognitif mulai berkembang pada abad terakhir sebagai protes terhadap teori perilaku yang telah berkembang sebelumnya. Model kognitif ini memiliki perspektif bahwa para peserta didik memproses informasi dan pelajaran melalui upayanya mengorganisir, menyimpan, dan kemudian menemukan hubungan antara pengetahuan yang baru dengan pengetahuan yang telah ada. Model ini menekankan pada bagaimana informasi diproses.

Peneliti yang mengembangkan teori kognitif ini adalah Ausubel, Bruner, dan Gagne. Dari ketiga peneliti ini, masing-masing memiliki penekanan yang berbeda. Ausubel menekankan pada aspek pengelolaan (organizer) yang memiliki pengaruh utama terhadap belajar. Bruner bekerja pada pengelompokkan atau penyediaan bentuk konsep sebagai suatu jawaban atas bagaimana peserta didik memperoleh informasi dari lingkungan.

Contoh aplikasi teori belajar Kognitivisme

Menurut Piaget:

1. Menentukan tujuan Instruksional
2. Memilih materi pelajaran.
3. Menentukan topik yang mungkin dipelajari secara aktif oleh Mahasiswa.
4. Menentukan dan merancang kegiatan belajar yang cocok untuk topik yang akan dipelajari mahasiswa
5. Mempersiapkan pertanyaan yang dapat memacu kreativitas mahasiswa untuk berdiskusi atau bertanya.
6. Mengevaluasi proses dan hasil belajar.

Menurut Brunner:

1. Menentukan tujuan-tujuan Instruksional
2. Memilih materi pelajaran.
3. Menentukan topik yang bisa dipelajari secara induktif oleh Mahasiswa.

4. Mencari contoh-contoh, tugas ilustrasi, yang dapat digunakan oleh mahasiswa untuk belajar.
5. Mengatur topik-topik pelajaran :
Sederhana Kompleks
Enaktif ikonik Symbolik
6. Mengevaluasi proses dan hasil belajar.

Menurut Ausubel:

1. Menentukan tujuan-tujuan Instruksional
2. Mengukur Kesiapan mahasiswa (minat, kemampuan, struktur kognitif)
3. Memilih materi pelajaran dan mengaturnya dalam bentuk penyajian konsep-konsep kunci.
4. Mengidentifikasi prinsip-prinsip yang harus dikuasai mahasiswa dari materi tersebut.
5. Menyajikan suatu pandangan suara menyeluruh tentang apa yang harus dipelajari
6. Membuat dan menggunakan “*Advanced Organizer*”
7. Memberi focus pada hubungan yang terjalin antara konsep-konsep yang ada.
8. Mengevaluasi proses dan hasil belajar.

c. Teori Belajar Humanistik

Dalam teori *humanisme* dilihat dari sisi perkembangan kepribadian manusia. Pendekatan ini melihat bahwa kejadian yang bagaimana perkembangan

dirinya untuk melakukan hal-hal yang positif. Kemampuan positif ini yang disebut sebagai potensi manusia dan para pendidik yang beraliran humanisme biasanya menfokuskan pengajarannya pada pembangunan kemampuan yang positif. Kemampuan positif tersebut erat kaitannya dengan pengembangan emosi positif yang terdapat dalam domain afektif. Emosi merupakan karakteristik yang sangat kuat yang nampak dari para pendidik beraliran humanisme. Dalam teori pembelajaran humanistik, belajar merupakan proses yang dimulai dan ditujukan untuk kepentingan memanusiakan manusia. Dimana memanusiakan manusia di sini berarti mempunyai tujuan untuk mencapai aktualisasi diri, pemahaman diri, serta realisasi diri orang yang belajar secara optimal.

Contoh Aplikasi Teori Humanistik:

1. Menentukan tujuan Instruksional
2. Menentukan materi pelajaran
3. Mengidentifikasi "*Entry Behavior*" mahasiswa
4. Mengidentifikasi topic - topik yang memungkinkan mahasiswa mempelajarinya secara aktif (mengalami)
5. Mendesain wahana (Lingkungan, media, fasilitas dan sebagainya yang akan digunakan mahasiswa untuk belajar.
6. Membimbing mahasiswa belajar secara aktif

7. Membimbing mahasiswa memahami hakikat makna dari pengalaman mereka dalam belajar.
8. Membimbing mahasiswa membuat konseptualisasi pengalaman tersebut.
9. Membimbing mahasiswa sampai mereka mampu mengaplikasikan konsep-konsep baru ke situasi yang baru.
10. Mengevaluasi proses dan hasil belajar.

d. Teori Belajar Konstruksivisme

Pembelajaran konstruktivistik adalah pembelajaran yang lebih menekankan pada proses dan kebebasan dalam menggali pengetahuan serta upaya dalam mengkonstruksi pengalaman. Dalam proses belajarnya pun, memberi kesempatan kepada siswa untuk mengemukakan gagasannya dengan bahasa sendiri, untuk berfikir tentang pengalamannya sehingga siswa menjadi lebih kreatif dan imajinatif serta dapat menciptakan lingkungan belajar yang kondusif. Terpenting dalam teori konstruktivistik adalah bahwa dalam proses pembelajaran siswalah yang harus mendapatkan penekanan. Merekalah yang harus aktif mengembangkan pengetahuan mereka, bukannya guru atau orang lain. Peserta didik perlu dibiasakan untuk memecahkan masalah dan menemukan sesuatu yang berguna bagi dirinya dan bergelut

dengan ide-ide. Penekanan belajar siswa secara aktif ini perlu dikembangkan karena kreativitas dan keaktifan siswa akan membantu mereka untuk berdiri sendiri dalam kehidupan kognitif siswa.



