

Editor
Dr. Nani Yuniar, M.Kes
Ida Mardhiah Afrini Kasman, SKM., M.Kes



STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Andi Malahayati Nurdjaya, S.SiT., M.Kes | Ronald, SKM., M.Kes | Aida Silfia, S.Pd., M.Pd
Lilis Suryani, S.ST., M.KM | Dr. Susiana Nugraha, SKM., MN | Tri Isnani, S.Sos., MPH
Monifa Putri, SKM., M.P.H | dr. Rauza Sukma Rita, Ph.D | Ns. Said Taufiq, SKM., M.Kes
Dr. Nora Lelyana, drg., M.Hkes., FICD | Rina Marlina, S.SiT., M.KM | Juhairiyah, SKM., M.Kes

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Buku strategi promosi Kesehatan yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 12 bab yaitu :

Bab 1 Pengantar dan Kerangka Kerja Promosi Kesehatan

Bab 2 Konsep Perilaku yang Berkaitan dengan Kesehatan

Bab 3 Alat Bantu dan Media Desain Produk

Bab 4 Etika Promosi Kesehatan

Bab 5 Komunikasi Risiko dan Health Education

Bab 6 Pemberdayaan Masyarakat

Bab 7 Pengembangan Keterampilan untuk Promosi Kesehatan

Bab 8 Lingkungan yang Mendukung Perilaku Sehat

Bab 9 Pelayanan Kesehatan Preventif dan Skrining

Bab 10 Strategi Global dan Lokal dalam Promosi Kesehatan

Bab 11 Teknologi dalam Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Bab 12 Strategi Penguatan Kebijakan Publik

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Andi Malahayati Nurdjaya, S.SiT., M.Kes

Ronald, SKM., M.Kes

Aida Silfia, S.Pd., M.Pd

Lilis Suryani, S.ST., M.KM

Dr. Susiana Nugraha, SKM., MN

Tri Isnani, S.Sos., MPH

Monifa Putri, SKM., M.P.H

dr. Rauza Sukma Rita, Ph.D

Ns. Said Taufiq, SKM., M.Kes

Dr. Nora Lelyana, drg., M.Hkes., FICD

Rina Marlina, S.Si.T., M.KM

Juhairiyah, SKM., M.Kes



eureka
media aksara

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Penulis : Andi Malahayati Nurdjaya, S.SiT., M.Kes
Ronald, SKM., M.Kes
Aida Silfia, S.Pd., M.Pd
Lilis Suryani, S.ST., M.KM
Dr. Susiana Nugraha, SKM., MN
Tri Isnani, S.Sos., MPH
Monifa Putri, SKM., M.P.H
dr. Rauza Sukma Rita, Ph.D
Ns. Said Taufiq, SKM., M.Kes
Dr. Nora Lelyana, drg., M.Hkes., FICD
Rina Marlina, S.SiT., M.KM
Juhairiyah, SKM., M.Kes
Editor : Dr. Nani Yuniar, M.Kes
Ida Mardhiah Afrini Kasman, SKM., M.Kes
Desain Sampul : Ardyan Arya Hayuwaskita
Tata Letak : Laeli Oktafiana
ISBN : 978-623-120-940-5
Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, JUNI 2024**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi :

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992
Surel : eurekamediaaksara@gmail.com
Cetakan Pertama: 2024

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun,
termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman
lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat Rahmat, Taufiq dan Hidayah-Nya penyusunan buku referensi yang berjudul “Strategi Promosi Kesehatan” dapat terselesaikan. Buku ini melengkapi khasanah keilmuan dibidang promosi Kesehatan dan dapat menjadi acuan bagi tenaga kesehatan dalam melakukan strategi promosi kesehatan. Buku referensi ini membahas tentang hal-hal yang terkait strategi promosi kesehatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Strategi promosi kesehatan yang beragam dan memahami kelebihan serta keterbatasannya sangat penting agar program promosi kesehatan dapat dirancang dan dilaksanakan secara efektif, efisien, dan berkelanjutan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Buku strategi promosi Kesehatan yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 12 bab yaitu :

- Bab 1 Pengantar dan Kerangka Kerja Promosi Kesehatan
- Bab 2 Konsep Perilaku yang Berkaitan dengan Kesehatan
- Bab 3 Alat Bantu dan Media Desain Produk
- Bab 4 Etika Promosi Kesehatan
- Bab 5 Komunikasi Risiko dan Health Education
- Bab 6 Pemberdayaan Masyarakat
- Bab 7 Pengembangan Keterampilan untuk Promosi Kesehatan
- Bab 8 Lingkungan yang Mendukung Perilaku Sehat
- Bab 9 Layanan Kesehatan Preventif dan Skrining
- Bab 10 Strategi Global dan Lokal dalam Promosi Kesehatan
- Bab 11 Teknologi dalam Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit
- Bab 12 Strategi Penguatan Kebijakan Publik

Buku ini tersusun atas kerjasama semua tim penulis dari beberapa disiplin ilmu kesehatan. Dengan penyusun buku ini diharapkan dapat mempersatukan berbagai gagasan terkait strategi promosi kesehatan. Oleh karena itu besar harapan penulis agar buku referensi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dalam menjalankan promosi kesehatan.

Akhir kata tak lupa penulis mengucapkan rasa terima kasih kepada semua tim penulis dan penerbit atas kerjasamanya, sehingga penyusunan buku ini dapat diselesaikan. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak memberikan kontribusi dalam penyusunan buku referensi ini, semoga mendapatkan balasan atas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Kendari, Mei 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB 1 PENGANTAR DAN KERANGKA KERJA PROMOSI KESEHATAN	
Andi Malahayati Nurdjaya, S.Si.T, M.Kes.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Pengertian Promosi Kesehatan.....	2
C. Konsep Promosi Kesehatan	3
D. Tujuan Promosi Kesehatan	4
E. Sasaran Promosi Kesehatan	6
F. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan	7
G. Kerangka Kerja Promosi Kesehatan	8
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 KONSEP PERILAKU YANG BERKAITAN DENGAN KESEHATAN	
Ronald, SKM., M.Kes	14
A. Pendahuluan	14
B. Definisi Perilaku Kesehatan.....	15
C. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan	15
D. Model Perilaku Kesehatan	17
E. Tingkatan Perilaku Kesehatan.....	18
F. Tahapan Perubahan Perilaku Kesehatan	20
G. Upaya Meningkatkan Perilaku Sehat	21
H. Peran Individu, Keluarga, dan Masyarakat dalam Meningkatkan Perilaku Sehat.....	23
I. Kesimpulan	24
DAFTAR PUSTAKA.....	26
BAB 3 ALAT BANTU DAN MEDIA DESAIN PRODUK	
Aida Silfia. S.Pd., M.Pd.....	28
A. Pendahuluan	28
B. Media Desain Produk	31
DAFTAR PUSTAKA.....	38

BAB 4 ETIKA PROMOSI KESEHATAN	
Lilis Suryani, S.ST., M.KM	39
A. Pendahuluan	39
B. Pengertian Etika Promosi Kesehatan	39
C. Lingkup Etika Promosi Kesehatan	40
D. Etika Dalam Promosi Kesehatan	42
DAFTAR PUSTAKA	52
BAB 5 KOMUNIKASI RISIKO & HEALTH EDUCATION	
DR. Susiana Nugraha, SKM., MN	53
A. Pendahuluan	53
B. Komunikasi Risiko	54
C. Prinsip-Prinsip Komunikasi Risiko	55
D. Manajemen Komunikasi Risiko	58
E. Perencanaan Strategi Komunikasi Risiko	59
F. Health Education	63
DAFTAR PUSTAKA	68
BAB 6 PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	
Tri Isnani, S.SOS., MPH	69
A. Pendahuluan	69
B. Pemberdayaan Masyarakat dan Pendidikan Kesehatan	70
C. Tujuan Pemberdayaan	71
D. Prinsip dan Strategi Pemberdayaan	71
E. Sasaran dan Pelaku	72
F. Metode Pemberdayaan Masyarakat	73
G. Langkah Pemberdayaan	75
H. Evaluasi dan Indikator Keberhasilan	75
I. Partisipasi	76
DAFTAR PUSTAKA	78
BAB 7 PENGEMBANGAN KETERAMPILAN UNTUK PROMOSI KESEHATAN	
Monifa Putri, SKM., M.P.H	79
A. Promosi Kesehatan	79
B. Kompetensi yang Harus Dimiliki Penyuluh/ Promotor	79
C. Keterampilan Komunikasi Efektif dalam Promosi Kesehatan	81

D. Keterampilan Komunikasi Informasi dan Edukasi	82
E. Komunikasi Massa (Mass Communication)	86
DAFTAR PUSTAKA	89
BAB 8 LINGKUNGAN YANG MENDUKUNG PERILAKU SEHAT	
dr. Rauza Sukma Rita, Ph.D.....	90
A. Pendahuluan	90
B. Pentingnya Perilaku Sehat	91
C. Lingkungan yang Mendukung Perilaku Sehat	93
D. Kesimpulan	104
DAFTAR PUSTAKA	105
BAB 9 PELAYANAN KESEHATAN PREVENTIF DAN SKRINING	
Ns. Said Taufiq, S.Pd., SKM., M.Kes	109
A. Pendahuluan	109
B. Pelayanan Kesehatan Preventif	111
C. Pelayanan Skrining	116
D. Strategi Promosi Kesehatan Melalui Layanan Preventif dan Skrining.....	121
DAFTAR PUSTAKA	125
BAB 10 STRATEGI GLOBAL DAN LOKAL DALAM PROMOSI KESEHATAN	
Dr. Nora Lelyana, drg., M.Hkes., FICD.....	127
A. Pendahuluan	127
B. Strategi Global dalam Promosi Kesehatan.....	130
C. Strategi Lokal dalam Promosi Kesehatan	137
D. Integrasi Strategi Global dan Lokal	146
E. Kesimpulan	153
DAFTAR PUSTAKA	154
BAB 11 TEKNOLOGI DALAM PROMOSI KESEHATAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT	
Rina Marlina, S.Si.T., S.Si.T., M.KM.....	162
A. Pendahuluan	162
B. Teknologi Dalam Dunia Kesehatan	164
C. Promosi Kesehatan Berbasis Digital	167
D. Pemanfaatan Teknologi Dalam Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit	170

DAFTAR PUSTAKA	174
BAB 12 STRATEGI PENGUATAN KEBIJAKAN PUBLIK	
Juhairiyah, SKM., M.KES	175
A. Pendahuluan.....	175
B. Kebijakan Publik	176
C. Pentingnya Memahami Kebijakan Publik	182
D. Strategi Penguatan Kebijakan Publik dalam Kebijakan Promosi Kesehatan.....	185
DAFTAR PUSTAKA	191
TENTANG PENULIS.....	193

BAB 1

PENGANTAR DAN KERANGKA KERJA PROMOSI KESEHATAN

Andi Malahayati Nurdjaya, S.Si.T, M.Kes.

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan adalah proses memampukan masyarakat untuk mengendalikan determinan kesehatan dan dengan demikian meningkatkan kesehatannya. Promosi kesehatan mencakup proses pemberdayaan individu dan masyarakat untuk mengambil tindakan dalam rangka meningkatkan kesehatan mereka. Ini bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan saja, tetapi juga melibatkan sektor lain seperti pendidikan, pertanian, pekerjaan, dan lain-lain (Suhaid et al., 2022).

Promosi kesehatan merupakan salah satu strategi utama dalam pembangunan kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Promosi kesehatan tidak hanya terkait dengan penyampaian informasi kesehatan, tetapi juga mencakup upaya untuk mempengaruhi determinan kesehatan yang lebih luas.

Promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan mereka. Fokus utama promosi kesehatan adalah pada pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan melalui pendekatan yang holistik dan partisipatif. Promosi kesehatan tidak hanya terbatas pada memberikan informasi dan edukasi kesehatan, tetapi juga melibatkan upaya untuk mempengaruhi lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang menentukan kesehatan. Ini mencakup tindakan untuk mengubah gaya hidup, lingkungan kerja dan lingkungan fisik, serta kebijakan publik

yang berdampak pada kesehatan. Promosi kesehatan juga menekankan pentingnya kolaborasi dan kemitraan lintas sektor, melibatkan berbagai disiplin ilmu dan pemangku kepentingan, seperti sektor pendidikan, lingkungan, transportasi, dan lain-lain. Dengan adanya kemitraan dan kolaborasi ini, upaya promosi kesehatan dapat menjadi lebih efektif dan berkelanjutan (Astuti et al., 2022).

Promosi kesehatan menawarkan pendekatan proaktif dan partisipatif dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Ini merupakan strategi penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan yang lebih luas dan berkelanjutan. Promosi kesehatan telah berkembang menjadi komponen penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk mencapai tujuan ini, diperlukan sebuah kerangka kerja yang komprehensif dan sistematis yang dapat mengarahkan berbagai upaya dan inisiatif promosi kesehatan.

Kerangka kerja promosi kesehatan menyediakan panduan untuk mengembangkan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program dan kebijakan yang bertujuan meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat. Kerangka kerja ini didasarkan pada prinsip-prinsip utama promosi kesehatan, seperti pemberdayaan masyarakat, partisipasi, kemitraan, dan penciptaan lingkungan yang mendukung kesehatan (Nurmala and KM, 2020).

B. Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat agar hidup sehat. Berikut adalah pengertian promosi kesehatan berdasarkan beberapa ahli:

1. World Health Organization (WHO), promosi kesehatan adalah proses memampukan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atas determinan kesehatan dan dengan demikian meningkatkan kesehatannya.
2. Green dan Kreuter, mendefinisikan promosi kesehatan sebagai kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi ekologis, ekonomis, dan berkelanjutan untuk memfasilitasi

- tindakan dan kondisi hidup yang kondusif bagi kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat (Mamahit et al., 2022).
3. Ottawa Charter, mendefinisikan promosi kesehatan sebagai proses memungkinkan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.
 4. Naidoo dan Wills, menjelaskan promosi kesehatan sebagai proses yang memungkinkan individu dan komunitas untuk meningkatkan kontrol atas determinan kesehatan dan dengan demikian meningkatkan kesehatannya.
 5. Menurut Kementerian Kesehatan RI, promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan Kesehatan (Suhaid et al., 2022).

C. Konsep Promosi Kesehatan

Konsep promosi kesehatan mengacu pada pemikiran dan gagasan utama yang melandasi upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Konsep-konsep yang akan diuraikan selanjutnya menjadi landasan dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan yang efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Syamsuriansyah et al., 2021). Berikut adalah beberapa konsep penting dalam promosi kesehatan:

1. Konsep Sehat
Sehat tidak hanya berarti bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga mencakup kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan spiritual. Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan secara menyeluruh.
2. Determinan Kesehatan
Kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti gaya hidup, lingkungan, faktor genetik, dan pelayanan kesehatan. Promosi kesehatan berupaya untuk mengatasi determinan kesehatan yang merugikan dan memperkuat faktor-faktor yang mendukung kesehatan.

3. Pencegahan Penyakit

Promosi kesehatan menekankan pada upaya pencegahan penyakit melalui perubahan gaya hidup dan lingkungan yang positif. Konsep ini meliputi pencegahan primer (mencegah timbulnya penyakit), sekunder (deteksi dini), dan tersier (mencegah kecacatan).

4. Pemberdayaan Masyarakat

Promosi kesehatan bertujuan untuk memberdayakan individu dan masyarakat agar mampu mengambil keputusan dan melakukan tindakan yang menguntungkan bagi kesehatan mereka. Konsep ini menekankan partisipasi aktif masyarakat dalam program promosi kesehatan.

5. Keadilan dan Kesetaraan

Promosi kesehatan berupaya untuk menjamin akses yang adil dan setara terhadap informasi, layanan, dan sumber daya kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Konsep ini memperhatikan kebutuhan khusus kelompok rentan atau kurang beruntung.

6. Pendekatan Multisektoral

Kesehatan dipengaruhi oleh berbagai sektor seperti pendidikan, lingkungan, ekonomi, dan politik. Promosi kesehatan melibatkan kolaborasi lintas sektor untuk mengatasi determinan kesehatan secara komprehensif.

7. Keberlanjutan

Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan perubahan perilaku dan lingkungan yang berkelanjutan dalam jangka panjang. Konsep ini menekankan pembangunan kapasitas, infrastruktur, dan sistem pendukung untuk keberlangsungan program (Mamahit et al., 2022).

D. Tujuan Promosi Kesehatan

Secara umum, promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan keterampilan masyarakat agar dapat menerapkan pola hidup sehat serta menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Tujuan utama promosi kesehatan adalah memungkinkan individu dan masyarakat untuk mengambil kendali atas faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan mereka. Ini dilakukan melalui proses pemberdayaan, di mana individu dan masyarakat dibekali

dengan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya yang diperlukan untuk mengambil keputusan yang lebih sehat (Astuti et al., 2022).

Tujuan promosi kesehatan secara rinci adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan. Untuk mencapai tujuan ini dapat dilakukan melalui pemberian edukasi dan informasi yang akurat tentang penyakit, gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan sebagainya, sehingga dapat meningkatkan literasi kesehatan masyarakat.
2. Mengembangkan keterampilan individu dan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Untuk mencapai tujuan ini dilakukan dengan mengajarkan keterampilan hidup sehat seperti teknik relaksasi, manajemen stres, pola makan sehat, aktivitas fisik, dan lain-lain, sehingga membantu masyarakat mengembangkan keterampilan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah terkait kesehatan.
3. Memfasilitasi perubahan perilaku dan gaya hidup yang lebih sehat. Untuk mencapai tujuan ini dilakukan dengan mendorong masyarakat untuk menghindari perilaku berisiko dan mengadopsi perilaku sehat serta membantu menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku positif.
4. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan di lingkungannya. Untuk mencapai tujuan ini dilakukan dengan melibatkan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah kesehatan dan mencari solusinya serta memberdayakan masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam program-program kesehatan.
5. Menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Untuk mencapai tujuan ini dilakukan dengan mendorong kebijakan dan regulasi yang mendukung gaya hidup sehat serta mengadvokasi perbaikan kondisi lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan masyarakat.

6. Meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Untuk mencapai tujuan ini dilakukan dengan mempromosikan ketersediaan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang memadai, sehingga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hak dan tanggung jawab dalam pelayanan kesehatan (Kurniawidjadja et al., 2021)

E. Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran promosi kesehatan dapat bervariasi tergantung pada isu atau masalah kesehatan yang dihadapi, serta tujuan dan strategi promosi kesehatan yang ditetapkan. Pendekatan yang komprehensif mencakup berbagai sasaran untuk mencapai dampak yang lebih luas.

Sasaran promosi kesehatan dapat dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu:

1. Individu, meliputi:
 - a. Kelompok usia (bayi, anak-anak, remaja, dewasa, lansia)
 - b. Kelompok berisiko (perokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, dan lain lain)
 - c. Kelompok dengan kondisi khusus (ibu hamil, penyandang disabilitas, penderita penyakit kronis)
2. Keluarga, meliputi:
 - a. Edukasi tentang gaya hidup sehat dalam lingkungan keluarga
 - b. Peningkatan keterampilan pengasuhan dan perawatan anggota keluarga
3. Komunitas/Masyarakat
 - a. Kelompok masyarakat berdasarkan wilayah geografis (desa, kota, dan lain lain)
 - b. Kelompok masyarakat berdasarkan etnis, budaya, atau agama
 - c. Kelompok masyarakat berdasarkan profesi atau pekerjaan
4. Institusi/Organisasi
 - a. Sekolah (program promosi kesehatan di lingkungan sekolah)
 - b. Tempat kerja (program kesehatan di lingkungan kerja)

- c. Fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik)
- d. Organisasi kemasyarakatan (karang taruna, organisasi wanita, dan lain lain)
- 5. Pengambil Kebijakan
 - a. Pemerintah pusat dan daerah
 - b. Badan legislatif
 - c. Pemangku kepentingan terkait kebijakan kesehatan (Kurniawidjadja et al., 2021)

F. Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan

Prinsip-prinsip promosi kesehatan merupakan pedoman umum yang harus diperhatikan dalam merencanakan dan melaksanakan program promosi kesehatan agar dapat berjalan efektif. Prinsip-prinsip tersebut menjadi pedoman agar program promosi kesehatan dapat berjalan efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan serta konteks masyarakat setempat. Berikut adalah uraian prinsip-prinsip promosi kesehatan:

1. Mengutamakan Pencegahan (Prevention Is Better Than Cure)
 - a. Lebih baik mencegah daripada mengobati penyakit
 - b. Fokus pada upaya promotif dan preventif sebelum terjadi masalah kesehatan
2. Pemberdayaan Masyarakat (Community Empowerment)
 - a. Melibatkan masyarakat secara aktif dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan program
 - b. Membangun kapasitas masyarakat dalam mengenali dan mengatasi masalah kesehatannya sendiri
3. Partisipasi Masyarakat (Community Participation)
 - a. Mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam setiap tahapan program promosi kesehatan
 - b. Memastikan program sesuai dengan kebutuhan dan budaya masyarakat setempat
4. Pendekatan Holistik Dan Multisektoral
 - a. Mempertimbangkan aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan dalam promosi kesehatan
 - b. Melibatkan berbagai sektor terkait seperti pendidikan, pertanian, lingkungan, dan lain lain.

5. Kesenyaan dan Keadilan (Equity)
 - a. Menastikan akses yang sama terhadap informasi dan layanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat
 - b. Memperhatikan kebutuhan khusus kelompok rentan atau kurang beruntung
6. Berkelanjutan (Sustainability)
 - a. Merancang program yang dapat berlanjut dalam jangka panjang dengan sumber daya yang tersedia
 - b. Membangun kapasitas dan infrastruktur yang mendukung keberlangsungan program
7. Berbasis Bukti (Evidence-Based)
 - a. Menggunakan data dan penelitian terkini sebagai dasar dalam perencanaan dan pelaksanaan program
 - b. Mengevaluasi dan menyesuaikan program berdasarkan bukti yang ada
8. Etika dan Hak asasi manusia
 - a. Menghormati hak-hak individu dan masyarakat dalam proses promosi kesehatan
 - b. Menjunjung nilai-nilai kemanusiaan dan tidak mendiskriminasi kelompok tertentu (Suhaid et al., 2022)

G. Kerangka Kerja Promosi Kesehatan

Kerangka kerja promosi kesehatan adalah model konseptual atau pedoman sistematis yang digunakan untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan. Kerangka kerja ini memberikan struktur dan langkah-langkah yang terorganisir dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kerangka kerja promosi kesehatan terdiri dari beberapa komponen utama yang saling terkait dan saling mendukung (Nurmala and KM, 2020).

Kerangka kerja promosi kesehatan meliputi beberapa komponen utama, yaitu:

1. Advokasi Kesehatan
Upaya untuk mempengaruhi pembuat kebijakan dan pengambil keputusan agar menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan.

2. **Pemberdayaan Masyarakat**
Proses memampukan individu dan komunitas untuk mengambil tindakan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.
3. **Kemitraan dan Kolaborasi**
Kerjasama lintas sektor dan lintas disiplin ilmu untuk mencapai tujuan promosi kesehatan.
4. **Pengembangan Keterampilan Individu**
Upaya untuk membantu individu mengembangkan keterampilan dan kemampuan dalam mengambil keputusan yang lebih sehat.
5. **Penciptaan Lingkungan yang Mendukung**
Upaya untuk menciptakan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, dan politik yang mendukung kesehatan (Astuti et al., 2022).

Dengan mengintegrasikan komponen-komponen ini secara efektif, kerangka kerja promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan perubahan positif dalam perilaku individu dan masyarakat, serta mendorong terciptanya lingkungan yang lebih sehat dan kondusif bagi kesehatan. Kerangka kerja ini menekankan pentingnya pendekatan komprehensif dan multidisiplin dalam promosi kesehatan, yang melibatkan berbagai sektor dan pemangku kepentingan (Widiyaningsih and Suharyanta, 2020).

Secara umum, kerangka kerja promosi kesehatan terdiri dari beberapa tahapan utama, yaitu:

1. **Asesmen Kebutuhan dan Perencanaan**
 - a. Mengumpulkan data dan informasi tentang masalah kesehatan, determinan kesehatan, dan kebutuhan masyarakat.
 - b. Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan gaya hidup terkait kesehatan.
 - c. Menetapkan tujuan, sasaran, dan prioritas program promosi kesehatan.
2. **Pengembangan Program**
 - a. Merancang intervensi dan strategi promosi kesehatan yang efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
 - b. Mengembangkan materi edukasi, pesan, dan media yang akan digunakan.

- c. Membangun kemitraan dan melibatkan pemangku kepentingan terkait.
- 3. Implementasi Program
 - a. Melaksanakan intervensi promosi kesehatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - b. Memobilisasi sumber daya yang diperlukan, seperti tenaga, dana, dan fasilitas.
 - c. Menggunakan pendekatan yang partisipatif dan melibatkan masyarakat secara aktif.
- 4. Evaluasi dan Pemantauan
 - a. Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan program.
 - b. Mengukur pencapaian tujuan dan dampak program pada perilaku dan derajat kesehatan masyarakat.
 - c. Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi program.
- 5. Keberlanjutan dan Penyesuaian
 - a. Memastikan keberlanjutan program dengan membangun kapasitas dan infrastruktur pendukung.
 - b. Melakukan penyesuaian atau modifikasi program berdasarkan hasil evaluasi dan kondisi terkini.
 - c. Mendiseminasikan informasi dan hasil program kepada pemangku kepentingan (Astuti et al., 2022).

Kerangka kerja promosi kesehatan dapat bervariasi tergantung pada model atau pendekatan yang digunakan, seperti Precede-Proceed Model, Ottawa Charter, atau Model Socio-Ecological.

1. Precede-Proceed Model Dikembangkan oleh Green dan Kreuter, model ini terdiri dari dua komponen utama:
 - a. Precede: Mencakup penilaian kebutuhan, identifikasi masalah, dan faktor penentu perilaku kesehatan.
 - b. Proceed: Meliputi perencanaan intervensi, implementasi, dan evaluasi. Contoh: Program promosi kesehatan untuk mengurangi konsumsi makanan tinggi garam di masyarakat dapat menggunakan model ini untuk mengidentifikasi faktor penentu perilaku, seperti pengetahuan, sikap, dan akses terhadap makanan sehat, kemudian merancang intervensi yang tepat.

2. Ottawa Charter dikeluarkan oleh WHO pada tahun 1986, charter ini menetapkan lima area aksi utama dalam promosi kesehatan:
 - a. Membangun kebijakan publik yang sehat
 - b. Menciptakan lingkungan yang mendukung
 - c. Memperkuat aksi komunitas
 - d. Mengembangkan keterampilan individu
 - e. Mereorientasi layanan kesehatan Contoh: Program promosi aktivitas fisik di sekolah dapat menggunakan kerangka Ottawa Charter dengan melibatkan kebijakan sekolah yang mendukung, menciptakan lingkungan sekolah yang aman untuk beraktivitas, mengembangkan klub olahraga sebagai aksi komunitas, mengajarkan manfaat dan teknik aktivitas fisik, serta mengintegrasikan edukasi kesehatan di layanan kesehatan sekolah.
3. Model Socio-Ecological Model ini memandang bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor pada berbagai level, yaitu:
 - a. Individual (pengetahuan, sikap, keterampilan)
 - b. Interpersonal (keluarga, teman)
 - c. Organisasi (sekolah, tempat kerja)
 - d. Komunitas (lingkungan fisik, norma sosial)
 - e. Kebijakan (peraturan, undang-undang) Contoh: Program promosi gizi seimbang dapat menggunakan model ini dengan memberikan edukasi gizi pada level individu, melibatkan dukungan keluarga pada level interpersonal, bekerja sama dengan kantin sekolah/tempat kerja pada level organisasi, melakukan kampanye di komunitas, serta mendorong kebijakan yang mendukung ketersediaan dan akses terhadap makanan sehat (Laverack, 2020).

Kerangka kerja promosi kesehatan ini membantu dalam memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan dan merancang intervensi yang komprehensif serta berkelanjutan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kerangka kerja promosi kesehatan menjadi pedoman yang sangat penting untuk memastikan bahwa upaya promosi kesehatan dilaksanakan secara sistematis, efektif,

berbasis bukti, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka mencapai tujuan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Ada beberapa alasan mengapa kerangka kerja sangat penting dalam promosi kesehatan:

1. Memberikan struktur dan panduan yang sistematis
Kerangka kerja memberikan langkah-langkah terstruktur dan terorganisir untuk melaksanakan program promosi kesehatan. Ini membantu memastikan bahwa program tersebut direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi secara komprehensif dan efektif.
2. Memfasilitasi proses pengambilan keputusan
Kerangka kerja menyediakan proses yang jelas untuk mengumpulkan data, menganalisis masalah, dan mengidentifikasi prioritas dalam promosi kesehatan. Ini membantu pengambil keputusan dalam menentukan strategi, intervensi, dan alokasi sumber daya yang tepat.
3. Mempromosikan pendekatan berbasis bukti
Kerangka kerja menekankan pentingnya menggunakan data dan penelitian terkini dalam merancang program promosi kesehatan. Ini memastikan bahwa intervensi yang digunakan didukung oleh bukti ilmiah dan praktik terbaik.
4. Mendukung kolaborasi dan partisipasi
Kerangka kerja menekankan pentingnya keterlibatan dan partisipasi aktif dari berbagai pemangku kepentingan, termasuk masyarakat, organisasi, dan sektor terkait. Ini memfasilitasi kolaborasi yang efektif dalam promosi kesehatan.
5. Memfasilitasi evaluasi dan perbaikan berkelanjutan
Kerangka kerja menyediakan mekanisme untuk memantau dan mengevaluasi program promosi kesehatan secara berkala. Ini memungkinkan identifikasi area yang memerlukan perbaikan dan penyesuaian program berdasarkan hasil evaluasi.
6. Meningkatkan keberlanjutan dan dampak jangka panjang
Kerangka kerja menekankan pentingnya membangun kapasitas dan infrastruktur pendukung untuk memastikan keberlanjutan program promosi kesehatan dalam jangka panjang, sehingga dapat mencapai dampak yang lebih besar pada derajat kesehatan masyarakat (Mamahit et al., 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, A. et al. (2022) Pendidikan dan Promosi Kesehatan. Global Eksekutif Teknologi.
- Kurniawidjadja, L.M. et al. (2021) Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan di Tempat Kerja Meningkatkan Produktivitas. Jakarta: Universitas Indonesia Publishing.
- Laverack, G. (2020) AZ Promosi Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mamahit, A.Y. et al. (2022) Teori Promosi Kesehatan. Pidie-Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Nurmala, I. and KM, S. (2020) Promosi kesehatan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Suhaid, D.N. et al. (2022) Pengantar Promosi Kesehatan. Pradina Pustaka.
- Syamsuriansyah, S. et al. (2021) 'Konsep Dasar Manajemen Kesehatan'.
- Widiyaningsih, D. and Suharyanta, D. (2020) Promosi dan Advokasi Kesehatan. Deepublish.

BAB 2

KONSEP PERILAKU YANG BERKAITAN DENGAN KESEHATAN

Ronald, SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan harta yang tak ternilai bagi setiap individu. Menjaga kesehatan menjadi kunci utama untuk menjalani hidup yang berkualitas. Salah satu faktor penting yang mempengaruhi kesehatan adalah perilaku. Perilaku kesehatan didefinisikan sebagai tindakan individu yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Memahami konsep perilaku kesehatan sangatlah penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Noar & Evans, 2020).

Bab ini akan membahas konsep-konsep fundamental dalam perilaku kesehatan. Pertama, kita akan mengkaji definisi dan dimensi perilaku kesehatan. Selanjutnya, kita akan mempelajari berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, seperti faktor individu, sosial, dan lingkungan. BAB ini juga akan membahas beberapa model perilaku kesehatan yang umum digunakan untuk memahami dan memprediksi perilaku kesehatan. Pemahaman yang komprehensif tentang konsep-konsep ini akan menjadi landasan yang kuat untuk mengembangkan intervensi yang efektif dalam meningkatkan perilaku kesehatan dan mencapai derajat kesehatan yang optimal.

B. Definisi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan didefinisikan sebagai semua tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan saat sakit. Tindakan ini dapat bersifat fisik, mental, dan sosial. Perilaku kesehatan merupakan aspek penting dalam mencapai dan memelihara kesehatan individu dan masyarakat. Memahami definisi dan cakupannya menjadi landasan fundamental dalam merancang intervensi dan promosi kesehatan yang efektif (Emanuel & Grady, 2021).

Perilaku kesehatan terdiri dari tiga komponen utama:

Perilaku Promotif: Upaya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, seperti menjaga pola makan bergizi, berolahraga teratur, dan menghindari kebiasaan buruk seperti merokok dan konsumsi alkohol berlebihan.

Perilaku Preventif: Upaya untuk mencegah penyakit, seperti melakukan pemeriksaan kesehatan berkala, imunisasi, dan skrining penyakit.

Perilaku Kuratif dan Rehabilitatif: Upaya untuk mencari pengobatan dan pemulihan kesehatan saat sakit, seperti mencari pertolongan medis, mengikuti terapi, dan mematuhi anjuran dokter (L. Rahmawati & Sari, 2023).

Perilaku kesehatan merupakan aspek penting dalam mencapai dan memelihara kesehatan individu dan masyarakat. Memahami definisi, komponen, dan pentingnya perilaku kesehatan menjadi landasan fundamental untuk merancang intervensi dan promosi kesehatan yang efektif (Setiawan & Suryani, 2024).

C. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan tindakan individu yang bertujuan untuk memelihara kesehatan, mencegah penyakit, dan mencari pengobatan. Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan sangat penting untuk meningkatkan promosi kesehatan dan intervensi yang efektif.

Hasil riset terkini menunjukkan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait, yaitu:

1. Faktor Predisposisi

Demografi: Usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan.

Pengetahuan dan keyakinan: Pemahaman tentang kesehatan, penyakit, dan perilaku kesehatan.

Sikap: Kecenderungan untuk merespon positif atau negatif terhadap perilaku kesehatan tertentu.

Nilai dan norma: Prinsip dan standar sosial yang mempengaruhi perilaku individu.

2. Faktor Pemungkin

Ketersediaan layanan kesehatan: Akses ke fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan obat-obatan.

Sumber daya ekonomi: Kemampuan finansial untuk membeli layanan kesehatan dan produk kesehatan.

Dukungan sosial: Dorongan dan bantuan dari keluarga, teman, dan komunitas.

Kebijakan dan peraturan: Aturan dan norma yang terkait dengan kesehatan dan perilaku kesehatan.

3. Faktor Penguat

Konsekuensi yang dirasakan: Kepercayaan individu tentang hasil positif atau negatif dari perilaku kesehatan.

Pengalaman pribadi: Riwayat kesehatan individu dan pengalaman dengan layanan kesehatan.

Pengaruh sosial: Tekanan dari teman sebaya, keluarga, dan komunitas untuk mengikuti perilaku tertentu.

Dukungan emosional: Dorongan dan motivasi dari orang lain untuk melakukan perilaku sehat.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa intervensi yang efektif untuk meningkatkan perilaku kesehatan harus mempertimbangkan semua faktor di atas. Intervensi yang hanya fokus pada satu faktor mungkin tidak berhasil, karena faktor-faktor lain dapat saling mengimbangi. Pendekatan komprehensif yang mengatasi berbagai faktor yang mendasari

perilaku kesehatan lebih mungkin untuk menghasilkan perubahan yang berkelanjutan (Amalia & Sari, 2021).

D. Model Perilaku Kesehatan

Model perilaku kesehatan memberikan kerangka kerja yang berguna untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat dan tidak sehat. Fakta hasil riset terkini menunjukkan bahwa emosi, teknologi, dan personalisasi merupakan faktor penting yang perlu dipertimbangkan dalam merancang intervensi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat (Fitriani & Handayani, 2020).

Perilaku kesehatan merupakan salah satu determinan utama kesehatan individu dan masyarakat. Memahami model perilaku kesehatan sangat penting dalam merancang intervensi dan program promosi kesehatan yang efektif. Terdapat berbagai model perilaku kesehatan yang telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat individu. Beberapa model yang umum digunakan adalah:

Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model - HBM): Model ini berfokus pada keyakinan individu tentang kesehatan, penyakit, dan perilaku kesehatan. HBM menyatakan bahwa individu lebih cenderung melakukan perilaku sehat jika mereka: Percaya bahwa mereka rentan terhadap penyakit; Percaya bahwa penyakit tersebut serius; Percaya bahwa perilaku sehat dapat mencegah atau mengendalikan penyakit; Percaya bahwa manfaat perilaku sehat lebih besar daripada biayanya

Model Precede-Proceed: Model ini berfokus pada faktor-faktor yang mendahului dan mengikuti perubahan perilaku. Precede Model mengidentifikasi faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, dan norma) dan faktor penguat (keterampilan, sumber daya, dan dukungan sosial) yang mempengaruhi perilaku. Proceed Model menjelaskan bagaimana intervensi dapat mengubah faktor-faktor tersebut untuk mendorong perubahan perilaku.

Model Tahapan Perubahan (Stages of Change Model): Model ini mengklasifikasikan individu ke dalam lima tahap kesiapan untuk berubah: prakontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan. Intervensi harus disesuaikan dengan tahap kesiapan individu agar efektif (Lestari & Anggraeni, 2021).

Model-model perilaku kesehatan di atas memiliki beberapa keterbatasan. Salah satu keterbatasannya adalah model-model ini tidak selalu mempertimbangkan konteks sosial dan budaya individu. Selain itu, model-model ini mungkin tidak selalu akurat dalam memprediksi perilaku individu. Beberapa penelitian terbaru telah mengembangkan model perilaku kesehatan yang lebih kompleks yang mempertimbangkan faktor-faktor seperti:

Persepsi diri: Individu lebih cenderung melakukan perilaku sehat jika mereka memiliki persepsi diri yang positif tentang kesehatan mereka.

Emosi: Emosi, seperti kecemasan dan ketakutan, dapat mempengaruhi motivasi individu untuk melakukan perilaku sehat.

Jaringan sosial: Dukungan sosial dari keluarga dan teman dapat mendorong individu untuk melakukan perilaku sehat.

Kebijakan dan lingkungan: Kebijakan dan lingkungan yang mendukung perilaku sehat dapat memudahkan individu untuk melakukan perubahan perilaku (Setiawan & Suryani, 2022).

E. Tingkatan Perilaku Kesehatan

Para ahli kesehatan masyarakat mengelompokkan perilaku kesehatan ke dalam beberapa tingkatan, yaitu:

1. Perilaku Pencegahan Primer
 - a. Merupakan tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit sebelum terjadi. Contohnya:
 - b. Menjaga pola makan sehat
 - c. Melakukan olahraga teratur
 - d. Menghindari rokok dan alkohol
 - e. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan

2. Perilaku Pencegahan Sekunder

Merupakan tindakan yang dilakukan untuk mendeteksi penyakit secara dini, sehingga dapat diobati dengan lebih efektif. Contohnya:

Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin

Melakukan skrining untuk penyakit tertentu

3. Perilaku Pencarian Pengobatan:

Merupakan tindakan yang dilakukan untuk mencari pengobatan ketika mengalami sakit. Contohnya:

Mengunjungi dokter atau fasilitas kesehatan lainnya

Mengikuti anjuran pengobatan dari dokter

4. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan

Merupakan tindakan yang dilakukan untuk menjaga kesehatan setelah sembuh dari penyakit. Contohnya:

Melakukan rehabilitasi

Mengubah pola hidup yang tidak sehat (D. Rahmawati & Ardianto, 2022)

Beberapa tingkatan perilaku lainnya yaitu Menurut Green, et al. (1980), terdapat lima tingkatan perilaku kesehatan:
Ketidaktahuan: Individu tidak memiliki pengetahuan atau kesadaran tentang masalah kesehatan tertentu.