Strategi Pembelajaran Konstruktivisme

- ✿ Belajar aktif,
- ✿ Belajar mandiri,
- ✿ Belajar kooperatif dan kolaboratif,
- ✿ Self-regulated learning,
- ✿ Generative learning,
- ✿ Model pembelajaran kognitif:
 - *problem based learning,*
 - *discovery learning,*
 - *cognitive strategies,*
 - *project based learning*

7.4 Tipe-tipe/Gaya Belajar

Gaya belajar merupakan salah satu yang dimiliki oleh setiap individu dalam menyerap, mengatur, dan

mengolah informasi yang diterima. Gaya belajar yang sesuai adalah kunci keberhasilan siswa dalam belajar. Penggunaan gaya belajar yang dibatasi hanya dalam satu gaya, terutama yang bersifat verbal atau auditorial, tentunya dapat menyebabkan banyak perbedaan dalam menyerap informasi. Oleh karena itu dalam kegiatan belajar, siswa harus dibantu dan diarahkan untuk mengenali gaya belajar yang sesuai dengan dirinya sendiri agar hasil belajar bisa maksimal.

Menurut Bobbi De Porter dan Mike Hernacki dalam bukunya yang berjudul "*Quantum learning membiasakan belajar nyaman dan menyenangkan*" dijelaskan bahwa Gaya belajar adalah kata kunci untuk mengembangkan kinerja dalam pekerjaan, disekolah, dan dalam situasi-situasi antar pribadi. Ketika anda menyadari bagaimana anda dan orang lain menyerap dan mengolah informs, anda dapat menjadikan belajar dan berkomunikasi lebih mudah dengan gaya anda sendiri.

Beberapa definisi gaya belajar diatas dapat disimpulkan bahwa Setiap manusia yang lahir ke dunia ini selalu berbeda satu sama lainnya. Baik bentuk fisik, tingkah laku, sifat, maupun berbagai kebiasaan lainnya. Tidak ada satupun manusia yang memiliki bentuk fisik, tingkah laku dan sifat yang sama walaupun kembar sekalipun. Suatu hal yang perlu kita ketahui bersama

adalah bahwa setiap manusia memiliki cara menyerap dan mengolah informasi yang diterimanya dengan cara yang berbeda satu sama lainnya. Ini sangat tergantung pada gaya belajarnya.

Macam-macam Gaya Belajar

Setiap siswa memiliki karakteristik gaya belajar masing-masing menurut De Potter dalam bukunya Tutik Rachmawati dan Daryanto yang berjudul *Teori Belajar dan Proses Pembelajaran yang Mendidik* terdapat 3 modalitas (tipe) dalam gaya belajar yaitu Visual, Auditori dan Kinestetik. Pelajar visual belajar melalui apa yang mereka lihat. Auditori belajar dengan cara mendengar dan kinestetik belajar lewat gerak dan menyentuh. Dalam kenyataannya, setiap orang memiliki ketiga gaya belajar tersebut, tetapi kebanyakan orang cenderung hanya menggunakan salah satu dari ketiga gaya tersebut yang lebih mendominasi.

a) Gaya belajar visual

Peserta didik yang bergaya belajar visual dapat dilihat dari ciri - ciri utama yaitu menggunakan modalitas belajar dengan kekuatan indra mata. Siswa yang memiliki gaya belajar visual lebih mudah mengingat apa yang mereka lihat, seperti

bahasa tubuh atau ekspresi muka gurunya, diagram, buku pelajaran bergambar atau video, sehingga mereka bisa mengerti dengan baik mengenai posisi atau local, bentuk, angka, dan warna. Ciri - ciri siswa yang mempunyai gaya belajar visual cenderung rapi dan tertur, bicara agak cepat, mementingkan penampilan dalam berpakaian/presentasi, tidak mudah terganggu dengan keributan, lebih mengingat kata dengan melihat susunan huruf pada kata, tetapi mereka sulit menerima instruksi verbal.

Ketajaman visual, lebih menonjol pada sebagian orang, sangat kuat dalam diri seseorang. penyebabnya adalah “di dalam otak terdapat lebih banyak perangkat yang berfungsi untuk memproses informasi visual dari pada semua indera lain. Sedangkan menurut objeknya “masalah dalam penglihatan digolongkan menjadi tiga golongan, yaitu yang pertama, melihat bentuk, kedua melihat dalam dan yang ketiga melihat warna Diartikan bahwa siswa lebih cepat mencerna ketika informasi yang berbentuk gambar, warna, dan bentuk seni lainnya ditangkap dengan indera

mata dan disimpan di dalam otak dan akan lebih sering diingat.