Kesadaran: Individu menyadari masalah kesehatan dan potensinya untuk membahayakan.

Pertimbangan: Individu mempertimbangkan manfaat dan risiko dari berbagai tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan.

Tindakan: Individu mengambil tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan.

Pemeliharaan: Individu mempertahankan tindakan yang telah diambil untuk mengatasi masalah kesehatan (Notoatmojo, 2019).

Beberapa riset terkini telah menunjukkan bahwa tingkatan perilaku kesehatan dapat bervariasi tergantung pada masalah kesehatan, populasi, dan faktor lainnya.

1. Sebuah studi di Indonesia menemukan bahwa tingkat kesadaran tentang penyakit kanker serviks masih rendah, dengan hanya 30% wanita yang mengetahui tentang penyakit ini.

2. Sebuah studi di Amerika Serikat menemukan bahwa tingkat kepatuhan terhadap pengobatan HIV/AIDS masih rendah, dengan hanya 50% pasien yang meminum obat mereka sesuai resep.
3. Sebuah studi di Australia menemukan bahwa tingkat partisipasi dalam program skrining kanker payudara masih rendah, dengan hanya 60% wanita yang mengikuti program ini (Emanuel & Grady, 2021; Haryanti & Ardianto, 2022).

F. Tahapan Perubahan Perilaku Kesehatan

Perubahan perilaku kesehatan merupakan proses kompleks yang melibatkan berbagai faktor individu, sosial, dan lingkungan. Memahami tahapan perubahan perilaku ini penting untuk merancang intervensi kesehatan yang efektif dan berkelanjutan.

1. **Prakontemplasi:** Pada tahap ini, individu tidak menyadari atau tidak peduli dengan masalah kesehatan dan tidak berniat untuk berubah. Intervensi pada tahap ini harus fokus pada meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang masalah kesehatan.
2. **Kontemplasi:** Pada tahap ini, individu menyadari masalah kesehatan dan mulai mempertimbangkan untuk berubah. Intervensi pada tahap ini harus fokus pada membantu individu mempertimbangkan manfaat dan hambatan perubahan, serta membangun motivasi untuk berubah.
3. **Persiapan:** Pada tahap ini, individu telah membuat keputusan untuk berubah dan mulai merencanakan langkah-langkah untuk mewujudkannya. Intervensi pada tahap ini harus fokus pada membantu individu menetapkan tujuan yang realistis, mengembangkan rencana aksi, dan mendapatkan dukungan sosial.
4. **Tindakan:** Pada tahap ini, individu mulai melakukan perubahan perilaku. Intervensi pada tahap ini harus fokus pada membantu individu mengatasi hambatan dan memperkuat perilaku baru.

5. Pemeliharaan: Pada tahap ini, individu telah berhasil mempertahankan perubahan perilaku dalam jangka waktu tertentu. Intervensi pada tahap ini harus fokus pada membantu individu mencegah kambuh dan terus memelihara perilaku baru (Sularso, 2021).

Penting untuk dicatat bahwa tidak semua individu melewati semua tahapan perubahan perilaku dengan urutan yang sama. Beberapa individu mungkin melewati beberapa tahap atau kembali ke tahap sebelumnya. Intervensi kesehatan yang efektif harus dirancang dengan mempertimbangkan tahap perubahan individu dan memberikan dukungan yang sesuai pada setiap tahap (Pratama, 2023).

G. Upaya Meningkatkan Perilaku Sehat

Perilaku sehat merupakan landasan fundamental dalam mewujudkan kesehatan individu dan masyarakat. Menyadari pentingnya hal ini, berbagai upaya terus dilakukan untuk meningkatkan perilaku sehat di berbagai tatanan kehidupan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat terbagi menjadi dua kategori utama, yaitu faktor individu dan faktor lingkungan. Faktor individu meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan motivasi individu terhadap kesehatan. Sedangkan faktor lingkungan meliputi akses terhadap informasi dan layanan kesehatan, infrastruktur yang mendukung perilaku sehat, dan norma sosial yang berlaku di masyarakat (Sari, 2023).

Berikut ini beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perilaku sehat:

1. Peningkatan Edukasi dan Promosi Kesehatan

Edukasi dan promosi kesehatan yang efektif perlu dilakukan secara berkelanjutan dan terstruktur. Hal ini dapat dilakukan melalui berbagai media, seperti penyuluhan kesehatan, kampanye media massa, dan edukasi melalui platform digital. Edukasi dan promosi kesehatan haruslah disesuaikan dengan target audience dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami.

2. Intervensi Berbasis Keluarga

Keluarga memiliki peran penting dalam membentuk perilaku sehat individu. Intervensi berbasis keluarga dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan kepada orang tua tentang bagaimana membudayakan perilaku sehat dalam keluarga. Intervensi ini juga dapat melibatkan anak-anak dalam kegiatan yang mempromosikan kesehatan.

3. Pemberdayaan Masyarakat

Masyarakat perlu diberdayakan agar mampu berperan aktif dalam meningkatkan perilaku sehat. Hal ini dapat dilakukan dengan melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan. Masyarakat juga perlu dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk hidup sehat.

4. Peningkatan Akses Terhadap Layanan Kesehatan

Akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau merupakan faktor penting dalam meningkatkan perilaku sehat. Hal ini dapat dilakukan dengan memperluas jangkauan layanan kesehatan, meningkatkan kualitas layanan kesehatan, dan menurunkan biaya layanan kesehatan.

5. Penciptaan Lingkungan yang Mendukung Perilaku Sehat

Lingkungan yang mendukung perilaku sehat perlu diciptakan dengan menyediakan infrastruktur yang memadai, seperti taman, jalur pejalan kaki, dan tempat berolahraga. Selain itu, perlu dilakukan regulasi yang mendukung perilaku sehat, seperti larangan merokok di tempat umum dan pembatasan iklan makanan dan minuman yang tidak sehat (Kholid, 2020).

Intervensi yang efektif untuk meningkatkan perilaku sehat haruslah bersifat komprehensif dan multi-level. Intervensi ini perlu menysasar individu, keluarga, komunitas, dan lingkungan. Meningkatkan perilaku sehat merupakan upaya yang kompleks dan memerlukan komitmen dari semua pihak (Putri & Yuliani, 2023).

H. Peran Individu, Keluarga, dan Masyarakat dalam Meningkatkan Perilaku Sehat

Menjaga kesehatan merupakan investasi penting bagi individu dan masyarakat. Perilaku sehat, yang mengacu pada tindakan dan kebiasaan yang berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan, memainkan peran fundamental dalam mencapai tujuan ini. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan erat antara perilaku sehat dan berbagai indikator kesehatan, seperti tingkat kematian, morbiditas, dan kualitas hidup. Upaya untuk meningkatkan perilaku sehat memerlukan pendekatan yang komprehensif yang melibatkan individu, keluarga, dan masyarakat (Indah & Muslimah, 2019).

1. Peran Individu

Individu memiliki tanggung jawab utama untuk menjaga kesehatannya sendiri. Faktor-faktor seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan motivasi individu sangat mempengaruhi perilaku sehat. Riset menunjukkan bahwa intervensi edukasi dan promosi kesehatan yang dirancang untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran individu tentang manfaat perilaku sehat dapat mendorong perubahan perilaku yang positif.

2. Peran Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial utama yang berperan penting dalam menanamkan nilai-nilai dan kebiasaan yang terkait dengan kesehatan. Pola asuh, komunikasi, dan dukungan emosional dari anggota keluarga dapat mempengaruhi perilaku sehat anak-anak dan remaja. Penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang mempraktikkan gaya hidup sehat, seperti makan makanan bergizi, berolahraga secara teratur, dan menghindari kebiasaan merokok, lebih cenderung memiliki anak-anak yang berperilaku sehat.

3. Peran Masyarakat

Masyarakat juga memiliki peran penting dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi perilaku sehat. Faktor-faktor seperti norma sosial, aksesibilitas layanan kesehatan, dan infrastruktur publik dapat mempengaruhi pilihan dan

perilaku individu. Riset menunjukkan bahwa intervensi komunitas yang dirancang untuk meningkatkan akses ke makanan sehat, menyediakan ruang publik untuk aktivitas fisik, dan menerapkan kebijakan yang mendukung perilaku sehat dapat menghasilkan peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Notoatmojo, 2019).

Meningkatkan perilaku sehat memerlukan upaya kolaboratif dari individu, keluarga, dan masyarakat. Riset terkini menunjukkan bahwa intervensi yang dirancang untuk menargetkan ketiga elemen tersebut dapat menghasilkan dampak yang signifikan terhadap kesehatan individu dan masyarakat. Dengan memprioritaskan edukasi, promosi kesehatan, dan intervensi komunitas, kita dapat membangun lingkungan yang mendukung dan memberdayakan individu untuk membuat pilihan yang sehat dan mencapai kesejahteraan optimal (Haryanti & Ardianto, 2022).

I. Kesimpulan

Perilaku yang berkaitan dengan kesehatan merupakan sebuah ranah yang kompleks dan multidimensi, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal. Memahami konsep ini sangatlah penting untuk mempromosikan kesehatan individu dan masyarakat. Penting untuk dicatat bahwa perilaku yang berkaitan dengan kesehatan tidak hanya terbatas pada tindakan yang dilakukan seseorang untuk menjaga kesehatannya. Hal ini juga mencakup berbagai faktor seperti pengetahuan, sikap, keyakinan, dan nilai-nilai yang mendasari tindakan tersebut. Oleh karena itu, dalam upaya mempromosikan kesehatan, penting untuk mempertimbangkan semua faktor ini secara holistic (Sularso, 2021).

Dengan memahami konsep perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, para profesional kesehatan dan pembuat kebijakan dapat mengembangkan intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat. Intervensi ini harus dirancang untuk mengatasi berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku, dan harus disesuaikan dengan

kebutuhan dan konteks spesifik dari target populasi (L. Rahmawati & Sari, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, R., & Sari, M. I. (2021). Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Kesehatan Masyarakat dalam Mencegah Penularan Covid-19 di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 8(2), 227-234.
- Emanuel, E., & Grady, C. (2021). Precision Medicine And Behavioral Science: Opportunities For A New Paradigm In Healthcare. *JAMA*, 326(2), 127-129. <https://jamanetwork.com/collections/44041/genomics-and-precision-health>
- Fitriani, R., & Handayani, D. (2020). Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Kesehatan Remaja Putri dalam Menjaga Kesehatan Reproduksi di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 71-78.
- Haryanti, S., & Ardianto, T. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Kesehatan Lansia dalam Mencegah Penyakit Tidak Menular di Kota Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(3), 321-328.
- Indah, R. N., & Muslimah, R. (2019). Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Kesehatan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) di Kabupaten Lima Puluh Kota. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(2), 223-230.
- Kholid, M. (2020). *Perilaku Kesehatan: Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Pustaka Pelajar.
- Lestari, D. A., & Anggraeni, T. (2021). *Peran Keluarga dalam Meningkatkan Perilaku Kesehatan Anak*. Pustaka Book Publisher.
- Noar, S. M., & Evans, W. D. (2020). Emotion and Health Behavior: A Review Of Research. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(2), 237-251. <https://academic.oup.com/abm>

- Notoatmojo, S. (2019). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (7th ed.). Rineka Cipta.
- Pratama, A. (2023). Perilaku Kesehatan: Konsep, Faktor yang Mempengaruhi, dan Intervensi. Pustaka Pelajar.
- Putri, R. A., & Yuliani, S. (2023). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Kesehatan Masyarakat dalam Pencegahan Stunting pada Anak Balita di Kabupaten Sijunjung. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*, 10(1), 78–85.
- Rahmawati, D., & Ardianto, T. (2022). Perilaku Kesehatan dalam Era Pandemi: Kajian dan Intervensi. UPI Press.
- Rahmawati, L., & Sari, I. M. (2023). Efektivitas Intervensi Promosi Kesehatan terhadap Perilaku Makan Sehat pada Anak Usia Sekolah Dasar. *Jurnal Gizi Dan Kesehatan*, 15(1), 45–52.
- Sari, I. N. (2023). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan Masyarakat. Salemba Medika Pustaka.
- Setiawan, B., & Suryani, D. (2022). Pendekatan Psikologis dalam Meningkatkan Perilaku Kesehatan. UNNES Press.
- Setiawan, B., & Suryani, D. (2024). Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Hidup Sehat (PHBS) pada Remaja di Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 15(1), 45–45.
- Sularso, R. K. (2021). Perilaku Kesehatan Masyarakat dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (2nd ed.). Pustaka Pelajar.

BAB 3

ALAT BANTU DAN MEDIA DESAIN PRODUK

Aida Silfia. S.Pd., M.Pd

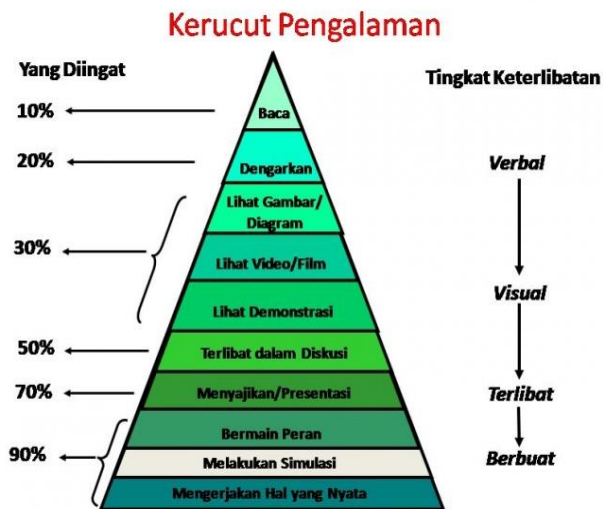
A. Pendahuluan

Belajar adalah suatu proses yang kompleks yang terjadi pada diri setiap orang sepanjang hidupnya. Proses belajar terjadi karena adanya interaksi antara seseorang dengan lingkungannya. Oleh karena itu belajar dapat terjadi kapan saja dan dimana saja. Salah satu pertanda bahwa seseorang itu telah belajar ketika adanya perubahan tingkah laku pada diri orang itu yang mungkin disebabkan terjadinya perubahan pada tingkat pengetahuan keterampilan atau sikapnya. Dalam proses belajar alat bantu tidak dapat dipisahkan demi tercapainya tujuan pendidikan. Kebutuhan alat bantu dalam mengajar merupakan suatu kebutuhan yang mutlak dan mempunyai fungsi memudahkan jalan menuju tercapainya tujuan pembelajaran.

1. Pengertian Alat Bantu Promosi Kesehatan

Alat bantu dapat memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi. Dalam promosi kesehatan alat bantu merupakan media peraga yang digunakan dalam pendidikan kesehatan dapat berupa alat, bahan atau apapun yang digunakan sebagai media untuk menyampaikan pesan-pesan, sehingga pesan-pesan tersebut mudah diterima dan dimengerti oleh orang yang menerimanya. Alat bantu ini disebut juga alat peraga karena berfungsi untuk memperagakan sesuatu di dalam proses belajar. Alat bantu atau alat peraga yang baik mempunyai ciri-ciri yaitu mudah diterima atau ditangkap oleh panca indra, yaitu dapat di

lihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Pengetahuan dan pengalaman dapat diperoleh melalui berbagai macam alat bantu pendidikan. Namun berbagai macam alat bantu pendidikan tersebut memiliki tingkatan yang berbeda-beda dalam meningkatkan pemahaman dan pengetahuan seseorang. Edgar Dale merupakan tokoh dalam pengembangan teknologi pembelajaran. Menurut beliau pengalaman belajar menggunakan berbagai macam media/alat bantu pembelajarannya semakin konkret. Sebaliknya semakin abstrak dalam mempelajari bahan pengajaran maka semakin sedikit pengalaman belajar yang diperoleh. Edgar Dale membagi pengalaman belajar melalui sebuah kerucut pengalaman (*Edgar Dale Cone of Experience*)



"Successful Learning Comes from doing" (Wyatt \$ Looper, 1999)

www.kompasiana.com

Dari gambar diatas dapat disimpulkan belajar secara konkret/benda asli memberikan pengalaman langsung yang bermakna dan berkesan dibandingkan dengan belajar hanya menggunakan rangsangan pandangan mata dan dengar. Perlu diketahui urutan-urutan di atas tidak berarti proses belajar harus selalu dimulai dari pengalaman langsung tetapi disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan peserta didik yang dihadapi dengan melihat situasi belajarnya.

Di dalam melakukan penyuluhan promosi kesehatan agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan tepat sasaran maka peran alat bantu/alat peraga sangat besar sekali. Melalui alat bantu masyarakat lebih memahami fakta kesehatan yang dianggap sulit, sehingga masyarakat dapat menghargai betapa pentingnya kesehatan itu bagi kehidupan.

2. Kegunaan Alat Bantu Dalam Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan menggunakan alat bantu sebagai perantara dalam memberikan promosi kesehatan. Adapun fungsi alat bantu sebagai berikut:

- a. Mengatasi keterbatasan pengalaman yang dimiliki oleh *audience*/masyarakat. Contohnya objek yang tidak dapat dilihat langsung maka dapat dimanipulasi dalam bentuk miniature, model gambar dan lainnya.
- b. Dapat melampaui batasan ruang promosi, contoh, kondisi di masa lampau dapat dihadirkan kembali melalui media audio visual sehingga *audience* dapat merasakan peristiwa di masa lampau.
- c. Menciptakan suasana interaksi langsung antara peserta didik dan lingkungannya.
- d. Menciptakan kesamaan pengamatan dari *audience*.
- e. Menanamkan teori dasar yang benar, konkret dan realistis.
- f. Merangsang kemauan, keinginan dan motivasi *audience*.
- g. Memberikan pengalaman yang menyeluruh dari suatu objek

- h. Sebagai alat hiburan agar pembelajarannya tidak membosankan.

3. Macam-Macam Alat Bantu

Mengenal macam-macam alat bantu promosi kesehatan akan mempermudah dalam melakukan pemilihan alat bantu yang tepat pada waktu merencanakan pembelajaran untuk mencapai tujuan tertentu. Pemilihan alat bantu yang disesuaikan dengan materi, karakteristik pembelajaran, tujuan, serta kemampuan akan menunjang efektivitas dan efisiensi proses dan hasil pembelajaran. Secara garis besar alat bantu pendidikan terbagi:

- a. *Auditif*, yaitu alat bantu/media yang dapat didengar saja, hanya mempunyai unsur suara saja. Contohnya radio, tape recorder, kaset, piringan hitam dan rekaman suara.
- b. *Visual Aids*, yaitu alat bantu/media yang dapat dilihat saja, tidak ada suara. Contohnya film slide, foto, transparansi, gambar dan berbagai bentuk bahan yang dicetak seperti media grafis.
- c. *Audio visual*, yaitu alat bantu/media berupa suara dan gambar yang dapat di lihat. Contohnya rekaman video, berbagai ukuran film, slide suara. Kemampuan alat bantu ini lebih baik dan menarik.

B. Media Desain Produk

Desain produk merupakan proses untuk menciptakan jalan keluar dari suatu permasalahan kesehatan. Media desain produk sebagai alat bantu promosi kesehatan dapat dibuat dalam berbagai bentuk yaitu:

1. Media Cetak

Media cetak sering digunakan untuk promosi kesehatan karena memiliki kelebihan tahan lama, mudah dibawa ke mana-mana, biaya yang murah, tidak membutuhkan listrik, mencakup banyak orang, mempermudah pemahaman, dan mengutamakan pesan-pesan visual. Terdiri dari poster, gambar, kata, dan foto. Beberapa jenis media cetak diantaranya:

a. Poster

Alat bantu poster dapat digunakan untuk promosi kesehatan dalam menyampaikan suatu informasi, saran atau ide-ide tertentu, sehingga dapat merangsang keinginan yang melihatnya untuk melaksanakan isi pesan tersebut. Poster terdiri dari perpaduan tulisan dan gambar yang mengandung pesan. Poster harus memiliki ciri-ciri sebagai berikut;

- 1) Orang yang melihat poster mudah mengingat kandungan pesan.
- 2) Sebuah poster mengandung pesan tunggal, dalam bentuk yang sederhana dan menarik perhatian.
- 3) Poster ditempelkan pada tempat yang strategis dan dimana saja.
- 4) Mudah dibaca dalam waktu yang singkat.

Kelebihan poster

Sebagai media promosi kesehatan dapat meningkatkan kesadaran, kepercayaan sikap masyarakat terhadap kesehatan. Poster sebagai sumber media informasi menjadi pengarah.

Kekurangan poster

Poster terbatas diberikan kepada audience yang dapat melihat saja. Karena diletakkan dimana saja tempat umum poster lebih mudah rusak akibat cuaca dan tangan usil.

b. Leaflet

Leaflet adalah alat bantu promosi kesehatan yang berbentuk selembar kertas, yang di dalamnya terdapat pesan yang berisi tulisan dan gambar tentang sebuah topik yang disampaikan kepada audience atau pembaca. *Leaflet* dapat menjelaskan dirinya sendiri tanpa harus difasilitasi dengan menggunakan tenaga pendidik dalam menjelaskan isi *leaflet*. *Leaflet* hendaknya dibuat sebaik mungkin dengan ketentuan tulisan di dalam *leaflet* mudah dipahami oleh semua orang, sehingga dapat menjelaskan informasi kepada masyarakat dan meningkatkan motivasi

masyarakat untuk melakukan perilaku yang baik. *Leaflet* dapat disebarluaskan melalui kegiatan pameran, pertemuan, pelatihan, seminar dan lainnya. *Leaflet* biasanya terdiri dari 200-400 huruf dengan ukuran 20x30 cm berisi tulisan cetak dan gambar-gambar.

Ketentuan dalam pembuatan *leaflet* yaitu:

- 1) Tentukan kelompok sasaran.
- 2) Tuliskan tujuan.
- 3) Tentukan secara singkat hal-hal yang mau ditulis.
- 4) Kumpulkan subjek yang akan disampaikan.
- 5) Buat garis-garis besar cara penyampaian pesan.
- 6) Tentukan bentuk tulisan, gambar dan tata letaknya.
- 7) Tentukan konsepnya.

Kelebihan Leaflet

Leaflet dipakai sebagai media promosi kesehatan, dapat disimpan dalam waktu yang lama, bila lupa akan **dapat** dilihat kembali, dapat dijadikan rujukan, jangkauan jauh, dapat dicetak ulang bila diperlukan lagi, dan isi informasi dapat dipercaya karena dicetak oleh instansi yang berwenang.

Kekurangan Leaflet

Leaflet bila tulisan terlalu kecil dan susunannya kurang **menarik** maka orang enggan untuk menyimpannya dan orang akan malas membacanya. *Leaflet* juga tidak bisa digunakan pada orang yang tidak bisa membaca.

c. Kartu Bergambar

Kartu bergambar disebut juga *flashcard* yaitu sejumlah kertas tebal yang berukuran 25x30 cm berfungsi menyampaikan sesuatu pesan tertentu. Pada bagian depan kartu berisi gambar-gambar agar dapat dilihat audience sedangkan bagian belakang berisi tulisan-tulisan, keterangan gambar yang harus dibacakan oleh orang yang menggunakannya.

Kelebihan kartu bergambar

Kartu bergambar dapat digunakan dengan sasaran 30 orang, mudah dibawa kemana-mana, bisa disimpan lama, dapat dipakai berulang-ulang kali.

Kekurangan kartu bergambar

Kartu bergambar hanya dapat digunakan pada audience yang dapat melihat saja. Dalam pembuatannya membutuhkan ahli grafis dan biaya yang relatif mahal.

d. Media Cerita Bergambar (Komik)

Media cerita bergambar atau komik merupakan bentuk kartun dan berkarakter dan menerapkan cerita berurutan yang ada hubungannya dengan gambar dan dirancang untuk memberikan hiburan kepada para pembaca. Komik dalam promosi kesehatan berfungsi menyampaikan pesan pembelajaran yang disampaikan secara jelas, runtut dan menarik.

Kelebihan media cerita bergambar (komik)

Media cerita bergambar mengandung unsur visual dan cerita yang kuat. Ekspresi yang divisualisasikan membuat pembaca terlibat secara emosional sehingga pembaca untuk terus membacanya hingga selesai. Secara empirik siswa cenderung lebih menyukai buku bergambar, yang penuh warna dalam bentuk realistis maupun kartun. Media cerita bergambar atau komik memiliki sifat yang sederhana dalam penyajiannya dan umumnya menggunakan bahasa verbal dan nonverbal.

Kekurangan cerita bergambar (komik)

Dalam mendesainnya membutuhkan keterampilan khusus biaya yang mahal, dan *audience* malas membaca media lainnya yang tidak bergambar.

e. Flipchart

Flipchart adalah lembar balik yang berisi gambar dan tulisan yang menjelaskan suatu permasalahan kesehatan. Bentuknya seperti album atau kalender, dengan ukuran 50x75 cm yang disatukan pada bagian atasnya. Lembar depan untuk audience berisi gambar permasalahan

sedangkan lembar belakang berisi penjelasan berkaitan dengan gambar tersebut.

Kelebihan flipchart

Flipchart dapat menyajikan pesan secara ringkas, dapat memfokuskan perhatian dari audience, dapat digunakan dalam ruangan atau di luar ruangan dan tidak membutuhkan arus listrik. Bahan pembuatan nya relatif murah dan mudah dibawa ke mana-mana.

Kekurangan flipchart

Pembuatan *flipchart* membutuhkan tenaga waktu dan biaya yang besar dan kurang sesuai untuk audience yang banyak.

2. Media Elektronik

a. Film dan Video

Film merupakan gambar hidup dan sering disebut juga sinema. Film dapat menggambarkan suatu proses secara tepat dan dapat disaksikan secara berulang-ulang jika dianggap perlu. Dapat digunakan pada kelompok besar maupun kelompok kecil, film merupakan salah satu bentuk media audio visual. Film dapat mempengaruhi perilaku sosial dalam masyarakat, tentunya sesuai dengan pesan apa yang didapat dari sebuah film yang mereka nikmati. Dalam pembuatan film pesan yang disampaikan dari pembuat film kepada masyarakat luas memiliki sebuah pesan tertentu, baik pesan tersebut bersifat verbal maupun nonverbal sesuai dengan jenis film yang diciptakan oleh para pembuatnya.

Video merupakan alat bantu yang sangat efektif untuk membantu proses pembelajaran. Baik pembelajaran massal, individual maupun kelompok. Ukuran tampilan video sangat fleksibel dan dapat diatur sesuai dengan kebutuhan, yaitu dengan cara mengatur jarak antara layer untuk tampilan dengan alat pemutar kaset (*video player*). Video merupakan bahan ajar non cetak yang kaya informasi dan tuntas karena dapat langsung ke hadapan audience secara langsung.

Kelebihan film/video

Sangat bagus untuk menerangkan suatu proses, dapat menampilkan kembali masa lalu dan menyajikan kembali kejadian sejarah yang lampau, dapat mengembara dari suatu negara ke negara yang lain. Dapat menggunakan teknik-teknik warna, gerak lambat, animasi untuk menampilkan butir-butir tertentu, sehingga memikat perhatian, lebih realistis, dapat diulang-ulang atau dihentikan sesuai kebutuhan.

Kekurangan film/video

Biaya produksinya relatif mahal, tidak dapat mencapai semua tujuan pembelajaran, memerlukan ruangan gelap dan listrik. Memerlukan peralatan yang mahal dan kompleks, partisipasi kurang diperhatikan.

b. Radio

Radio merupakan media elektronik dengan memanfaatkan gelombang pemancar untuk penerimaanya. Radio diperuntukkan untuk orang banyak dengan memanfaatkan audio untuk pendengarnya dengan memberi informasi, menghibur, mendidik dan persuasi. Radio memiliki jangkauan pesan yang sangat luas tergantung kekuatan daya pancar yang dimiliki. Radio sebagai media promosi kesehatan dapat menjadi sarana penyampaian informasi kesehatan dari satu pihak kepada pihak lainnya.

3. Media Papan

a. Billboard (Media Papan)

Billboard merupakan poster reklame dengan ukuran yang lebih besar yang diletakkan tinggi di tempat tertentu yang ramai dilalui orang. Berbentuk bidang dengan bahan terbuat dari kayu, logam fiberglas, kain, kaca, plastik yang pemasangannya berdiri sendiri, menempel bangunan dengan konstruksi tetap dan reklame tersebut bersifat permanen. Papan iklan di atas toko pun masuk kategori *billboard*

b. Banner (Baliho)

Adalah media cetak dengan print digital yang umumnya berbentuk portrait atau vertical. Fungsi banner sebagai media informasi dengan meletakkan banner pada tempat yang strategis dan sering dilihat masyarakat umum sebagai identitas ciri khas website sehingga pengunjung lebih mudah mengingatnya..

Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar. Tetapi harus diingat bahwa alat ini tidak dapat berfungsi sebagai alat belajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan keterampilan dalam memilih dan menggunakan alat peraga secara tepat sehingga akan mendapatkan hasil yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, Aat. (2014) Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Deepublish.
- Arsyad, Azhar. (2009) Media Pembelajaran. Jakarta: RajaGrafindo Persada
- Daryanto. (2016) Media Pembelajaran. Yogyakarta: Gava Media
- Kholid, Ahmad. (2018) Promosi Kesehatan Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya (Untuk Mahasiswa dan Praktisi Kesehatan). Depok: Rajawali Pers
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007) Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010) Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Siregar, Apriadi, P. Harahap, Agustina R dan Aidha, Zuhriana (2020) Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori Dan Aplikasi. Jakarta: Kencana.
- Subargus, Amin. (2011) Promosi Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sanjaya, Wina (2012) Media Komunikasi Pembelajaran. Jakarta: Kencana.
- <https://www.kompasiana.com/intanrahmawati6793/6153fc5201019002600939f2/pentingnya-teori-kerucut-pengalaman-edgare-dale-dalam-memilih-media-pembelajaran-bagi-guru-sekolah-dasar>

BAB 4

ETIKA PROMOSI KESEHATAN

Lilis Suryani, S.ST., M.KM

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi pendidikan kesehatan pada masa lalu, dimana dalam konsep promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat dalam bidang kesehatan saja, melainkan juga upaya bagaimana mampu menjembatani adanya perubahan perilaku seseorang (Nurmala I, Rahman F, 2018).

Untuk mewujudkan perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat hidup sehat tidak mudah diwujudkan, perlu adanya kepercayaan dan dukungan dari seluruh masyarakat. Untuk mencapai program promosi kesehatan diperlukan pendekatan melalui strategi komunikasi untuk mendorong orang mengadopsi praktik kesehatan yang direkomendasikan (Rachamawati, 2019).

Dalam proses komunikasi kadang menimbulkan berbagai masalah etika terkait strategi persuasif dan pengaruh yang digunakan. Untuk itu sebagai tenaga kesehatan atau promotor kesehatan perlu pemahaman lebih mendalam tentang etika dalam melakukan promosi kesehatan (Tamrin, 2023).

B. Pengertian Etika Promosi Kesehatan

Etika artinya moral, yang berasal dari bahasa latin mos (jamak: mores) yang berarti juga kebiasaan, adat. Dalam bahasa inggris yang banyak bahasa lain, termasuk bahasa indonesia, kata mores masih digunakan dalam arti yang sama. Jadi

etimologi kata “etika” sama dengan etimologi kata “moral”, karena keduanya berasal dari kata yang berarti kebiasaan, hanya bahasa asalnya saja berbeda, etika berasal dari bahasa Yunani, sedangkan moral berasal dari bahasa Latin (Abadi, Totok, 2016).

Promosi kesehatan adalah ilmu dan seni membantu masyarakat mencapai kesehatan yang lebih baik. Kesehatan yang optimal diartikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosional, sosial, spiritual dan intelektual. Bukan hanya perubahan hidup, tetapi juga perubahan lingkungan yang seharusnya lebih baik untuk mengambil keputusan yang baik (Milah, Ana, 2022).

Dapat disimpulkan bahwa perilaku promosi kesehatan merupakan suatu proses atau nilai yang menjadi dasar pencegahan perilaku petugas kesehatan dalam promosi kesehatan. Etika promosi kesehatan dapat mempengaruhi keberhasilan petugas kesehatan dalam menyampaikan pesan dan ajakan kepada masyarakat agar masyarakat mau mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang tidak sehat. Namun juga menjaga perilaku atau kesehatan yang baik untuk menjaga kesehatan.

C. Lingkup Etika Promosi Kesehatan

Etika kesehatan mencakup penilaian terhadap gejala kesehatan baik yang disetujui maupun tidak disetujui, serta mencakup rekomendasi bagaimana bersikap/bertindak secara pantas dalam bidang kesehatan.

1. Kesehatan masyarakat terutama harus membahas penyebab dasar penyakit dan persyaratan untuk kesehatan, yang bertujuan untuk mencegah hasil kesehatan yang merugikan.
2. Kesehatan masyarakat harus mencapai kesehatan masyarakat dengan cara yang menghormati hak-hak individu dalam masyarakat.
3. Kebijakan kesehatan masyarakat, program, dan prioritas harus dikembangkan dan dievaluasi melalui proses yang menjamin kesempatan untuk masukan dari anggota Masyarakat.

4. Kesehatan masyarakat harus mengadvokasi dan bekerja untuk pemberdayaan dari pemuda anggota masyarakat, yang bertujuan untuk memastikan bahwa sumber daya dasar dan kondisi diperlukan untuk kesehatan dapat diakses oleh semua.
5. Kesehatan masyarakat harus mencari informasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan kebijakan yang efektif dan program yang melindungi dan mempromosikan kesehatan.
6. Institusi kesehatan umum harus menyediakan masyarakat dengan informasi yang mereka miliki yang diperlukan untuk keputusan tentang kebijakan atau program-program dan harus mendapatkan persetujuan masyarakat untuk pelaksanaannya.
7. Lembaga kesehatan publik harus bertindak secara tepat waktu pada informasi yang mereka miliki dalam sumber daya dan mandat yang diberikan kepada mereka oleh Masyarakat.
8. Program kesehatan umum dan kebijakan harus menggabungkan berbagai pendekatan yang mengantisipasi dan menghormati nilai-nilai yang beragam, keyakinan, dan budaya dalam masyarakat.
9. Program kesehatan umum dan kebijakan harus dilaksanakan dengan cara yang paling meningkatkan lingkungan fisik dan sosial.
10. Lembaga kesehatan publik harus melindungi kerahasiaan informasi yang dapat membawa kerugian bagi individu atau komunitas jika dibuat publik. Pengecualian harus dibenarkan.
11. Atas dasar kemungkinan tinggi membahayakan signifikan terhadap individu atau orang lain.
12. Lembaga kesehatan publik harus memastikan kompetensi profesional karyawan mereka. Institusi kesehatan umum dan karyawan mereka harus terlibat dalam kolaborasi dan afiliasi dengan cara yang membangun kepercayaan publik dan efektivitas lembaga (Nuryani, Dina Dwi, 2023)

D. Etika Dalam Promosi Kesehatan

Langkah-langkah dalam etika promosi kesehatan dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Analisa Masalah Kesehatan dan Perilaku

a. Identifikasi Masalah

Ada 4 hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan identifikasi masalah di masyarakat, yaitu sebagai berikut:

- 1) Latar Belakang Masyarakat
 - a) Letak geografis (iklim, keadaan tanah, lokasi)
 - b) Mata pencaharian (petani, nelayan, buruh, karyawan)
 - c) Karakteristik demografi (pendidikan, social budaya, sosial ekonomi, agama)
 - d) Perilaku kesehatan masyarakat (kebiasaan merokok, kebiasaan buang air besar)
- 2) Status kesehatan masyarakat dapat dilihat dari jumlah kematian, kelahiran, fertilitas, kesakitan/ morbidity yang diakibatkan penyakit menular maupun non tidak menular)
- 3) Sistem layanan kesehatan masyarakat, meliputi ketersediaan tenaga kesehatan, sarana prasarana pelayanan kesehatan serta akses ke tempat pelayanan kesehatan.
- 4) Sistem sosial masyarakat yang ada di masyarakat seperti, peran serta masyarakat, organisasi sosial maupun keagamaan.

b. Menetapkan masalah dan Prioritas Masalah

- 1) Langkah-langkah
 - a) Tentukan status kesehatan
 - b) Tentukan pola pelayanan kesehatan
 - c) Tentukan hubungan antar status dan pelayanan kesehatan
 - d) Tentukan determinan kesehatan
- 2) Hal yang perlu dipertimbangkan
 - a) Beratnya masalah
 - b) Akibat yang ditimbulkan
 - c) Besarnya masalah

- d) Aspek politis
- e) Sumber daya yang ada di masyarakat
- 3) Sumber Dana
 - a) Dokumen
 - b) Langsung dari masyarakat
 - c) Petugas lapangan
 - d) Tokoh masyarakat formal dan informal
- 4) Cara Pengumpulan Data
 - a) Key informant approach (FGD, in depth interview)
 - b) Community form approach (forum diskusi)
 - c) Sample survey approach (wawancara dan observasi) (Hikmawati, 2011).

2. Menetapkan Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kesiapan dan kemampuan setiap individu untuk hidup sehat guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang terbaik dengan mewujudkan masyarakat, bangsa, dan negara Indonesia yang penduduknya hidup dalam kebiasaan sehat. dan kesehatan lingkungan. lingkungan yang sehat, mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan yang baik, adil dan akurat, serta mempunyai derajat kesehatan yang terbaik di seluruh Indonesia.

Komunikasikan kepada masyarakat bagaimana gaya hidup mereka dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat, pastikan informasinya dapat dipahami, hingga membantu masyarakat mengidentifikasi nilai dan sikap sehingga dapat hidup sehat (Suharto Agung, 2018)

3. Menetapkan Sasaran

Ada beberapa sasaran di dalam etika promosi kesehatan, yaitu:

a. Sasaran Primer

Sasaran primer meliputi individu yang sehat dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat. Masyarakat pada

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

b. Sasaran Sekunder

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat di sekitarnya. Di samping itu, dengan perilaku sehat para tokoh masyarakat sebagai hasil pendidikan kesehatan yang diterima, maka para tokoh masyarakat ini akan memberikan contoh atau acuan perilaku sehat bagi masyarakat sekitarnya. Upaya promosi kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini adalah sejalan dengan strategi dukungan sosial (social support).

c. Sasaran Tersier

Sasaran tersier meliputi para pembuat kebijakan publik yang membuat peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang di luar kesehatan yang berkaitan serta para penyedia sumber daya. (Rachamawati, 2019)

4. Menetapkan Pesan Pokok

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

- a. Program perilaku dan pemberdayaan masyarakat.
- b. Program lingkungan sehat.
- c. Program upaya kesehatan.
- d. Program pengembangan sumber daya kesehatan.
- e. Program pengawasan obat, makanan dan obat berbahaya.
- f. Program kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan.
- g. Program pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

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

- a. Program kebijakan kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan hukum kesehatan.
- b. Program perbaikan gizi.
- c. Program pencegahan penyakit menular, termasuk imunisasi.
- d. Program peningkatan perilaku hidup sehat dan kesehatan mental.
- e. Program lingkungan pemukiman, air dan sehat.
- f. Program kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.
- g. Program kesehatan dan keselamatan kerja.
- h. Program anti-tembakau, alkohol, dan madat.
- i. Program pengawasan obat, bahan berbahaya, makanan, dan minuman.
- j. Program pencegahan kecelakaan, rudapaksa, dan keselamatan lalu lintas. (Sukowati Supratman, 2003)

5. Menetapkan Metode dan Saluran Komunikasi

Merancang program komunikasi untuk mempengaruhi orang lain baik individu atau masyarakat dibutuhkan metode yang tepat guna mencapai perubahan perilaku. Materi harus disesuaikan dengan sasaran.