Ciri-ciri gaya belajar visual adalah sebagai berikut:

1) Rapi dan teratur

Siswa visual lebih memperhatikan penampilannya, baik dalam segi berpakaian maupun kondisi lingkungan disekitarnya. Mereka menyukai kerapian dan juga keindahan. Mereka biasanya memunyai catatan pelajaran yang rapi. Selain itu mereka juga tidak menyukai tempat yang berantakan karena dapat mengganggu proses belajar mereka.

2) Sulit menerima instruksi *verbal*

Siswa yang memiliki gaya belajar visual sering kali lupa hal-hal yang disampaikan secara lisan dan lebih sering meminta bantuan orang lain untuk mengulangi *instruksi verbal* tersebut. Banyak dari para orang visual yang kurang peka terhadap respons instruksi verbal dan akan mudah lupa dengan apa yang disampaikan orang lain sampai mereka diberikan instruksi secara visual yang disertai

dengan tulisan, gambar, diagram ataupun bagan.

3) Teliti terhadap detail

Siswa lebih cermat dan berhati-hati dalam mengamati materi pelajaran, dan memperhatikan dengan detail pada apa yang siswa kerjakan.

4) Mengingat apa yang dilihat, dari pada yang didengar

Siswa lebih menitik beratkan ketajaman penglihatan. Bukti-bukti kongkrit harus diperlihatkan terlebih dahulu agar mereka mudah untuk memahaminya. Seorang anak yang mempunyai gaya belajar visual akan lebih mudah mengingat dengan cara melihat, misalnya membaca buku, melihat demonstrasi yang dilakukan guru, melihat contoh-contoh yang tersebar di alam atau fenomena alam dengan cara observasi, bisa juga dengan melihat pembelajaran yang disajikan melalui TV atau video kaset.

5) Biasanya tidak terganggu oleh keributan

Seseorang yang memiliki gaya belajar visual ini dapat belajar baik diiringi dengan musik

maupun tidak. Kebisingan dan suara di sekitarnya tidak akan mampu menggoyahkan konsentrasi mereka karena mereka lebih terfokus pada apa yang mereka lihat daripada apa yang mereka dengar. Jika tipe visual ini sedang berfikir, mereka akan melihat ke arah langit-langit, pandangan mata ke kanan dan ke kiri, karena otak mereka memproses data dengan melihat setiap kata atau simbol. Memang semua orang pun pasti akan melakukan hal yang sama bila sedang melihat gambar atau simbol, tapi tipe visual ini melakukannya lebih sering dibandingkan dengan orang lain

- 6) Sering menjawab pertanyaan dengan jawaban singkat ya atau tidak

Siswa yang memiliki gaya belajar visual tidak mudah menjabarkan/menjelaskan suatu hal, oleh karena itu mereka cenderung menjawab hanya pada intinya saja. Untuk mengatasi beberapa masalah yang dipaparkan diatas, ada beberapa pendekatan yang bisa digunakan sehingga belajar tetap bisa dilakukan dengan memberikan hasil yang maksimal. Salah satunya adalah menggunakan beragam bentuk

grafis untuk menyampaikan informasi atau materi pelajaran. Perangkat grafis itu bisa berupa film, *slide*, gambar *ilustrasi*, coretan - coretan, kartu bergambar, catatan dan kartu - kartu gambar berseri yang bisa digunakan untuk menjelaskan suatu informasi secara berurutan.

b. Gaya Belajar Auditorial

Gaya belajar auditorial adalah gaya belajar yang mengandalkan pada pendengaran untuk bisa memahami dan mengingatnya karakteristik model belajar seperti ini benar-benar menempatkan pendengaran sebagai alat utama menyerap informasi atau pengetahuan. Artinya, kita harus mendengarkan terlebih dahulu baru kemudian bisa mengingat dan memahami informasi yang diperoleh. Siswa yang mempunyai gaya belajar ini adalah semua informasi hanya bisa diserap melalui pendengaran, kedua memiliki kesulitan untuk menyerap informasi dalam bentuk lisan secara langsung, ketiga memiliki kesulitan menulis ataupun membaca.

Peserta didik yang bergaya belajar auditorial dapat dikenali dengan ciri- cirinya yang lebih banyak

menggunakan modalitas belajar dengan kekuatan indera pendengaran yakni telinga. De Porter dan Hernacki dalam bukunya Tutik Rachmawati dan Daryono yang berjudul *Teori Belajar dan Proses Pembelajaran yang Mendidik* dijelaskan bahwa “orang bergaya belajar auditorial lebih dekat dengan ciri seperti lebih suka berbicara sendiri, lebih menyukai ceramah atau seminar dari pada membaca buku, dan atau lebih suka berbicara dari pada menulis. Kata-kata khas yang digunakan oleh auditorial dalam pembicaraan tidak jauh dari ungkapan “aku mendengar apa yang kau katakan” dan kecepatan bicaranya sedang dalam menyerap informasi umumnya orang bergaya belajar auditorial menerapkan strategi pendengaran yang kuat dengan suara dan ungkapan yang berciri pendengaran.

Ciri - ciri gaya belajar auditorial adalah sebagai berikut:

1) Mudah terganggu oleh keributan

Siswa yang mempunyai gaya belajar auditori, mereka cenderung sangat peka dengan gangguan auditori. ketika siswa sedang belajar dikelas atau diluar kelas mereka akan merasa terganggu bila ada suara-suara di sekitarnya.