Demikian juga alat bantu promosi kesehatan. Untuk sasaran kelompok, maka metodenya harus berbeda dengan sasaran masa dan sasaran individual. (Hikmawati, 2011).

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

- a. Metode promosi kesehatan individual/ perorangan bisa dalam bentuk wawancara (Interview), bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling). Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas relative lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).
- b. Metode promosi kesehatan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran promosi kesehatan. Yang dimaksud kelompok besar adalah apabila peserta promosi lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar. Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang, biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain: diskusi kelompok, curah pendapat (brainstorming), bola salju (snow balling), kelompok-kelompok kecil (buzz group), memainkan peran (role play), permainan simulasi (simulation game).
- c. Metode promosi kesehatan massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran promosi kesehatan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pada umumnya bentuk pendekatannya massa ini tidak langsung. Biasanya

dengan menggunakan atau melalui media massa bahkan media sosial yang sedang menjadi trend saat ini. (Suharto Agung, 2018)

6. Menetapkan Kegiatan Operasional

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

- a. Pendidikan tentang masalah kesehatan umum, cara pencegahan, dan pemberantasannya
- b. Peningkatan persediaan pangan dan kecukupan gizi.
- c. Penyediaan air minum dan sanitasi dasar.
- d. Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana.
- e. Imunisasi.
- f. Pengobatan dan pengadaan obat.
- g. Pengutamaan upaya kesehatan promotif dan upaya kesehatan preventif.
- h. Pelayanan kesehatan perorangan yang sesuai kebutuhan.
- i. Dukungan sumber daya kesehatan.
- j. Misi pembangunan kesehatan.
- k. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan.
- l. Untuk dapat terwujudnya Indonesia Sehat, para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya. Oleh karena itu, seluruh elemen dari sistem kesehatan nasional.
- m. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
- n. Perilaku sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.
- o. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.

- p. Salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak hanya berada di tangan pemerintah, melainkan mengikutsertakan masyarakat dan potensi swasta.
- q. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya.
- r. Untuk terselenggaranya tugas penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah bersifat promotif dan preventif, didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif.
- s. Strategi pembangunan nasional harus berdasarkan pada kebijakan nasional, mencakup garis besar kegiatan di mana semua sektor yang terlibat untuk mewujudkan kebijaksanaan tersebut. Beberapa hal penting yang harus diterapkan adalah: pembangunan berwawasan kesehatan.
- t. Setiap program pembangunan nasional yang diselenggarakan di Indonesia harus memberikan kontribusi positif terhadap kesehatan, yaitu terbentuknya lingkungan sehat dan pembentukan perilaku sehat.

7. Menetapkan Pemantauan dan Evaluasi

- a. Memperkenalkan kepada masyarakat gagasan dan teknik perilaku program promosi higiene Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), yang merupakan pendekatan terencana untuk mencegah penyakit, diare melalui pengadopsian perubahan perilaku oleh masyarakat secara meluas. Program ini dimulai dari apa yang diketahui, diinginkan, dan dilakukan masyarakat. Perencanaan suatu program promosi higiene untuk masyarakat dilakukan berdasarkan jawaban atau pertanyaan di atas atau bekerja sama dengan pihak yang terlibat, untuk itu diperlukan pesan-pesan sederhana, positif, dan menarik

yang dirancang untuk dikomunikasikan lewat sarana lokal, seperti poster dan leaflet.

- b. Mengidentifikasi perubahan perilaku masyarakat, dalam tahap ini akan dilakukan identifikasi perilaku berisiko melalui pengamatan terstruktur. Sehingga dapat ditentukan cara pendekatan baru terhadap perbaikan hygiene sehingga diharapkan anak-anak terhindar dari lingkungan yang terkontaminasi.
- c. Memotivasi perubahan perilaku masyarakat, langkah-langkah untuk memotivasi orang mengadopsi perilaku hygiene termasuk memilih beberapa perubahan perilaku yang diharapkan dapat diterapkan.
- d. Mencari tahu apa yang dirasakan oleh kelompok sasaran mengenai perilaku tersebut melalui diskusi terfokus, wawancara, dan melalui uji coba perilaku.
- e. Membuat pesan yang tepat sehingga sasaran mau melakukan perubahan perilaku.
- f. Menciptakan sebuah pesan sederhana, positif, dan menarik berdasarkan apa yang disukai kelompok sasaran (Candrawati et al., 2023).

8. Hubungan dengan Klien

Tenaga kesehatan masyarakat berhubungan erat dengan klien/masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan pentingnya peran tenaga kesehatan masyarakat dalam mengubah perilaku masyarakat menuju hidup bersih dan sehat.

Program promosi perilaku hidup bersih dan sehat yang biasa dikenal PHBS/promosi hygiene merupakan pendekatan terencana untuk mencegah penyakit menular yang lain melalui pengadopsian perubahan perilaku oleh masyarakat luas. Program ini dimulai dengan apa yang diketahui, diinginkan, dan dilakukan masyarakat setempat dan mengembangkan program berdasarkan informasi tersebut (Curtis, dkk., 1997; UNICEF, WHO, Bersih, Sehat dan Sejahtera).

Program promosi PHBS harus dilakukan secara profesional oleh individu dan kelompok yang mempunyai kemampuan dan komitmen terhadap kesehatan masyarakat serta memahami tentang lingkungan dan mampu melaksanakan komunikasi, edukasi, dan menyampaikan informasi secara tepat dan benar yang sekarang disebut dengan promosi kesehatan.

Tenaga kesehatan masyarakat diharapkan mampu mengambil bagian dalam promosi PHBS sehingga dapat melakukan perubahan perilaku masyarakat untuk hidup berdasarkan PHBS. Tenaga kesehatan masyarakat telah mempunyai bekal yang cukup untuk dikembangkan dan pada waktunya disumbangkan kepada masyarakat di mana mereka bekerja (Candrawati et al., 2023).

9. Kepedulian dengan Determinan Sosial dan Hubungan Kesehatan

Perilaku adalah resultan antar stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor-faktor, baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan (Pakpahan, Martina, 2021). Dalam bidang perilaku kesehatan ada tiga teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan, yaitu:

a. Teori Lawrence Green

Ada dua determinan masalah kesehatan tersebut yaitu behavioral faktor (faktor perilaku) dan nonbehavioral faktor (faktor non-perilaku). Dan faktor tersebut ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu:

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

- 2) Faktor-faktor pemungkin, yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan.
 - 3) Faktor-faktor penguat, yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku.
- b. Teori Snehandu B. Karr
- Mengidentifikasi adanya lima determinan perilaku, yaitu:
- 1) Adanya niat (intention) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus di luar dirinya.
 - 2) Adanya dukungan dari masyarakat sekitar (social support).
 - 3) Terjangkaunya informasi, yaitu tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang.
 - 4) Adanya otonomi atau kebebasan pribadi untuk mengambil keputusan.
 - 5) Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan

c. Teori WHO

Ada empat determinan, yaitu:

- 1) Pemikiran dan perasaan, yaitu merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku.
- 2) Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai.
- 3) Sumber daya yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.
- 4) Sosial budaya merupakan faktor eksternal untuk terbentuknya perilaku seseorang. (Adjunct., 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, Totok, W. (2016). Aksiologi: Antara Etika, Moral, dan Estetika. *Kanal (Jurnal Ilmu Komunikasi)*, 4, 187–204. <http://ojs.umsida.ac.id/index.php/kanal>
- Adjunct., M. (2021). *Promosi Kesehatan*. Rajawali Pers.
- Candrawati, R. D., Wiguna, P. K., Malik, M. F., Nurdiana, A., Salbiah, Runggandini, S. A., Yanti, I., Jamaluddin, Setiawati, R., Marlina, R., Suryani, L., Isnani, T., Iswono, Bagiastra, I. N., & Salman. (2023). *Promosi Dan Perilaku Kesehatan*.
- Hikmawati, I. (2011). *Promosi Kesehatan Kebidanan*. Nuha Medika.
- Milah, Ana, S. (2022). *Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan dalam Keperawatan*. Edu Publisher. <http://repository.unigal.ac.id>
- Nurmala I, Rahman F, N. A. et al. (2018). *Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press.
- Nuryani, Dina Dwi, dkk. (2023). *Promosi Kesehatan (Untuk Mahasiswa Farmasi)*. Tahta Media Group.
- Pakpahan, Martina, D. (2021). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis. <https://repository.uin-alauddin.ac.id/>
- Rachamawati, W. C. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Wineka Media.
- Suharto Agung. (2018). Modul ajar. In *Modul Ajar Promosi Kesehatan*. Prodi Kebidanan Magetan.
- Sukowati Supratman. (2003). Peran Tenaga Kesehatan Masyarakat dalam Mengubah Perilaku Masyarakat Menuju Hidup Bersih dan Sehat. *Media Litbang Kesehatan*, XIII.
- Tamrin, dkk. (2023). *Promosi Kesehatan*. Eureka Media Aksara. <https://repository.penerbiteureka.com>

BAB 5

KOMUNIKASI RISIKO & HEALTH EDUCATION

DR. Susiana Nugraha, SKM., MN

A. Pendahuluan

Saat ini dunia sudah mengalami banyak perubahan akibat globalisasi. Kemajuan teknologi, transportasi dan telekomunikasi mendorong terjadinya globalisasi dunia termasuk Indonesia. Dampak dari globalisasi adalah terbentuknya hubungan saling membutuhkan antar negara sehingga meningkatkan risiko munculnya berbagai ancaman bahaya termasuk ancaman bahaya kesehatan (Kemenkes RI, 2021).

Indonesia adalah negara yang letak geografis dan kondisi demografisnya rentan terhadap berbagai ancaman terjadinya krisis kesehatan, diantaranya yang bersumber dari faktor alam maupun non-alam. Kondisi ini menuntut upaya meningkatkan ketahanan dalam penanggulangan krisis kesehatan (Kemenkes RI, 2017). Kesenjangan utama dalam mengatasi ancaman krisis kesehatan terletak pada kesiapsiagaan dan respons (Kemenkes RI, 2021). Kelompok yang selalu menjadi korban ketika ancaman krisis kesehatan terjadi adalah masyarakat. Oleh karena itu, masyarakat perlu melakukan upaya dalam meningkatkan pemahaman dan keterampilan, agar lebih erdaya dan mampu memilih tindakan pencegahan maupun penanganan secara benar. Upaya tersebut diantaranya menyiapkan dan mengembangkan komunikasi risiko sebelum, saat terjadi, dan sesudah terjadi ancaman risiko bahaya (Kemenkes RI, 2021).

B. Komunikasi Risiko

Komunikasi adalah proses pertukaran gagasan, pemikiran, ide, pengetahuan dan informasi antara dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan yang sama. Komunikasi merupakan kebutuhan yang mutlak dalam kehidupan manusia dan paling sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari (Milyane et al., 2022).

Risiko adalah suatu kemungkinan yang dapat menyebabkan kerugian jika tidak dilakukan pencegahan dengan baik (Rustam, 2017). Risiko merupakan hasil interaksi antara alam dan manusia terkait bahaya baik bahaya bencana, keterpaparan, kerentanan, dan kapasitas (Kemenkes RI, 2021).

Komunikasi risiko adalah pertukaran informasi, saran dan pendapat secara *real-time* atau di waktu sebenarnya antara para ahli, tokoh masyarakat, pejabat dan orang-orang yang berisiko. Komunikasi risiko yang efektif memungkinkan kelompok berisiko untuk memahami dan mengadopsi perilaku pencegahan dan perlindungan dalam menghadapi krisis kesehatan, krisis kemanusiaan dan bencana alam. Hal ini memungkinkan pihak berwenang dan ahli untuk mendengarkan dan mengatasi kekhawatiran dan kebutuhan orang sehingga saran yang diberikan relevan, terpercaya dan dapat diterima (WHO, 2017).

Fungsi komunikasi risiko adalah untuk memberikan edukasi, informasi dan saran tindakan pencegahan ancaman bahaya kepada kelompok berisiko. Komunikasi risiko merupakan bagian integral dari setiap kondisi tanggap darurat. Dalam keadaan darurat kesehatan, orang perlu tahu risiko kesehatan yang mereka hadapi dan tindakan apa yang harus dilakukan untuk melindungi diri sendiri, keluarga dan komunitas dari bahaya kesehatan yang mengancam kehidupan dan kesejahteraan mereka (WHO, 2017).

WHO mengembangkan strategi komunikasi risiko untuk Regional Asia Tenggara 2019 – 2023 yang dimaksudkan untuk mencapai kapasitas komunikasi risiko yang cukup serta menjadi kerangka dan panduan dalam menyiapkan strategi komunikasi

risiko nasional sesuai situasi, kondisi, dan budaya negara masing-masing (Kemenkes RI, 2021).



Gambar 5. 1 Strategi Komunikasi Risiko untuk Kedaruratan Kesehatan Masyarakat di Regional Asia Tenggara
Sumber: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

C. Prinsip-Prinsip Komunikasi Risiko

Komunikasi risiko berfungsi untuk memberikan informasi tentang potensi risiko kesehatan kepada masyarakat, terutama kelompok berisiko, sehingga mereka dapat melakukan

tindakan pencegahan dan perlindungan kesehatan secara tepat (Kemenkes RI, 2021).

1. Kunci Komunikasi Risiko

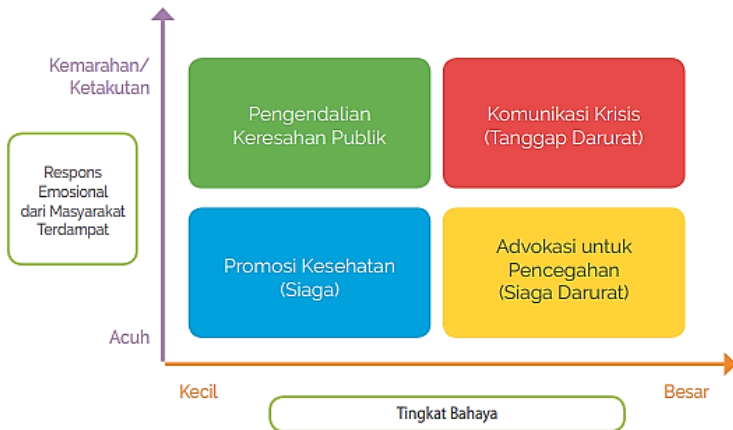
Berikut merupakan konsep kunci dalam perencanaan strategi komunikasi risiko:

- a. Persepsi terhadap risiko berdasarkan emosi dan budaya
- b. Komunikasi risiko harus disesuaikan dengan konteks di masyarakat berdasarkan pengalaman mereka sendiri
- c. Penting untuk melibatkan pimpinan komunitas baik formal maupun nonformal
- d. Perubahan perilaku dalam kesehatan adalah sebuah proses sehingga perlu pendekatan komunikasi secara berulang dan terus menerus melalui berbagai media
- e. Komunikasi risiko perlu menarik hati dan nurani

Menurut WHO, terdapat 5 prinsip komunikasi risiko yaitu kepercayaan, transparansi, mengumumkan lebih awal, mendengarkan, dan merencanakan. Komunikasi risiko dalam penanggulangan krisis kesehatan harus direncanakan berdasarkan fakta-fakta empiris dan ilmiah agar mencapai hasil yang optimal (Kemenkes RI, 2021).

Komunikasi risiko sering tertukar dengan komunikasi krisis, padahal dalam penerapannya komunikasi risiko dilakukan sebelum, saat dan setelah ancaman bahaya. Sedangkan komunikasi krisis dilakukan khusus pada saat krisis atau kondisi darurat bahaya sedang terjadi (Kemenkes RI, 2021).

Respons emosional dari masyarakat akan lebih tinggi saat menghadapi risiko. Sehingga Peter Sandman, pakar komunikasi risiko internasional, mengusulkan empat skenario komunikasi risiko dalam menghadapi krisis kesehatan (Sandman, 2012).



Gambar 5. 2 Strategi Komunikasi Risiko Menghadapi Krisis Kesehatan

Sumber: (Kemenkes RI, 2021), (Sandman, 2012)

2. Unsur-Unsur Penting dalam Komunikasi Kesehatan

a. Ketepatan Informasi dan Kecepatan Penyampaian

Lembaga yang pertama kali memberikan informasi akan dianggap sebagai sumber informasi utama, sehingga informasi yang disampaikan harus tepat dan akurat sesuai dengan fakta dan data, agar dapat mempertahankan kredibilitas.

b. Empati dan Keterbukaan

Informasi yang disampaikan harus dapat dipercaya, jujur, terbuka dan dapat dipertanggungjawabkan serta pemberi pesan perlu menunjukkan ketulusan, kepedulian, komitmen dan dedikasi agar empati bisa dirasakan oleh publik.

3. Metode Intervensi Perilaku

Salah satu cara untuk mengubah perilaku adalah dengan 3E yaitu *education*, *engineering*, dan *enforcement*. Metode 3E ini merupakan kombinasi pendekatan yang dilakukan untuk mempengaruhi perubahan perilaku sasaran.

- a. *Education* yaitu upaya mendidik kelompok sasaran melalui penyampaian pesan dan informasi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang adanya risiko ancaman bahaya.
- b. *Engineering* yaitu rekayasa dalam konteks pencegahan dan pengendalian ancaman bahaya.
- c. *Enforcement* yaitu penegakkan hukum atau aturan terhadap ketentuan yang telah ditetapkan pemerintah seperti pemberian sanksi agar diperoleh pembelajaran dan efek jera bagi masyarakat yang melanggar.

D. Manajemen Komunikasi Risiko

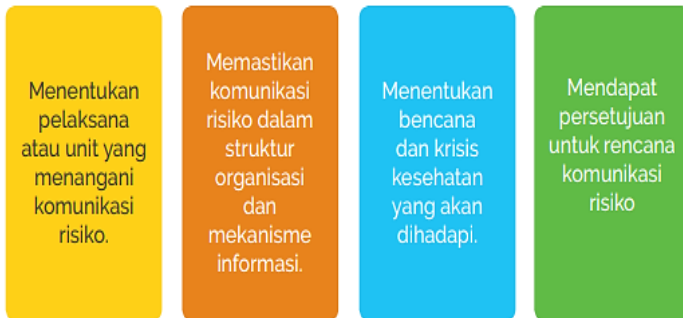
Dalam penanggulangan krisis kesehatan, perlu adanya pengetahuan tentang situasi kesehatan secara keseluruhan agar dapat membuat perencanaan dan pelaksanaan komunikasi risiko yang efektif.

1. Situasi Kebencanaan dan Kesehatan di Indonesia

- a. Situasi kebencanaan: Indonesia merupakan negara yang rentan terhadap bencana, baik bencana alam, bencana sosial maupun bencana non-alam yang semuanya dapat menimbulkan tantangan yang unik dan berdampak terhadap kesehatan masyarakat.
- b. Situasi kesehatan: Indonesia telah mengalami berbagai kasus krisis kesehatan. Selain itu, beberapa bencana alam juga telah menimbulkan kejadian luar biasa di bidang Kesehatan. Saat ini, Indonesia menghadapi beban ganda pelayanan kesehatan, yaitu dalam upaya penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular beserta dampaknya. Penanggulangan kedua jenis penyakit tersebut tidak dapat dipisahkan karena keduanya memiliki andil dalam krisis Kesehatan di Masyarakat.
- c. Ancaman krisis kesehatan akibat bencana: Setiap ancaman bahaya dapat mengakibatkan risiko yang berbeda dan jika tidak ditangani dengan benar dapat menimbulkan krisis kesehatan.

- d. Siklus Krisis Kesehatan: terdapat tiga tahap dalam siklus krisis kesehatan yaitu tahap pra krisis kesehatan, tahap tanggap darurat kesehatan dan tahap pasca krisis kesehatan.

2. Manajemen Komunikasi Risiko



Gambar 5. 3 Manajemen Risiko

E. Perencanaan Strategi Komunikasi Risiko

Perencanaan strategi komunikasi risiko sebaiknya dilakukan sebelum terjadinya krisis kesehatan. Perencanaan harus menyesuaikan dengan kebutuhan kelompok sasaran, partisipatif, responsif, dan memasukkan umpan balik dari kelompok yang terdampak.



Gambar 5. 4 Langkah-langkah Perencanaan Strategi Komunikasi Risiko

1. Analisis Situasi Komunikasi Risiko

Terdapat berbagai cara untuk mengumpulkan data dan analisis terhadap situasi yang mempengaruhi strategi komunikasi risiko, antara lain:

- Secara lengkap dan menyeluruh
- Secara cepat dan sederhana (observasi dan wawancara)
- Diskusi kelompok terfokus

Analisis situasi komunikasi risiko dapat dilakukan menggunakan berbagai cara, salah satunya dengan menggunakan analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*), analisis ini dapat membantu mengetahui kekuatan dan kelemahan serta mampu

mengidentifikasi peluang dan ancaman yang mungkin terjadi di masa mendatang.

2. Analisis Stakeholder

Stakeholder atau pemangku kebijakan adalah semua unsur yang memiliki hubungan dan kepentingan terhadap komunikasi risiko dalam upaya penanggulangan krisis kesehatan. Proses pemetaan orang yang terlibat dan memiliki kepentingan, termasuk pihak yang menolong, menangani dan terkena dampak krisis kesehatan, perlu dilakukan pada tahap awal perencanaan komunikasi risiko. Dengan membuat pemetaan dan analisis *stakeholder*, komunikasi risiko akan lebih mudah dilakukan karena dapat mengidentifikasi pemangku kepentingan yang bisa diajak kerja sama, kelompok terdampak, dan siapa yang tidak terlalu penting untuk dilibatkan.

3. Tujuan Komunikasi Risiko

Komunikasi risiko bertujuan untuk memberikan informasi tentang risiko kesehatan yang dihadapi kepada masyarakat, terutama masyarakat terdampak, agar masyarakat mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan pencegahan dan perlindungan krisis kesehatan. Untuk mempermudah pencapaian tujuan, maka tujuan komunikasi risiko harus SMART, yaitu:

- a. *Specific* : Jelas, spesifik, dan tidak terlalu umum
- b. *Measurable* : Terukur dampak keberhasilannya
- c. *Accurate* : Perilaku yang diharapkan dilakukan secara
- d. tepat oleh sasaran
- e. *Relevant* : Sesuai dengan kondisi dan kebutuhan
- f. *Time frame* : Jelas batas waktunya

4. Identifikasi Khalayak Sasaran

Khalayak sasaran adalah individu atau kelompok yang merupakan target capaian sesuai dengan prioritas masalah. Identifikasi dapat dilakukan dengan pengelompokan geografi, demografi, sosiografi dan psikografi.

5. Pengembangan Pesan Kunci

Pesan kunci adalah pesan utama yang akan dan ingin disampaikan oleh pemberi pesan agar sasaran dapat mengingat dan melaksanakannya. Berikut tips mengembangkan pesan kunci:

- a. Buat 3 point prioritas isu kesehatan yang akan disampaikan
- b. Patikan pesan utamanya
- c. Batasi informasi teknis dan data dalam pesan utama
- d. Perbarui pesan sesuai dengan perkembangan situasi bencana
- e. Pesan harus dapat meningkatkan kepercayaan dan menyentuh

6. Strategi Pendekatan Komunikasi Risiko

Agar komunikasi risiko berjalan efektif, maka perlu pendekatan yang menyeluruh dan strategis sesuai dengan tujuan. Pendekatan strategis adalah cara intervensi komunikasi risiko yang dikemas dalam suatu program untuk mencapai tujuan. Dua strategi pendekatan utama menurut WHO adalah:

- a. Komunikasi publik melalui kehumasan
- b. Pelibatan masyarakat

7. Saluran Komunikasi

Komunikasi risiko dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu:

- a. Komunikasi langsung atau tatap muka, cara ini dapat mengurangi informasi yang salah dan dapat mendengarkan kebutuhan sasaran secara langsung.
- b. Komunikasi melalui saluran dapat dilakukan melalui media cetak (koran, majalah, *leaflet*, media luar ruang), media penyiaran (televisi dan radio), dan media internet (media sosial dan *website*)

8. Merencanakan Pelatihan dan Pengembangan Kapasitas

Pelatihan diperlukan untuk meningkatkan kapasitas SDM yang akan melakukan komunikasi risiko. Berikut adalah beberapa hal yang harus dipertimbangkan yaitu:

- a. Mengadakan pelatihan sesuai kebutuhan tim komunikasi risiko tentang konsep komunikasi risiko melalui kehumasan, pelibatan masyarakat, pengenalan bencana, serta pengembangan rencana komunikasi risiko dalam rangka pencegahan, perlindungan, kesiapsiagaan, dan respons.
- b. Membuat susunan mekanisme penguatan kapasitas tim komunikasi risiko yang dilakukan secara berjenjang.

9. Merencanakan Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi perlu dilakukan agar pelaksana komunikasi risiko dapat memahami bagaimana menjalankan komunikasi risiko secara efektif.

F. Health Education

Health education atau pendidikan kesehatan merupakan bentuk komunikasi yang dirancang untuk meningkatkan literasi kesehatan, termasuk peningkatan pengetahuan dan pengembangan keterampilan hidup yang mendukung kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak hanya sebatas penyebaran informasi terkait kesehatan, tetapi juga mendorong motivasi, keterampilan, dan kepercayaan diri (efikasi diri) yang diperlukan untuk mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatan, sebagai informasi mengenai kondisi sosial, ekonomi, lingkungan yang mempengaruhi kesehatan, faktor risiko individu dan perilaku berisiko, serta penggunaan sistem perawatan kesehatan (WHO, 2012).

Kesehatan dianggap sebagai hasil interaksi antara faktor individu dan lingkungan. Pendidikan kesehatan adalah proses mendidik masyarakat tentang kesehatan dan bagaimana faktor lingkungan dapat mempengaruhi kesehatannya.

Peningkatan perilaku kesehatan dapat dilakukan pada tingkat mikro (tingkat personal), tingkat meso (tingkat organisasi, misalnya keluarga, sekolah dan tempat kerja) dan pada tingkat makro (tingkat (inter)nasional, termasuk pemerintah) (WHO, 2014). Pendidikan kesehatan merupakan salah satu metode yang digunakan dalam promosi kesehatan, dan promosi kesehatan lebih dari sekedar pendidikan kesehatan (Snelling, 2014).

Pendidikan kesehatan telah berkembang menjadi promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah kombinasi pengalaman belajar yang dirancang untuk memfasilitasi tindakan sukarela yang kondusif bagi kesehatan. Promosi kesehatan adalah kombinasi dukungan pendidikan dan lingkungan untuk tindakan dan kondisi hidup yang kondusif bagi kesehatan, termasuk pendidikan kesehatan. empat perkembangan utama lainnya yang relevan: kebutuhan akan perencanaan (*model precede-proceed*), pentingnya evaluasi, penggunaan teori ilmu sosial dan perilaku dalam pengembangan intervensi promosi kesehatan (proses Pemetaan Intervensi) (WHO, 2022). Terakhir, disajikan perkembangan terkini dalam teknologi informasi (misalnya, menjahit komputer) dan pengaruhnya terhadap promosi kesehatan.

WHO menggambarkan pendidikan kesehatan tidak terbatas pada penyebaran informasi yang berhubungan dengan kesehatan tetapi juga “menumbuhkan motivasi, keterampilan dan kepercayaan diri (efikasi diri) yang diperlukan untuk mengambil tindakan guna meningkatkan kesehatan”, serta “komunikasi informasi mengenai kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan yang berdampak pada kesehatan, serta faktor risiko individu dan perilaku berisiko, dan penggunaan sistem layanan kesehatan” (WHO, 2014). Oleh karena itu, tujuan umum pendidikan kesehatan tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan tentang perilaku kesehatan pribadi tetapi juga untuk mengembangkan keterampilan yang “menunjukkan kelayakan politik dan kemungkinan organisasi dari berbagai

bentuk tindakan untuk mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan di bidang sosial, ekonomi dan lingkungan.

1. Komponen dalam pendidikan kesehatan

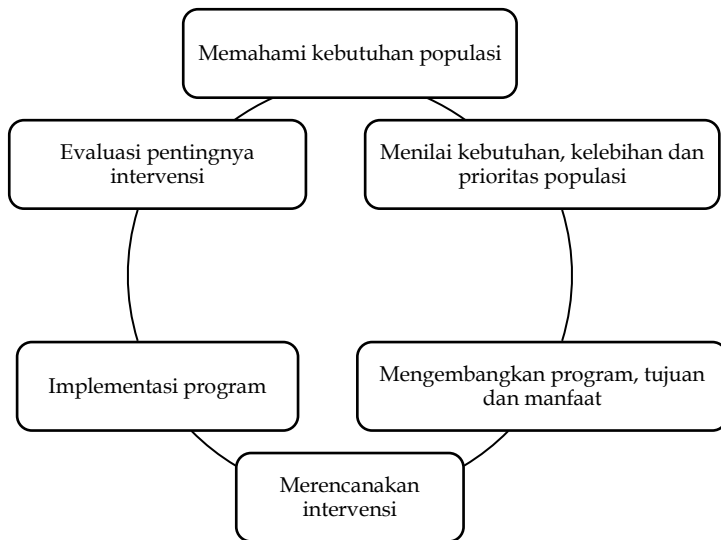
Guna menjalankan pendidikan kesehatan berbasis masyarakat yang efektif, perlu memperhatikan komponen berikut.

a. **Keterlibatan Peserta**

Anggota masyarakat harus dilibatkan dalam semua tahap pengembangan program: mengidentifikasi kebutuhan masyarakat, mendapatkan bantuan dari masyarakat organisasi, perencanaan dan pelaksanaan kegiatan program dan evaluasi hasil. Jangkauan yang luas dan keterwakilan yang komprehensif dari anggota masyarakat dalam tim perencanaan program memberikan rasa kepemilikan dan pemberdayaan yang akan meningkatkan manfaat program dampak.

b. **Perencanaan**

Banyak program memerlukan waktu dua atau tiga tahun untuk beralih dari konseptualisasi awal sampai pada titik di mana pelayanan diberikan. Perencanaan melibatkan identifikasi masalah kesehatan dalam masyarakat yang dapat dicegah melalui intervensi masyarakat, merumuskan tujuan, mengidentifikasi target perilaku dan karakteristik lingkungan yang akan menjadi fokus upaya intervensi, memutuskan bagaimana pemangku kepentingan akan terlibat dan membangun keterpaduan kelompok perencanaan.



Gambar 5. 5 Model Perencanaan Pendidikan Kesehatan

c. Penilaian Kebutuhan Dan Sumber Daya

Sebelum melaksanakan inisiatif pendidikan kesehatan, perhatian perlu diberikan pada identifikasi kebutuhan kesehatan dan kapasitas masyarakat serta sumber daya yang tersedia.

d. Program Yang Komprehensif

Program-program yang menjanjikan biasanya bersifat komprehensif, karena mereka menangani berbagai faktor risiko, menggunakan beberapa saluran penyampaian program yang berbeda, menargetkan beberapa tingkatan yang berbeda (individu, keluarga, jejaring sosial, organisasi, komunitas secara keseluruhan) dan dirancang untuk tidak hanya berubah perilaku berisiko tetapi juga faktor dan kondisinya yang menopang perilaku ini (misalnya motivasi, sosial lingkungan).

e. Program Yang Integratif (Terpadu)

Program seharusnya terintegrasi; setiap komponen program harus memperkuat komponen lainnya. Program juga harus diintegrasikan secara fisik ke dalam

lingkungan tempat masyarakat menjalani kehidupannya (misalnya di tempat kerja) dan bukan hanya di klinik.

f. Perubahan Jangka Panjang

Program pendidikan kesehatan harus dirancang untuk menghasilkan perubahan yang stabil dan perubahan jangka panjang dalam perilaku kesehatan. Hal ini memerlukan pendanaan program jangka panjang dan pengembangan infrastruktur pendidikan kesehatan yang permanen di masyarakat.

g. Mengubah Norma-Norma Masyarakat

Agar mempunyai dampak yang signifikan terhadap keseluruhan organisasi atau masyarakat, program pendidikan kesehatan harus mampu mengubah masyarakat atau norma organisasi dan standar perilaku. Hal ini memerlukan proporsi yang besar anggota komunitas atau organisasi terkena pesan program, atau sebaiknya, terlibat dalam kegiatan program dengan cara tertentu.

h. Penelitian Dan Evaluasi

Evaluasi dan proses penelitian yang komprehensif tidak diperlukan hanya untuk mendokumentasikan hasil dan dampak program, namun untuk menggambarkan pembentukan dan prosesnya, serta efektivitas biaya dan manfaatnya.

Tradisi dan budaya pendidikan kesehatan dan pencegahan menggabungkan, antara lain, basis ilmiah yang berkembang, filosofi yang kuat berdasarkan kasih sayang dan dedikasi yang besar, serta pengakuan bahwa melalui tindakan terencana, peningkatan kesehatan dapat dicapai dan dipertahankan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Pedoman Komunikasi Risiko Untuk Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Buku Tinjauan Penanggulangan Krisis Kesehatan Tahun 2017.
- Milyane, T., Umiyati, H., Putri, D., Akib, S., Daud, R. F., Rosemary, R., Muhammad Athalarik, F., Rachmi Adiarsi, G., Puspitasari, M., Muthahari Ramadhani, M., & Rochmansyah, E. (2022). Pengantar Ilmu Komunikasi.
- Rustam, B. R. (2017). Manajemen Risiko: Prinsip, Penerapan dan Penelitian. Salemba Empat.
- Sandman, P. M. (2012). Responding To Community Outrage: Strategies For Effective Risk Communication. American Industrial Hygiene Association.
- World Health Organization. (2012). Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies And Core Competencies.
- World Health Organization. (2017). Communicating Risk In Public Health Emergencies A WHO Guideline For Emergency Risk Communication (ERC) Policy And Practice. Snelling, A. (2014). Introduction to Health Promotion. John Wiley & Sons, Inc.
- WHO. (2022). Health Promotion. Health Promotion. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
- WHO. (2014). Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. In Health Promotion Practice. (Vol. 15, Issue 5).

BAB 6

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Tri Isnani, S.SOS., MPH

A. Pendahuluan

Pemberdayaan berasal dari kata berdaya dan kata dasar daya. Pemberdayaan merubah atau membuat daya bertambah atau semakin berdaya sehingga tujuan pemberdayaan membuat lebih berdaya. Pemberdayaan masyarakat diartikan membuat masyarakat lebih berdaya sehingga mampu secara mandiri mengatasi masalah dan meningkatkan kesejahteraannya. Konteks pemberdayaan pada awalnya berkaitan dengan kesejahteraan masyarakat dan pengentasan kemiskinan.

Promosi kesehatan menurut WHO merupakan proses memungkinkan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi dalam promosi kesehatan. Pemberdayaan masyarakat sebagai salah satu strategi dalam promosi kesehatan telah dibahas dalam konferensi internasional yaitu Deklarasi Alma Atta tahun 1978, Ottawa Chapter tahun 1986, konferensi promosi kesehatan ke-tiga di Swedia Juni 1991, Deklarasi Jakarta tahun 1997, dan konferensi kelima di Bangkok 2010 yang menghasilkan Bangkok Charter. Pada deklarasi menghasilkan diantaranya mendorong terciptanya gerakan masyarakat dan kemudian berkembang untuk adopsi pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan (Keleher, 2007) (Krianto, 2010).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan menurut Depkes RI adalah upaya menumbuhkan kemampuan masyarakat agar mempunyai daya atau kekuatan untuk mandiri

dalam bidang kesehatan, yang dilakukan dengan menumbuhkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat. Upaya ini dari, oleh, dan untuk masyarakat dengan menyesuaikan dengan kondisi setempat. Pemberdayaan merupakan suatu proses dengan kemandirian masyarakat merupakan output-nya (Maulana, 2009). Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan di Indonesia telah dimulai dengan adanya peran serta masyarakat seperti Posyandu.

B. Pemberdayaan Masyarakat dan Pendidikan Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat berkaitan erat dengan keterbelakangan, kesenjangan dan keadilan. Keterbelakangan karena terdapat sumber keterbelakangan yaitu:

1. Kebodohan (*illiteracy*)
2. Kekakuan tradisi (*tradition rigidity*)
3. Kurang terampil (*unskill people*)
4. Konsumtif (*consumptive*), kecenderungan sebagai pemakai
5. Tidak mampu beralih teknologi (*disenfranchised*) karena daya saing rendah

Kesalahan penempatan yang berada di bawah kemampuan (*under wrong utilization*), penempatan tenaga ahli yang tidak sesuai.

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan adalah suatu proses serangkaian untuk mencapai *self efficacy* dan *health literacy*. *Self efficacy* adalah kemampuan menolong diri sendiri, mandiri, tanpa menunggu bantuan orang lain. Oleh karena itu dalam pemberdayaan Kesehatan memberikan Pendidikan yang terus menerus, sesuai, dan metode yang tepat. Seperti pelatihan dalam upaya promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. *Health literacy* adalah memahami tentang berbagai jenis penyakit, termasuk bagaimana penularan dan pengobatannya.

C. Tujuan Pemberdayaan

Tujuan pemberdayaan masyarakat secara umum seiring dengan filosofi pemberdayaan sebagai strategi pembangunan nasional yang berbasis masyarakat (*people centered development*) yang selalu merujuk upaya perbaikan terutama pada mutu hidup manusia baik secara fisik, mental, sosial ekonomi maupun budayanya (Mardikanto & Soebianto, 2013).

Tujuan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan sebagai salah satu strategi promosi kesehatan.

1. Tujuan Umum

Masyarakat mampu mengenali, memelihara, melindungi, dan meningkatkan kualitas kesehatannya, termasuk memperoleh pelayanan kesehatan bila sakit tanpa mengalami kesulitan dan biaya (Maulana, 2009).

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan (Maulana, 2009):

- a. Memahami dan menyadari pentingnya kesehatan
- b. Memiliki keterampilan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan
- c. Mempunyai kemudahan dalam menjaga diri dan lingkungannya
- d. Bekerja bersama atau gotong royong dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan lingkungannya.

D. Prinsip dan Strategi Pemberdayaan

Strategi diartikan dengan langkah atau tindakan untuk mencapai tujuan. Kadang rancu dengan teknik dan metode. Strategi sering diartikan dengan pendekatan. Tiga arah (Mardikanto) strategi pemberdayaan meliputi pemihakan dan pemberdayaan masyarakat; pemantapan otonomi dan wewenang dalam mengembangkan peran masyarakat; dan modernisasi dalam perubahan struktur sosial, ekonomi, budaya dan politik yang bersumber partisipasi masyarakat. Sehingga pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan strategi

1. Menyusun instrumen pengumpulan data
2. Membangun pemahaman dan komitmen untuk kemandirian
3. Mempersiapkan informasi, analisis, intervensi, dan monitoring evaluasi.
4. Prinsip pemberdayaan (Maulana, 2009):
5. Menumbuhkan dan mengembangkan potensi masyarakat
6. Memunculkan kontribusi masyarakat dalam upaya kesehatan
7. Mengembangkan gotong royong dalam masyarakat
8. Bekerjasama dengan masyarakat
9. Upaya promosi, pendidikan, dan pelatihan memaksimalkan potensi setempat
10. Menjalin kemitraan dengan berbagai pihak
11. Desentralisasi dengan mempertimbangkan kondisi dan budaya setempat.

Sedangkan dalam Permenkes No 65 tahun 2013 prinsip pemberdayaan meliputi pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan prinsip kesukarelaan, otonom, keswadayaan, partisipatif, egaliter, demokratis, keterbukaan, kebersamaan, akuntabilitas, dan desentralisasi. Prinsip sebagai landasan adalah menghargai yang lokal (pengetahuan, ketrampilan, budaya, proses, dan sumberdaya), prinsip ekologi (keterkaitan, keberagaman, keseimbangan, dan keberlanjutan), dan prinsip keadilan sosial dan Hak Asasi Manusia, tidak merugikan dan selalu bermanfaat pada semua pihak (Peraturan Menteri Kesehatan No 65 Th 2013 Tentang Pedoman Pelaksanaan Dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, 2013).