Seperti suara orang lain di luar kelas, suara mobil, suara kipas angin atau suara yang dapat mengganggu konsentrasi belajar mereka.

2) Senang membaca dengan keras dan mendengarkan

Siswa yang cenderung suka dengan membaca dengan keras tujuannya untuk mempercepat belajarnya yaitu membaca secara pintas, dan mereka cenderung membayangkan teks yang ada seperti penayangan film dengan disertai efek suara, nada suara, perasaan, dan music untuk membuat materi menjadi lebih hidup. Dengan begitu mereka lebih cepat memahami bacaan jika dibaca dengan suara yang keras. Mereka juga suka menggerakkan bibir dan mengucapkan tulisan di buku ketika sedang membaca. Hal itu dilakukan agar mereka lebih memahami materi daripada hanya sekedar dibaca didalam hati.

3) Merasa kesulitan untuk menulis, tetapi hebat dalam bercerita

Siswa yang mempunyai tipe gaya belajar auditori cenderung kesulitan dalam menulis karena tulisannya jelek dan siswanya lebih semangat dalam bercerita di kelas.

- 4) Suka berbicara di depan umum, suka berdiskusi di dalam kelompok, dan menjelaskan sesuatu panjang lebar.

Siswa yang mempunyai tipe gaya belajar auditori dalam kesehariannya tidak nyaman dengan keadaan yang sepi, dan mereka cenderung merubah keadaan yang sepi menjadi ramai, berisik, dengan cara bernyanyi, berbicara dengan keras, mendengarkan music. Siswa juga cenderung senang mendiskusikan sesuatu dengan cara membuka percakapan secara panjang lebar.

- 5) Menyukai musik atau sesuatu yang bernada dan berirama

Siswa yang mempunyai gaya belajar auditori cenderung menyukai music, nada - nada, irama, dan nada suara. Mereka senang mendengarkan suara- suara yang indah, melodi yang manis, dan suara yang membuat hati mereka senang. Mereka terkadang merasa tidak suka dengan suara - suara yang nyaring, seperti suara sirine, dan suara keributan.

Beberapa pendekatan yang bisa dilakukan untuk masalah kesulitan-kesulitan belajar seperti di atas yang pertama adalah menggunakan tape perekam sebagai alat bantu, alat ini digunakan untuk merekam bacaan atau catatan yang dibacakan atau ceramah pengajar di depan kelas untuk kemudian di dengarkan kembali. Pendekatan kedua adalah dilakukan dengan cara wawancara atau terlibat dalam kelompok diskusi. Sedangkan pendekatan yang ketiga adalah dengan mencoba membaca informasi, kemudian diringkas dalam bentuk lisan dan direkam untuk kemudian didengarkan dan dipahami, langkah yang terakhir adalah dengan melakukan *review* secara verbal dengan teman atau pengajar.

c. Gaya Belajar Kinestetik

Seperti yang dijelaskan oleh De Porter dan Hernacki dalam bukunya Rachmawati dan Daryanto Teori Belajar dan Proses Pembelajaran yang mendidik : ” bahwa orang yang bergaya belajar kinestetik lebih dekat dengan ciri seperti saat berpikir lebih baik ketika bergerak atau berjalan, lebih menggerakkan anggota tubuh

ketika bicara dan merasa sulit untuk duduk diam. Umumnya orang bergaya belajar kinestetik dalam menyerap informasi menerapkan strategi fisik dan ekspresi yang berciri fisik Siswa yang mempunyai gaya belajar kinestetik cara membaca dan mendengarkannya salahsatu kegiatan yang membosankan. Memberi instruksi yang diberikan secara tertulis maupun lisan seringkali mudah dilupakan, karena mereka cenderung lebih memahami tugasnya jika mereka mencobanya secara langsung.

Ciri-ciri gaya belajar kinestetik adalah sebagai berikut:

1) Berbicara dengan perlahan

Siswa yang mempunyai gaya belajar kinestetik cenderung bicara dengan perlahan dan pelan, berbeda dengan siswa visual yang berbicara dengan kecepatan bicara yang cepat dan auditori dengan kecepatan berbicara sedang. Banyak siswa yang tidak senang pada penjelasan yang panjang lebar. Mereka menyukai guru yang menggunakan kata-kata kunci dan perbuatan, serta memberikan bimbingan jika mereka membutuhkannya.

- 2) Selalu berorientasi pada fisik dan banyak bergerak

Siswa kinestetik biasa memiliki perkembangan oto-otot yang besar, banyak menggunakan isyarat tubuh, menggunakan jari sebagai petunjuk ketika membaca, suka mempraktikkan secara langsung.
- 3) Tidak dapat duduk diam untuk waktu lama

Siswa yang mempunyai tipe gaya belajar kinestetik tidak bisa duduk diam di satu tempat, karena mereka senang bergerak. Dalam proses pembelajaran harus diberikan gerakan - gerakan yang positif yang dapat membantu proses belajar mereka.
- 4) Belajar melalui memanipulasi dan praktik

Siswa yang mempunyai gaya belajar kinestetik sangat suka dengan tantangan, dan menemukan hal-hal yang baru. Mereka termotivasi pada lingkungan yang kompetitif. Mereka juga senang berkompetisi dengan diri sendiri atau dengan orang lain.
- 5) Peka terhadap ekspresi dan bahasa tubuh

Siswa bergaya belajar kinestetik ini mudah menghafal atau belajar dengan cara bergerak atau berjalan-jalan.