E. Sasaran dan Pelaku

Penerima manfaat dalam pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat kalangan bawah utamanya yang termarginalkan tanpa merendahkan kedudukan mereka tetapi meletakkannya pada posisi dilayani dan difasilitasi sebagai rekan kerja dan mempunyai kebebasan untuk menerima atau menolak suatu inovasi. Penerima manfaat terdiri dari pelaku utama yaitu warga masyarakat dan keluarganya, penentu kebijakan yaitu aparat birokrasi pemerintah pengendali

kebijakan, dan pemangku kepentingan lain yang berperan masing-masing sesuai dengan profesinya seperti peneliti, akademisi, mass media, pers, LSM, dan budayawan. Kegiatan pemberdayaan membutuhkan fasilitator yang bertugas mempengaruhi proses pengambilan Keputusan dalam menerima suatu inovasi. Fasilitator ditugaskan oleh pemerintah atau lembaga lainnya. Fasilitator bisa dari pegawai pemerintah, fasilitator swasta atau penyuluh, dan bisa juga dari masyarakat yang sukarela (Mardikanto & Soebianto, 2013).

Keleher memberikan level untuk hasil suatu pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan pada level pertama pemberdayaan psikologi individu, level kedua pemberdayaan organisasi, dan level ketiga hasil pada komunitas atau masyarakat dan politik (Keleher, 2007).

F. Metode Pemberdayaan Masyarakat

1. Rapid Rural Appraisal (RRA)

RRA merupakan metode penilaian keadaan desa secara cepat yang dilakukan oleh orang luar dengan sedikit atau tanpa melibatkan warga setempat. Teknik penilaian relatif terbuka, cepat, dan bersih berupa sekedar kunjungan singkat oleh tenaga ahli dari luar. Cara ini dinilai efektif dan efisien.

Prinsip dalam RRA: efektif efisien, hindari bias, triangulasi sumber informasi, belajar dan bersama masyarakat, eksplorasi dan cross check.

a. PRA (*Participatory Rapid Appraisal*)

PRA atau penilaian desa secara partisipatif, merupakan penyempurnaan RRA. PRA melibatkan orang setempat dengan difasilitasi orang sebagai narasumber atau fasilitator.

Kegiatan meliputi pemetaan wilayah, analisis keadaan ((keadaan lalu, sekarang, dan masa depan), identifikasi perubahan, alasan dan penyebabnya; identifikasi masalah akar masalah dan solusi; analisis SWOT); pemilihan pemecahan masalah; rincian stakeholder dan peran

b. *Participatory Learning Action (PLA)*

PLA merupakan proses belajar dan praktek secara partisipatif yang merupakan payung dari RRA, PRA, PAR, dan PALM (*Participatory Learning Method*), dikenal dengan *learning by doing*

Prinsip PLA merupakan proses belajar secara berkelompok, *multi perspective*, spesifik lokasi, difasilitasi stake holder dan ahli sebagai katalisator, dan fasilitator pengambil keputusan, jika perlu dilanjutkan pada pengambil keputusan; dan hasil keputusan sebagai pemimpin perubahan

c. *Participatory Assessment And Planning (PAP)*

PAP mirip dengan PRA, terdiri dari empat langkah yaitu: menemukan masalah, menemukan dan potensi, analisis masalah dan potensi, memilih solusi masalah.

d. *Participatory Hygiene and Sanitation (PHAST)*

PHAST merupakan metode secara partisipatif dalam membangun kemampuan swadaya dalam mengatasi masalah. Metode ini lebih pada tujuan meningkatkan kesadaran dalam mengelola air dan mengendalikan penyakit yang berkaitan dengan sanitasi. Prinsip pada PHAST adalah masyarakat menentukan prioritas pencegahan penyakit, mempunyai pengalaman dan pengetahuan yang dalam dan luas, mampu mencapai kesepakatan perilaku hygiene yang tepat dengan lingkungan ekologis dan budaya, mengerti dan bertindak, dan mengelola perangkat yang tepat, efektif, dan sumber daya setempat untuk menghambat penularan penyakit

e. *Communication for Behaviour Impact (COMBI)*. COMBI merupakan proses dengan campuran berbagai intervensi komunikasi untuk melibatkan perorangan dan keluarga dalam mempertimbangkan perilaku sehat yang direkomendasikan. Langkah dalam COMBI identifikasi tujuan, analisis situasi pasar, strategi komunikasi, dan implementasi, pemantauan dan penilaian serta anggaran.

Berbagai pilihan metode pemberdayaan masyarakat tersebut dipilih dengan menyesuaikan dengan tahapan pemberdayaan dan kondisi maupun tujuan dari pemberdayaan yang akan dilakukan. PHAST dan COMBI merupakan pilihan metode dari pedoman pemberdayaan dalam Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan, sedangkan lainnya merupakan metode dalam pemberdayaan secara umum baik dalam sosial, ekonomi, maupun pertanian.

G. Langkah Pemberdayaan

Langkah dalam pelaksanaan kegiatan pemberdayaan meliputi (Maulana, 2009):

1. Advokasi yaitu pendekatan terhadap pimpinan masyarakat
2. *Community diagnosis* yaitu pengkajian masalah yang dihadapi atau disebut Survei Mawas Diri
3. *Community prescription* yaitu merumuskan masalah dan kesepakatan bersama

Langkah pemberdayaan menurut Krianto (Krianto, 2010),

1. Merancang kegiatan secara keseluruhan dengan menggunakan pendekatan partisipatoris melibatkan masyarakat sasaran.
2. Menetapkan tujuan yang akan dicapai
3. Memilih dan menyusun strategi yang akan digunakan
4. Implementasi strategi yang telah disusun
5. Evaluasi

Langkah-langkah dalam pemberdayaan ini juga akan menyesuaikan dengan metode yang digunakan. Akan tetapi secara umum terdapat langkah pemetaan masalah dan potensi, menetapkan tujuan, menyusun strategi, implementasi atau pelaksanaan, dan monitoring evaluasi.

H. Evaluasi dan Indikator Keberhasilan

Indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan meliputi indikator input, output, dan proses (Maulana, 2009):

1. Indikator input, meliputi indikator sumber daya manusia setempat berperan seperti pimpinan, tomas, toga, kader, indikator dana, dan sarana prasarana
2. Indikator proses, meliputi empat indikator yaitu jumlah dan jenis kegiatan yang dilakukan, jumlah pelatihan tomas dan kader, jumlah kegiatan penyuluhan yang dilaksanakan, dan jumlah pertemuan dalam membuat suatu keputusan
3. Indikator output, meliputi
 - a. Meningkatkan jumlah pihak sumber daya manusia setempat berperan aktif
 - b. Meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan warga dalam hal kesehatan
 - c. Meningkatnya rumah yang dan lingkungan yang memenuhi kesehatan
 - d. Fasilitas pelayanan kesehatan setempat meningkat baik dalam jumlah maupun pemanfaatannya.

Evaluasi pemberdayaan akan lebih tepat pada proses pelaksanaan daripada melihat hasilnya. Hal yang perlu dievaluasi meliputi jumlah warga yang terlibat dalam kegiatan, jumlah kegiatan yang dilakukan, dan jumlah pelaku yang melakukan belajar sambil bekerja.

Akan tetapi, terdapat kemungkinan implikasi pemberdayaan masyarakat yaitu perbedaan kepentingan, ancaman bagi pekerja kesehatan setempat / lokal, tidak ada hasil langsung, pencetakan pilihan mudah, dan konflik dalam evaluasi (Ewles & Simnet, 1994).

I. Partisipasi

Partisipasi adalah keterlibatan masyarakat sasaran dan seluruh kegiatan pemberdayaan sejak awal hingga akhir, yaitu sejak pemetaan masalah dan potensi, pengambilan keputusan, implementasi program, hingga evaluasi. Krianto merumuskan tiga dimensi partisipasi:

1. Keterlibatan semua unsur atau kelompok masyarakat dalam proses pengambilan Keputusan.
2. Kontribusi massa sebagai pelaksana keputusan yang telah diambil

3. Hasil program yang dilaksanakan dapat dinikmati oleh semua lapisan masyarakat.

Partisipasi akan tumbuh apabila syarat terpenuhi yaitu merdeka, mampu dan mau untuk berpartisipasi. Peran dalam partisipasi dibagi pelaku, penerima, dan publik. Pelaku adalah pihak yang mempunyai peran dan tindakan aktif dalam program. Penerima adalah penerima manfaat. Publik pihak yang tidak terlibat secara langsung tetapi dapat membantu pelaku.

Partisipasi dapat ditumbuhkan melalui beberapa cara yaitu terapi pendidikan, perubahan perilaku, menambah staf, kooptasi, dan kekuatan masyarakat. Tokoh lain menambahkan prakondisi tumbuhnya partisipasi yaitu mempunyai pengetahuan yang memadai sehingga mampu mengidentifikasi masalah, prioritas masalah, dan melihat masalah secara komprehensif.

Cara membina partisipasi yaitu dengan bersikap terbuka tentang kebijakan dan rencana kegiatan, merencanakan kebutuhan masyarakat, perencanaan secara desentralisasi, membina forum bersama, membuat jaringan, memberikan dukungan, saran, dan pelatihan, menyediakan informasi, memberikan bantuan dalam dana dan sumberdaya, dan mendukung advokasi (Ewles & Simnet, 1994).

Tingkat partisipasi yang merupakan salah satu tingkat indikator dapat dilihat dari tingkat rendah hingga tertinggi yaitu dengan melihat (Ife & Tesoriero, 2016):

1. Kehadiran dalam kegiatan-kegiatan seperti pertemuan-pertemuan
2. Bantuan dan sumbangan yang diberikan dalam kegiatan
3. Keanggotaan atau keterlibatan dalam tim pelaksana kegiatan
4. Posisi kepemimpinan

DAFTAR PUSTAKA

- Ewles, L., & Simnet, I. (1994). *Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis* (Eds ke 2). Gadjah Mada University Press.
- Ife, J., & Tesoriero, F. (2016). *Alternatif Pengembangan Masyarakat di Era Globalisasi Community Development* (Edisi 3). Pustaka Pelajar.
- Keleher, H. (2007). Empowerment and Health Education. In H. Keleher, C. MacDougall, & B. Murphy (Eds.), *Understanding Health Promotion* (1st ed., pp. 141–152). Oxford University Press.
- Krianto, T. (2010). Pemberdayaan Masyarakat dalam Promosi Kesehatan. In S. Notoatmodjo (Ed.), *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi* (2nd ed., pp. 254–283). Rineka Cipta.
- Mardikanto, T., & Soebianto, P. (2013). *Pemberdayaan Masyarakat Dalam Perspektif Kebijakan Publik Edisi Revisi*. Alfabeta.
- Maulana, H. D. J. (2009). *Promosi Kesehatan*. EGC.
- Peraturan Menteri Kesehatan No 65 th 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI (2013).

BAB 7

PENGEMBANGAN KETERAMPILAN UNTUK PROMOSI KESEHATAN

Monifa Putri, SKM., M.P.H

A. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah upaya sistematis untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dengan mengidentifikasi dan memperbaiki faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk mendorong perubahan perilaku yang positif, meningkatkan pengetahuan, memperkuat keterampilan, dan menciptakan lingkungan. Strategi promosi kesehatan meliputi pendekatan edukasi, pemberdayaan individu dan masyarakat, advokasi kebijakan kesehatan, pengembangan lingkungan yang mendukung kesehatan, serta penguatan kerjasama antara berbagai sektor terkait (Indarwati et al., 2024).

B. Kompetensi yang Harus Dimiliki Penyuluh/Promotor

Kompetensi yang dibutuhkan untuk terlibat dalam praktik promosi kesehatan antara lain (Nurma et al., 2024):

1. Mampu Mengkatalisis Perubahan (*Catalyzing Change*)

Yaitu melakukan perencanaan untuk perubahan yang akan dilakukan dan bagaimana strategi dalam memberdayakan individu dan masyarakat dalam memperbaiki dan meningkatkan derajat kesehatan mereka.

2. Kepemimpinan (*Leadership*)

Dalam kepemimpinan melibatkan pihak-pihak terkait dalam memecahkan masalah kesehatan di masyarakat. Mampu memberikan arahan untuk menyusun kebijakan yang berpihak pada tercapainya mengembangkan masyarakat

yang sehat. Mampu memobilisasi dan mengelola sumber daya untuk tercapainya tujuan.

3. Penilaian (*Assessment*)

Dalam melakukan penilaian kondisi di lapangan baik terhadap individu, lingkungan, kondisi sosial, perilaku masyarakat dan karakteristik lainnya yang dimungkinkan mempengaruhi keberhasilan dalam kegiatan promosi kesehatan dan mendukung ketercapaian kondisi kesehatan masyarakat.

4. Perencanaan (*Planning*)

Untuk kegiatan di tahap ini adalah menetapkan sasaran, mengidentifikasi strategi kegiatan yang akan digunakan, merencanakan sumber daya yang akan digunakan dan dilibatkan dalam kegiatan dan menentukan tolak ukur keberhasilan kegiatan promosi kesehatan.

5. Implementasi (*Implementation*)

Yaitu kegiatan melaksanakan perencanaan strategis yang telah dibuat secara efektif dan efisien, memastikan setiap kegiatan dalam promosi kesehatan tidak melanggar atau bertentangan dengan budaya, dan etis.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Yaitu kegiatan melakukan penilaian ketercapaian dan keefektifan program dan kebijakan promosi kesehatan yang telah dilakukan bertujuan untuk mendukung perbaikan, berkelanjutan, dan diseminasi program.

7. Advokasi (*Advocacy*)

Yaitu melakukan advokasi kepada individu dan masyarakat untuk melindungi, memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan mereka. Memastikan bahwa sasaran promosi (individu, kelompok, dan masyarakat) melakukan apa yang telah dianjurkan dan disepakati sehingga terjadi perbaikan kesehatan.

8. Kemitraan (*Partnership*)

Kegiatan ini yaitu melakukan kolaborasi antar disiplin ilmu dan antar sektor dan lembaga, menjadikan mereka sebagai

mitra untuk meningkatkan dampak dan keberlanjutan program promosi kesehatan.

C. Keterampilan Komunikasi Efektif dalam Promosi Kesehatan

1. Komunikasi Efektif dalam Promosi Kesehatan

Komunikasi didefinisikan sebagai proses transmisi informasi dan pemahaman umum dari satu orang ke orang lain. Dalam proses komunikasi ada beberapa elemen yang terlibat sehingga dapat menimbulkan transfer pemahaman seperti: pengirim pesan (*sender*), penerima pesan (*receiver*), pengirim pesan biasanya akan mengirimkan kode dalam bentuk verbal dan non-verbal. Pesan yang dikirim dapat dilakukan melalui tatap muka, telepon, email maupun tulisan.

Oleh karena itu, dalam promosi kesehatan komunikasi merupakan kunci keberhasilan dalam menyampaikan informasi kepada masyarakat.

Ciri-Ciri Komunikasi Efektif

Komunikasi yang efektif akan terjadi jika sebuah komunikasi memiliki (Setya Ningsih and Herwanda, n.d.):

- a. Pesan dapat diterima dan dimengerti serta dipahami sebagaimana yang dimaksud oleh pengirimnya.
- b. Pesan yang disampaikan disetujui dan dapat diproses oleh penerima.
- c. Tidak ada hambatan dalam dalam pelaksanaan pesan.

2. Teknik-Teknik Komunikasi Efektif

Teknik komunikasi efektif yang dapat dilakukan oleh promotor kesehatan, yaitu teknik komunikasi psikologis untuk menyenangkan orang lain, antara lain (Hyang, 2022):

- a. Teknik dengan cara memberikan kesan pertama melalui percakapan. Hal ini bisa dijelaskan dengan “efek primer (*primacy effect*)”. Informasi atau kesan yang ditampilkan pertama kali lebih berpengaruh besar terhadap memori daripada yang ditampilkan kemudian. Tiga hal yang biasanya menentukan kesan pertama adalah penampilan, suara, dan kosakata. Sebagaimana kita memperhatikan

penampilan untuk kesan pertama, mulailah memperhatikan kesan pertama dalam berkomunikasi.

- b. Sentuhan positif yang membuat mengangguk (*handshake effect*). Teknik ini disebut juga dengan ulurkan tangan saat menginginkan sesuatu atau perbanyaklah berjabat tangan jika ingin meraih kepercayaan dalam komunikasi. Jabat tangan tidak hanya dilakukan saat pertama kali bertemu seseorang. Semakin dipraktikkan dengan tepat dalam keseharian, maka akan terlihat hasil yang bagus. Efek jabat tangan dapat dipergunakan dalam berbagai kegiatan sehari-hari.

3. Membangun Hubungan Yang Baik Dengan Klien Atau Masyarakat Sasaran

Selain memiliki keterampilan komunikasi efektif, promotor kesehatan juga harus membangun hubungan yang baik dengan klien atau masyarakat sasaran. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan perubahan perilaku sasaran. Apabila promotor kesehatan mempunyai hubungan yang baik dengan klien/sasaran maupun dengan masyarakat, biasanya orang atau masyarakat akan mengikuti anjuran promotor kesehatan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Contohnya, Pak Lurah membuat jamban keluarga karena tidak ingin mengecewakan petugas kesehatan yang sudah dikenalnya dengan baik. Dengan demikian, perilaku tersebut bukan karena kesadaran akan pentingnya jamban tersebut (Sulaeman, 2022).

D. Keterampilan Komunikasi Informasi dan Edukasi

1. Pengertian Komunikasi Informasi dan Edukasi

Konseling komunikasi kesehatan adalah pertolongan dalam bentuk wawancara yang menuntut adanya komunikasi, interaksi yang mendalam dan usaha bersama antara konselor (tenaga kesehatan) dengan konseli (klien) untuk mencapai tujuan konseling yang dapat berupa pemecahan masalah, pemecahan kebutuhan, tujuan komunikasi informasi dan edukasi (Depkes RI, 2006).

Tujuan konseling komunikasi kesehatan sebagai berikut:

- a. Membantu memecahkan masalah/memfasilitasi coping (*facilitating coping*), meningkatkan keefektifan individu dalam pengambilan keputusan secara tepat. Lebih lanjut, tujuannya adalah memfasilitasi pengembangan coping yang konstruktif pada klien yang mengalami masalah kehidupan, khususnya yang berhubungan dengan penyakit, kondisi sakit, atau cacat yang dialami. Fasilitasi tidak hanya terbatas pada klien tapi juga keluarganya.
- b. Membantu pemenuhan kebutuhan klien, meliputi menghilangkan perasaan yang menekan/mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif.
- c. Mengubah sikap dan perilaku yang negatif menjadi positif dan dari yang merugikan klien menjadi menguntungkan klien. Banyak klien yang tidak menyadari bahwa mereka memiliki perilaku yang berisiko. Konseling diharapkan dapat membantu klien untuk mengubah perilaku rentan mereka sehingga dapat mengurangi mereka dari keterpaparan terhadap risiko.
- d. Meningkatkan rasa percaya diri. Klien yang mengalami permasalahan kesehatan reproduksi biasanya cenderung menutup diri dari masyarakat dan keluarga. Konseling dapat membantu menguatkan klien agar dapat lebih menerima tubuhnya secara positif.
- e. Efektivitas personal dimana akar masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi (SKR) sangat kompleks, bukan sekedar masalah medis tetapi sebanyak permasalahan sosial yang ada. Konsekuensi masalah SKR (sosial dan medis) tidak hanya berdampak pada klien itu sendiri, namun juga pada anak-anaknya, pasangannya dan mungkin masyarakatnya. Tujuan konseling adalah menginformasikan klien mengenai hak-hak dan pilihannya, serta memberdayakan klien untuk membuat keputusan. Konselor juga dapat menjangkau masyarakat serta mengajarkan mereka mengenai akar masalah,

keterbatasan, dan konsekuensi yang berkaitan dengan pengobatan (Depkes RI, 2006).

2. Jenis Komunikasi Informasi dan Edukasi

Konseling terdiri dari tiga jenis, yaitu konseling jangka pendek, konseling jangka panjang dan konseling motivasi (Rohani, 2023).

a. Konseling Jangka Pendek

Konseling jangka pendek umumnya dilakukan untuk mengatasi masalah klien yang relatif mudah. Konseling ini berorientasi pada penyelesaian masalah klien dan keluarga yang memerlukan tindakan segera. Konseling jangka pendek biasanya dilakukan pada situasi krisis atau situasi lain yang memerlukan tindakan segera. Idealnya, pada suatu proses konseling, seorang tenaga kesehatan tidak menyampaikan hal-hal yang harus dilakukan klien untuk mengatasi masalahnya, memfasilitasi atau memberi petunjuk tentang bagaimana cara mengatasi masalah. Namun, pada kenyataannya di klinik terdapat banyak individu yang pasrah, kurang pengetahuan, dan kurang partisipasi dalam pendidikan kesehatan dan konseling. Sehingga klien tidak dapat memberikan alternatif untuk mengatasi masalahnya sendiri. Pada situasi seperti ini, seorang tenaga kesehatan yang profesional harus tetap berusaha untuk memberikan petunjuk atau mengarahkan kliennya agar menetapkan pilihan yang terbaik untuk didiskusikan lebih lanjut. Pada beberapa kasus, tenaga kesehatan harus menunjukkan hal-hal yang harus dilakukan oleh klien bila benar-benar mengalami ketidakmampuan dalam memutuskan tindakan yang terbaik untuk kesehatan dirinya atau untuk mengatasi masalahnya.

b. Konseling Jangka Panjang

Konseling jangka panjang adalah konseling yang diselenggarakan dalam jangka panjang tertentu (tidak cukup hanya sekali pertemuan) untuk mengatasi masalah. Pada praktiknya, klien berkonsultasi dengan

tenaga kesehatan setiap hari, setiap minggu, atau bahkan setiap bulan. Klien yang mengalami krisis perkembangan akan dapat memerlukan konseling seumur hidupnya. Konseling jangka panjang ini dapat dilakukan melalui telepon dan surat. Tenaga kesehatan dan klien diharuskan untuk bertatap muka secara langsung untuk menghemat waktu dan biaya konseling. Konseling jenis ini juga dapat dilakukan sebagai tindak lanjut proses asuhan selama di tempat layanan. Dengan cara ini, tenaga kesehatan akan dapat terus memantau perkembangan kliennya. Di samping itu, klien juga dapat merasakan dirinya aman dan terlindung walaupun telah berada di rumah. Tidak terdapat perbedaan antara teknik konseling jangka pendek dan panjang. Perbedaannya hanya terletak pada waktu dan proses konseling yang tidak selesai pada satu kali pertemuan.

c. Konseling Motivasi

Konseling motivasi meliputi diskusi tentang perasaan dan minat klien. Seringkali kita menjumpai klien yang tidak memiliki minat atau dorongan diri untuk melakukan perawatan diri. Klien tampak tidak kooperatif terhadap program terapi atau pasif pada saat melakukan asuhan atau kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

3. Fungsi Komunikasi Informasi dan Edukasi

Komunikasi kesehatan mempunyai banyak fungsi antara lain sebagai berikut (Rohani, 2023):

a. Fungsi Pencegahan

Fungsi pencegahan merupakan upaya mencegah timbulnya masalah kesehatan yang berkaitan dengan komunikasi kesehatan dari tingkat pertama, tingkat kedua, dan tingkat ketiga. Contohnya yaitu ibu hamil harus banyak mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi untuk mencegah anemia pada kehamilan.

b. Fungsi Pemecahan

Fungsi pemecahan adalah upaya untuk membantu klien memahami perubahan biologis, psikologis, sosial, kultural, dan lingkungan yang berkaitan dengan komunikasi kesehatan. Dalam hal ini, klien perlu beradaptasi dengan keadaan tersebut, misalkan seorang ibu hamil beradaptasi terhadap kehamilannya, ibu nifas beradaptasi dengan proses nifas dan menyusui.

c. Fungsi Perbaikan

Fungsi perbaikan dilaksanakan ketika terjadi penyimpangan perilaku klien atau pelayanan kesehatan dan lingkungan yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan pelayanan konseling. Misalnya, seorang calon ayah adalah perokok, maka dilakukan konseling tentang bahaya rokok bagi kehamilan dan bayi.

E. Komunikasi Massa (*Mass Communication*)

Komunikasi massa menggunakan saluran/*channel* media massa atau berkomunikasi melalui media yang diharapkan mampu menjangkau *mass audience*. Komunikasi yang mampu menjangkau masyarakat umum secara luas. Secara umum *platforms* yang paling banyak dimanfaatkan dalam komunikasi massa adalah media cetak (koran, majalah), media elektronik (televisi, radio), maupun internet (Duarsa and Wirawan, 2021). Ciri-ciri komunikasi massa antara lain:

1. Bersifat umum
2. Komunikannya anonim dan heterogen
3. Lebih mengutamakan isi daripada hubungan
4. Bersifat satu arah
5. Menstimulasi alat indra dengan sangat terbatas
6. “*feedback*” tertunda dan tidak langsung
7. Kelayakan pesan ditentukan oleh “*gate keeper*”
8. Kelebihannya, bisa dilakukan secara serempak

Proses komunikasi massa dengan berbagai kelemahannya pada akhirnya mendapat tantangan dan ancaman dengan munculnya teknologi baru "*new media*" yang dapat memenuhi kebutuhan proses komunikasi seperti kesempatan melakukan interaksi, komunikasi dialogis, yang lebih mampu menggugah ide-ide, sikap serta pemikiran-pemikiran baru tanpa harus dibatasi ruang, bisa menjangkau audience dalam jumlah yang besar serta bergerak sangat *massive*. Fenomena "*online*" muncul dengan ditemukannya internet, dimulai dari surat elektronik dan berkembang begitu cepat dan sangat terorganisasi dengan baik memenuhi kebutuhan komunikasi. Media sosial berkembang sedemikian rupa mulai dari *Myspace*, *line*, *whatsapp*, *telegram*, *instagram*, *facebook*, *twitter*, *YouTube*, dan lain sebagainya (Duarsa and Wirawan, 2021).

1. Fungsi Komunikasi Massa

Ada lima fungsi komunikasi massa, menurut Dominick cit (Dyatmika, 2021)

a. Pengawasan (*Surveillance*)

Fungsi pengawasan dibagi dua yaitu pengawasan peringatan dan pengawasan instrumental. Fungsi pengawasan peringatan untuk memberikan informasi penting kepada masyarakat. Misalnya, informasi bencana, informasi cuaca, informasi curah hujan, ataupun informasi tentang keadaan keuangan negara. Melalui informasi tersebut masyarakat menjadi lebih berhati-hati atau waspada dalam melakukan kegiatan. Sementara, Fungsi pengawasan instrumental adalah memberikan informasi kepada masyarakat mengenai peralatan yang dapat mempermudah atau membantu dalam kegiatan sehari-hari. Misalnya, media massa memberikan informasi pada masa pandemi Covid 19 untuk menggunakan masker yang baik dan juga tata cara melakukan protokol kesehatan yang baik dan benar.

b. Penafsiran (*Interpretation*)

Media massa tidak hanya memberikan fakta atau data kepada khalayak luas atau masyarakat. Media juga harus memilih informasi apa yang dianggap penting oleh media dan juga dianggap penting oleh masyarakat untuk disampaikan.

c. Pertalian (*Linkage*)

Media massa bisa menyatukan masyarakat yang beragam. Pada saat timnas Indonesia bertanding misalkan, maka pendukung Persija dan Persib Bandung berbaur menjadi satu. Padahal kalau kedua klub tersebut bertanding bisa saling ejek. Tetapi karena yang bertanding tim nasional maka perbedaan bisa disatukan.

d. Penyebaran Nilai-Nilai (*Transmission of Values*)

Melalui media massa penyebaran nilai-nilai disampaikan. Jangan dikira K-pop dibentuk dalam hitungan hari, drama korea maupun K-Pop benar-benar direncanakan untuk menyebarkan budaya korea kepada seluruh dunia. Begitu juga di Amerika Serikat ada Hollywood yang memproduksi berbagai film dengan tokoh orang kulit putih yang selalu menjadi superheronya. Jangan heran jika sampai saat ini, masyarakat kita masih mengagungkan orang kulit putih sebagai orang yang spesial bahkan sering diminta foto bersama.

e. Hiburan (*Entertainment*)

Fungsi ini seringkali digunakan oleh masyarakat. Dengan kehadiran media massa dapat memberikan hiburan dan sebagai teman menghilangkan kepenatan setelah seharian bekerja. Karena melalui media massa seseorang dapat menghilangkan stress setelah seharian bergulat dengan pekerjaannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2006. Pedoman Konseling Pelayanan Kefarmasian di Sarana Kesehatan. Jakarta.
- Duarsa, D.P.P., Wirawan, I.M.A., 2021. Strategi Promosi Kesehatan dan teknik Komunikasi Massa di Masa Pandemi Covid 19, in: Seni Dan Strategi Merancang Media Promosi Kesehatan Online.
- Dyatmika, T., 2021. Ilmu Komunika. Zahir Publishing.
- Hyang, O.S., 2022. Komunikasi Itu Ada Seninya. Bhuana Ilmu Populer.
- Indarwati, Agustina, N.W., Wahyuningsih, A., Marasabessy, N.B., Maryatun, Handayani, S., Fuada, N., Agustiningrum, R., siregar, P.H., ismarina, 2024. Kesehatan Masyarakat. CV Rey Media Grafika.
- Nurma, D., Wasita, R.R.R., Sutrisna, M., Pertiwi, W.E., Ningsi, Arsyati, A.M., Pustikasari, A., Nurlela, L., Kuswanti, F., Aswari, N.W.C., 2024. Promosi Kesehatan: Teori dan Praktik Promosi Kesehatan dalam Keperawatan. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Rohani, T., 2023. Keterampilan Komunikasi Informasi dan Edukasi, in: Komunikasi Digital Kebidanan. Kaizen Media Publishing.
- Setya Ningsih, D., Herwanda, n.d. Komunikasi Interpersonal dalam Kedokteran Gigi.
- Sulaeman, E.S., 2022. Pendidikan dan Promosi Kesehatan: Teori dan Implementasi di Indonesia. Gadjah Mada University Press.

BAB 8

LINGKUNGAN YANG MENDUKUNG PERILAKU SEHAT

dr. Rauza Sukma Rita, Ph.D

A. Pendahuluan

Perilaku sehat adalah bentuk reaktif, kebiasaan, atau aktivitas manusia yang disengaja, yang masih sangat terkait dengan kesehatan. Perilaku sehat mencakup kegiatan yang mendukung kesehatan seperti pola makan sehat dan kegiatan mencegah hal yang berdampak buruk bagi kesehatan seperti melarang merokok. (Lesińska-Sawicka et al., 2021)

Perilaku sehat juga didefinisikan sebagai segala bentuk perilaku yang ditunjukkan oleh masyarakat yang berkaitan dengan bidang kesehatan, yaitu perilaku yang ditinjau dari pengetahuan pengobatan modern, yang biasanya menimbulkan dampak kesehatan yang spesifik. Perilaku sehat sangat mempengaruhi kualitas hidup individu dan berhubungan dengan hal penting yang sangat diperlukan manusia, yaitu kesehatan.

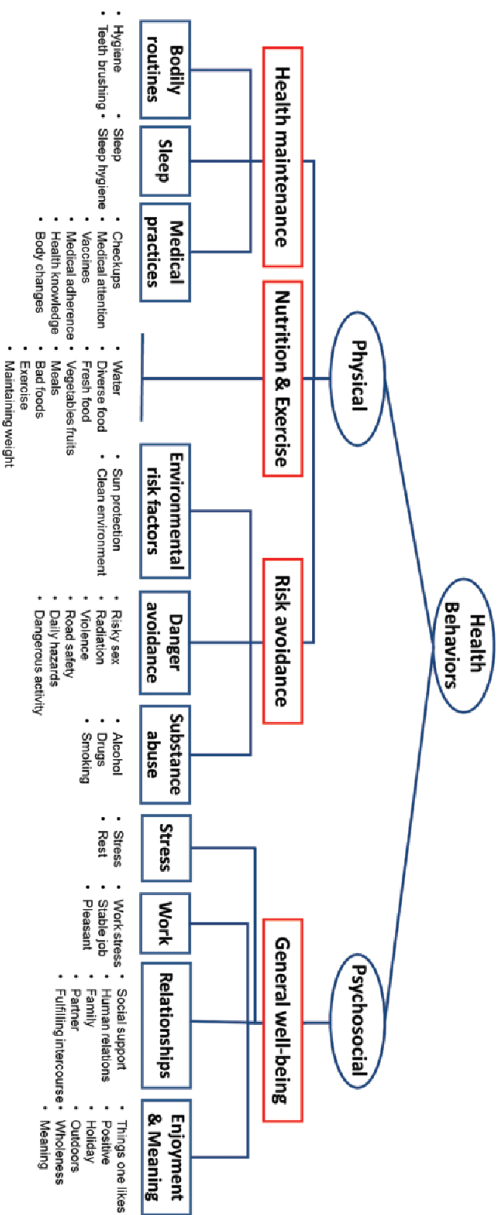
Perilaku yang berkaitan dengan topik kesehatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang dapat mempengaruhi baik kesehatan atau kematian juga diartikan sebagai perilaku sehat. Perilaku sehat bersifat dinamis, bervariasi sepanjang umur, lintas kelompok, lintas lingkungan, dan dari perjalanan waktu.

Telah ditemukan banyak faktor yang dapat mempengaruhi perilaku sehat, salah satunya lingkungan. Lingkungan baik fisik maupun sosial dapat mempengaruhi perilaku sehat. Lingkungan yang sehat akan mendukung

perilaku sehat, begitu sebaiknya. Pada bab ini akan dibahas mengenai lingkungan yang mendukung perilaku sehat.

B. Pentingnya Perilaku Sehat

Perilaku sehat merupakan tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang dapat mempengaruhi kesehatan atau kematian. (Short & Mollborn, 2015) Sebelum melakukan perilaku sehat, seseorang diharapkan memiliki niat untuk mengubah perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Namun, terdapat berbagai hambatan yang dapat mempengaruhi kognisi manusia. Oleh karena itu, meskipun manusia memiliki niat untuk sehat, tidak selalu mudah untuk menindaklanjutinya.



Gambar 8. 1 Taksonomi Perilaku Sehat (Nudelman & Shiloh, 2018)

Pola perilaku sehat dipengaruhi oleh banyak faktor misalnya, kebiasaan, pengaruh keluarga dan teman sebaya, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, keadaan mental, dan karakteristik psikologi individu. Perilaku yang meningkatkan kesehatan telah dipertimbangkan sebagai dasar untuk mencegah penyakit kronis. Perilaku sehat yang penting termasuk olahraga, nutrisi yang cukup, tidak merokok, menjaga kebersihan gigi, dukungan sosial, manajemen stress, dan apresiasi terhadap kehidupan. (Sadat Musavian et al., 2014) Perilaku sehat meningkatkan harapan hidup dengan meningkatkan kualitas gaya hidup dan mengurangi biaya perawatan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa 53% kematian berhubungan dengan gaya hidup yang salah dan perilaku yang tidak sehat.

Gaya hidup sehat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi penyakit dan kecacatan. Namun, seseorang dapat menghadapi banyak kendala dalam menerapkan perilaku sehat. Hambatan-hambatan ini mencakup buruknya kondisi sosial dan dukungan emosional, masalah keuangan, keterbatasan fisik, masalah obat-obatan, dan kurangnya pengetahuan. (Bayliss et al., 2003)

C. Lingkungan yang Mendukung Perilaku Sehat

Lingkungan seperti lingkungan alam, lingkungan yang dibangun, dan lingkungan sosial sangat besar hubungannya dengan masyarakat, terus-menerus membentuk perkembangan individu dan berpotensi mempengaruhi perilaku sehat individu. (Liao et al., 2023) Berikut ini merupakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat:

1. Udara Bersih dan Segar Serta Bebas Polusi Udara

Udara bersih dan bebas polusi sangat diperlukan untuk kesehatan manusia. Aktivitas manusia mempunyai dampak kurang baik terhadap lingkungan, seperti terjadinya kontaminasi pada air yang diminum, tanah tempat berkembangnya tanaman, dan udara pernafasan yang kita hirup. Sejumlah besar polutan yang berbahaya di udara

dapat menjadi akibat negatif dari kegiatan perindustrian. Tidak diragukan lagi, lingkungan polusi merupakan suatu permasalahan kesehatan yang terjadi pada masyarakat internasional dan nasional yang dipengaruhi oleh banyak aspek. Masalah gaya hidup, ekonomi, sosial, dan pemerintahan berhubungan dengan masalah polusi udara ini. Pada saat sekarang ini, industrialisasi dan urbanisasi telah sampai pada level yang belum pernah terjadi sebelumnya, dan angka kejadian yang mengecewakan di seluruh dunia. Polusi udara merupakan salah satu bahaya kesehatan masyarakat terbesar di seluruh dunia, karena penyakit ini mengakibatkan sekitar 9 juta kematian per tahun. (Manisalidis et al., 2020)

Polusi udara mempunyai berbagai dampak terhadap Kesehatan tubuh seseorang. Polusi udara dapat mengenai siapa saja dan bisa berdampak lebih buruk pada seseorang yang sensitif dan memiliki kerentanan tertentu. Paparan polutan udara dalam waktu singkat terkait dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), seperti, sesak nafas, batuk, asma, asma, penyakit pernafasan, dan menyebabkan peningkatan lama rawatan.

Dampak pada waktu lama berkaitan dengan polusi udara dapat mengakibatkan insufisiensi paru, penyakit kardiovaskular, asma kronis, dan kematian pada sistem kardiovaskular. Sebuah penelitian studi kohort di Swedia, melaporkan bahwa paparan polusi udara dalam waktu lama dapat menyebabkan penyakit diabetes. (Eze et al., 2014) Polusi udara juga menyebabkan banyak dampak kesehatan yang buruk pada fase awal kehidupan manusia, seperti gangguan kardiovaskular, gangguan pernafasan, gangguan perinatal, gangguan mental, yang menyebabkan kematian saat bayi atau menderita penyakit kronis pada usia dewasa.

Sebagian besar pencemar lingkungan berasal dari kegiatan manusia dalam skala besar seperti stasiun penghasil listrik, pembakaran mesin dan mobil, serta penggunaan mesin industri. Aktivitas di atas merupakan penyebab utama

polusi udara, dengan persentase sebanyak 80 % polusi udara. Banyak kegiatan manusia lainnya dapat memengaruhi lingkungan pada tingkat yang lebih rendah, seperti pompa bensin, teknik budidaya lapangan, prosedur pembersihan, pemanas tangki bahan bakar, dan, serta beberapa sumber alami, seperti kebakaran hutan dan letusan gunung berapi.

Klasifikasi polutan udara terutama didasarkan pada sumber yang menghasilkan polusi. Oleh karena itu, ada empat sumber utama, yaitu sumber utama, sumber area, sumber bergerak, dan sumber alami. Sumber utama mencakup emisi polutan dari pembangkit listrik, kilang dan petrokimia, bahan kimia dan industri pupuk, metalurgi dan pabrik industri lainnya, serta kebakaran kota. Sumber area dalam ruangan meliputi kegiatan pembersihan rumah tangga, pembersih kering, toko percetakan, dan pompa bensin. Sumber yang bergerak meliputi mobil, mobil, kereta api, saluran udara, dan jenis kendaraan lainnya. Terakhir, sumber alam mencakup, sumber fisik bencana seperti kebakaran hutan, erupsi gunung berapi, badai debu, dan pembakaran pertanian.