Ketiga gaya belajar tersebut baik visual, auditori, maupun kinestetik merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui oleh guru, karena gaya belajar merupakan ekspresi keunikan individu yang relevan dengan pendidikan. Kaitannya dengan pengajaran di kelas, gaya belajar dapat digunakan oleh guru untuk merancang model pengajaran yang efektif sebagai upaya membantu siswa belajar untuk mencapai prestasi yang tinggi. Secara sederhana kita dapat menyesuaikan cara mengajar kita dengan gaya belajar siswa, di antaranya untuk siswa kinestetik adalah :

- a) Menggunakan alat bantu saat mengajar untuk menimbulkan rasa ingin tahu serta menekankan konsep-konsep kunci.
- b) Ciptakan simulasi konsep agar siswa mengalaminya.
- c) Jika bekerja dengan siswa perseorangan, berikan bimbingan paralel dengan duduk di sebelah mereka, bukan di depan atau belakang mereka.
- d) Cobalah berbicara dengan setiap siswa secara pribadi setiap hari, sekalipun hanya salam kepada para siswa saat mereka masuk atau “ibu kamu berpartisipasi” saat mereka keluar kelas.

- e) Peragakan konsep sambil memberikan kesempatan kepada siswa mempelajarinya langkah demi langkah.

7.6 Proses belajar pada orang dewasa

7.6.1 Konsep Dasar *Andragogi*

1. Pengertian *Andragogi*

Andragogi berasal dari bahasa Yunani. Ia terdiri dari dua kata *aner/andr* yang berarti orang dewasa dan kata *agogos/agogus* yang artinya memimpin (*leader of*), membimbing atau mengarahkan.

Pengertian *andragogi* dalam konteks ini dimaksudkan sebagai sebuah ilmu dan seni dalam membantu orang dewasa yang karena pengalaman dan pertumbuhan jiwanya memiliki kemampuan yang berbeda-beda, dan berusaha belajar berdasar pengalaman dan kemampuan yang telah mereka miliki. Dengan demikian, pendekatan *andragogi* adalah sebuah pembelajaran yang dikembangkan berdasarkan pengalaman dan pengetahuan orang dewasa.

2. Karakter Orang Dewasa

Sejumlah pemerhati perkembangan kepribadian menegaskan bahwa setiap individu yang telah tumbuh menjadi orang dewasa memiliki tingkah laku dan sekumpulan karakter kepribadian yang telah terorganisasi dan menjadi dasar bertindak dan mengejar aspirasinya secara sistematis. Secara umum kepribadian dan karakter orang dewasa itu dapat dikemukakan sebagai berikut:

- a. Merupakan pribadi mandiri yang memiliki identitas diri;
- b. Keterlibatan atau partisipasi merupakan sesuatu yang penting;
- c. Mengharapkan pengakuan, saling percaya, dan dihargai;
- d. Tidak senang dipaksa dan atau ditekan;
- e. Memiliki kepercayaan dan tanggung jawab diri.
- f. Lingkungan difungsikan sebagai pengawasan dan pengendalian.
- g. Belajar mengarah pada pencapaian pematangan identitas diri.
- h. Belajar merupakan proses untuk mencapai aktualisasi diri (*self actualization*)

Knowles (1989) mengembangkan teori pembelajaran orang dewasa dengan beberapa asumsi, yaitu:

- a. Kebutuhan untuk mengetahui/*the need to know*. Orang dewasa mengetahui mengapa mereka butuh belajar sesuatu sebelum mereka mempelajarinya;
- b. Konsep diri pembelajar/*the learner's self-concept*. Orang dewasa memiliki konsep diri untuk bertanggung jawab terhadap keputusannya sendiri, atau kehidupannya sendiri. Sekali mereka sudah sampai pada *selfconcept*, mereka mengembangkan kebutuhan psikologis yang mendalam agar bisa diakui oleh orang lain sebagai orang yang memiliki arah diri;
- c. Peran pengalaman pembelajar/*the role of the learner's experience*. Orang dewasa belajar dengan pengalaman yang berbeda yang diperoleh dari masa mudanya;
- d. Kesiapan untuk belajar /*readiness to learn*. Orang dewasa siap belajar hal-hal yang mereka butuhkan dan mampu melakukannya dengan keadaan nyata.
- e. Orientasi untuk belajar/ *orientation to learning*. Berbeda dengan orientasi belajar anak-anak, orientasi belajar orang dewasa berpusat pada kehidupan/*life-centered* atau *task-centered*, atau *problem-centered*;
- f. Motivasi. Orang dewasa responsif terhadap hal-hal external seperti pekerjaan yang lebih bagus, promosi jabatan, gaji yang lebih baik, dan lain-lain, namun demikian motif belajar yang paling kuat adalah dorongan-dorongan dari dalam seperti keinginan untuk memperoleh kepuasan pekerjaan dan harga diri /*self-esteem* dan lain-lain.