Polusi udara dapat mempengaruhi kualitas tanah dan air dengan mencemari curah hujan, jatuh ke air dan lingkungan tanah. Sifat kimia tanah dapat berpengaruh karena presipitasi asam dapat mempengaruhi tanaman dan kualitas air. Logam berat berbahaya bagi satwa liar dan ikan. Kualitas tanah sangat penting, karena tanah dengan kadar kalsium karbonat rendah berpengaruh pada peningkatan bahaya akibat hujan asam.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan enam polutan utama udara, yaitu polusi partikel, ozon di permukaan tanah, karbon monoksida, sulfur oksida, nitrogen oksida, dan timbal. Polusi udara dapat menimbulkan dampak buruk terhadap seluruh komponen lingkungan, termasuk air tanah, tanah, dan udara. Selain itu, polusi udara menimbulkan ancaman serius bagi organisme hidup. Dalam

hal ini, terutama fokus pada polutan-polutan berkaitan dengan permasalahan yang lebih luas dan parah pada manusia dan menimbulkan dampak kesehatan dan lingkungan. Hujan asam, pemanasan global, efek rumah kaca, dan perubahan iklim mempunyai pengaruh yang penting pada ekologis akibat polusi udara.

2. Pengelolaan Sampah yang Baik

Pengelolaan sampah merupakan salah satu masalah lingkungan utama di dunia. Aktivitas manusia dan perubahan gaya hidup serta pola konsumsi mengakibatkan peningkatan tingkat timbunan sampah padat. Pengelolaan sampah juga dilakukan untuk memulihkan sumber daya. Pengelolaan sampah atau limbah dapat melibatkan zat padat, cair, gas, atau radioaktif. Sistem pengelolaan sampah terdiri dari pengumpulan, pengangkutan, pra-pengolahan, pemrosesan, dan pengurangan akhir residu. (Kan, 2009) Berbagai jenis sampah dapat dikumpulkan secara terpisah. Pengelolaan sampah merupakan salah satu prasarana umum yang berbasis pada jenis infrastruktur fisik tertentu untuk menyediakan barang atau jasa, dan dalam hal ini menyerupai sektor listrik, gas alam, dan air.

Praktik pengelolaan sampah berbeda antara negara maju dan berkembang, baik di perkotaan maupun di daerah pedesaan. Manajemen sampah perumahan yang tidak berbahaya dan institusi di wilayah metropolitan biasanya menjadi tanggung jawab otoritas pemerintah setempat. Saat daur ulang mulai dikenal sebagai bagian penting untuk pengelolaan lingkungan dan sumber daya, tingkat daur ulang limbah rumah tangga di sebagian besar negara maju pada tahun 1980 an masih berada pada angka persen yang rendah. Sistem pengelolaan sampah modern di negara-negara barat telah meningkatkan tingkat daur ulang dalam beberapa tahun terakhir. Sistem pengelolaan sampah modern yang banyak terdapat di kota-kota negara berkembang yang dicita-citakan, semuanya dicirikan oleh tingkat daur ulang

yang tinggi dari bahan-bahan yang bersih dan dipisahkan dari sumbernya.

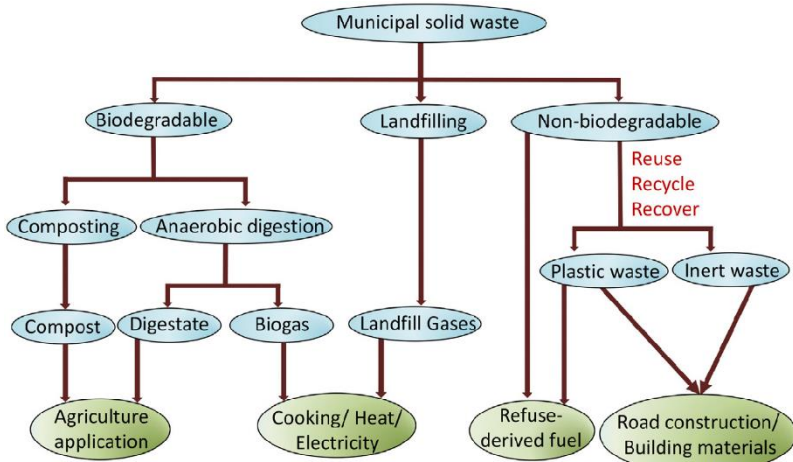
Konsep pengelolaan sampah mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Pengurangan jumlah sampah dengan pengurangan dan daur ulang sampah.
- b. Daur ulang dan pemasukan kembali kelompok zat yang sesuai ke dalam siklus produksi sebagai bahan mentah sekunder atau pembawa energi.
- c. Pemasukan kembali limbah biologis ke dalam siklus alam.
- d. Pengurangan jumlah limbah sisa yang akan dibuang semaksimal mungkin ke tempat pembuangan sampah yang sesuai.
- e. Konsep fleksibel mengenai fluktuasi jumlah dan komposisi limbah sampah domestik. Perkembangan baru di bidang pengelolaan sampah harus diikutsertakan ke dalam sistem.

Sampah kota merupakan jenis sampah yang terdiri dari barang-barang sehari-hari yang dibuang oleh masyarakat yang bervariasi dari satu tempat ke tempat lain. Sampah kota berubah secara signifikan seiring berjalannya waktu dan mungkin termasuk barang tahan lama, barang tidak tahan lama, wadah dan kemasan, sisa makanan dan sisa pekarangan, dan aneka sampah anorganik. Sampah kota diklasifikasikan berdasarkan komposisinya sebagai biodegradable, dapat didaur ulang (kaca, plastik, logam), listrik (peralatan listrik dan elektronik), berbahaya (cat, bahan kimia), dan limbah beracun (pestisida, herbisida).

Pengelolaan sampah dan limbah secara bertahap menjadi tantangan besar di negara-negara berkembang karena industrialisasi, urbanisasi dan peningkatan populasi manusia dan hewan. Semakin meningkatnya permintaan akan makanan dan kebutuhan hidup lainnya yang timbul dari peningkatan populasi global akan mengakibatkan peningkatan jumlah sampah yang tidak dikelola dengan baik, sehingga mengakibatkan kontaminasi dari udara, air, dan tanah. Pencemaran lingkungan ini menimbulkan

ancaman serius terhadap kesehatan masyarakat. Pengelolaan limbah di negara maju telah diatur dengan ketat sehingga produksi, pengumpulan, pengolahan, pengangkutan, dan pembuangan limbah diawasi secara ketat sehingga mengurangi risiko terhadap limbah publik. (Thapa et al., 2014)



Gambar 8. 2 Sampah Padat Perkotaan (Thakur et al., 2021)

Apabila sampah tidak dikelola dengan baik, maka akan menimbulkan beberapa kondisi berikut:

a. Pencemaran Air Bawah Tanah

Air sangat penting bagi kehidupan dan kualitas hidup masyarakat yang tinggal di suatu wilayah bergantung pada akses terhadap air bersih yang baik. Air tanah merupakan mata rantai penting dalam siklus hidrologi karena merupakan sumber sebagian besar air di sungai, danau dan sumur yang biasanya merupakan sumber air di kota. Pencemaran air tanah seringkali diakibatkan oleh buruknya pengelolaan sampah kota. Sebuah studi menunjukkan bahwa air minum yang terkontaminasi limbah padat perkotaan mengandung banyak fecal coliform yang berkisar antara 15,25 MPN/100ml air dibandingkan dengan yang direkomendasikan 0 MPN/100ml air. (Karija & Lukaw, 2013) Logam berat

seperti timbal, kadmium, merkuri, dan arsenik dari limbah padat perkotaan juga terbawa ke dalam air permukaan dan air tanah sehingga menimbulkan ancaman serius bagi kesehatan masyarakat.

Sumber umum logam berat ini dalam limbah mungkin berasal dari wadah cat dan wadah berlapis timbal lainnya wadah, baterai kadmium dan puntung rokok untuk kadmium, termometer air raksa rusak dan barometer merkuri dan wadah pestisida arsenik serta bahan pengawet kayu untuk arsenik. Dampak kesehatan akibat logam berat dapat mengancam jiwa, dengan gejala yang dapat ditemukan seperti sakit kepala, mudah tersinggung, penurunan daya ingat, berkurangnya kapasitas intelektual, dan kerusakan ginjal (Karim et al., 2016), penyakit hati (Hyder et al., 2013) dan bioakumulasi yang dapat menyebabkan kanker (ElSafty, 2014).

b. Penularan Penyakit Zoonosis Endemik Melalui Makanan Dan Air

Salah satu dampak kesehatan masyarakat dari pembuangan sampah di pemukiman adalah adanya risiko penularan zoonosis endemik melalui makanan dan air. Patogen zoonosis endemik ini biasanya berasosiasi dengan kotoran manusia dan hewan di tempat pembuangan sampah yang biasanya tersapu oleh air hujan ke permukaan atau air tanah, mencemari sumber-sumber air dan mengakibatkan penyakit. Selain itu, makanan hewan yang berfungsi sebagai inang perantara vertebrata dapat memakan kotoran manusia sehingga bisa memperoleh infeksi yang kemudian ditularkan ke manusia menyebabkan masalah kesehatan yang serius.

c. Kemungkinan Munculnya Penyakit Dan Tetap Bertahan

Pembuangan bangkai hewan yang tidak diketahui penyebabnya ke tempat pembuangan sampah, terutama yang berada di dalam tubuh manusia di pemukiman dapat menimbulkan ancaman kesehatan masyarakat yang serius karena 61% penyakit menular pada manusia

berasal dari hewan. (Jones et al., 2008) Hewan mati ini dapat menimbulkan risiko kesehatan bagi anak-anak, orang dewasa seperti pemulung dan pekerja sampah yang mengunjungi lokasi tersebut. Jika seekor hewan mati karena antraks, ada kemungkinan penyakit ini dapat menyebar ke manusia dan hewan lain melalui pembuangan hewan mati ke tempat pembuangan sampah, terutama dengan fakta bahwa spora antraks dapat tetap hidup di lingkungan selama lebih dari satu dekade. (Sweeney et al., 2011) Wabah pada manusia timbul akibat kontak manusia dengan hewan yang mati karena antraks telah didokumentasikan. (Karshima & Bobbo, 2016)

d. Tempat Perkembangbiakan Vektor Penyakit Dan Hewan Pengerat

Pengelolaan sampah kota yang buruk dapat mengakibatkan berkembang biaknya hewan pengerat dan vektor serangga yang dapat menyebarkan berbagai penyakit. Risiko kesehatan masyarakat menjadi lebih tinggi jika lokasi-lokasi tersebut berada dalam pemukiman manusia. Misalnya, tempat pembuangan sampah kota menampung air atau menghalangi drainase mengakibatkan genangan air dan berkembang biaknya nyamuk yang mampu menularkan penyakit malaria. Penyakit lain yang ditularkan oleh nyamuk adalah virus dengue dan demam kuning. Hewan pengerat dari tempat pembuangan sampah kota juga dapat memasuki rumah-rumah tetangga dan menyebabkan potensi risiko penyakit seperti demam berdarah Lassa. Lalat rumah dari tempat pembuangan sampah dapat menyebar ke rumah-rumah tetangga dan dalam prosesnya menularkan beberapa penyakit termasuk kolera secara mekanis dari kotoran orang yang terinfeksi ketika masuk kontak dengan makanan manusia.

3. Tersedianya Air Bersih yang Memadai

Air bersih merupakan salah satu kebutuhan primer manusia. Air sangat penting bagi kehidupan karena air merupakan salah satu prasyarat untuk mengukur kualitas hidup manusia. Menurut WHO, air bersih merupakan salah satu jenis air yang berbasis sumber daya yang bermutu baik dan biasa dipergunakan manusia untuk konsumsi atau dalam menjalankan aktivitas sehari-hari termasuk sanitasi. Tidak semua air dapat digunakan dalam kehidupan kita sehari-hari. Air yang sudah tercemar polusi sangat berbahaya jika dimanfaatkan. Jumlah polusi air, mata air kering, dan banyak sumur yang terkontaminasi limbah industri menjadi bukti sangat kuat sanitasi yang buruk dan memicu timbulnya penyakit seperti diare, kolera, disentri, dan hepatitis. Sanitasi dan keamanan air minum harus benar-benar diperhatikan untuk mendapatkan air bersih.

Air sangat penting untuk menopang kehidupan, dan pasokan yang cukup akan aman bagi konsumsi seumur hidup dan semakin terancam seiring bertambahnya populasi manusia dan menuntut semakin banyak air berkualitas tinggi untuk keperluan rumah tangga serta kegiatan seperti pertanian, perikanan dan industri. (Hunter et al., 2010) Oleh karena itu, di forum diskusi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) mengenai pembangunan global, air bersih dan sanitasi merupakan salah satu sasaran dalam program yang dirancang oleh PBB yaitu *Millennium Development Goals* (MDGs) yang berakhir pada tahun 2015. Untuk melanjutkan MDGs, dikembangkan sebuah konsep dalam konteks agenda pembangunan pasca tahun 2015 yang disebut *Sustainable Development Goals* (SDGs). (Morton et al., 2017) Konsep SDGs diperlukan sebagai agenda pembangunan baru yang mengakomodasi segala perubahan yang terjadi pasca-2015, khususnya terkait dengan perubahan situasi dunia sejak tahun 2000 mengenai isu penipisan sumber daya alam, kerusakan lingkungan, perubahan iklim, perlindungan

sosial, pangan dan keamanan energi, dan pembangunan lebih berpihak pada masyarakat miskin.

Kebutuhan dan ketersediaan air bersih harus seimbang, namun ada beberapa daerah yang masih mengalami permasalahan ketersediaan air, misalnya Asia dan Pasifik hanya memiliki 36% sumber daya air, merupakan ketersediaan air per kapita paling rendah di dunia. Sekitar separuh penduduk pedesaan di Asia dan Pasifik tidak memiliki akses terhadap sanitasi yang baik. Terbatasnya ketersediaan air dan terbatasnya pengetahuan tentang pengelolaan air, masyarakat mengkonsumsi air yang tidak sehat/bersih, terutama di negara-negara berkembang. Namun air yang kita gunakan sehari-hari seperti minum, memasak, mandi, dan lain-lain harus bersih agar kita terhindar dari penyakit akibat kualitas air yang buruk. (Orgill et al., 2013)

Kebutuhan manusia akan air bersih sangatlah kompleks, antara lain untuk minum, memasak, mandi, mencuci, dan lain sebagainya. Menurut perhitungan WHO di negara maju, setiap orang membutuhkan air antara 60-120 liter per hari, sedangkan di negara berkembang termasuk Indonesia setiap tahunnya masyarakat membutuhkan air antara 30-60 liter per hari, untuk mencuci, memasak, dan untuk pertanian. Oleh karena itu, sarana penyediaan air minum merupakan salah satu kebutuhan penting bagi masyarakat dan pemerintah wajib memenuhinya.

Kebutuhan air bagi manusia dapat diperoleh dari dalam tanah, air permukaan, atau langsung dari air hujan. Dari ketiga sumber air tersebut, air tanah yang paling banyak dimanfaatkan karena air tanah mempunyai beberapa keunggulan dibandingkan sumber air lainnya, antara lain karena kualitas airnya yang lebih baik serta pengaruh pencemaran yang relatif kecil. (Arcipowski et al., 2017) Orang beresiko tertular penyakit karena kondisi air yang tidak bersih atau sehat adalah mereka yang paling beresiko tertular penyakit yang ditularkan melalui air, yaitu bayi dan anak-

anak, masyarakat yang lemah atau hidup dalam kondisi tidak sehat dan lanjut usia.

4. Lingkungan yang Rapi dan Bersih

Kebersihan lingkungan meningkatkan gaya hidup dan menciptakan lingkungan yang menyenangkan dan aman bagi individu. Lingkungan rumah yang rapi akan menciptakan kebahagiaan dan menghilangkan rasa tidak nyaman dan kekacauan yang disebabkan oleh ketidakteraturan.

Upaya menjaga kebersihan dapat menular dari satu orang ke orang lain. Jika seseorang menjaga diri dan lingkungan perawatan tetap rapi dan bersih, semua orang yang berkunjung akan melakukannya juga ingin menjaga area tersebut tetap rapi dan rapi sehingga akan mempermudah pekerjaan. Upaya yang dapat dilakukan agar lingkungan tetap bersih yaitu:

- a. Pakaian, seprai, dan handuk yang kotor agar segera dicuci bersih.
- b. Sarung tangan, jarum, dan tisu sekali pakai segera dibuang ke tempat sampah.
- c. Sampah sebaiknya dibuang setiap hari atau segera di bawa ke tempat sampah di luar.
- d. Piring yang telah digunakan agar segera dicuci setelah makan.
- e. Surat dan koran yang tidak digunakan lagi agar segera dibuang.
- f. Kulkas dibersihkan setiap minggu.
- g. Gelas, piring, dan peralatan rumah tangga lainnya perlu dipastikan kebersihannya.
- h. Kebersihan kamar mandi dan dapur dijaga setiap hari.
- i. Debu dan lantai dibersihkan lantai setiap hari.

Lingkungan yang bersih, baik di tempat kerja, di sekolah, atau di rumah sakit, dapat menjadi cara yang penting untuk mencegah infeksi. Kuman berbahaya bisa tinggal dimana saja, sehingga dengan menjaga jumlah kuman tetap rendah, akan mengurangi peluang seseorang terkena

penyakit dan meningkatkan kesehatan. Semakin kurang kepedulian seseorang terhadap lingkungan, maka semakin tercemar dan semakin berbahaya bagi kesehatan. Polusi udara dapat menyebabkan gangguan pernafasan dan penyakit kanker. Pemeliharaan lingkungan yang selalu bersih baik di rumah maupun di luar rumah dengan mengambil langkah-langkah untuk membersihkan dan mencegah genangan air akan besar manfaatnya bagi pemukiman. Meski generasi muda mungkin lebih banyak rentan terhadap infeksi, mereka mungkin lebih rentan terhadap polusi udara. Kebersihan dan lingkungan yang sehat sangat bermanfaat bagi anak-anak dan orang dewasa. (Murthy, 2021)

D. Kesimpulan

Perilaku sehat merupakan upaya yang dilakukan oleh seseorang untuk menjaga kesehatan tetap optimal. Perilaku sehat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor lingkungan juga berperan penting terhadap terlaksananya perilaku sehat seseorang.

Lingkungan yang mendukung perilaku sehat diantaranya udara bersih dan segar serta bebas polusi udara, pengelolaan sampah yang baik, tersedianya air bersih yang memadai, serta lingkungan yang rapi dan bersih. Lingkungan tersebut sangat cocok dengan prinsip hidup sehat sehingga akan dapat mempertahankan kondisi Kesehatan baik seseorang maupun masyarakat tetap optimal, dan tentunya mendukung perilaku sehat tetap berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arcipowski, E., Schwartz, J., Davenport, L., Hayes, M., & Nolan, T. (2017). Clean Water, Clean Life: Promoting Healthier, Accessible Water in Rural Appalachia. *Journal of Contemporary Water Research & Education*, 161(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1936-704x.2017.3248.x>
- Bayliss, E. A., Steiner, J. F., Fernald, D. H., Crane, L. A., & Main, D. S. (2003). Descriptions Of Barriers To Self-Care By Persons With Comorbid Chronic Diseases. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 15-21. <https://doi.org/10.1370/afm.4>
- ElSafty, A. (2014). Health Implications of Heavy Metal Overload. *Occupational Medicine & Health Affairs*, 02(01). <https://doi.org/10.4172/2329-6879.1000145>
- Eze, I. C., Schaffner, E., Fischer, E., Schikowski, T., Adam, M., Imboden, M., Tsai, M., Carballo, D., von Eckardstein, A., Künzli, N., Schindler, C., & Probst-Hensch, N. (2014). Long-term Air Pollution Exposure And Diabetes In A Population-Based Swiss Cohort. *Environment International*, 70, 95-105. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2014.05.014>
- Hunter, P. R., MacDonald, A. M., & Carter, R. C. (2010). Water Supply and Health. *PLoS Medicine*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000361>
- Hyder, O., Chung, M., Cosgrove, D., Herman, J. M., Li, Z., Firoozmand, A., Gurakar, A., Koteish, A., & Pawlik, T. M. (2013). Cadmium Exposure and Liver Disease among US Adults. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 17(7), 1265-1273. <https://doi.org/10.1007/s11605-013-2210-9>
- Jones, K. E., Patel, N. G., Levy, M. A., Storeygard, A., Balk, D., Gittleman, J. L., & Daszak, P. (2008). Global Trends In Emerging Infectious Diseases. *Nature*, 451(7181), 990-993. <https://doi.org/10.1038/nature06536>

- Kan, A. (2009). General Characteristics Of Waste Management: A Review. In *Energy Education Science and Technology Part A: Energy Science and Research* (Vol. 23, Issue 1).
- Karija, M. K., & Lukaw, Y. S. (2013). The Impact of Poor Municipal Solid Waste Management Practices and Sanitation Status on Water Quality and Public Health in Cities of the Least Developed Countries: the Case of Juba, South Sudan. In *International Journal of Applied Science and Technology* (Vol. 3, Issue 4). www.ijastnet.com
- Karim, S., Aouniti, A., Belbachir, C., & Rahhou, I. (2016). Metallic contamination (Cd, Pb, Cu, Zn, Fe, Co) of the Octopus (*Octopus Vulgaris* Cuvier, on 1797) fished in the Mediterranean Coast From The North East of Morocco. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Research*, 8(2), 821–828. <https://www.researchgate.net/publication/296692390>
- Karshima, S., & Bobbo, A. (2016). Isolation and PCR Characterisation of Thermophilic *Campylobacter* Species in Dogs Presented to Selected Veterinary Clinics in Jos, Nigeria. *Alexandria Journal of Veterinary Sciences*, 50(1), 70. <https://doi.org/10.5455/ajvs.221754>
- Lesińska-Sawicka, M., Pisarek, E., & Nagórska, M. (2021). The Health Behaviors Of Students From Selected Countries – A comparative study. *Nursing Reports*, 11(2), 404–417. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020039>
- Liao, Y., Cheng, X., Li, Z., & Li, Y. (2023). The mediating role of Physical Activity And Health Status Between A Health-Supportive Environment And Well-Being: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1233970>
- Manisalidis, I., Stavropoulou, E., Stavropoulos, A., & Bezirtzoglou, E. (2020). Environmental and Health Impacts of Air Pollution: A Review. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 8). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00014>

- Morton, S., Pencheon, D., & Squires, N. (2017). Sustainable Development Goals (SDGs), And Their Implementation. In *British Medical Bulletin* (Vol. 124, Issue 1, pp. 81–90). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx031>
- Murthy, S. (2021). The Significance of Maintaining a Clean Environment. In *Commentary Journal Of Environmental And Occupational Health* (Vol. 11, Issue 10).
- Nudelman, G., & Shiloh, S. (2018). Connectionism and Behavioral Clusters: Differential Patterns In Predicting Expectations To Engage In Health Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(10), 890–901. <https://doi.org/10.1093/abm/kax063>
- Orgill, J., Shaheed, A., Brown, J., & Jeuland, M. (2013). Water Quality Perceptions And Willingness To Pay For Clean Water In Peri-Urban Cambodian Communities. *Journal of Water and Health*, 11(3), 489–506. <https://doi.org/10.2166/wh.2013.212>
- Sadat Musavian, A., Afsaneh Pasha, Rahebi, S.-M., Zahra, ;, Roushan, A., & Ghanbari, ; Atefeh. (2014). Health promoting Behaviors Among Adolescents: A Cross-sectional Study. In *Nurs Midwifery Stud* (Vol. 3, Issue 1).
- Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social Determinants And Health Behaviors: Conceptual Frames And Empirical Advances. In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 5, pp. 78–84). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.002>
- Sweeney, D. A., Hicks, C. W., Cui, X., Li, Y., & Eichacker, P. Q. (2011). Anthrax Infection. In *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* (Vol. 184, Issue 12, pp. 1333–1341). <https://doi.org/10.1164/rccm.201102-0209CI>
- Thakur, A., Kumari, S., Sinai Borker, S., Prashant, S. P., Kumar, A., & Kumar, R. (2021). Solid Waste Management in Indian Himalayan Region: Current Scenario, Resource Recovery, and Way Forward for Sustainable Development. In *Frontiers in Energy Research* (Vol. 9). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fenrg.2021.609229>

Thapa, N. K., Tenzin, Wangdi, K., Dorji, T., Migma, Dorjee, J., Marston, C. K., & Hoffmaster, A. R. (2014). Investigation And Control Of Anthrax Outbreak At The Human-Animal Interface, Bhutan, 2010. *Emerging Infectious Diseases*, 20(9), 1524–1526. <https://doi.org/10.3201/eid2009.140181>

BAB 9

PELAYANAN KESEHATAN PREVENTIF DAN SKRINING

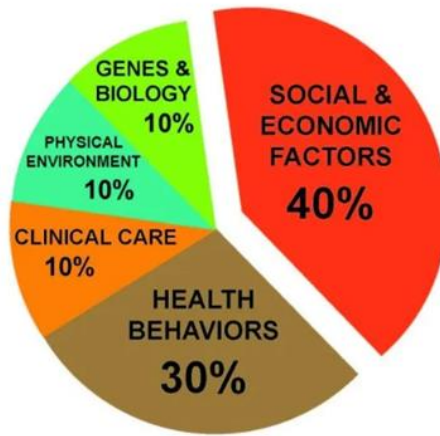
Ns. Said Taufiq, S. Pd., SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Elemen kunci dalam pencegahan penyakit dan promosi kesehatan yang diperlukan adalah mengidentifikasi faktor risiko penyakit. Alasan dibalik hal ini adalah bahwa individu setelah mengetahui tentang resikonya, akan bertindak sesuai risiko dan memiliki kepentingan untuk mengurangi risiko tersebut. Meskipun diyakini bahwa ini benar-benar penting dalam upaya pencegahan penyakit, namun perlu diwaspadai pendekatan ini hanyalah salah satu dimensi yang sangat terbatas dari program pencegahan. Salah satu alasan mengapa pendekatan ini menjadi berat untuk dilaksanakan adalah karena banyak orang merasa sulit untuk merubah perilakunya, bahkan ketika mereka menyadari status risikonya. Alasan lain adalah banyak penyakit yang menjadi perhatian saat ini melibatkan begitu banyak orang, sehingga pendekatan pencegahan faktor risiko secara individual bukanlah cara yang efektif dan efisien untuk mengatasi masalah tersebut (Zych & Springer, 2021).

Ketika keterbatasan program untuk mengatasi faktor risiko, maka semakin banyak perhatian yang harus diberikan untuk pencegahan tersebut melalui pendekatan lingkungan, baik fisik maupun sosial. Beberapa petunjuk mengenai intervensi lingkungan dapat diperoleh dari studi pola distribusi penyakit. Pendekatan lingkungan terhadap pencegahan tidak hanya lebih efisien dan praktis, namun juga dapat memberikan pencerahan baru pada pemahaman kita tentang etiologi dan pencegahan penyakit (Arango, et al., 2018).

Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya dipahami sebagai intervensi spesifik, berbasis populasi dan berbasis individu untuk pencegahan primer dan sekunder (skrining), yang bertujuan untuk meminimalkan beban penyakit dan faktor risiko terkait. Seperti model kesehatan masyarakat klasik, faktor risiko penyakit dan gangguan sering kali mewakili pertemuan faktor host, agen dan lingkungan (WHO, 2020).



Gambar 9. 1 Determinan Kesehatan (WHO, 2020)

Pendekatan pencegahan ini berkaitan dengan masyarakat, kelompok atau komunitas yang rentan terhadap satu atau banyak risiko. Secara umum individu dan kelompok yang mungkin memerlukan dukungan terbagi dalam dua kategori yang saling tumpang tindih. Kategori pertama adalah mereka yang mungkin terkena gangguan kesehatan atau penyakit karena hubungannya dengan kondisi sosial dalam kehidupan mereka, seperti kemiskinan, marginalisasi, perumahan yang buruk dan pengangguran yang menempatkan mereka pada risiko. Kategori kedua adalah mereka mempunyai perilaku berisiko atau gaya hidup bermasalah seperti merokok, minum alkohol, menggunakan narkoba, melakukan hubungan seks yang tidak aman atau kelebihan berat badan/obesitas. Penelitian menunjukkan bahwa jika seseorang termasuk dalam kelompok rentan, kemungkinan besar ia akan terkena dampak masalah

gaya hidup. Sebagian besar gaya hidup bermasalah terjadi pada kelompok dengan status sosial-ekonomi rendah, kecuali perilaku konsumsi alkohol (Tengland, 2012).

Banyak strategi promosi kesehatan yang secara langsung dapat mencegah, mempertahankan bahkan meningkatkan kesehatan masyarakat. Kampanye perbaikan perilaku dan gaya hidup, upaya pencegahan penyakit dan upaya menemukan gangguan kesehatan dan penyakit secara dini (skrining) menjadi salah satu strategi yang efektif dengan biaya murah. Strategi ini dipercaya akan memperbaiki kesehatan di masa depan melalui beberapa perubahan dan aktivitas. Kampanye meningkatkan konsumsi sayuran dan buah, atau penambahan jalur sepeda baru membuat orang bersepeda ke tempat kerja mengarah pada perbaikan kesehatan lebih menyeluruh. Perlu terus ditingkatkan pendekatan strategi promosi yang dapat meningkatkan perubahan, baik perubahan internal (individu), dan beberapa dengan perubahan eksternal (lingkungan) sehingga derajat kesehatan masyarakat semakin baik (Editorial, 2021).

B. Pelayanan Kesehatan Preventif

Prevensi berasal dari kata *pravenire*, suatu istilah dalam bahasa latin yang berarti datang sebelum atauantisipasi atau mencegah untuk tidak terjadi sesuatu. Arti yang lebih luas, prevensi adalah upaya sengaja untuk mencegah terjadinya gangguan, kerusakan, atau kerugian bagi seseorang atau masyarakat. Pelayanan preventif adalah sebuah usaha dari individu atau kelompok untuk melakukan pencegahan suatu kejadian yang tidak diinginkan. Pelayanan kesehatan preventif bertujuan mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan lainnya terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Putra, 2015).

Pelayanan preventif harus menjadi prioritas dalam pemberian layanan kesehatan karena masyarakat yang masih memiliki gejala atau tanda-tanda awal penyakit, bisa sejak dini dilakukan antisipasi sehingga akan lebih efektif. Disamping itu akan terjadi penghematan biaya karena tidak perlu melakukan

pengobatan di rumah sakit, apalagi perlu dilakukan layanan rujukan yang memerlukan biaya lebih besar lagi. Bagi individu atau masyarakat yang mampu mengidentifikasi gejala gangguan atau penyakit lebih awal, bisa secepatnya diantisipasi dan tentunya kemungkinan untuk sembuh bagi yang memiliki gejala sakit bisa lebih besar karena telah diantisipasi sejak awal (Putra, 2015).

Operasionalisasi strategi pencegahan dilakukan berdasarkan pertimbangan dari sudut pandang risiko-manfaat, yaitu resiko seseorang terkena suatu penyakit dibandingkan dengan biaya, risiko, dan ketidaknyamanan dari strategi pencegahan. Tiga kategori pencegahan utama yang telah dikenal, yaitu (WHO, 2002):

1. Pencegahan universal, pencegahan masalah kesehatan yang menyasar masyarakat umum atau seluruh kelompok masyarakat.
2. Pencegahan selektif, yaitu program pencegahan yang menargetkan individu atau sub kelompok populasi yang berisiko terkena gangguan lebih tinggi dari itu dari sisa populasi.
3. Pencegahan yang diindikasikan, menargetkan orang-orang yang berisiko tinggi mengalami penyakit

Untuk mencapai hasil optimal, tingkat pencegahan penyakit harus mengikuti riwayat alamiah penyakit yang terdiri dari lima tahap, yaitu tahap mendasar, tahap kerentanan, tahap subklinis, tahap klinis dan tahap pemulihan/ kecacatan/ kematian. Tahap pelayanan preventif yang sesuai dengan tahap perkembangan penyakit ini dibedakan atas lima level pencegahan. Tingkat pencegahan tersebut adalah pencegahan awal/primordial, pencegahan primer, pencegahan sekunder, pencegahan tersier dan pencegahan kuartier. Strategi ini selain bertujuan mencegah timbulnya penyakit melalui pengurangan risiko, tetapi juga komplikasi penyakit-penyakit yang sudah dipahami (Kisling & Das, 2023).

Lima tingkat pencegahan penyakit dan gangguan kesehatan adalah (Kisling & Das, 2023):

1. Pencegahan Primordial

Pencegahan primordial adalah pengurangan faktor risiko yang ditargetkan pada seluruh populasi dengan fokus pada kondisi sosial dan lingkungan. Manifestasi strategi pencegahan pada level ini adalah melalui perundang-undangan dan kebijakan secara nasional. Pencegahan primordial merupakan modalitas pencegahan gangguan kesehatan paling awal, maka sasaran utama pencegahan primordial adalah anak-anak untuk mengurangi paparan risiko sejak awal. Pencegahan primordial bertujuan mencegah tahap dasar perkembangan alamiah penyakit, dengan target utama kondisi sosial dasar yang mendorong munculnya penyakit. Manifestasi kebijakan untuk mendukung tahap pencegahan primordial misalnya dengan meningkatkan akses lingkungan perkotaan terhadap trotoar yang aman sehingga mendorong aktivitas fisik. Kondisi ini berkontribusi terhadap penurunan faktor risiko obesitas, penyakit kardiovaskular, diabetes tipe 2 dan lainnya.

2. Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan tindakan pencegahan dengan sasaran individu atau populasi yang memiliki kerentanan tinggi. Tujuannya adalah secara langsung mencegah terjadinya suatu penyakit. Sasaran pencegahan primer adalah individu yang sehat dalam populasi. Upaya yang dilakukan adalah dengan memfasilitasi kegiatan individu atau masyarakat yang membatasi paparan risiko atau meningkatkan kekebalan, sehingga individu berisiko dapat dicegah penyakitnya berkembang menjadi penyakit subklinis. Pencegahan primer sangat efektif untuk mencegah penyakit muncul, salah satu upaya yang dilakukan adalah imunisasi.

3. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah upaya deteksi dini suatu penyakit, oleh karena itu pencegahan pada tingkat ini menasar individu yang tampak sehat, namun memiliki bentuk penyakit subklinis. Penyakit subklinis adalah terjadinya perubahan patologis namun tidak muncul gejala nyata yang dapat didiagnosis saat kunjungan pemeriksaan kesehatan. Pencegahan sekunder sering kali dilakukan dalam bentuk skrining, misalnya *papanicolaou smear* (*Pap Smear*), yaitu suatu bentuk atau upaya pencegahan sekunder bertujuan mendiagnosis kanker serviks dalam kondisi subklinis sebelum berkembang.

4. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier adalah upaya pencegahan pada penderita penyakit yang telah didiagnosis sehingga dapat mengurangi keparahan dan gejala sisa terkait penyakitnya. Sasaran tingkat pencegahan tersier adalah penderita penyakit pada tahap klinis dan telah terdiagnosa menderita suatu penyakit. Pencegahan sekunder bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit, sedangkan pencegahan tersier untuk mengurangi dampak penyakit yang sudah menyerang seseorang.

5. Pencegahan Kuarter

Pencegahan kuarter adalah tindakan yang diambil untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami pengobatan berlebihan, untuk melindunginya dari invasi medis baru dan untuk menyarankan kepadanya intervensi yang dapat diterima secara etis. Sasaran pencegahan kuarter adalah pasien yang mengalami kesakitan (*illness*) tetapi tidak terdiagnosis penyakit tersebut (*disease*). Definisi ini telah mengalami modifikasi sebagai tindakan yang diambil untuk melindungi individu (orang/pasien) dari intervensi medis yang cenderung menyebabkan lebih banyak kerugian daripada manfaat.

Layanan pencegahan diatur dan harus menjalani pengujian keamanan yang cermat, terdapat risiko yang terkait dengan pencegahan, terutama pencegahan primer dan sekunder yang ditargetkan untuk melakukan intervensi pada individu yang tampak sehat. Seringkali sulit untuk mendapatkan dukungan dari pasien mengenai rasio risiko-manfaat dari berbagai layanan pencegahan. Di samping itu biaya layanan pencegahan biasanya menjadi bahan perdebatan. Beberapa analisis biaya-manfaat telah dilakukan mengenai evaluasi layanan pencegahan dengan tingkat kepercayaan yang berbeda-beda. Meskipun sering kali terdapat keuntungan jangka panjang dari tahun-tahun hidup sehat, layanan pencegahan tidaklah murah, sehingga dapat membatasi penggunaan layanan ini baik oleh sistem layanan kesehatan maupun pasien dan merupakan pertimbangan ketika mempromosikan layanan pencegahan (Kisling & Das, 2023).

Berikut beberapa contoh strategi pencegahan yang lazim diterapkan. Pencegahan primordial, misalnya kebijakan pemerintah menaikkan pajak rokok, mengurangi iklan tembakau, modifikasi lingkungan dengan menyediakan akses jalur pejalan kaki yang aman dan akses ke fasilitas penyedia makanan sehat. Pencegahan primer, misalnya program imunisasi, program penghentian tembakau, program jarum suntik sekali pakai, program suplementasi mikronutrien. Pencegahan sekunder, misalnya papanicolaou (Pap) smear untuk deteksi dini kanker serviks, mamografi untuk deteksi dini kanker payudara, kolonoskopi untuk deteksi dini kanker usus besar dan pemeriksaan tekanan darah. Pencegahan tersier misalnya terapi okupasi dan fisik pada pasien luka bakar, rehabilitasi jantung pada pasien pasca infark miokard dan perawatan kaki diabetik. Pencegahan kuartier seperti pertimbangan untuk kondisi rentan terhadap pengobatan berlebihan pada kasus insidentaloma radiologis (adenoma adrenal), penggunaan obat antiaritmia setelah infark miokard yang mengurangi aritmia tetapi meningkatkan angka kematian, penggunaan terapi penggantian hormon menyebabkan

peningkatan jumlah kasus kanker payudara, stroke, dan kejadian tromboemboli, yang juga gagal mengurangi angka kematian akibat penyakit kardiovaskular (Kisling & Das, 2023).

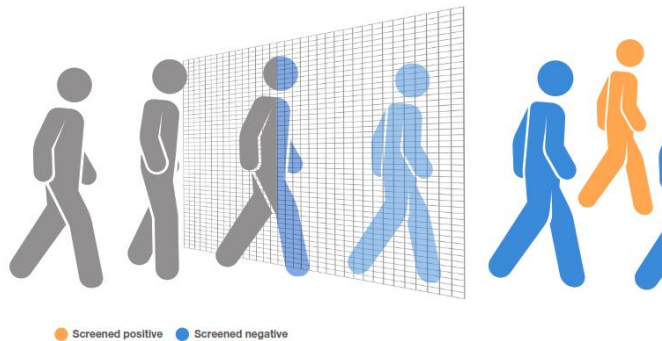
C. Pelayanan Skrining

Berdasarkan riwayat perjalanan secara alamiah, pencegahan penyakit dan gangguan kesehatan paling efektif dilakukan saat individu masih dalam kondisi sehat dengan mengoptimalkan bentuk pencegahan primer. Jika individu dalam masyarakat tidak mampu dilakukan pencegahan primer secara efektif, maka langkah terbaik selanjutnya adalah melakukan pencegahan sekunder dengan melakukan deteksi dini terhadap gangguan kesehatan dan pengobatan segera. Upaya mengoptimalkan pencegahan sekunder ini salah satunya adalah melakukan skrining.