7.6.2 Kesiapan untuk Belajar

Kesiapan orang dewasa dalam pembelajaran tentu saja berbeda dengan kesiapan yang dimiliki oleh anak-anak. Pada umumnya anak-anak cenderung bergantung kepada stimulus eksternal, dari guru, orang tua, teman sebaya atau lainnya. Hal itu bisa dimengerti karena belum banyak anak-anak yang mengetahui dan mengalami. Oleh karena itu mudah dimaklumi jika mereka kemudian cenderung bergantung pada intervensi atau stimulus dari luar, dan tidak banyak melakukan apa yang disebut dengan *self-directed* dalam pembelajaran. Berbeda halnya dengan orang dewasa yang telah memiliki banyak pengetahuan dan pengalaman, baik dengan cara-cara yang sistematis maupun dengan cara-cara alamiah, maka mereka belajar lebih banyak berangkat dari pengetahuan dan pengalamannya itu sendiri.

Pengetahuan dan pengalaman orang dewasa dibentuk melalui berbagai peran mereka masing-masing. Setiap orang dalam hidupnya, selalu memiliki dan menjalankan peran

mereka masing-masing. Misalnya, peran sebagai pelajar, mahasiswa, guru, dosen, pimpinan sebuah lembaga, karyawan, atau menjadi orang tua. Banyak jenis peran yang masing-masing memberikan pengalaman bagi pelakunya. Orang-orang dewasa memiliki banyak pengalaman dari berbagai peran yang telah mereka lakukan. Masing-masing peran merupakan pengalaman yang bisa dijadikan bahan pembelajaran, sekaligus menentukan kompetensi semacam apa yang diperlukan untuk menopang keberhasilan menjalankan peran dimaksud.

Setiap orang dewasa berkepentingan untuk memiliki pengetahuan dan kompetensi tertentu guna menyempurnakan tugas menjalankan peran. Oleh karena itu orang dewasa cenderung siap belajar, sejalan dengan kebutuhan mereka dalam menjalankan peran. *Orang dewasa mempunyai masa kesiapan untuk belajar sebagai akibat dari peranan sosialnya.*

7.6.3. Prinsip Pembelajaran Orang Dewasa

Tentu saja prinsip pembelajaran orang dewasa akan sangat berbeda dengan prinsip pedagogis

yang perkembangan jiwa anak-anak memang berbeda dengan orang dewasa. Prinsip pembelajaran orang dewasa lebih menekankan kepada beberapa hal berikut:

- a. Nilai dan norma yang dimiliki sebagai pijakan.

Norma dan nilai yang diyakini itu akan dijadikan sebagai titik tolak dalam mengolah informasi dan pengetahuan macam apa yang hendak dikembangkan.

- b. *Discovery* atau belajar menemukan.

Dalam hal ini dilakukan melalui kemampuan melakukan analisis, sintesis, kontemplatif dan reflektif yang lebih memungkinkan untuk bisa dilakukan oleh orang dewasa daripada anak-anak.

- c. Perhatian dan motivasi.

Orang dewasa akan sangat termotivasi jika merasa kehadirannya memperoleh apresiasi atau perhatian. Dengan kata lain, perhatian akan menentukan seberapa besar motivasi orang dewasa dalam mengikuti proses pembelajaran. Semakin besar perhatian yang ia peroleh semakin besar motivasi belajarnya. Begitu pula sebaliknya, jika

dalam proses pembelajaran mahasiswa kehilangan perhatian mereka akan kehilangan pula motivasi belajar.

d. Keaktifan belajar sebagai fungsi *curiosity*.

Rasa ingin tahu memang bisa muncul di kalangan anak-anak. Namun rasa ingin tahu orang dewasa cenderung lebih diikuti dengan tindak lanjut yang lebih nyata sehingga orang dewasa akan lebih aktif dalam rangka memenuhi dorongan rasa ingin tahu mereka.

Sementara itu Gordon (2004) mengemukakan prinsip pembelajaran orang dewasa sebagai berikut:

- 1) Orang Dewasa akan termotivasi untuk belajar ketika dalam suatu pelajaran mereka menemukan suatu kebutuhan atau pelajaran tersebut sesuai dengan minat mereka dan juga sesuai dengan dunia kerja mereka.
- 2) Orang Dewasa membawa pengalaman hidup dan pengetahuan yang mereka miliki kepada situasi pembelajaran.
- 3) Orang Dewasa akan belajar dengan baik ketika mereka secara aktif dilibatkan dalam proses pembelajaran tersebut.
- 4) Orang Dewasa mempunyai bermacam-macam gaya belajar.
- 5) Ketika kepribadian dan profesionalisme berkembang, maka orang dewasa juga

mempunyai keinginan untuk mengarahkan mereka sendiri.

- 6) Orang Dewasa belajar karena mereka mempunyai kebutuhan belajar (Gordon, 2004 hal. 18-22).

e. Ciri Pendekatan *Andragogi*

Dalam upaya mengembangkan pembelajaran *andragogi* yang efektif, maka dalam prosesnya suasana pembelajaran harus sejalan dengan asumsi, kesiapan dan rahasia pembelajaran orang dewasa. Atas dasar itu maka pembelajaran harus menggambarkan ciri sebagai berikut:

- 1) Suasana diciptakan penuh keterbukaan sehingga dimungkinkan terjadi tukar pikiran dan pengalaman, serta ditumbuhkan suasana saling percaya.
- 2) Pengajar menempatkan diri sebagai fasilitator dan bukan *master*, sehingga tercipta suasana partisipatif.
- 3) Materi dirumuskan bersama – dan bukan ditentukan atau apalagi diindoktrinasikan kepada orang dewasa.
- 4) Kerja Kelompok diutamakan sehingga suasana berbagi diantara anggota

kelompok menjadi media dan sumber pembelajaran yang efektif.

- 5) Evaluasi bersama memfokuskan pada perubahan sikap dan perilaku

Menurut Verner dan Davison yang dikutip oleh Lunardi mengidentifikasi adanya 6 faktor yang dapat menghambat proses belajar pada orang dewasa yakni.

1. Dengan bertambahnya usia, titik dekat penglihatan atau titik terdekat yang dapat dilihat secara jelas mulai bergerak.
2. Dengan bertambahnya usia, titik jauh penglihatan yang dapat dilihat secara jelas mulai berkurang.
3. Makin bertambah usia, makin banyak juga jumlah penerangan yang diperlukan untuk belajar.
4. Makin bertambah usia, persepsi kontrak warna cenderung merah dari pada spektrum.
5. Makin bertambah usia, kemampuan menerima suara makin menurun.
6. Makin bertambah usia, kemampuan untuk membedakan bunyi makin berkurang.

7.7. Prinsip-prinsip Belajar

Proses belajar terdapat beberapa prinsip yaitu:

a. Prinsip 1

Proses belajar dikontrol oleh si pelajar sendiri dan bukan oleh si pengajar. Perubahan persepsi pengetahuan, sikap, dan perilaku adalah suatu produk manusia itu sendiri, bukan kekuatan yang dipaksakan kepada individu.

b. Prinsip 2

Belajar adalah penemuan diri sendiri. Hal ini berarti belajar adalah proses penggalan ide-ide yang berhubungan dengan diri sendiri dan masyarakat sehingga pelajar dapat menentukan kebutuhan dan tujuan yang akan dicapai.

c. Prinsip 3

Belajar adalah suatu konsekuensi dari pengalaman. Seseorang menjadi bertanggung jawab ketika ia diserahi tanggung jawab. Ia menjadi atau dapat berdiri sendiri bila ia mempunyai pengalaman dan pernah berdiri sendiri.

d. Prinsip 4

Belajar adalah suatu proses kerja sama dan kolaborasi. Kerja sama akan memperkuat proses belajar. Orang pada hakikatnya senang saling bergantung dan saling membantu.

e. Prinsip 5

Belajar adalah proses evolusi, bukan proses revolusi karena perubahan perilaku memerlukan waktu dan kesabaran. Perubahan perilaku adalah suatu proses yang lama, karena memerlukan pemikiran-pemikiran dan pertimbangan.

f. Prinsip 6

Belajar kadang-kadang merupakan suatu proses yang menyakitkan karena menghendaki perubahan kebiasaan yang sangat menyenangkan dan sangat berharga bagi dirinya dan mungkin harus melepaskan sesuatu yang menjadi jalan hidup atau pegangan hidupnya.

g. Prinsip 7

Belajar adalah proses emosional dan intelektual. Belajar dipengaruhi oleh keadaan individu atau si pelajar secara keseluruhan. Belajar bukan hanya

proses intelektual, tetapi emosi juga turut menentukan.

h. Prinsip 8

Belajar bersifat individual dan unik. Setiap orang mempunyai gaya belajar dan keunikan sendiri dalam belajar. Untuk itu kita harus menyediakan media belajar yang bermacam-macam sehingga tiap individu dapat memperoleh pengalaman belajar sesuai dengan keunikan gaya masing-masing.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiningsih, C. Asri. Belajar dan Pembelajaran. Jakarta: Rineka Cipta. 2008.
- Danim, Sudarwan dan Khairil. Psikologi Pendidikan (Dalam Perspektif Baru). Bandung: Alfabeta. 2011.
- Hamalik, Oemar. Proses Belajar Mengajar. Jakarta: PT Bumi Aksara. 2011.
- Mahmud. Psikologi Pendidikan. Bandung: CV Pustaka Setia. 2010.
- Mustaqim. Psikologi Pendidikan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2001.
- Purwanto, M. Ngalim. Psikologi Pendidikan. Bandung: PT Remaja Rosdakarta. 2010.
- Sugihartono, Kartika Nur Fathiyah dkk. Psikologi Pendidikan. Yogyakarta: Uny Press. 2013.
- Sukmadinata, Nana S (1997). *Pengembangan Kurikulum: Teori dan Praktik*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