Skrining atau penyaringan adalah sebuah tes atau prosedur lain sebagai upaya mengidentifikasi dugaan penyakit atau kelainan yang tidak dikenal, yang dapat digunakan dengan cepat untuk memastikan orang sehat apakah ia mempunyai kemungkinan untuk sakit atau tidak. Skrining juga disebut sebagai mekanisme untuk mengenali suatu penyakit yang belum nyata melalui tes, pemeriksaan atau prosedur lainnya yang dapat memisahkan antara orang yang mungkin menderita penyakit dengan orang yang sehat dengan cepat (WHO, 2020).

Skrining atau uji penyaringan memiliki tujuan antara lain (WHO, 2020):

1. Mendeteksi dini *population risk* (orang beresiko berpenyakit), yaitu individu yang tampak sehat dalam populasi, namun ada kemungkinan mengalami penyakit karena memiliki penyakit tanpa gejala atau dengan gejala yang tidak spesifik.
2. Melakukan pengobatan secara tuntas pada penderita tanpa gejala yang ditemukan, sehingga tidak membahayakan dirinya atau lingkungan dan tidak menjadi sumber penularan penyakit.
3. Mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.



Gambar 9. 2 Proses Skrining (WHO, 2020)

Manfaat yang diperoleh dengan melaksanakan skrining di masyarakat antara lain, (1) mengurangi angka kematian karena dapat dideteksi dengan cepat dan pengobatan dini; (2) mengurangi prevalensi penyakit dengan mengidentifikasi dan mengantisipasi faktor pemicunya; (3) mengurangi keparahan penyakit dengan mengidentifikasi orang-orang yang mengidap penyakit dan melakukan pengobatan yang efektif; (4) serta memberikan pilihan dari banyak alternatif dengan mengidentifikasi penyakit atau faktor risiko pada tahap awal (WHO, 2020).

Perlu dipahami tidak semua penyakit dan gangguan kesehatan dapat dilakukan skrining, oleh karena itu perlu beberapa pertimbangan berikut sebelum suatu penyakit atau masalah kesehatan diskrimining. Prinsip dasar skrining dikenal sebagai *Wilson & Jungner's principle*, yaitu (WHO, 2020):

1. Gangguan atau penyakit yang diskrimining merupakan masalah medis utama.
2. Harus tersedia pengobatan untuk penderita yang teridentifikasi penyakitnya melalui skrining.
3. Harus ada akses ke fasilitas diagnosis dan layanan kesehatan untuk pengobatan lanjutan penyakit yang ditemukan
4. Dikenali riwayat perjalanan penyakit dari kondisi awal sampai lanjutannya.
5. Penyakit yang ditemukan tersedia tes atau pemeriksaan yang tepat dan efektif.

6. Proses uji dan tes yang dilakukan dapat diterima secara umum oleh masyarakat.
7. Kondisi perkembangan penyakit harus dipahami, termasuk fase regular dan periode awal penyakit dapat dikenali melalui tes.
8. Memiliki kebijakan, prosedur dan tes lanjutan untuk menentukan siapa yang harus dirujuk untuk didiagnosis dan *follow-up* kasus.
9. Proses tes harus sederhana sehingga dapat diikuti banyak peserta.
10. Uji skrining tidak boleh tunggal, namun dilakukan reguler dan berkelanjutan.
11. Penggunaan alat, waktu pemeriksaan, dapat diterapkan, mendapat pengobatan dan alat untuk diagnosis.

Jenis penyakit atau gangguan kesehatan dalam masyarakat yang menjadi sasaran skrining adalah penyakit kronis, keadaan yang potensial dan kondisi dengan resiko tinggi seperti (1) infeksi bakteri seperti lepra, TBC, dll; (2) infeksi virus seperti Hepatitis, HIV-AIDS, dll; (3) penyakit non-infeksi seperti hipertensi, diabetes mellitus, jantung koroner, kanker serviks, kanker prostat, glaukoma, dll. Berdasarkan sasaran dan karakteristik untuk uji penyaringan, ada tiga jenis skrining, yaitu (1) skrining massal, yang menyasar seluruh populasi; (2) skrining multipel atau multifasik, uji penyaringan yang menggunakan banyak metode tes; (3) dan skrining preskriptif, yaitu penyaringan orang sehat yang diduga menderita penyakit, yang dengan deteksi dini dapat dikendalikan dengan lebih baik (Fannya, 2020).

Penyakit atau gangguan kesehatan yang dapat dilakukan skrining harus memenuhi kriteria atau kategori berikut ini (Fannya, 2020):

1. Sifat penyakit, harus masuk kategori penyakit serius, prevalensi praklinis dalam masyarakat tinggi dan memiliki periode yang panjang dari munculnya tanda pertama sampai timbulnya penyakit.

2. Uji diagnostik, skrining dapat dilakukan jika alat atau metode memiliki karakteristik yang jelas seperti sensitivitas, reliabilitas dan spesifisitas tinggi, sederhana, tidak berisiko, harga terjangkau, dapat diterima masyarakat dan fasilitas tersedia.
3. Diagnosis dan pengobatan, telah tersedia fasilitas diagnosis dan pengobatan yang efektif, dapat diterima dan pengobatan yang aman.
4. Untuk memperoleh hasil uji yang baik, beberapa karakteristik alat uji dalam pelaksanaan skrining harus terpenuhi, antara lain (Fannya, 2020):
5. Akurasi, alat skrining harus memberikan ukuran yang benar (akurat) terhadap objek yang diukur. Akurasi alat uji dipengaruhi reproduktibilitas atau konsistensi hasil pemeriksaan dan validitas, yaitu kemampuan alat tes membedakan orang sakit dan sehat.
6. Estimasi hasil, yaitu perkiraan nilai hasil pemeriksaan dapat dipercaya atau dicurigai berhubungan dengan derajat kesalahan.
7. Presisi, yaitu kedekatan nilai tiap pemeriksaan bebas dalam kondisi yang sama.
8. Reprodusibilitas, alat tes yang menunjukkan hasil konsisten pada percobaan yang diulang-ulang dan memiliki hasil pemeriksaan yang identik atau sangat mirip.
9. Sensitivitas (*true positive rate*), kemampuan menjangkau orang-orang yang benar-benar sakit dalam populasi yang diperiksa.
10. Spesifisitas (*true negative rate*), kemampuan menjangkau orang-orang yang benar-benar sehat dalam populasi yang diperiksa.
11. Validitas, kekuatan instrumen pemeriksaan mengukur dengan tepat sesuatu yang seharusnya diukur.

Agar skrining menjadi efektif, intervensi tersebut harus disesuaikan dengan kondisi karakteristik populasi, seperti menggunakan pendekatan gender. Perlu diperhatikan ciri maskulinitas pada pria, dan menghindari wanita karena sifat feminimnya telah digunakan untuk menjelaskan perbedaan

perilaku pemeriksaan skrining kesehatan antara pria dan wanita. WHO menyatakan bahwa kebijakan kesehatan harus mengakui dan mengakomodir semua gender dengan setara dimana laki-laki dan perempuan mempunyai kebutuhan, peluang dan hambatan yang berbeda untuk mencapai standar kesehatan tertinggi. Para ahli berpendapat pentingnya mempertimbangkan gender ketika mengembangkan intervensi, program dan kebijakan sebagai pengakuan bahwa laki-laki dan perempuan berperilaku berbeda (Teoa, et al., 2016).

Masalah dalam pelaksanaan pencegahan sekunder selain skrining yang kurang tepat, banyak keputusan pengobatan dan pemeriksaan kesehatan yang tidak didasari keputusan tunggal dan tepat sebagai pilihan terbaik. Keputusan seperti ini dianggap sensitif terhadap preferensi karena tidak cukup bukti mengenai hasil atau menimbang antara manfaat dan kerugian akibat keputusan tersebut. Untuk mempersiapkan masyarakat membuat keputusan kesehatan dengan tenaga medis, memerlukan alat bantu pengambilan keputusan. Alat bantu pembuat keputusan ini diperlukan untuk mendampingi hasil skrining kesehatan. Alat bantu pembuat keputusan ini berbeda dengan pendidikan kesehatan, karena dibuat eksplisit untuk membuat keputusan yang sedang dipertimbangkan (Stacey, et al., 2012).

Alat bantu pembuat keputusan adalah alat berbasis bukti yang dirancang untuk mempersiapkan klien berpartisipasi dalam membuat pilihan layanan kesehatan yang spesifik dan bijaksana. Tujuan spesifik alat bantu pembuat keputusan ini adalah (Stacey, et al., 2012):

1. Memberikan informasi berbasis bukti tentang kondisi kesehatan, pilihan, manfaat, kerugian, probabilitas, dan ketidakpastian ilmiah.
2. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengenali sifat hasil pemeriksaan, baik secara implisit maupun eksplisit.
3. Memberikan panduan terstruktur dalam langkah pengambilan keputusan dan mengkomunikasikan nilai-nilai yang diinformasikan kepada orang lain terlibat dalam

pengambilan keputusan (misalnya dokter, keluarga atau teman).

D. Strategi Promosi Kesehatan Melalui Layanan Preventif dan Skrining

Promosi kesehatan adalah proses memberdayakan manusia untuk meningkatkan kesehatan dan mengambil kendali untuk membuat keputusan tentang kesehatannya. Upaya ini adalah kombinasi antara pendidikan, dukungan politik, peraturan dan organisasi pelaksana untuk menciptakan kondisi yang kondusif bagi peningkatan kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Dalam hal ini, promosi kesehatan lebih dari ketersediaan pelayanan medis, ketersediaan teknologi kesehatan, obat-obatan atau ketersediaan pembiayaan kesehatan secara nasional. Kampanye promosi kesehatan ini lebih kepada menciptakan sesuatu yang mengakar dalam budaya kita, perilaku sosial dan cara kita mengalokasikan sumber daya dan peluang yang pada akhirnya akan mengarah pada peningkatan kualitas hidup (Nwabuko, et al., 2018).

Pesan promosi kesehatan saat ini semakin efektif disebarluaskan secara global karena perkembangan komunikasi kesehatan. Komunikasi kesehatan adalah teknik dan seni menyampaikan informasi, mempengaruhi, dan memotivasi khalayak individu, institusi, dan publik tentang masalah kesehatan. Komunikasi kesehatan melalui pemanfaatan media meningkatkan kesadaran masyarakat akan isu-isu kesehatan kritis, sehingga menghasilkan perilaku yang diinginkan, disamping perubahan sosial pada masyarakat. Hal ini menjadi media pembawa perubahan, baik sikap maupun perilaku yang diinginkan pada masyarakat (Nwabuko, et al., 2018).

Strategi pelaksanaan promosi kesehatan sebagai intervensi modern dibidang kesehatan masyarakat perlu menyikapi perkembangan dinamis masa kini dan menyesuaikan diri. Ada beberapa isu global terkini yang perlu menjadi perhatian dalam perencanaan intervensi promosi kesehatan karena kasus yang terus meningkat dan akibat yang

ditimbulkan, baik beban pembiayaan kesehatan maupun jumlah kematian yang ditimbulkan. Kondisi tersebut diantaranya peningkatan usia harapan hidup, transisi epidemiologi dari penyakit menular kepada penyakit tidak menular, peningkatan jumlah penderita gangguan mental, kecelakaan dan penyalahgunaan narkoba.

Seiring dengan perkembangan dan kemajuan dunia kesehatan saat ini, pertumbuhan jumlah penduduk lansia semakin meningkat. Di hampir semua negara maju terjadi peningkatan usia harapan hidup yang berimplikasi pada bertambahnya jumlah lansia. Promosi kesehatan pada lansia tidak didasarkan pada penyakit saja, namun mencakup berbagai masalah, termasuk nutrisi, tidur, kecacatan, dan obesitas (Chiu, et al., 2020).

Sebuah studi di Taiwan menunjukkan bagaimana pilihan tindakan untuk penanganan masalah kesehatan lansia. Lansia 66% menggunakan intervensi promosi kesehatan sebagai upaya kesehatan mereka, disusul tindakan skrining sebanyak 54%, pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) 23% dan melalui dukungan sosial sebesar 15%. Masalah kesehatan lansia yang diintervensi dengan promosi kesehatan, pencegahan dan skrining antara lain penyakit yang diderita, aktivitas fisik, kondisi kesehatan secara umum, peningkatan kualitas hidup, kelemahan fisik, gangguan fungsi kognitif, kesehatan mental, nutrisi, kecacatan, kemandirian hidup, kualitas tidur, fungsi psikososial dan masalah kecanduan (Chiu, et al., 2020).

Masalah kesehatan reproduksi dan penyalahgunaan narkoba juga menjadi perhatian dalam penanganan masalah kesehatan berbasis promosi kesehatan yang menyasar khususnya usia remaja dan dewasa. Terkait kesehatan reproduksi dan penyakit menular seksual, program pencegahan dan skrining menaruh perhatian utama pada pencegahan dan skrining HIV-AIDS. Secara nasional Kementerian Kesehatan RI telah menyusun program pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS tahun 2020-2024 dengan target menurunkan infeksi baru dengan memperkuat pencegahan dan skrining,

menurunkan kematian akibat AIDS, mencegah diskriminasi pada penderita HIV/AIDS dan menurunkan penularan baru HIV pada bayi (Salawati & Abbas, 2021).

Untuk mendorong penguatan promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular seksual dan peningkatan kesehatan reproduksi, WHO mengembangkan tiga level kerangka operasional kesehatan reproduksi dan seksual, yaitu (WHO, 2017):

1. Panduan prinsip dasar, terdiri dari enam prinsip yaitu pendekatan holistik terhadap kesehatan seksual, keterkaitan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual, penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak asasi, pengaruh bertingkat pada kesehatan reproduksi, keberagaman kebutuhan sepanjang kehidupan dan pendekatan berbasis pembuktian, respek dan positif.
2. Intervensi bersama kesehatan reproduksi dan seksual, strategi yang dicanangkan melalui pendidikan dan informasi secara komprehensif, memberikan dukungan, perawatan dan pencegahan kekerasan berbasis gender, kontrol dan pencegahan HIV dan penyakit menular seksual dan konseling fungsi seksual dan psikoseksual.
3. Menciptakan iklim sosial-struktural yang mendukung, dengan menciptakan norma sosial budaya yang positif tentang seksualitas, memperbaiki ketimpangan sosial-ekonomi berbasis gender, penguatan hak asasi manusia dan menyusun strategi, kebijakan, peraturan dan hukum.

Terkait implementasi strategi promosi kesehatan dan pencegahan dalam rangka perbaikan perilaku dan gaya hidup pengguna narkoba dan bahan-bahan berbahaya seperti alkohol dan obat-obatan, ada beberapa catatan penting yang perlu diperhatikan. (1) Penggunaan narkoba dan alkohol berdampak pada kesehatan masyarakat dan layanan kesehatan yang mereka butuhkan setelah lama menjadi gaya hidupnya. (2) Motivasi dan dorongan terus menerus diperlukan para pengguna narkoba dan bahan berbahaya lainnya untuk bisa menghentikan penggunaan, melakukan rehabilitasi dan mempertahankan

pemulihan serta menerapkan perubahan gaya hidup yang lebih sehat. (3) Hasil penelitian menemukan bukti bahwa praktik promosi kesehatan dengan *Health Promoting Lifestyle Profile* (HPLP) efektif untuk pemulihan para pengguna narkoba terutama jenis opium. (4) Pecandu narkotika yang telah dinyatakan sembuh dari ketergantungan mampu mempraktikkan perilaku promosi kesehatan di semua bidang. (5) Nutrisi, aktivitas fisik, manajemen stres, pembinaan spiritual dan hubungan antar pribadi yang positif dapat meningkatkan kesehatan dan mencegah kekambuhan yang dibutuhkan individu dalam masa pemulihan untuk mempertahankan gaya hidup sehat (Golas, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- Arango, C. Díaz-Caneja, CM. McGorry, P. Rapoport, J. Sommer, IE. Vorstman, JA. McDaid, D. Marín, O. Serrano-Drozdzowskyj, E. Freedman, R. Carpenter, W. 2018. Preventive Strategies For Mental Health. LSE Research Online: Elsevier Ltd. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Chiu, CJ. Hu, JC. Lo, YH. & Chang, EY. 2020. Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from 2015–2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155335>
- Editorial Lifestyle Medicine. 2021. Healthy Lifestyles and Noncommunicable Diseases: Nutrition, the Life-Course, and Health Promotion. *Lifestyle Medicine*, 2(31). Doi: <https://doi.org/10.1002/lim2.31>
- Fannya, P. 2020. Modul Epidemiologi. Jakarta: Universitas Esa Unggul. <http://esaunggul.ac.id>
- Golas, KB. 2013. Health Promotion and Prevention Strategies. *Nursing Clinic of North America*, Volume 48, pp. 469–483. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2013.04.003>
- Kisling, L A & Das, J M. 2023. Prevention Strategies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Nwabuko, OC. Igbigbi, E. & Ejele, O A. 2018. Promoting Public Health Campaign on Awareness and Screening for Multiple Myeloma in Nigeria. *Archives of Hematology and Blood Diseases*, 1(2), pp. 15–20. Doi: <https://www.researchgate.net/publication/329017795>
- Putra, N D. 2015. Studi Tentang Pelayanan Kesehatan Preventif di Puskesmas Sei Merdeka Kecamatan Samboja Kabupaten Kutai Kartanegara. *eJournal Ilmu Pemerintahan*, 3(4), pp. 1581–1592. <http://fisip-unmul.ac.id>

- Salawati, L. & Abbas, I., 2021. Pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS pada Pekerja Konstruksi Menuju Eliminasi HIV di Indonesia tahun 2030. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(3), pp. 331-334. Doi: <https://doi.org/10.24815/jks.v21i3.20726>
- Stacey, D. Bennett, CL. Barry, MJ. Col, NF. Eden, KB. Holmes-Rovner, M. Thomas, HL. Lyddiatt, A. Légaré, F. Thomson, R. 2012. Decision Aids For People Facing Health Treatment Or Screening Decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub3>
- Tengland, PA. 2012. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. *Public Health Ethics*, 5, pp. 140-153. Doi: <https://doi.org/10.1093/phe/phs022>
- Teoa, C H. Nga, CJ. Booth, A. & Whitec, A. 2016. Barriers and Facilitators to Health Screening in Men: A Systematic Review. *Social Science & Medicine*, 165, pp. 168-176. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.023>
- WHO, 2002. Prevention and Promotion in Mental Health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO, 2017. Sexual health and its Linkages To Reproductive Health: An Operational Approach. Human Reproduction Programme. <https://apps.who.int>
- WHO, 2020. Screening Programmes: a Short Guide. Increase Effectiveness, Maximize Maximize Benefits And Minimize Harm. WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Zych, AB. & Springer, A. 2021. Organizational and Individual Outcomes of Health Promotion Strategies—A Review of Empirical Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(383). Doi: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/383>

BAB 10

STRATEGI GLOBAL DAN LOKAL DALAM PROMOSI KESEHATAN

Dr. Nora Lelyana, drg., M.Hkes., FICD

A. Pendahuluan

Dalam lanskap kontemporer kesehatan global, mengatasi tantangan kesehatan masyarakat membutuhkan pendekatan multifaset, dengan promosi kesehatan muncul sebagai strategi penting. Promosi kesehatan mencakup tindakan untuk memungkinkan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka dan faktor-faktor penentunya, yang pada akhirnya mengarah pada peningkatan hasil kesehatan (WHO, 1986). Esai ini mengeksplorasi pentingnya promosi kesehatan dalam mengatasi tantangan kesehatan masyarakat global, menyoroti perannya dalam pencegahan penyakit, promosi kesetaraan kesehatan, dan pembangunan berkelanjutan.

1. Pencegahan Penyakit

Promosi kesehatan memainkan peran penting dalam mencegah penyakit menular dan tidak menular, sehingga mengurangi beban pada sistem perawatan kesehatan di seluruh dunia. Melalui kampanye pendidikan, dorongan vaksinasi, dan intervensi gaya hidup, promosi kesehatan memberdayakan individu untuk mengadopsi perilaku dan praktik yang lebih sehat. Misalnya, kampanye Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tentang pengendalian tembakau telah berkontribusi secara signifikan untuk mengurangi tingkat merokok secara global (WHO, 2020). Demikian pula, inisiatif yang mempromosikan aktivitas fisik dan diet sehat

bertujuan untuk mengurangi munculnya penyakit tidak menular seperti obesitas dan penyakit kardiovaskular (WHO, 2020).

2. Promosi Kesenjangan Kesehatan

Salah satu prinsip dasar promosi kesehatan adalah kesetaraan, memastikan bahwa setiap orang memiliki kesempatan untuk mencapai tingkat kesehatan tertinggi mereka. Mengatasi kesenjangan dalam akses ke perawatan kesehatan, sumber daya, dan informasi sangat penting untuk mencapai kesetaraan kesehatan. Intervensi promosi kesehatan menargetkan populasi rentan, termasuk komunitas yang terpinggirkan, pengungsi, dan kelompok adat, untuk mengatasi faktor penentu sosial kesehatan yang mendasarinya (Kickbusch, 2013). Dengan mengadvokasi kebijakan yang mempromosikan keadilan sosial dan inklusivitas, promosi kesehatan berkontribusi untuk mengurangi ketidakadilan kesehatan secara global.

3. Pembangunan Berkelanjutan

Promosi kesehatan bersinggungan dengan *sustainable development goals* (SDGs), khususnya SDG 3, yang bertujuan untuk memastikan kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Dengan mempromosikan perawatan kesehatan preventif dan memberdayakan individu untuk membuat pilihan berdasarkan informasi tentang kesehatan mereka, promosi kesehatan mendukung pencapaian berbagai SDGs, termasuk yang terkait dengan pengurangan kemiskinan, pendidikan, kesetaraan gender, dan kelestarian lingkungan (PBB, 2015). Misalnya, inisiatif yang mempromosikan sanitasi dan kebersihan tidak hanya meningkatkan hasil kesehatan tetapi juga berkontribusi pada konservasi lingkungan dan pembangunan ekonomi (WHO, 2020).

4. Interaksi antara Strategi Global dan Lokal dalam Mempromosikan Kesehatan dan Kesejahteraan

Dalam mengejar mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan, interaksi dinamis antara strategi global dan

lokal sangat penting. Sementara kerangka kerja global memberikan panduan dan standar menyeluruh, konteks lokal memerlukan pendekatan yang disesuaikan untuk mengatasi kebutuhan dan tantangan tertentu. Esai ini mengeksplorasi hubungan rumit antara strategi global dan lokal dalam mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan, menekankan pentingnya sinergi dan adaptasi untuk hasil yang efektif.

a. Strategi Global: *Setting the Stage*

Strategi global berfungsi sebagai kerangka dasar yang menetapkan tujuan, prioritas, dan standards for health promotion on a worldwide scale. International organizations like the World Health Organization (WHO) sering mengembangkan strategi ini setelah melakukan penelitian ekstensif, mencapai konsensus di antara para ahli, dan menerima masukan dari negara-negara anggota. Misalnya, Strategi Global WHO untuk Kesehatan untuk Semua pada Tahun 2000 menekankan pentingnya perawatan kesehatan primer dan promosi kesehatan sebagai komponen mendasar untuk mencapai cakupan kesehatan universal (WHO, 1981). Demikian pula, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) menyediakan agenda komprehensif untuk mengatasi berbagai tantangan kesehatan dan kesejahteraan, dengan Tujuan 3 secara khusus berfokus pada memastikan kehidupan yang sehat dan mempromosikan kesejahteraan untuk semua di segala usia (PBB, 2015).

b. Strategi Lokal: Menyesuaikan Intervensi dengan Konteks

Sementara strategi global memberikan arahan menyeluruh, strategi lokal sangat penting untuk menerjemahkan tujuan yang luas menjadi intervensi yang dapat ditindaklanjuti yang relevan secara kontekstual dan sensitif secara budaya. Otoritas kesehatan lokal, organisasi masyarakat, dan inisiatif akar rumput memainkan peran penting dalam mengidentifikasi prioritas kesehatan lokal, menilai kebutuhan, dan

merancang intervensi yang ditargetkan. Misalnya, dalam mengatasi tantangan global penyakit menular seperti malaria atau HIV/AIDS, strategi lokal mungkin melibatkan program pendidikan berbasis masyarakat, akses ke layanan pengujian dan pengobatan, dan upaya untuk mengurangi stigma dan diskriminasi (UNAIDS, 2020). Selain itu, inisiatif yang berfokus pada determinan sosial kesehatan, seperti pendidikan, perumahan, dan pekerjaan, memerlukan pendekatan yang disesuaikan yang mempertimbangkan konteks sosial-ekonomi lokal dan norma-norma budaya (Marmot, 2005).

c. Interaksi dan Kolaborasi

Interaksi antara strategi global dan lokal ditandai dengan kolaborasi, saling menguatkan, dan adaptasi. Kerangka kerja global memberikan panduan dan standar, sementara aktor lokal menyumbangkan pengetahuan kontekstual, inovasi, dan kapasitas implementasi. Kolaborasi yang efektif antara pemangku kepentingan global dan lokal sangat penting untuk memastikan koherensi, keselarasan, dan keberlanjutan upaya promosi kesehatan. Misalnya, *Glosarium Promosi Kesehatan WHO* menekankan pentingnya kemitraan dan tindakan multisektoral dalam memajukan agenda promosi kesehatan (WHO, 1998). Demikian pula, inisiatif seperti *Agenda Keamanan Kesehatan Global (GHSA)* mempromosikan kolaborasi antar negara untuk memperkuat kesiapsiagaan dan respons terhadap ancaman penyakit menular (GHSA, n.d.).

B. Strategi Global dalam Promosi Kesehatan

Di bidang kesehatan global, berbagai inisiatif dan kerangka kerja telah dikembangkan untuk mengatasi tantangan yang kompleks dan mempromosikan kesejahteraan dalam skala global. Esai ini memberikan pemeriksaan inisiatif dan kerangka kerja kesehatan global utama, dengan fokus pada dua contoh menonjol: *Kerangka Kerja Promosi Kesehatan Global WHO* dan

Sustainable Development Goals (SDGs). Melalui analisis kritis terhadap tujuan, komponen, dan dampaknya, esai ini bertujuan untuk menjelaskan signifikansinya dalam membentuk agenda kesehatan global dan memajukan kesetaraan kesehatan.

1. Kerangka Kerja Promosi Kesehatan Global WHO

Kerangka kerja promosi kesehatan global organisasi kesehatan dunia (WHO) adalah dokumen mani yang menguraikan prinsip dan strategi untuk promosi kesehatan di tingkat global. Dirilis pada tahun 2005, kerangka kerja ini menekankan pentingnya memberdayakan individu dan masyarakat untuk mengendalikan kesehatan mereka dan mengatasi faktor penentu sosial kesehatan (WHO, 2005). Ini mengadvokasi pendekatan multisektoral, mengakui peran berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, masyarakat sipil, dan sektor swasta, dalam mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan.

Kerangka kerja ini menggambarkan lima bidang tindakan prioritas: membangun kebijakan publik yang sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat tindakan masyarakat, mengembangkan keterampilan pribadi, dan reorientasi layanan kesehatan (WHO, 2005). Dengan berfokus pada area tindakan ini, kerangka kerja ini bertujuan untuk mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan yang mendasari dan mempromosikan akses yang adil keperawatan kesehatan dan sumber daya. Ini menggarisbawahi pentingnya mengatasi ketidaksetaraan kesehatan dan membina kemitraan untuk mencapai hasil kesehatan yang berkelanjutan.

2. Sustainable Development Goals (SDGs)

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), yang diadopsi Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tahun 2015, mewakili agenda global yang komprehensif untuk pembangunan berkelanjutan yang mencakup dimensi ekonomi, sosial, dan lingkungan. Tujuan 3 dari SDGs secara khusus berfokus pada memastikan kehidupan yang sehat dan mempromosikan kesejahteraan untuk semua di segala

usia (PBB, 2015). Tujuan ini mencakup berbagai target yang terkait dengan penurunan angka kematian ibu dan anak, memerangi penyakit menular, memastikan cakupan kesehatan universal, dan mengatasi penyakit tidak menular.

SDGs menyediakan kerangka kerja untuk tindakan yang melampaui batas-batas sektoral tradisional, menekankan keterkaitan kesehatan dengan tujuan pembangunan lainnya. Mencapai Tujuan 3 membutuhkan kolaborasi lintas sektor dan disiplin ilmu, serta komitmen untuk mengatasi faktor penentu sosial, ekonomi, dan lingkungan kesehatan. SDGs berfungsi sebagai peta jalan bagi negara-negara dan pemangku kepentingan untuk menyelaraskan upaya mereka dalam mempromosikan kesehatan, mengurangi ketidaksetaraan, dan membangun masyarakat yang berkelanjutan.

3. Perbandingan dan Sintesis

Baik Kerangka Kerja Promosi Kesehatan Global WHO dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) memainkan peran penting dalam membentuk agenda kesehatan global dan memandu tindakan menuju peningkatan hasil kesehatan di seluruh dunia. Sementara kerangka kerja WHO menyediakan kerangka kerja komprehensif untuk promosi kesehatan, menekankan pemberdayaan, kesetaraan, dan kolaborasi multisektoral, SDGs menawarkan agenda pembangunan yang lebih luas yang mencakup kesehatan sebagai komponen utama.

Ada sinergi yang signifikan antara kedua kerangka kerja, karena keduanya mengakui pentingnya mengatasi faktor penentu sosial kesehatan, mempromosikan kesetaraan, dan membina kemitraan untuk pembangunan berkelanjutan. Dengan mengintegrasikan kesehatan ke dalam tujuan pembangunan yang lebih luas, SDGs menyediakan platform untuk mengadvokasi promosi kesehatan dan memperkuat sistem kesehatan secara global. Sebaliknya, kerangka kerja WHO menawarkan strategi dan prioritas khusus untuk menerapkan intervensi promosi

kesehatan di tingkat nasional dan lokal, melengkapi tujuan SDGs yang lebih luas.

4. Kolaborasi Internasional, Kemitraan, dan Upaya Advokasi dalam Kesehatan Global

Kolaborasi, kemitraan, dan upaya advokasi internasional merupakan bagian integral untuk menangani prioritas kesehatan global dan memajukan kesetaraan kesehatan di seluruh dunia. Esai ini memberikan analisis inisiatif utama yang bertujuan untuk mengatasi penyakit menular, non-communicable diseases (NCDs), dan ketidakadilan kesehatan melalui kerja sama internasional. Dengan memeriksa kemitraan dan kampanye advokasi yang sukses, esai ini menjelaskan pentingnya tindakan kolektif dalam mengatasi tantangan kesehatan yang kompleks dalam skala global.

a. Mengatasi Penyakit Menular

Kolaborasi internasional telah memainkan peran penting dalam memerangi penyakit menular seperti HIV/AIDS, malaria, tuberkulosis, dan penyakit menular yang muncul. Inisiatif seperti dana global untuk memerangi AIDS, tuberkulosis, dan malaria telah memobilisasi sumber daya dan mengoordinasikan upaya untuk mencegah, mendiagnosis, dan mengobati penyakit ini di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (The Global Fund, n.d.). Demikian pula, Program Bersama PBB tentang HIV/AIDS (UNAIDS) telah memfasilitasi kemitraan antara pemerintah, masyarakat sipil, dan organisasi internasional untuk memperluas akses ke terapi antiretroviral dan mengurangi infeksi HIV baru (UNAIDS, n.d.).

Kolaborasi ini telah menghasilkan kemajuan yang signifikan dalam mengurangi beban penyakit menular secara global. Namun, tantangan seperti resistensi obat, infrastruktur perawatan kesehatan yang tidak memadai, dan kesenjangan sosial ekonomi terus menimbulkan hambatan bagi upaya pencegahan dan pengobatan yang

efektif. Investasi berkelanjutan, inovasi, dan komitmen politik sangat penting untuk menjaga momentum dan mencapai target ambisius, seperti yang diuraikan dalam tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs).

b. Menanggulangi Penyakit Tidak Menular

Dalam beberapa tahun terakhir, telah ada pengakuan yang berkembang tentang pentingnya mengatasi penyakit tidak menular (NCD) seperti penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, dan penyakit pernapasan kronis. Kolaborasi internasional telah muncul untuk mengatasi meningkatnya prevalensi NCD dan faktor risikonya, termasuk penggunaan tembakau, diet yang tidak sehat, aktivitas fisik, dan konsumsi alkohol yang berbahaya.

Konvensi Kerangka Kerja Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tentang Pengendalian Tembakau (FCTC) mencontohkan kolaborasi internasional yang sukses dalam upaya pengendalian tembakau (WHO, 2003). Dengan memfasilitasi kerja sama antar negara untuk menerapkan langkah-langkah pengendalian tembakau berbasis bukti, seperti pajak tembakau, kebijakan bebas rokok, dan larangan iklan, FCTC telah berkontribusi untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas terkait tembakau di seluruh dunia.

Selain itu, inisiatif seperti *NCD Alliance* dan *Global Alliance for Chronic Diseases* (GACD) menyatukan para pemangku kepentingan dari berbagai sektor untuk mengadvokasi perubahan kebijakan, meningkatkan kesadaran, dan memobilisasi sumber daya untuk pencegahan dan pengendalian NCD (NCD Alliance, n.d.; GACD, n.d.). Meskipun mengalami kemajuan, PTM terus menimbulkan beban kesehatan dan ekonomi yang signifikan, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Memperkuat sistem kesehatan, mempromosikan literasi kesehatan, dan mengatasi faktor penentu sosial kesehatan sangat penting untuk mengatasi

akar penyebab PTM dan mengurangi ketidakadilan kesehatan.

c. Mempromosikan Kesenjangan Kesehatan

Ketidakadilan kesehatan berlanjut di dalam dan antar negara, didorong oleh faktor sosial, ekonomi, dan politik. Kolaborasi internasional dan upaya advokasi sangat penting untuk mempromosikan kesetaraan kesehatan dan mengatasi kesenjangan dalam akses ke perawatan kesehatan, sumber daya, dan peluang. Inisiatif seperti Deklarasi Alma-Ata dan Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan menggarisbawahi pentingnya kesetaraan kesehatan dan partisipasi masyarakat dalam mencapai kesehatan untuk semua (WHO, 1978; WHO, 1986).

Selain itu, diplomasi kesehatan global dan kemitraan multilateral memainkan peran penting dalam mengadvokasi kebijakan yang memprioritaskan kesetaraan kesehatan dan keadilan sosial. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan PBB (SDGs), dengan fokus mereka untuk tidak meninggalkan siapa pun di belakang, menyediakan kerangka kerja yang komprehensif untuk mengatasi ketidakadilan kesehatan dan memajukan cakupan kesehatan universal (PBB, 2015).

5. Studi Kasus Intervensi Promosi Kesehatan Global

Intervensi promosi kesehatan global yang berhasil telah menunjukkan dampak signifikan pada hasil kesehatan populasi, menggambarkan efektivitas strategi yang ditargetkan dan upaya kolaboratif. Esai ini menyajikan studi kasus intervensi penting, menyoroti pendekatan, pencapaian, dan kontribusi mereka untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dalam skala global.

a. Studi Kasus 1: Inisiatif Pemberantasan Polio Global

Global Polio Eradication Initiative (GPEI) adalah kampanye kesehatan global penting yang bertujuan memberantas polio di seluruh dunia. Diluncurkan pada tahun 1988 oleh pemerintah nasional, Organisasi

Kesehatan Dunia (WHO), Rotary International, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit AS (CDC), dan UNICEF, inisiatif ini menggunakan pendekatan multi-cabang vaksinasi massal, pengawasan, dan keterlibatan masyarakat (GPEI, n.d.).

Melalui upaya berkelanjutan, termasuk kampanye vaksinasi dari pintu ke pintu, pengawasan yang ditargetkan, dan strategi inovatif untuk menjangkau populasi yang kurang terlayani, GPEI telah membuat kemajuan luar biasa dalam mengurangi kasus polio secara global. Sejak awal inisiatif, jumlah kasus polio telah menurun lebih dari 99%, dengan hanya dua negara (Afghanistan dan Pakistan) yang melaporkan penularan endemik pada tahun 2022 (GPEI, n.d.).

Keberhasilan GPEI menunjukkan kekuatan kolaborasi internasional, komitmen politik, dan keterlibatan masyarakat dalam mencapai tujuan kesehatan masyarakat yang ambisius. Dengan memanfaatkan sumber daya, keahlian, dan kemitraan, inisiatif ini telah membawa dunia lebih dekat ke tujuan pemberantasan polio, menyoroti potensi tindakan kolektif dalam mengatasi tantangan kesehatan global.

b. Studi Kasus 2: *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC)

Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), diadopsi oleh Majelis Kesehatan Dunia pada tahun 2003, adalah perjanjian internasional inovatif yang bertujuan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas terkait tembakau di seluruh dunia (WHO, 2003). FCTC menyediakan kerangka kerja komprehensif untuk pengendalian tembakau, yang mencakup langkah-langkah seperti pajak tembakau, kebijakan bebas rokok, larangan iklan, dan regulasi produk tembakau.

Negara-negara yang telah meratifikasi FCTC berkomitmen untuk menerapkan langkah-langkah pengendalian tembakau berbasis bukti dan bekerja sama

dengan pihak lain untuk mengatasi epidemi tembakau global. Perjanjian tersebut telah mengkatalisasi kemajuan signifikan dalam upaya pengendalian tembakau, yang mengarah pada pengurangan prevalensi merokok, penyakit terkait tembakau, dan paparan asap rokok di banyak negara (WHO, 2021).

Misalnya, di Uruguay, langkah-langkah pengendalian tembakau yang komprehensif, termasuk peringatan kesehatan grafis, undang-undang bebas rokok, dan kenaikan pajak tembakau, telah menyebabkan penurunan signifikan dalam prevalensi merokok dan konsumsi tembakau (Kementerian Kesehatan Masyarakat, Uruguay, n.d.). Demikian pula, negara-negara seperti Australia dan Kanada telah menerapkan peraturan kemasan polos dan kebijakan inovatif lainnya untuk mengurangi penggunaan tembakau dan melindungi kesehatan masyarakat (Campaign for Tobacco-Free Kids, n.d.).

C. Strategi Lokal dalam Promosi Kesehatan

Pendekatan berbasis masyarakat untuk promosi kesehatan telah mendapatkan pengakuan sebagai strategi yang efektif untuk mengatasi kesenjangan kesehatan, mempromosikan kesejahteraan, dan mendorong perubahan berkelanjutan di tingkat akar rumput. Dengan melibatkan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan, memberdayakan individu, dan mempromosikan tindakan kolektif, pendekatan ini memfasilitasi kepemilikan, relevansi, dan keberlanjutan intervensi kesehatan. Esai ini mengeksplorasi pentingnya keterlibatan masyarakat, pemberdayaan, dan partisipasi dalam mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan melalui pendekatan berbasis masyarakat.

1. Keterlibatan Masyarakat: Membangun Kemitraan dan Kepercayaan

Keterlibatan masyarakat merupakan dasar bagi keberhasilan inisiatif promosi kesehatan, karena melibatkan

membangun kemitraan, mendorong dialog, dan memobilisasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan setempat. Melibatkan masyarakat memastikan bahwa intervensi relevan secara kontekstual, sesuai budaya, dan responsif terhadap prioritas masyarakat (Wallerstein & Duran, 2010). Dengan melibatkan anggota masyarakat dalam semua tahap perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program, para pemangku kepentingan mendapatkan pemahaman yang lebih dalam tentang konteks, aset, dan tantangan lokal, yang mengarah pada intervensi yang lebih efektif dan berkelanjutan.

Misalnya, program petugas kesehatan masyarakat, seperti yang diterapkan di negara-negara seperti Brasil dan Ethiopia, memanfaatkan kepercayaan dan hubungan yang dibangun antara anggota masyarakat dan petugas kesehatan setempat untuk memberikan layanan kesehatan penting, mempromosikan pendidikan kesehatan, dan memfasilitasi perubahan perilaku (Perry et al., 2017; Medhanyie et al., 2017). Program-program ini memberdayakan masyarakat untuk mengambil kepemilikan atas kesehatan mereka, membangun ketahanan, dan mengadvokasi kebutuhan mereka dalam sistem perawatan kesehatan.

2. Pemberdayaan: Membina Kelembagaan dan Peningkatan Kapasitas

Pemberdayaan terletak di jantung pendekatan berbasis masyarakat untuk promosi kesehatan, karena melibatkan melengkapi individu dan masyarakat dengan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya untuk mengendalikan kesehatan dan kesejahteraan mereka (Wallerstein, 2006). Pemberdayaan melampaui penyampaian layanan atau informasi kesehatan; Ini memerlukan memungkinkan individu untuk mengidentifikasi dan mengatasi akar penyebab kesenjangan kesehatan, mengadvokasi perubahan, dan memobilisasi tindakan kolektif.

Pendekatan partisipatif, seperti *community-based participatory research* (CBPR), memberdayakan masyarakat

untuk bersama-sama menciptakan pengetahuan, mengidentifikasi prioritas, dan mengembangkan solusi untuk mengatasi ketidakadilan kesehatan (Israel et al., 2008). Misalnya, di Amerika Serikat, inisiatif CBPR telah berperan dalam mengatasi kesenjangan kesehatan di antara populasi yang terpinggirkan, seperti komunitas Afrika-Amerika dan Latin, dengan mempromosikan intervensi berbasis masyarakat yang membahas faktor penentu sosial kesehatan (Wallerstein & Duran, 2010).

3. Partisipasi: Mempromosikan Kepemilikan dan Keberlanjutan

Partisipasi adalah prinsip kunci dari pendekatan berbasis masyarakat untuk promosi kesehatan, menekankan pentingnya melibatkan anggota masyarakat sebagai peserta aktif dalam proses pengambilan keputusan dan implementasi program (Green & Kreuter, 2005). Pendekatan partisipatif tidak hanya meningkatkan relevansi dan penerimaan intervensi tetapi juga mempromosikan kepemilikan, keberlanjutan, dan dampak jangka panjang.

Misalnya, inisiatif yang dipimpin masyarakat, seperti kelompok kesehatan perempuan di India atau kampanye kesehatan yang dipimpin pemuda di Kenya, memberdayakan kelompok yang terpinggirkan untuk mengadvokasi hak-hak mereka, mengakses layanan kesehatan, dan mempromosikan pendidikan kesehatan di dalam komunitas mereka (Bhate-Deosthali & Khatri, 2018; Puffer et al., 2016). Inisiatif ini memanfaatkan kebijaksanaan kolektif, jaringan, dan modal sosial dalam masyarakat untuk mendorong hasil kesehatan yang positif dan menumbuhkan budaya promosi kesehatan.

4. Inisiatif dan Intervensi Kebijakan Lokal yang Mempromosikan Perilaku, Lingkungan, dan Gaya Hidup Sehat

Inisiatif, program, dan intervensi kebijakan lokal memainkan peran penting dalam mempromosikan perilaku, lingkungan, dan gaya hidup sehat dalam masyarakat.

Dengan mengatasi faktor penentu sosial kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan menerapkan strategi berbasis bukti, pemerintah daerah dapat memfasilitasi hasil kesehatan yang positif dan meningkatkan kesejahteraan penduduk. Esai ini membahas berbagai inisiatif dan intervensi kebijakan lokal yang bertujuan untuk mempromosikan kesehatan dan mengeksplorasi dampaknya terhadap masyarakat.

a. Menciptakan Lingkungan yang Sehat: Kebijakan Pengendalian Tembakau

Kebijakan pengendalian tembakau merupakan area fokus yang signifikan bagi pemerintah daerah yang bertujuan untuk mempromosikan perilaku sehat dan mengurangi beban penyakit terkait tembakau. Menerapkan undang-undang bebas rokok, pembatasan iklan tembakau, dan pajak tembakau adalah strategi efektif untuk mencegah merokok dan melindungi kesehatan masyarakat (WHO, 2019). Misalnya, kota-kota seperti New York dan San Francisco telah menerapkan langkah-langkah pengendalian tembakau yang komprehensif, termasuk kebijakan bebas asap rokok di ruang publik, lisensi pengecer tembakau, dan peningkatan pajak tembakau, yang menghasilkan pengurangan tingkat merokok dan peningkatan kualitas udara (Kampanye untuk Anak-Anak Bebas Tembakau, n.d.).

b. Mempromosikan Gaya Hidup Aktif: Intervensi Lingkungan Binaan

Pemerintah daerah dapat mempengaruhi tingkat aktivitas fisik dengan merancang lingkungan binaan yang memprioritaskan berjalan kaki, bersepeda, dan transportasi aktif. Berinvestasi dalam infrastruktur ramah pejalan kaki, seperti trotoar, jalur sepeda, dan ruang hijau, mendorong penghuni untuk terlibat dalam aktivitas fisik sebagai bagian dari rutinitas sehari-hari mereka (Giles-Corti et al., 2016). Misalnya, kota-kota seperti Kopenhagen dan Bogotá telah menerapkan kebijakan ramah sepeda,

termasuk jaringan bersepeda yang luas dan program berbagi sepeda, menghasilkan tingkat bersepeda yang lebih tinggi dan meningkatkan hasil kesehatan masyarakat (Pucher & Buehler, 2008; Sallis et al., 2016).

- c. Meningkatkan Gizi: Inisiatif Akses Makanan Sehat
Akses ke makanan sehat dan terjangkau sangat penting untuk mempromosikan nutrisi yang baik dan mencegah penyakit terkait diet. Pemerintah daerah dapat menerapkan kebijakan dan program untuk meningkatkan akses ke buah dan sayuran segar, mempromosikan pasar petani, dan mengatur praktik pemasaran makanan (Lee et al., 2013). Misalnya, inisiatif seperti Program Toko Sudut Sehat di Philadelphia dan Inisiatif Pembiayaan Makanan Segar di Pennsylvania telah meningkatkan akses ke pilihan makanan sehat di komunitas yang kurang terlayani, yang mengarah pada peningkatan perilaku diet dan penurunan tingkat obesitas (Farley et al., 2010; Karpyn et al., 2012).
- d. Membangun Komunitas yang Sehat: Kolaborasi Multi-Sektoral
Inisiatif kebijakan lokal yang efektif sering kali melibatkan kolaborasi lintas sektor, termasuk lembaga pemerintah, organisasi masyarakat, bisnis, dan penyedia layanan kesehatan. Kemitraan multi-sektoral dapat memanfaatkan sumber daya, keahlian, dan jaringan untuk mengatasi tantangan kesehatan yang kompleks dan mempromosikan pendekatan holistik untuk kesejahteraan (Badan Kesehatan Masyarakat Kanada, 2012). Misalnya, inisiatif seperti program Kota/Komunitas Sehat melibatkan pemangku kepentingan dari berbagai sektor untuk mengembangkan strategi komprehensif yang membahas berbagai faktor penentu kesehatan, seperti perumahan, transportasi, pendidikan, dan dukungan sosial (WHO, 2016).

5. Strategi inovatif untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan faktor penentu sosial kesehatan di tingkat lokal

Mengatasi kesenjangan kesehatan dan *social determinants of health* (SDH) di tingkat lokal membutuhkan strategi inovatif yang melampaui pendekatan perawatan kesehatan tradisional. Dengan menargetkan faktor-faktor hulu seperti pendidikan, perumahan, pekerjaan, dan akses ke sumber daya, inisiatif lokal dapat mengatasi akar penyebab ketidakadilan dan mempromosikan kesetaraan kesehatan. Esai ini mengkaji strategi inovatif untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan SDH di tingkat lokal, menyoroti contoh intervensi yang berhasil dan dampaknya terhadap masyarakat.

- a. Program Petugas Kesehatan Masyarakat: Memberdayakan Masyarakat dan Menjembatani Kesenjangan

Program *Community health worker* (CHW) merupakan pendekatan yang menjanjikan untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan SDH dengan memberikan perawatan yang kompeten secara budaya dan bahasa yang sesuai untuk populasi yang kurang terlayani (Rosenthal et al., 2010). CHW, yang sering berasal dari komunitas yang mereka layani, bertindak sebagai penghubung antara sistem perawatan kesehatan dan anggota masyarakat, memberikan pendidikan kesehatan, advokasi, dan layanan dukungan.

Misalnya, program *Bronx Health REACH* di New York City menggunakan CHW untuk mengatasi perbedaan dalam penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi di antara populasi Afrika-Amerika dan Latin (Thorpe et al., 2015). Melalui kunjungan rumah, sesi pendidikan kelompok, dan acara penjangkauan, CHW menghubungkan penduduk dengan layanan kesehatan, jaringan dukungan sosial, dan sumber daya masyarakat, yang mengarah pada peningkatan hasil kesehatan dan pengurangan biaya perawatan kesehatan.

b. Penilaian Dampak Kesetaraan Kesehatan: Mengintegrasikan Kesetaraan ke dalam Kebijakan dan Perencanaan

Health Equity Impact Assessments (HEIAs) adalah alat yang digunakan untuk mengevaluasi dampak potensial dari kebijakan, program, dan proyek terhadap kesetaraan kesehatan dan SDH (Potvin et al., 2015). Dengan memasukkan pertimbangan ekuitas ke dalam proses pengambilan keputusan, HEIA dapat membantu mengidentifikasi konsekuensi yang tidak diinginkan, memprioritaskan intervensi, dan mempromosikan kebijakan dan investasi yang berpusat pada ekuitas.

Misalnya, kota Toronto di Kanada telah menerapkan HEIA untuk menilai dampak keputusan perencanaan kota terhadap kesetaraan kesehatan (Kota Toronto, 2013). Melalui kolaborasi dengan lembaga kesehatan masyarakat, organisasi masyarakat, dan penduduk setempat, HEIA telah menginformasikan kebijakan terkait perumahan yang terjangkau, transportasi umum, dan revitalisasi lingkungan, yang mengarah pada hasil pembangunan yang lebih adil dan peningkatan kesehatan penduduk.

c. Inisiatif Berbasis Tempat: Menargetkan Ketidakadilan Tingkat Lingkungan

Inisiatif berbasis tempat berfokus pada penanganan kesenjangan kesehatan dan SDH dalam wilayah geografis tertentu, seperti lingkungan atau komunitas (Marmot & Bell, 2012). Dengan menargetkan sumber daya dan intervensi ke daerah-daerah dengan kebutuhan terbesar, pendekatan berbasis tempat bertujuan untuk mengurangi kesenjangan dalam hasil kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Misalnya, inisiatif *Promise Neighborhoods* di Amerika Serikat menyediakan dana dan dukungan kepada masyarakat untuk menerapkan strategi komprehensif yang mengatasi kesenjangan pendidikan,

ekonomi, dan kesehatan (Departemen Pendidikan AS, n.d.). Dengan mengintegrasikan perawatan kesehatan, pendidikan, layanan sosial, dan upaya pengembangan masyarakat, Promise Neighborhoods bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung yang mempromosikan perkembangan yang sehat dan keberhasilan akademik di antara anak-anak dan keluarga di lingkungan yang kurang terlayani.

6. Inisiatif Promosi Kesehatan yang Dipimpin Masyarakat: Meningkatkan Hasil Kesehatan di Berbagai Populasi

Inisiatif promosi kesehatan yang dipimpin masyarakat memberdayakan penduduk setempat untuk mengambil kepemilikan atas kesehatan dan kesejahteraan mereka, menumbuhkan rasa agensi, solidaritas, dan ketahanan dalam populasi yang beragam. Dengan memobilisasi sumber daya, membangun jejaring sosial, dan menangani kebutuhan spesifik masyarakat, inisiatif ini memainkan peran penting dalam meningkatkan hasil kesehatan dan mengurangi kesenjangan kesehatan. Esai ini mengeksplorasi contoh-contoh inisiatif promosi kesehatan yang dipimpin masyarakat yang sukses dan kontribusi mereka untuk meningkatkan hasil kesehatan di berbagai populasi.

a. Program Promotoras de Salud: Memberdayakan Komunitas Latina

Program *Promotoras de Salud*, atau program pekerja kesehatan masyarakat, secara luas diakui karena efektivitasnya dalam mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan di antara komunitas Latin di Amerika Serikat. Program-program ini melibatkan anggota masyarakat yang terpercaya, yang dikenal sebagai promotor, untuk memberikan pendidikan, penjangkauan, dan layanan dukungan kesehatan yang sesuai dengan budaya dan bahasa (Ingram et al., 2018).

Misalnya, program Akses Kesehatan Latino di Santa Ana, California, mempekerjakan promotor untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan mempromosikan

perilaku sehat di antara wanita dan keluarga Latina (Balcazar et al., 2009). Melalui kunjungan rumah, sesi kelompok, dan acara komunitas, promotor memberikan informasi tentang topik-topik seperti nutrisi, perawatan prenatal, manajemen penyakit kronis, dan pemeriksaan pencegahan, yang mengarah pada peningkatan hasil kesehatan dan peningkatan akses ke layanan kesehatan di antara populasi yang kurang terlayani.

b. *Inisiatif Pendidikan Sebaya: Memberdayakan Pemuda dan Remaja*

Inisiatif pendidikan sebaya memanfaatkan pengaruh teman sebaya untuk mempromosikan perilaku sehat dan mencegah perilaku berisiko di kalangan remaja dan remaja. Inisiatif ini memberdayakan kaum muda untuk menjadi advokat kesehatan dalam komunitas mereka, menumbuhkan keterampilan kepemimpinan, *self-efficacy*, dan norma-norma sosial yang positif (Campbell et al., 2018).

Sebagai contoh, program *Youth Empowerment Solutions* (YES!) di Michigan melibatkan kaum muda dalam menangani penyalahgunaan zat, kekerasan, dan masalah kesehatan mental melalui lokakarya, kampanye, dan proyek komunitas yang dipimpin rekan sebaya (Zimmerman et al., 2008). Dengan memberikan pelatihan, bimbingan, dan kesempatan untuk keterlibatan sipil, YA! memberdayakan kaum muda untuk menjadi agen perubahan, yang mengarah pada pengurangan perilaku berisiko dan peningkatan hasil kesehatan mental di antara para peserta.

c. *Community Gardens dan Urban Agriculture Initiatives: Mempromosikan Ketahanan Pangan dan Gizi*

Community gardens dan urban agriculture initiatives Mempromosikan ketahanan pangan, nutrisi, dan kohesi masyarakat dengan memberdayakan penduduk untuk menanam makanan mereka sendiri, mengakses produk segar, dan terhubung dengan tetangga. Inisiatif ini

mengatasi gurun makanan, meningkatkan akses ke makanan sehat, dan mendorong jaringan sosial dan tindakan kolektif (Algert et al., 2014).

Misalnya, Jaringan Ketahanan Pangan Komunitas Hitam Detroit mengoperasikan kebun komunitas dan pertanian perkotaan di Detroit, Michigan, menyediakan penduduk dengan akses ke produk segar yang ditanam secara lokal di daerah dengan pilihan bahan makanan terbatas (Winne, 2009). Dengan melibatkan penduduk dalam berkebun, kelas memasak, dan acara komunitas, jaringan mempromosikan kebiasaan makan yang sehat, mengurangi kerawanan pangan, dan memperkuat ketahanan masyarakat di lingkungan yang kurang terlayani.

D. Integrasi Strategi Global dan Lokal

Baik faktor global maupun lokal, masing-masing dengan prioritas, kesulitan, dan strateginya sendiri, berdampak pada upaya promosi kesehatan. Pendekatan global untuk promosi kesehatan bertujuan untuk mengatasi masalah menyeluruh dan menetapkan standar universal, sementara pendekatan lokal fokus pada penyesuaian intervensi untuk memenuhi kebutuhan dan konteks spesifik masyarakat. Esai ini menganalisis sinergi dan ketegangan antara pendekatan global dan lokal untuk promosi kesehatan, menyoroti peluang untuk kolaborasi dan tantangan menyeimbangkan beragam perspektif.

1. Sinergi: Kolaborasi dan Pertukaran Pengetahuan

Salah satu sinergi utama antara pendekatan global dan lokal untuk promosi kesehatan adalah kesempatan untuk kolaborasi dan pertukaran pengetahuan. Organisasi global seperti *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations* menyediakan kerangka kerja, pedoman, dan bantuan teknis untuk mendukung upaya promosi kesehatan setempat (WHO, 1986). Dengan menyebarluaskan praktik berbasis bukti, memfasilitasi peluang jaringan, dan membina

kemitraan, inisiatif global berkontribusi pada pengembangan kapasitas dan inovasi di tingkat lokal.

Sebagai contoh, WHO's *Ottawa Charter for Health Promotion* menekankan pentingnya memberdayakan masyarakat dan individu untuk mengendalikan kesehatan mereka, menyediakan kerangka panduan untuk inisiatif promosi kesehatan lokal di seluruh dunia (WHO, 1986). Pemerintah daerah dan organisasi masyarakat dapat beradaptasi dan menerapkan prinsip-prinsip Piagam Ottawa dalam konteks mereka, memanfaatkan panduan global untuk menginformasikan strategi dan intervensi mereka.

2. Ketegangan: Dinamika Kekuasaan dan Sensitivitas Budaya

Terlepas dari potensi kolaborasi, ketegangan mungkin timbul antara pendekatan global dan lokal karena dinamika kekuasaan dan sensitivitas budaya. Agenda kesehatan global dapat memprioritaskan masalah kesehatan tertentu *atau* intervensi berdasarkan data epidemiologis atau prioritas politik, berpotensi mengabaikan kebutuhan unik dan perspektif masyarakat lokal (Horton & Beaglehole, 2010). Pendekatan top-down ini dapat menyebabkan resistensi atau ketidakpercayaan di antara pemangku kepentingan lokal dan menghambat efektivitas upaya promosi kesehatan.

Selain itu, perbedaan budaya dan faktor kontekstual dapat mempengaruhi relevansi dan penerimaan intervensi kesehatan global dalam pengaturan lokal (Smith et al., 2009). Intervensi yang tidak sensitif secara budaya atau sesuai kontekstual mungkin gagal beresonansi dengan anggota masyarakat atau mengatasi faktor penentu sosial kesehatan yang mendasarinya, membatasi dampak dan keberlanjutannya.

3. Peluang: Adaptasi dan Kepemilikan Lokal

Terlepas dari ketegangan, ada peluang untuk sinergi antara pendekatan global dan lokal melalui adaptasi dan kepemilikan *lokal*. Inisiatif global dapat mengambil manfaat dari wawasan, keahlian, dan keterlibatan masyarakat lokal

untuk memastikan bahwa intervensi responsif terhadap konteks dan prioritas lokal (Hardee et al., 2012). Sebaliknya, aktor lokal dapat memanfaatkan sumber daya, bukti, dan jaringan global untuk memperkuat kapasitas mereka dan mengadvokasi kebutuhan mereka dalam agenda kesehatan global.

Misalnya, inisiatif seperti Deklarasi Alma-Ata dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) menyediakan kerangka kerja menyeluruh untuk promosi dan pembangunan kesehatan, sambil memungkinkan fleksibilitas bagi *negara-negara* untuk menyesuaikan tujuan dan target dengan konteks spesifik mereka (PBB, 2015). Dengan menyelaraskan prioritas global dengan realitas lokal dan mendorong kolaborasi multi-sektoral, sinergi antara pendekatan global dan lokal dapat dimaksimalkan untuk mencapai pemerataan kesehatan dan pembangunan berkelanjutan.

4. Strategi untuk Mengintegrasikan Prioritas Kesehatan Global ke dalam Konteks Lokal: Memastikan Relevansi Budaya, Kesesuaian Kontekstual, dan Kepemilikan Masyarakat

Mengintegrasikan prioritas dan kerangka kerja kesehatan global ke dalam konteks lokal sangat penting untuk mengatasi kesenjangan kesehatan dan mempromosikan kesejahteraan di berbagai komunitas. Namun, proses ini membutuhkan pertimbangan yang cermat terhadap relevansi budaya, kesesuaian kontekstual, dan kepemilikan masyarakat untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutan intervensi kesehatan. Esai ini membahas strategi untuk mengintegrasikan prioritas kesehatan global ke dalam konteks lokal sambil menekankan pentingnya kepekaan budaya, keterlibatan masyarakat, dan pemberdayaan lokal.

a. Kepekaan Budaya: Memahami Konteks dan Nilai Lokal

Kepekaan budaya sangat penting dalam mengintegrasikan prioritas kesehatan global ke dalam konteks lokal, karena mengakui keragaman keyakinan,

praktik, dan norma dalam masyarakat. Intervensi kesehatan harus disesuaikan agar selaras dengan kebiasaan, tradisi, dan nilai-nilai setempat untuk beresonansi dengan anggota masyarakat dan mempromosikan penerimaan dan penyerapan (Minkler & Wallerstein, 2011). Ini membutuhkan keterlibatan tokoh masyarakat, penatua, dan pemangku kepentingan lainnya untuk mendapatkan wawasan tentang nuansa dan preferensi budaya.

Misalnya, penggunaan tabib tradisional atau praktik penyembuhan asli mungkin sudah mendarah daging di komunitas tertentu, mempengaruhi perilaku pencarian kesehatan dan persepsi penyakit (Adams et al., 2019). Mengintegrasikan pengobatan tradisional dengan pendekatan perawatan kesehatan Barat dapat meningkatkan kepercayaan, memfasilitasi akses ke perawatan, dan meningkatkan hasil kesehatan di antara populasi yang terpinggirkan.

b. Keterlibatan Masyarakat: Memberdayakan Pemangku Kepentingan dan Suara Lokal

Keterlibatan masyarakat sangat penting untuk memastikan bahwa prioritas kesehatan global responsif terhadap kebutuhan, prioritas, dan kapasitas lokal. Partisipasi yang bermakna dari anggota masyarakat dalam semua tahap perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program menumbuhkan kepemilikan, akuntabilitas, dan keberlanjutan intervensi kesehatan (Wallerstein & Duran, 2010). Ini melibatkan membangun kemitraan, mendorong dialog, dan bersama-sama menciptakan solusi dengan pemangku kepentingan lokal.

Misalnya, pendekatan partisipatif seperti *community-based participatory research* (CBPR) memberdayakan masyarakat untuk mengidentifikasi prioritas kesehatan, mengembangkan intervensi yang sesuai dengan budaya, dan mengadvokasi perubahan sistemik (Israel et al., 2008). Dengan menghargai

pengetahuan, keahlian, dan pengalaman lokal, CBPR mempromosikan kepercayaan, kesetaraan, dan keadilan sosial dalam upaya promosi kesehatan.

c. Peningkatan Kapasitas: Memperkuat Sistem dan Sumber Daya Lokal

Pengembangan kapasitas sangat penting untuk memungkinkan masyarakat lokal menerapkan dan mempertahankan intervensi kesehatan secara efektif yang selaras dengan prioritas global. Ini melibatkan investasi dalam pelatihan, infrastruktur, dan sumber daya untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan kemampuan petugas kesehatan setempat, sukarelawan, dan organisasi (WHO, 2008). Membangun kapasitas lokal memungkinkan masyarakat untuk mengambil kepemilikan atas kesehatan mereka, memimpin inisiatif, dan mengatasi kesenjangan kesehatan dari dalam.

Misalnya, inisiatif seperti kerangka Penguatan Sistem Kesehatan WHO memberikan panduan dan dukungan untuk memperkuat layanan kesehatan penting, pengembangan tenaga kerja, dan sistem informasi kesehatan di tingkat lokal (WHO, 2007). Dengan melengkapi masyarakat dengan alat dan sumber daya yang mereka butuhkan, pengembangan kapasitas meningkatkan ketahanan, meningkatkan kemandirian, dan mendorong hasil kesehatan yang berkelanjutan.

5. Peluang untuk Kolaborasi dan Kemitraan dalam Mempromosikan Kesehatan dan Kesejahteraan: Perspektif Global, Nasional, dan Lokal

Kolaborasi dan kemitraan antara pemangku kepentingan global, nasional, dan lokal sangat penting untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan, karena memungkinkan penyatuan sumber daya, keahlian, dan perspektif untuk mengatasi tantangan kesehatan yang kompleks. Esai ini mengeksplorasi peluang untuk kolaborasi dan kemitraan di berbagai tingkat tata kelola dan menyoroti

pentingnya upaya sinergis dalam mencapai kesetaraan kesehatan dan pembangunan berkelanjutan.

a. Kolaborasi Tingkat Global: Menetapkan Agenda dan Memobilisasi Sumber Daya

Di tingkat global, kolaborasi antara organisasi internasional, pemerintah, *non-governmental organizations* (NGOs), dan pemangku kepentingan lainnya memainkan peran penting dalam menetapkan agenda kesehatan, memobilisasi sumber daya, dan mengkoordinasikan tanggapan terhadap ancaman kesehatan global (Katz et al., 2017). Organisasi seperti *World Health Organization* (WHO), *United Nations* (UN), dan inisiatif kesehatan global menyediakan platform untuk dialog, advokasi, dan tindakan kolektif tentang masalah kesehatan utama.

Misalnya, inisiatif seperti *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, dan Malaria* memobilisasi sumber daya dari pemerintah, mitra sektor swasta, dan masyarakat sipil untuk mendukung program yang bertujuan memerangi penyakit menular dan memperkuat sistem kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (The Global Fund, n.d.). Dengan mengumpulkan sumber daya keuangan, keahlian teknis, dan dukungan politik, kemitraan global berkontribusi pada pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) terkait kesehatan dan mempromosikan kesetaraan kesehatan di seluruh dunia.

b. Kolaborasi Tingkat Nasional: Pengembangan dan Implementasi Kebijakan

Di tingkat nasional, kolaborasi antara lembaga pemerintah, sistem kesehatan, akademisi, dan organisasi masyarakat sipil sangat penting untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan, program, dan intervensi berbasis bukti yang memenuhi kebutuhan kesehatan populasi (Kickbusch & Gleicher, 2012). Rencana, strategi, dan kerangka kerja kesehatan nasional menyediakan peta jalan untuk tindakan dan memandu upaya untuk

meningkatkan hasil kesehatan dan mengurangi kesenjangan kesehatan.

Misalnya, inisiatif seperti program promosi kesehatan nasional atau skema cakupan kesehatan universal memerlukan kolaborasi lintas sektor, termasuk kesehatan, pendidikan, lingkungan, dan kesejahteraan sosial (Bank Dunia, 2019). Dengan membina kemitraan antar-sektoral, berbagi praktik terbaik, dan menyelaraskan sumber daya, pemangku kepentingan nasional dapat memanfaatkan kekuatan kolektif mereka untuk memajukan prioritas kesehatan masyarakat dan mencapai tujuan cakupan kesehatan universal.

c. Kolaborasi Tingkat Lokal: Keterlibatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Di tingkat lokal, kolaborasi antara organisasi berbasis masyarakat, pemerintah daerah, penyedia layanan kesehatan, dan gerakan akar rumput sangat penting untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan dalam masyarakat (Marmot et al., 2020). Pemangku kepentingan lokal seringkali memiliki posisi terbaik untuk memahami kebutuhan, aset, dan tantangan unik komunitas mereka dan untuk mengembangkan solusi yang sesuai secara kontekstual.

Misalnya, inisiatif seperti program petugas kesehatan masyarakat, koalisi lingkungan, dan proses penganggaran partisipatif memberdayakan masyarakat untuk mengambil kepemilikan atas kesehatan mereka, mengadvokasi kebutuhan mereka, dan memobilisasi sumber daya untuk mengatasi kesenjangan kesehatan lokal (Balcazar et al., 2011). Dengan menumbuhkan kepercayaan, solidaritas, dan kohesi sosial, kolaborasi lokal membangun ketahanan, mempromosikan kesetaraan, dan meningkatkan hasil kesehatan di tingkat akar rumput.

E. Kesimpulan

Hubungan global-lokal dalam promosi kesehatan sangat kompleks dan membutuhkan kolaborasi antara pemangku kepentingan global dan lokal. Organisasi global menawarkan kerangka kerja, panduan teknis, dan sumber daya, sementara aktor lokal memberikan pengetahuan kontekstual dan keterlibatan masyarakat. Dengan memanfaatkan kekuatan ini, promotor kesehatan dapat mengembangkan intervensi komprehensif. Namun, ketegangan muncul karena dinamika kekuasaan, kendala pendanaan, dan perbedaan budaya. Prioritas global mungkin tidak selalu selaras dengan realitas lokal, yang mengarah pada perlawanan. Inisiatif global top-down dapat mengabaikan beragam kebutuhan, membatasi relevansi intervensi. Peluang termasuk menyesuaikan kerangka kerja global dengan konteks lokal, mendorong pendekatan partisipatif, dan merangkul keragaman. Dengan mengakui peran-peran ini, mendorong kolaborasi, dan memprioritaskan keterlibatan masyarakat, promotor kesehatan dapat memajukan kesetaraan dan kesejahteraan kesehatan.

Promosi kesehatan dan kesejahteraan membutuhkan tindakan kolektif dan kolaborasi di antara pembuat kebijakan, praktisi, dan peneliti di tingkat global dan lokal. Pembuat kebijakan harus memprioritaskan investasi dalam sistem kesehatan, mengadvokasi kebijakan berbasis bukti, dan mendorong kolaborasi multi-sektoral untuk menciptakan lingkungan yang mendukung untuk promosi kesehatan. Praktisi, termasuk penyedia layanan kesehatan, pekerja masyarakat, dan profesional kesehatan masyarakat, harus mengadopsi pendekatan holistik, mempertimbangkan beragam kebutuhan dan konteks. Peneliti harus memprioritaskan pendekatan interdisipliner, metodologi yang melibatkan masyarakat, dan kerangka kerja penelitian partisipatif untuk menghasilkan bukti dan menginformasikan praktik dan kebijakan. Tindakan kolaboratif sangat dibutuhkan karena tantangan global seperti pandemi, perubahan iklim, dan ketidakadilan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, M., et al. (2019). Indigenous Perspectives on Integration of Western and Indigenous Healing Practices. *Global Advances in Health and Medicine*, 8, 2164956119855792.
- Algert, S. J., et al. (2014). A Systematic Review Of Community Gardens And Urban Agriculture: Implications For Future Research And Public Health Practice. *Health & Place*, 18(0), 214-222.
- Balcazar, H., et al. (2009). A Promotores De Salud Intervention To Reduce Cardiovascular Disease Risk In A High-Risk Hispanic Border Population, 2005-2008. *Preventing Chronic Disease*, 6(1), A02.
- Balcazar, H., et al. (2011). Salud Para Su Corazón-NCLR: A Comprehensive Promotora Outreach Program to Promote Heart-healthy Behaviors Among Hispanics. *Health Promotion Practice*, 12(3), 349-360.
- Bartholomew Eldredge, L. K., et al. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Bhate-Deosthali, P., & Khatri, R. (2018). Empowering Communities For Women's Health: A Review Of The Role Of Mhealth Interventions In Community-Based Participatory Research. *Indian Journal of Medical Ethics*, 3(1), 73-77.
- Brownson, R. C., et al. (2018). *Evidence-Based Public Health* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Campaign for Tobacco-Free Kids. (n.d.). International Examples of Plain Packaging. Retrieved from https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/Plain_Packaging_Examples_en.pdf

- Campbell, R., et al. (2018). Peer Education For The Prevention Of Child Sexual Abuse In Low-Income And Middle-Income Countries: A Systematic Review And Meta-Analysis. *The Lancet Global Health*, 6(4), e390-e400.
- City of Toronto. (2013). Health Equity Impact Assessment: A Tool to Help Address Health Inequities in Policies, Programs, and Projects. Retrieved from https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/bac_kgroundfile-58618.pdf
- Farley, T. A., et al. (2010). Evaluation of the Philadelphia Healthy Corner Store Initiative. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(6), 600-609.
- Free, C., et al. (2013). The Effectiveness of Mobile-Health Technologies to Improve Health Care Service Delivery Processes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 10(1), e1001363.
- GACD. (n.d.). Global Alliance for Chronic Diseases. Retrieved from <https://www.gacd.org/>
- GHSA. (n.d.). Global Health Security Agenda. Retrieved from <https://www.ghsagenda.org/>
- Giles-Corti, B., et al. (2016). City Planning And Population Health: A Global Challenge. *The Lancet*, 388(10062), 2912-2924.
- Glanz, K., et al. (2016). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Golden, S. D., & Earp, J. A. L. (2012). Social Ecological Approaches to Individuals and Their Contexts: Twenty Years of Health Education & Behavior Health Promotion Interventions. *Health Education & Behavior*, 39(3), 364-372.
- GPEI. (n.d.). Global Polio Eradication Initiative. Retrieved from <https://polioeradication.org/>

- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Hardee, K., et al. (2012). Achieving the Millennium Development Goals: What's HIV Got to Do with It? *The Lancet*, 380(9846), 978-980.
- Hawkes, C., et al. (2015). Smart Food Policies for Obesity Prevention. *The Lancet*, 385(9985), 2410-2421.
- Hawkes, S., et al. (2019). Politics and the Determinants of Health: Applying Political Analysis to Global Health to Understand and Respond to Change. *Health Policy and Planning*, 34(9), 722-730.
- Horton, R., & Beaglehole, R. (2010). Scaling Up Global Health Interventions: A Proposed Framework for Success. *PLoS Medicine*, 7(5), e1001009.
- Ingram, M., et al. (2018). A Community Health Worker Intervention to Address the Social Determinants of Health Through Policy Change. *Journal of Primary Prevention*, 39(4), 429-443.
- Israel, B. A., et al. (2008). Community-Based Participatory Research: A Capacity-Building Approach for Policy Advocacy Aimed at Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 98(1), 11-19.
- Karpyn, A., et al. (2012). Policy Solutions to the 'Grocery Gap'. *Health Affairs*, 31(9), 1853-1861.
- Katz, I. T., et al. (2017). Global Health Diplomacy 2.0: A New Era of Global Health Diplomacy. *Global Health Governance*, XI(3), 6-18.
- Kickbusch, I. (2013). *Health Promotion in the 21st Century: New Approaches to Achieving Health for All*. World Health Organization.

- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). Governance for Health in the 21st Century: A Study Conducted for the WHO Regional Office for Europe. World Health Organization.
- Kickbusch, I., & McCann, W. (2012). The 2011 Political Declaration of the High-Level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases: A First Step. *Global Health Governance*, 6(2), 1-13.
- Kickbusch, I., et al. (2010). Addressing the Social Determinants of Health: The Urban Dimension and the Role of Local Government. *Urbanization and Health Newsletter*, 6, 3-6.
- Lee, H., et al. (2013). Evidence to Support a Food Retail Intervention. *Health Affairs*, 32(11), 1856-1862.
- Lencucha, R., et al. (2018). The Political Economy of Sugar-Sweetened Beverage Taxation in Mexico: Implications for Policy Process and Health Equity. *Health Policy and Planning*, 33(5), 675-684.
- Marmot, M. (2005). Social Determinants Of Health Inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010. The Marmot Review.
- Marmot, M., et al. (2020). Building Back Fairer: Sustainable Marmot Review - Ten Years On. Institute of Health Equity.
- Medhanyie, A. A., et al. (2017). The Role Of Health Extension Workers In Improving Utilization Of Maternal Health Services In Rural Areas In Ethiopia: A Cross Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 198.
- Ministry of Public Health, Uruguay. (n.d.). Uruguay's Success in Tobacco Control. Retrieved from <https://www.paho.org/en/topics/tobacco-control/uruguays-success-tobacco-control>

- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2011). *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Moorhead, S. A., et al. (2013). A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), e85.
- NCD Alliance. (n.d.). About Us. Retrieved from <https://ncdalliance.org/>
- Neiger, B. L., et al. (2012). Social Media Use for Health Promotion in Hispanic Populations: A Scoping Systematic Review. *Health Promotion Practice*, 13(4), 485-494.
- Nutbeam, D., & Bauman, A. (2006). *Evaluation in a Nutshell: A Practical Guide to the Evaluation of Health Promotion Programs*. McGraw-Hill Education (Australia).
- Perry, H. B., et al. (2017). Community Health Worker Programmes After The 2013-2016 Ebola Outbreak. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(12), 746-749.
- Potvin, L., et al. (2015). Integrating Social Justice into Population Health Research Policy and Practice. *Annual Review of Public Health*, 36, 373-387.
- Public Health Agency of Canada. (2012). Multi-Sectoral Partnerships. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/multi-sectoral-partnerships.html>
- Pucher, J., & Buehler, R. (2008). Making Cycling Irresistible: Lessons from The Netherlands, Denmark and Germany. *Transport Reviews*, 28(4), 495-528.
- Puffer, E. S., et al. (2016). A Church-Based Intervention for Families to Promote Mental Health and Prevent HIV Among Adolescents in Rural Kenya: Results of a Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 511-525.

- Riley, W. T., et al. (2019). Opportunities and Challenges in Digital Health: A Review of the NIH Digital Health Research Portfolio. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 26(8-9), 1086-1092.
- Rosenthal, E. L., et al. (2010). Community Health Workers: Part of the Solution. *Health Affairs*, 29(7), 1338-1342.
- Sallis, J. F., et al. (2016). Cycling: The Way Ahead for Towns and Cities. *The Lancet*, 387(10024), 2214-2215.
- Smith, L. T., et al. (2009). Navigating Ethical Challenges in Global Health Fieldwork: Preparing for and Managing Unexpected Events and Encounters. *Global Public Health*, 4(3), 249-263.
- The Global Fund. (n.d.). About Us. Retrieved from <https://www.theglobalfund.org/en/about/>
- The Global Fund. (n.d.). Our Mission. Retrieved from <https://www.theglobalfund.org/en/our-mission/>
- Thorpe, L. E., et al. (2015). Bronx Health REACH: A Case Study of a Community–Academic Partnership to Achieve Health Equity. *Health Affairs*, 34(11), 1876-1884.
- UN. (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations.
- UNAIDS. (2020). Global AIDS Update 2020: Seizing the Moment. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. (n.d.). About Us. Retrieved from <https://www.unaids.org/en/about-us>
- US Department of Education. (n.d.). Promise Neighborhoods. Retrieved from <https://www2.ed.gov/programs/promiseneighborhoods/index.html>
- Wallerstein, N. (2006). What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S40-S46.
- WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization.
- WHO. (1981). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. World Health Organization.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization.
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. World Health Organization.
- WHO. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization.
- WHO. (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. World Health Organization.
- WHO. (2007). Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. World Health Organization.
- WHO. (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever. World Health Organization.
- WHO. (2009). Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. World Health Organization.
- WHO. (2014). Health Promotion Financing: A Discussion Paper. World Health Organization.
- WHO. (2016). Healthy Cities/Communities. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/healthy-cities/en/>
- WHO. (2019). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Retrieved from https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

- WHO. (2020). Global Health Observatory (GHO) data: Noncommunicable diseases. World Health Organization.
- WHO. (2021). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. World Health Organization.
- Winne, M. (2009). Closing the Food Gap: Resetting the Table in the Land of Plenty. Beacon Press.
- World Bank. (2019). World Bank Group Strategy for Health, Nutrition, and Population Results. World Bank.
- Zimmerman, M. A., et al. (2008). Empowerment Theory for Rehabilitation Research: Conceptual and Methodological Issues. *Rehabilitation Psychology*, 53(3), 323-334.