BIODATA PENULIS



Mellia Fransiska., SKM., M.Kes (penulis) adalah dosen tetap pada Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi sejak tahun 2013 sampai dengan sekarang. Penulis dilahirkan di Batusangkar, 03 Februari 1990. Menyelesaikan pendidikan S1 Tahun 2012 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang dan menyelesaikan S2 tahun 2015 pada Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang. Tahun 2022 penulis sedang melanjutkan pendidikan Doktor Health Science di Universitas Kebangsaan Malaysia. Mata kuliah yang diampu adalah epidemiologi dan Promosi Kesehatan. Selain menulis buku, penulis juga telah menghasilkan publikasi pada jurnal ataupun posiding baik dtingkat nasional maupun Internasional. Penulis dapat dihubungi melalui email fransiska2003@gmail.com



Penulis dilahirkan di Kabupaten Sijunjung, Kecamatan Kamang Baru, Kenagarian Kunangan Parik Rantang, di Parik rantang, 1 April 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan di Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan S1 Tahun 2014 pada program studi Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi dan menyelesaikan S2 Tahun 2019 pada Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Penulis menekuni bidang ilmu Kesehatan Masyarakat pada peminatan Promosi Kesehatan. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Dasar Kependudukan, Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pengantar Media Promosi Kesehatan, Pengembangan Strategi promkes, Epidemiologi bencana dan dampaknya, penulis juga telah menghasilkan publikasi pada jurnal nasional terakreditasi dan. Penulis dapat dihubungi melalui email tikaramadanti71@gmail.com.



Debby Ratno Kustanto., SKM, lahir pada tanggal 30 Oktober 1987 di Padang Bintungan, Kabupaten Dharmasraya, Sumatera Barat. Berprofesi sebagai dosen Institut Prima Nusantara Bukittinggi. Debby Ratno Kustanto Menyelesaikan Pendidikan sarjana di Perguruan Tinggi (S1) STIKes Fort De Kock Bukittinggi Tahun 2010 dan melanjutkan pendidikan Magister (S2) pada Lincoln University Malaysia pada tahun 2022. Progran Studi yang diambil adalah Kesehatan Masyarakat dengan pemintan Biostatistik. Mengawali karir, sebagai Dosen di Akademi Kebidanan Imam Bonjol Padang Panjang, dan di Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi dari Tahun 2013 sampai dengan sekarang. Saat ini di tempatkan pada Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan juga sebagai Ketua LPPM. Mata kuliah yang diampu adalah Biostatistik, Telaah Artikel, Metodologi Penelitian, Rancangan Sampel.



Rita Gusmiati., SKM., M.Kes (Penulis) dilahirkan di Kota Padang, tanggal 20 Agustus 1989. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan di Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan S1 Tahun 2011 pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang dan menyelesaikan S2 tahun 2017 pada Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang. Penulis menekuni bidang ilmu Kesehatan Masyarakat pada peminatan Promosi Kesehatan Kesehatan. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Promosi Kesehatan dan Kesehatan Lingkungan. Beberapa Buku yang pernah dipublikasikan oleh penulis diantaranya Sistem Informasi Kesehatan. Selain menulis buku, penulis juga telah menghasilkan publikasi pada jurnal nasional terakreditasi dan Prosiding nasional. Penulis dapat dihubungi melalui email ritagusmiati@gmail.com.



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



Cici Apriza Yanti., SKM., M.H.Sc (Penulis) dilahirkan di Kota Payakumbuh, 6 April 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan di Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan S1 Tahun 2005 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Biturrahmah Padang dan menyelesaikan S2 tahun 2011 pada Community Health Science Universiti Kebangsaan Malaysia. Tahun 2021 penulis sedang melanjutkan pendidikan Doktor Epidemiologi di Universitas Indonesia. Penulis menekuni bidang ilmu Kesehatan Masyarakat pada peminatan Epidemiologi dan Statistik Kesehatan. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Surveilans Epidemiologi Biostatistik, dan Manajemen data. Beberapa Buku yang pernah dipublikasikan oleh penulis diantaranya Manajemen dan Analisa data, Biostatistik Kesehatan, Sistem Informasi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Selain menulis buku, penulis juga telah menghasilkan publikasi pada jurnal nasional terakreditasi dan Prosiding Internasional. Penulis dapat dihubungi melalui email cici.aprizayanti@gmail.com



Dina Ediana, lahir pada 8 April 1982 di Pasaman, Kabupaten Pasaman, Sumatera Barat. Berprofesi sebagai dosen Institut Prima Nusantara Bukittinggi.. Dina Ediana Menyelesaikan Pendidikan sarjana di Perguruan Tinggi (S1) Universitas Putra Indonesia UPI YPTK Padang tahun 2005 dan melanjutkan pendidikan Magister (S2) pada Perguruan Tinggi yang sama yaitu Universitas Putra Indonesia UPI YPTK Padang. Dengan Jurusan yang sama /Linear Sistem Informasi. Mengawali karir, sebagai Dosen Universitas Fort De Kock Bukittinggi pada Tahun 2006 sampai dengan tahun 2018 di tempatkan pada Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, dan mulai membina karir tahun 2007 sampai sekarang, tahun 2018 saya sudah pindah Home base di AMIK Bukittinggi dan tahun 2021 saya pindah Home Base di Institut Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi. tahun 2020 saya sudah mencapai Lektor kum (300) Gol.IIIId. Penulis dapat dihubungi melalui email dinaedianafdk@gmail.com