BAB 11

TEKNOLOGI DALAM PROMOSI KESEHATAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT

Rina Marlina, S.Si.T., S.Si.T., M.KM

A. Pendahuluan

Kesejahteraan mencakup keadaan yang sehat, baik dari segi fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap individu untuk hidup secara produktif dalam masyarakat dan ekonomi. Hidup yang sehat menjadi keinginan bagi setiap orang, karena dengan kesejahteraan tersebut, semua cita-cita dan tujuan hidup dapat direalisasikan. Setiap orang hendaklah memprioritaskan kesehatan dengan berbagai upaya. Seperti menyiapkan jaminan kesehatan, berolah raga, mengkonsumsi makanan penuh gizi dan lain sebagainya.

Salah satu indikator kesuksesan sebuah negara yaitu bila umur harapan hidup warganya baik, tingkat kesehatan warganya tinggi, serta angka morbiditas dan mortalitasnya rendah. Tiap Hal tersebut bukan hanya menjadi tugas setiap individu, namun juga menjadi tanggung jawab dari pemerintah yang menaungi sebuah negara. Pemerintah memiliki andil besar dalam menciptakan kehidupan sejahtera bagi rakyatnya khususnya dibidang kesehatan. Dalam rangka meningkatkan taraf kesehatan bagi bangsanya, pemerintah Indonesia melakukan berbagai upaya dengan menghadirkan berbagai sumber daya yang dapat menyokong seluruh program kesehatan. Sumber daya dalam sektor kesehatan mencakup semua bentuk pendanaan, tenaga kerja, peralatan medis, obat-obatan, dan infrastruktur layanan kesehatan serta teknologi yang digunakan untuk menyelenggarakan program kesehatan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat.

Sementara itu, program kesehatan merujuk pada semua kegiatan yang dilakukan secara terintegrasi dan berkelanjutan untuk merawat dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui tindakan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan oleh pihak pemerintah dan masyarakat. Selain dana dan sumber daya manusia, yang saat ini perlu ditingkatkan demi menyokong program kesehatan adalah teknologi, teknologi yang bermanfaat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.

Dalam perjalanannya, pemerintah telah berupaya dalam melaksanakan berbagai macam program pelayanan kesehatan dengan tujuan pencegahan berbagai macam penyakit dalam rangka peningkatan taraf kesehatan masyarakat. Menurut ketentuan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pelayanan Kesehatan merujuk pada semua jenis kegiatan atau rangkaian kegiatan layanan yang diberikan secara langsung kepada individu atau masyarakat dengan tujuan untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai upaya promosi, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan atau paliatif. Hal yang paling mendasar dari upaya peningkatan kesehatan masyarakat ialah upaya promotif dan preventif.

Pelayanan kesehatan promotif merupakan serangkaian kegiatan dalam pelayanan kesehatan yang lebih menekankan pada promosi kesehatan. Kegiatan promosi kesehatan dilakukan dengan memberikan informasi tentang faktor risiko, gejala, dan pencegahan penyakit, serta mendorong praktik perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Di sisi lain, pelayanan kesehatan preventif adalah upaya pencegahan terhadap masalah kesehatan atau penyakit. Secara sederhana, preventif berarti tindakan pencegahan penyakit. Contoh upaya pelayanan kesehatan preventif mencakup pemeriksaan kesehatan rutin atau medical check-up untuk mendeteksi dini penyakit seperti kanker dan stroke.

B. Teknologi Dalam Dunia Kesehatan

1. Teknologi Kesehatan

Teknologi mencakup berbagai bidang, termasuk komunikasi, transportasi, produksi, komputasi, dan banyak lagi. Ini terus berkembang seiring waktu, dengan inovasi baru yang terus muncul untuk mengatasi tantangan baru dan meningkatkan efisiensi dalam berbagai aspek kehidupan. Seluruh sektor saat ini memanfaatkan teknologi termasuk sektor kesehatan. Teknologi adalah penerapan pengetahuan, keterampilan, alat, dan proses untuk tujuan praktis. Ini melibatkan penggunaan sumber daya untuk menciptakan solusi yang memenuhi kebutuhan manusia dan memperbaiki kehidupan sehari-hari. Banyak sekali keuntungan dan kemudahan yang diperoleh dari penggunaan teknologi dalam dunia kesehatan. Teknologi kesehatan merujuk pada segala jenis perangkat dan metode yang dirancang untuk mendukung proses diagnosis, pencegahan, dan pengobatan masalah kesehatan manusia. Seiring berjalannya waktu, perkembangan teknologi semakin berkembang dengan cepat. Macam teknologi yang digunakan dalam konteks perawatan kesehatan, termasuk perangkat medis, peralatan diagnostik, teknik operasi, dan metode pengobatan.

Dijelaskan dalam Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2009 mengenai Teknologi dan Produk Teknologi Kesehatan pada pasal 42-45 yang berbunyi:

- a. Teknologi dan produk teknologi kesehatan diadakan, diteliti, diedarkan, dikembangkan, dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat.
- b. Teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup segala metode dan alat yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit, mendeteksi adanya penyakit, meringankan penderitaan akibat penyakit, menyembuhkan, memperkecil komplikasi, dan memulihkan kesehatan setelah sakit.

- c. Ketentuan mengenai teknologi dan produk teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi standar yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan.
- d. Pemerintah membentuk lembaga yang bertugas dan berwenang melakukan penapisan, pengaturan, pemanfaatan, serta pengawasan terhadap penggunaan teknologi dan produk teknologi.
- e. Pembentukan lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan pemerintah, dan seterusnya.

Saat ini, teknologi memberi dampak besar dalam kemajuan dunia kesehatan, baik teknologi secara keseluruhan maupun teknologi digital yang menjadi salah satu tumpuan di dunia kesehatan, dimana aksesibilitas informasi, promosi kesehatan maupun pelayanan kesehatan dapat diperoleh oleh masyarakat dengan mudah dan efektif. Teknologi berkembang dengan pesat dan sangat cepat menyesuaikan dengan perubahan zaman, perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan dan tuntutan kebutuhan manusia.

2. Teknologi Digital Dalam Kesehatan

Teknologi telah membawa dampak revolusioner dalam bidang kesehatan, memungkinkan peningkatan diagnosa, perawatan, dan manajemen penyakit. Turunan dari teknologi dalam dunia kesehatan yaitu teknologi digital kesehatan, dimana teknologi ini berkaitan khusus dengan teknologi digital seperti komputer, perangkat mobile, dan sistem berbasis data.

Dalam era modern, teknologi digital kesehatan sering kali menjadi pendorong utama inovasi dalam dunia kesehatan, membawa perubahan besar dalam cara perawatan kesehatan disampaikan dan dikelola. Ini mencakup segala hal mulai dari layanan telemedicine dan aplikasi kesehatan hingga sistem manajemen data kesehatan elektronik yang canggih.

Berikut adalah beberapa teknologi yang berperan penting dalam dunia kesehatan:

- a. Aplikasi Kesehatan (*mHealth*)
Aplikasi mobile yang membantu pengguna dalam mengelola kondisi kesehatan mereka, mengingatkan tentang jadwal obat, dan memberikan informasi kesehatan yang relevan.
- b. Telemedicine
Layanan kesehatan jarak jauh yang memungkinkan pasien untuk berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan melalui video call, telepon, atau pesan teks. Sangat berguna untuk konsultasi rutin, pengawasan kondisi kronis, dan aksesibilitas bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil.
- c. Sistem Manajemen Data Kesehatan Elektronik (EHR)
Sistem digital untuk menyimpan dan mengelola rekaman medis pasien, memungkinkan akses yang mudah dan cepat oleh penyedia layanan kesehatan.
- d. Perangkat *Wearable*
Seperti *smartwatch* dan *tracker* kebugaran yang memantau aktivitas fisik, detak jantung, dan tidur, memberikan informasi penting tentang kesehatan penggunanya.
- e. Aplikasi Pelacakan Kesehatan dan Fitness
Aplikasi yang membantu pengguna untuk melacak pola makan, aktivitas fisik, tidur, dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kesehatan mereka.
- f. Internet of things (IOT)
Alat-alat medis yang terhubung ke internet, seperti monitor tekanan darah atau sensor suhu, memungkinkan pengumpulan data pasien secara real-time. Ini dapat membantu dokter dalam pemantauan kondisi pasien secara lebih akurat.
- g. Penggunaan AI dalam Diagnosa dan Perawatan
Teknologi kecerdasan buatan yang digunakan untuk menganalisis data medis, mendukung diagnosa, memprediksi penyakit, mengoptimalkan perawatan, bahkan mendukung diagnosa. Contohnya termasuk

penggunaan ai dalam citra medis seperti pemindaian CT dan MRI.

h. **Konsultasi Kesehatan Virtual**

Platform online yang menyediakan layanan konsultasi medis dengan dokter atau ahli kesehatan, yang memungkinkan pasien untuk memperoleh saran tanpa harus datang ke klinik atau rumah sakit.

i. **Penggunaan Blockchain untuk Kesehatan**

Menggunakan teknologi blockchain untuk menyimpan dan melacak rekaman medis dengan aman dan terdesentralisasi, meningkatkan keamanan dan privasi data kesehatan pasien.

j. **Penggunaan AR (*Augmented Reality*) dan VR (*Virtual Reality*)**

Digunakan dalam pelatihan medis, perencanaan operasi, terapi pasien, dan simulasi lingkungan medis.

Beberapa teknologi tersebut diatas, dapat ditemukan di berbagai fasilitas pelayanan. Dipergunakan oleh tenaga kesehatan, maupun oleh tenaga yang bekerja pada bidang pelayanan maupun manajemen kesehatan, serta dimanfaatkan bagi seluruh lapisan masyarakat sesuai dengan kebutuhannya. Kemajuan teknologi digital telah membawa perubahan yang signifikan dalam layanan kesehatan, meningkatkan efisiensi, akurasi dan aksesibilitas layanan kesehatan.

C. Promosi Kesehatan Berbasis Digital

Seperti yang kita ketahui, bahwa promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan. Dalam pelaksanaannya, teknologi informasi dapat digunakan sebagai alat yang efektif dalam melakukan promosi kesehatan dengan mencapai target audiens secara luas dan memfasilitasi interaksi yang lebih efisien.

Promosi kesehatan berbasis digital mengacu pada penggunaan teknologi digital seperti internet, media sosial, aplikasi mobile, dan *platform online* lainnya untuk menyebarkan informasi, menyediakan layanan kesehatan, dan memotivasi perubahan perilaku yang positif. Tenaga kesehatan dapat melakukan berbagai macam strategi dalam promosi kesehatan berbasis digital:

1. Situs Web Kesehatan

Membangun situs web yang menyediakan informasi lengkap tentang kesehatan, termasuk artikel, tips, panduan, dan sumber daya lainnya. Situs web ini dapat menjadi pusat sumber daya kesehatan untuk masyarakat umum.

2. Aplikasi Mobile Kesehatan

Mengembangkan aplikasi mobile yang memberikan layanan seperti pemantauan kondisi kesehatan, manajemen diet, pengingat obat, saran kesehatan, dan dukungan sosial. Aplikasi ini dapat diakses di mana saja dan kapan saja untuk membantu pengguna menjaga kesehatan mereka.

3. Media Sosial

Memanfaatkan platform media sosial seperti Facebook, Instagram, Twitter, dan LinkedIn untuk menyebarkan informasi kesehatan, kampanye kesadaran, dan motivasi untuk gaya hidup sehat. Konten visual, video, dan interaktif dapat digunakan untuk menarik perhatian pengguna.

4. Webinar dan Kursus Online

Mengadakan webinar, kursus online, atau seminar virtual tentang topik-topik kesehatan tertentu, seperti manajemen stres, nutrisi, olahraga, atau kesehatan mental. Ini memberikan kesempatan bagi peserta untuk belajar secara interaktif dan berinteraksi dengan ahli kesehatan.

5. Konten Edukasi Digital

Membuat konten edukasi digital seperti infografis, video edukatif, blog, dan podcast yang memberikan informasi tentang topik kesehatan yang relevan dan menarik minat pengguna.

6. Penggunaan Teknologi AR dan VR
Memanfaatkan teknologi Augmented Reality (AR) dan Virtual Reality (VR) untuk memberikan pengalaman belajar dan simulasi yang lebih interaktif dan menarik. Misalnya, tur virtual ke dalam tubuh manusia untuk memahami anatomi atau simulasi kondisi medis tertentu
7. Konseling Kesehatan Online
Menyediakan layanan konseling kesehatan online melalui *video call* atau pesan teks untuk memberikan dukungan emosional, saran kesehatan, dan bimbingan kepada individu yang membutuhkan.
8. Kampanye Kesehatan Online
Mengorganisir kampanye kesehatan online yang melibatkan tantangan, kontes, atau acara online untuk meningkatkan kesadaran dan motivasi untuk gaya hidup sehat.
9. Penggunaan *Analytics*
Menganalisis data penggunaan situs web, aplikasi mobile, atau media sosial untuk memahami respons dan perilaku pengguna, serta mengevaluasi efektivitas promosi kesehatan yang dilakukan.
10. Penggunaan Sistem Pendukung Keputusan Klinis (CDSS)
Sistem CDSS menggunakan data pasien dan pengetahuan medis untuk memberikan rekomendasi dan saran klinis kepada dokter dan pasien tentang pencegahan penyakit, diagnosis, dan pengobatan yang tepat.

Promosi kesehatan berbasis digital memiliki potensi besar untuk mencapai khalayak yang lebih luas, berinteraksi secara aktif dengan pengguna, dan memberikan dukungan kesehatan yang lebih terukur dan terfokus. Dengan terus berkembangnya teknologi digital, strategi promosi kesehatan semacam itu akan menjadi semakin penting dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

D. Pemanfaatan Teknologi Dalam Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Promosi kesehatan merupakan kegiatan yang selalu dilakukan terus-menerus oleh tenaga kesehatan dalam upaya untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Promosi kesehatan mencakup berbagai strategi dan aktivitas yang dirancang untuk mendorong individu dan komunitas untuk mengambil tindakan yang berkontribusi pada pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Promosi kesehatan merupakan bagian integral dari peran tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang holistik dan preventif. Melalui upaya promosi kesehatan yang berkelanjutan dan terkoordinasi, diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi beban penyakit dalam masyarakat. Beberapa hal yang membuat tenaga kesehatan penting untuk memanfaatkan teknologi dalam promosi kesehatan yaitu:

1. Aksesibilitas

Teknologi berguna untuk penyampaian informasi kesehatan secara luas dan mudah diakses oleh masyarakat. Dengan menggunakan platform online dan aplikasi kesehatan, tenaga kesehatan dapat mencapai khalayak yang lebih besar tanpa terbatas oleh batasan geografis atau waktu.

2. Efektivitas

Penggunaan teknologi memungkinkan tenaga kesehatan untuk menyampaikan pesan kesehatan dengan cara yang menarik dan interaktif. Konten multimedia, seperti video, infografis, dan animasi, dapat membantu meningkatkan pemahaman dan memotivasi perubahan perilaku yang positif.

3. Interaktivitas

Teknologi memungkinkan adanya interaksi dua arah antara tenaga kesehatan dan masyarakat. Melalui platform online dan media sosial, individu dapat bertanya, berbagi pengalaman, dan berpartisipasi dalam diskusi tentang topik kesehatan tertentu.

4. Pemantauan dan Pemetaan

Teknologi memungkinkan tenaga kesehatan untuk memantau tren kesehatan dan epidemiologi secara real-time. Data yang dikumpulkan dari aplikasi kesehatan, sensor kesehatan, dan platform online dapat digunakan untuk mengidentifikasi daerah yang membutuhkan intervensi kesehatan yang lebih intensif.

5. Kemudahan Pelaporan

Teknologi memfasilitasi pelaporan dan pemantauan hasil promosi kesehatan dengan lebih efisien. Sistem informasi kesehatan elektronik memungkinkan tenaga kesehatan untuk mencatat dan melacak partisipasi masyarakat dalam program-program promosi kesehatan dengan lebih akurat.

6. Mengurangi Biaya

Penggunaan teknologi dalam promosi kesehatan dapat membantu mengurangi biaya operasional yang terkait dengan penyampaian informasi kesehatan secara tradisional, seperti mencetak brosur, mengadakan seminar fisik, atau kampanye promosi offline lainnya.

7. Meningkatkan Keterlibatan Pasien dan keluarga

Teknologi memungkinkan pasien untuk lebih terlibat dalam perawatan dan manajemen kesehatan mereka sendiri. Melalui aplikasi kesehatan, pasien dapat memantau kondisi kesehatan mereka, mengikuti rencana pengobatan, dan menerima dukungan langsung dari tenaga kesehatan.

Dengan memanfaatkan teknologi dalam promosi kesehatan, tenaga kesehatan dapat mencapai sasaran mereka dengan lebih efektif, meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam upaya kesehatan, dan memfasilitasi perubahan perilaku yang positif untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Berikut beberapa kegiatan promosi kesehatan yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan memanfaatkan teknologi dalam prosesnya:

1. Pendidikan Kesehatan

Memberikan informasi tentang pentingnya gaya hidup sehat, pola makan yang seimbang, olahraga teratur, kebersihan pribadi, dan praktik kesehatan lainnya kepada individu dan kelompok masyarakat. Kegiatan pendidikan kesehatan dapat memanfaatkan media sederhana seperti lembar balik, leaflet, dan video edukasi yang dapat dibagikan melalui pesan singkat.

2. Konseling Kesehatan

Memberikan konseling dan dukungan kepada individu untuk membantu mereka mengubah perilaku yang berisiko atau tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, atau makan tidak sehat. Kegiatan konseling dapat memanfaatkan media audio visual terkait patofisiologi berbagai macam penyakit, sebab, akibat dan pencegahannya dengan memperlihatkan secara langsung, maupun dibagikan aplikasi pesan online, media sosial dan lainnya.

3. Penyuluhan dan Kampanye Kesehatan

Mengadakan kegiatan penyuluhan dan kampanye kesehatan di masyarakat, termasuk seminar, lokakarya, diskusi panel, dan acara promosi kesehatan lainnya untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang isu-isu kesehatan tertentu. Pada kegiatan ini dapat memanfaatkan melakukan promosi kesehatan berbasis digital dengan membuat kegiatan webinar yang terhubung oleh internet, sehingga masyarakat dapat mengikuti kegiatan promosi kesehatan dengan menghemat waktu untuk datang ke tempat seminar.

4. Pemeriksaan Kesehatan Dan Deteksi Dini

Menyediakan layanan pemeriksaan kesehatan rutin dan skrining penyakit tertentu untuk mendeteksi dini penyakit atau kondisi kesehatan yang berisiko. Di beberapa profesi kesehatan, telah banyak dibuat berbagai aplikasi yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat luas dalam melakukan skrining maupun berkonsultasi online, sehingga masyarakat dapat menangani keluhan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan yang telah tervalidasi secara resmi.

5. Pengembangan Program Kesehatan
Merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program-program kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, seperti program imunisasi, program pengendalian penyakit menular, atau program promosi kesehatan spesifik. Dengan pemanfaatan teknologi, tenaga kesehatan dapat membuat poster baik cetak maupun digital untuk dibagikan di lini massa maupun disebar di lingkungan masyarakat, sehingga informasi promosinya dapat tersebar dengan cepat dan berdampak positif bagi masyarakat.
6. Kolaborasi Dengan Komunitas
Berkolaborasi dengan berbagai pihak, termasuk pemerintah daerah, organisasi non-pemerintah, sekolah, dan kelompok masyarakat, untuk mengembangkan dan melaksanakan inisiatif promosi kesehatan yang berkelanjutan. Dalam upaya promosi kesehatan berbasis teknologi, tentu saja melibatkan berbagai pihak sebagai bentuk kolaborasi di berbagai sektor khususnya yang berkaitan program pada komputer, pembuatan aplikasi promosi maupun manajemen di bidang kesehatan. Contohnya, seorang bidan yang menggunakan jasa seorang ahli komputer dalam pembuatan program pendaftaran online dan pembuatan aplikasi website PMB, sehingga segala informasi terkait praktik sampai dengan program video-video edukasi bidan terkait kesehatan ibu dan anak terkini selalu dapat diakses dan dimanfaatkan oleh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprianto Muchamad Chussan (2015) *Teknologi Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kedokteran, J. et al. (2022) 'Pemasaran sosial promosi kesehatan berbasis teknologi informasi pada protokol kesehatan di era new normal', 22(4), pp. 302-308.
- Menular, P. and Negara, T. L. (2014) 'Berita Negara', (1755), pp. 1-20.
- Putri, S. E. (2017) 'Penerapan Sistem Teknologi Informasi Dan Komunikasi (TIK) Dalam Promosi Kesehatan Pada Lansia Di Indonesia', pp. 71-77.
- Wiguna Kurnia Paramita dkk (2023) *Promosi dan Perilaku Kesehatan*. Purbalingga: Eurika Media Aksara.

BAB 12

STRATEGI PENGUATAN KEBIJAKAN PUBLIK

Juhairiyah, SKM., M.KES

A. Pendahuluan

Kebijakan publik disebut sebagai kebijakan yang berkaitan dengan masyarakat umum, dibuat sebagai respons terhadap kebutuhan dan masalah yang dihadapi oleh masyarakat.(Desrinelti, Afifah and Gistituati, 2021) kebijakan publik merupakan sebuah doktrin yang harus ditegakkan oleh peraturan dan norma serta adat dan budaya yang berlaku dalam masyarakat dan oleh semua pihak yang terlibat di dalamnya, kebijakan ini dibuat bertujuan untuk melindungi kepentingan, moralitas dan keamanan publik.(Akkermans, 2020) Pemangku kepentingan merupakan pihak yang bertanggungjawab dalam pembuatan kebijakan publik, salah satunya yaitu pemerintah. Namun dalam pelaksanaannya, tidak hanya dilakukan oleh Lembaga pemerintahan yang ditetapkan, tetapi juga dipengaruhi oleh partisipasi masyarakat dalam bentuk kekuatan sosial, ekonomi, politik dan keterlibatan dari berbagai pihak (Desrinelti, Afifah and Gistituati, 2021; Mendonça, Leal Filho and Alves, 2023)

Kebijakan publik juga dapat diartikan sebagai serangkaian bentuk sinergi antara pemerintah dan berbagai pihak dalam masyarakat. Sinergi tersebut bertujuan untuk memberdayakan masyarakat dan meningkatkan kesejahteraan mereka yang kurang mampu. Melalui kebijakan ini, diharapkan tercipta partisipasi aktif masyarakat secara menyeluruh dalam proses pembangunan. Kebijakan publik harus direncanakan dan

dilaksanakan dengan baik sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah terhadap rakyatnya.

Kekurangan dari kebijakan publik yang telah dibuat sering kali dapat terlihat setelah kebijakan tersebut dilaksanakan, sementara keberhasilannya dapat dinilai dari dampak yang dihasilkan setelah pelaksanaan kebijakan tersebut (Desrinelti, Afifah and Gistituati, 2021) Jika sebuah kebijakan publik tidak baik dan gagal dalam pelaksanaannya, hal itu akan berujung pada kegagalan dalam memenuhi kebutuhan dan kepentingan masyarakat. Tidak sedikit kebijakan publik yang telah dilaksanakan dinilai gagal dalam pelaksanaannya, sehingga masyarakatlah yang pada akhirnya menjadi korban dari kegagalan tersebut (Sutmasa, 2021) Perlu dilakukan adanya strategi agar kebijakan publik dapat terlaksana sesuai dengan tujuannya.

Strategi merupakan rencana yang terperinci dan dirancang agar mencapai tujuan yang diinginkan dalam situasi yang kompleks dan bersifat kompetitif. Strategi penguatan kebijakan publik mencakup cara-cara yang dipilih agar implementasi kebijakan publik yang dilaksanakan tepat sasaran, proaktif, efektif dan berkelanjutan untuk menghasilkan kebijakan yang mampu mengatasi berbagai masalah yang ada di masyarakat.

B. Kebijakan Publik

Kebijakan diartikan sebagai langkah terencana yang dibuat untuk mencapai dan menyelesaikan masalah, yang dalam pelaksanaannya kebijakan menggunakan sumber daya yang telah ditentukan untuk dimanfaatkan secara optimal dan memiliki batas waktu yang jelas. Kebijakan biasanya bersifat memaksa dan mengikat karena dilandaskan pada ketentuan atau peraturan hukum yang dibuat oleh pemerintah. Landasan hukum ini menjadi jaminan bahwa setiap pihak wajib mematuhi dan melaksanakan kebijakan tanpa terkecuali.

Kebijakan publik merupakan kebijakan yang dibuat dari publik dan dipergunakan untuk kepentingan publik, menghasilkan peraturan perundang-undangan terkait dengan kepentingan publik yang menjadi arah tindakan oleh pemerintah. Kebijakan publik tersebut bersifat fleksibel dan dapat disempurnakan serta disesuaikan berdasarkan perkembangan pembangunan dan penilaian dipengaruhi oleh evaluasi yang dilakukan oleh masyarakat (Desrinelti, Afifah and Gistituati, 2021) Kebijakan publik berdiri di atas dua pilar utama, yaitu melindungi hak asasi dan menjaga ketertiban dalam Masyarakat. pilar-pilar ini menjadi landasan penting dalam mencegah penyalahgunaan kekuasaan.

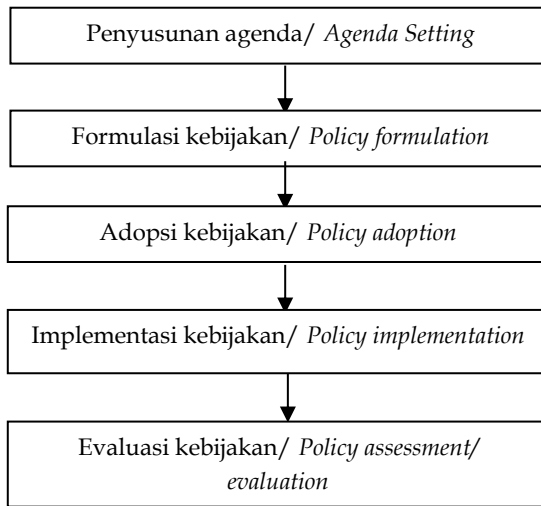
Beberapa ahli berpendapat, kebijakan publik pada kenyataannya bergantung pada sifat pemerintah, waktu dan situasi kebijakan tersebut diterapkan. Kebijakan publik yang sama tidak dapat diterapkan pada semua negara atau kelompok masyarakat yang berbeda. Jadi, kebijakan publik berbeda dari situasi ke situasi lainnya, dari satu kelompok masyarakat ke kelompok masyarakat lainnya dan dari satu negara ke negara lainnya (Bharas, 2022)

Kebijakan publik tidak akan terlaksana tanpa proses pelaksanaan yang tepat. Meskipun suatu kebijakan direncanakan dan persiapan pelaksanaannya dilakukan dengan baik, namun jika tidak dijalankan dengan baik dan tepat, maka tujuan kebijakan tersebut tidak akan tercapai. Sebaliknya, walaupun pelaksanaan kebijakan publik sudah dipersiapkan dan direncanakan dengan baik, jika kebijakan tersebut tidak dirumuskan dengan tepat, maka tujuan kebijakan tersebut juga tidak akan terwujud (Sutmasa, 2021)

1. Tahap-tahap Kebijakan Publik

Para ahli menjelaskan bahwa proses pembuatan kebijakan publik memiliki beberapa tahapan yang kompleks. Hal tersebut dikarenakan pada setiap tahapan perlu melibatkan banyak pihak dan berbagai variabel. William Dunn, seperti yang dikutip Budi Winarno (2016), menjelaskan bahwa kebijakan publik melalui lima tahap

yang saling berkaitan: penyusunan agenda, formulasi, adopsi, implementasi dan evaluasi kebijakan. Tahapan ini mungkin terdapat perbedaan pada pandangan beberapa ahli lainnya yang menyebutkan bahwa setelah tahap evaluasi kebijakan terdapat tahap selanjutnya yaitu perubahan kebijakan dan atau tahap penghentian kebijakan atau eliminasi kebijakan. Secara singkat tahap-tahap kebijakan publik seperti pada Gambar 12..1



Gambar 12. 1 Tahap-tahap Kebijakan Publik (Winarno, 2016)

- a. *Penyusunan Agenda/ Agenda Setting*
Menempatkan masalah publik pada agenda untuk dibahas dan disetujui/rancangan undang-undang. Pada tahap ini, masalah-masalah tersebut berkompetisi untuk masuk dalam agenda, sehingga terdapat masalah yang diutamakan, ditunda dan tidak dihiraukan.
- b. *Formulasi Kebijakan/ Policy formulation*
Para aktor kebijakan terlibat aktif dalam merumuskan berbagai pilihan kebijakan yang potensial dalam mengatasi masalah yang telah masuk dalam agenda. Kesepakatan bersama menentukan alternatif yang paling tepat dan efektif.

- c. *Adopsi Kebijakan/ Policy adoption*
Melakukan pemilihan alternatif kebijakan menjadi sebuah kebijakan untuk mengatasi masalah dengan didukung oleh dukungan mayoritas, konsensus dan atau putusan pengadilan.
- d. *Implementasi Kebijakan/ Policy Implementation*
Unit-unit administrasi dan atau agen pemerintah tingkat terendah berperan dalam menerjemahkan kebijakan menjadi tindakan nyata di lapangan. Mereka memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk memastikan kebijakan dapat dirasakan langsung oleh masyarakat dan memberikan manfaat yang nyata. Pada tahap ini, mungkin akan terjadi konflik kepentingan dari para aktor pelaksana, beberapa kebijakan akan didukung oleh para pelaksana dan beberapa mungkin akan ditentang atau ditolak.
- e. *Evaluasi Kebijakan/ Policy Evaluation*
Penilaian terhadap keberhasilan kebijakan akan dilakukan pada tahap ini. Diperlukan penentuan kriteria untuk mengukur kebijakan yang telah dilaksanakan memiliki dampak sesuai dengan tujuan.

Seperti yang telah disebutkan di atas, setelah tahap evaluasi, sebagian ahli berpendapat terdapat tahap selanjutnya yaitu pemberhentian kebijakan atau pembaharuan kebijakan. Tahap ini akan dilakukan setelah tahap evaluasi selesai dilaksanakan (Winarno, 2016)

2. Ciri-ciri Kebijakan Publik

Kebijakan publik memiliki ciri yang khas dibandingkan dengan kebijakan lainnya. Salah satu kekhasan kebijakan publik seperti yang telah disebutkan sebelumnya bahwa kebijakan publik dibuat, dirumuskan, disusun dan dipergunakan serta dilaksanakan dari dan untuk publik. Ciri-ciri kebijakan publik diantaranya sebagai berikut:

- a. Kebijakan publik dibuat oleh pemerintah, yaitu diantaranya lembaga legislatif, eksekutif dan atau lembaga yudikatif.

- b. Tindakan yang dilakukan dalam kebijakan publik terarah, terencana, jelas dan dapat diukur sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dan dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya, sehingga para pelaksana tidak boleh bertindak atas kemauan sendiri atau permintaan pihak lain.
- c. Tindakan dalam kebijakan publik bukan merupakan Keputusan yang berdiri sendiri namun saling berhubungan dan bertautan untuk mencapai tujuan tertentu yang akan dicapai
- d. Kebijakan publik memiliki dampak yang luas, dapat berdampak positif maupun negatif. Ketika pemerintah memutuskan suatu kebijakan agar tidak melakukan tindakan apapun, namun kenyataan sebenarnya diperlukan adanya dukungan dari pemerintah, maka kemungkinan akan berdampak negatif bagi publik.
- e. Pembuatan kebijakan publik melibatkan banyak pihak selain pemerintah dan bidang-bidang di dalam pemerintahan, dalam pembuatannya juga tentunya harus melibatkan masyarakat, akademisi dan sektor swasta.
- f. Kebijakan publik bersifat dinamis, dapat berubah dan diperbaharui sesuai dengan kebutuhan dan kondisi masyarakat, baik setelah kebijakan tersebut akan dilaksanakan, sedang diimplementasikan dan setelah terjadi dampak dari kebijakan tersebut.

3. Jenis-jenis Kebijakan Publik

Kebijakan publik dibuat dengan tujuan tertentu dan dapat diuraikan ke dalam beberapa jenis sesuai kategorinya. Namun perlu dipahami, bahwa jenis-jenis kebijakan yang diuraikan bukan bersifat mutlak karena tergantung pada fokus analisisnya sehingga sebuah kebijakan publik dapat saja termasuk ke dalam beberapa kategori sekaligus. Hal tersebut dikarenakan beberapa alasan diantaranya masalah publik yang diatasi bersifat kompleks, kebijakan publik saling berhubungan dan bertautan serta dikarenakan adanya perubahan konteks dan situasi seiring berubahnya waktu. Sebagai contoh kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dapat dikategorikan pada dua kategori sekaligus yaitu

kategori kebijakan material karena memberikan berupa layanan kesehatan dan dapat dikategorikan ke dalam kebijakan distributif, karena dapat mendistribusikan layanan kesehatan tersebut secara merata. Berikut pembahasan beberapa jenis-jenis kebijakan publik berdasarkan kategorinya:

- a. Berdasarkan tingkatan pemerintah diantaranya yaitu kebijakan nasional dan kebijakan daerah. Kebijakan nasional yaitu kebijakan yang dibuat oleh pemerintah pusat untuk diberlakukan di seluruh wilayah negara, sebagai contoh kebijakan kesehatan nasional. Sedangkan kebijakan daerah merupakan kebijakan yang dibuat pada tingkatan pemerintah daerah dan diberlakukan pada seluruh wilayah di daerah tersebut, contohnya kebijakan pengelolaan sampah dan pariwisata.
- b. Berdasarkan cakupan sasaran diantaranya yaitu kebijakan sektoral dan antar sektoral. Kebijakan sektoral adalah kebijakan yang berfokus pada satu bidang atau sektor tertentu, misalnya sektor kesehatan terkait kebijakan promosi perubahan perilaku dalam menurunkan angka stunting. Sedangkan, kebijakan antar sektoral yaitu kebijakan yang dibuat dengan melibatkan satu atau beberapa sektor lain untuk mengatasi masalah yang rumit, misalnya kebijakan penanggulangan bencana, seperti pandemi COVID-19, dalam mengatasinya diperlukan beberapa sektor yang terlibat, bukan hanya sektor kesehatan.
- c. Berdasarkan isi dan tujuan, terbagi menjadi kebijakan substantif dan kebijakan prosedural. Kebijakan substantif yaitu peta jalan yang jelas bagi pemerintah dan Masyarakat dalam menentukan arah Tindakan yang harus diambil dalam menyelesaikan berbagai persoalan, contohnya kebijakan hak asasi manusia. Kebijakan prosedural yaitu kebijakan yang mendukung dan mengatur kebijakan substantif dapat dilakukan, sebagai contoh yaitu kebijakan penilaian kepuasan pelanggan.

- d. Berdasarkan cara pengaturannya terbagi menjadi kebijakan distributif, regulatori dan redistributif. Kebijakan distributif meliputi kebijakan yang mengatur tentang pendistribusian barang dan jasa publik kepada masyarakat, misalnya kebijakan bantuan jaminan kesehatan untuk Masyarakat miskin. Kebijakan regulatori yaitu kebijakan yang mengatur tentang perilaku dan tindakan masyarakat, contohnya kebijakan 3Mplus (menguras, menutup tempat penampungan air, mendaur ulang barang bekas, plus penanganannya) dalam pencegahan DBD (Demam Berdarah Dengue). Sedangkan, kebijakan redistributif yaitu kebijakan yang mempunyai tujuan mendistribusikan kembali sumber daya kepada masyarakat yang memerlukan, contohnya kebijakan pajak.
- e. Berdasarkan sifat dan dampak kebijakan publik terbagi menjadi kebijakan material dan simbolik. Kebijakan material yaitu kebijakan yang memiliki dampak langsung dan nyata terhadap Masyarakat, misalnya kebijakan pembangunan poskesdes (Pos Kesehatan Desa), sedangkan kebijakan simbolik yaitu kebijakan yang memberikan simbol atau pesan khusus kepada masyarakat, contohnya kebijakan hari kesehatan nasional.

C. Pentingnya Memahami Kebijakan Publik

Kebijakan publik bukan sekedar aturan tertulis. Memahami kompleksitasnya membuka jalan bagi sinergi dan kolaborasi yang efektif antara pemerintah, Masyarakat, akademisi dan sektor swasta dalam mewujudkan tujuan bersama. Memahami kebijakan publik bukan hanya tugas pemerintah, namun juga tanggungjawab setiap individu. Dengan memahami kebijakan publik, kita dapat berperan aktif dalam membangun masa depan lebih baik bagi diri sendiri dan bangsa.

Berikut beberapa penjelasan pentingnya memahami kebijakan publik:

1. Memahami Hak Dan Kewajiban Sebagai Warga Negara

Dengan memahami hak dan kewajiban sebagai warga negara kita dapat memastikan mendapat manfaat dari kebijakan yang dibuat. Contohnya kebijakan publik terkait JKN yang memberikan hak kepada Masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang merata dengan biaya yang terjangkau. Dengan memahami kebijakan ini, Masyarakat dapat menuntut hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pemerintah harus dapat memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sudah mudah diakses dan terjangkau pada seluruh lapisan Masyarakat. Tentu dibalik hak yang kita tuntut, terdapat kewajiban yang harus dipenuhi yaitu kewajiban membayar iuran rutin JKN.

2. Berpartisipasi Dalam Proses Pembuatan Kebijakan

Negara demokratis akan memberikan kesempatan kepada masyarakatnya untuk ikut terlibat dalam proses pembuatan kebijakan publik dan mempengaruhi Keputusan pemerintah. Masyarakat dapat memberikan saran dan kritik dalam menyempurnakan kebijakan yang dibuat. Dengan berpartisipasi dalam proses pembuatan kebijakan, Masyarakat dapat memastikan bahwa kebijakan tersebut dibuat dengan akuntabel, transparan, mencerminkan kebutuhan dan aspirasi masyarakat serta dapat meningkatkan kepercayaan terhadap kebijakan yang dibuat. Sebagai contoh pemerintah membuka ruang bagi partisipasi publik yaitu penyampaian aspirasi Masyarakat melalui media *online*, konsultasi dan audiensi publik. Penting untuk diingat bahwa Masyarakat yang ikut terlibat sebaiknya memiliki kapasitas dan pengetahuan yang baik terhadap kebijakan yang akan dibuat, bukan hanya asal berpendapat.

3. Meningkatkan Kualitas Hidup

Sama halnya pada poin pertama, individu dapat mengetahui program-program dan layanan yang tersedia dalam kebijakan yang dibuat sehingga dapat memanfaatkannya untuk meningkatkan kualitas hidup.

Sebagai contoh kebijakan KIS (Kartu Indonesia Sehat) yang memberikan manfaat kepada masyarakat miskin dan rentan. Dengan memahami kebijakan KIS, masyarakat miskin dan rentan dapat memanfaatkan layanan kesehatan gratis yang tersedia dan dapat meningkatkan kualitas hidup mereka.

4. Meningkatkan Akuntabilitas Pemerintah

Masyarakat yang memahami kebijakan publik dapat berperan aktif dalam mengawasi anggaran negara. Dengan pengetahuan ini, mereka dapat memastikan bahwa dana rakyat digunakan secara optimal dan bertanggung jawab untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam kebijakan publik. Sebagai contoh, masyarakat dapat memantau penggunaan anggaran pemerintah melalui laporan keuangan pemerintah.

5. Mendorong Inovasi Dan Kreativitas

Ketika individu dan organisasi memahami bahwa kebijakan publik dapat mendukung tujuan yang ingin mereka capai, mereka akan cenderung untuk berinovasi dan berkreasi membuat ide-ide baru dan mengambil risiko yang diperlukan untuk mewujudkannya. Contohnya kebijakan pemerintah yang memberikan insentif untuk penelitian dan pengembangan telah mendorong perusahaan untuk berinvestasi dalam teknologi baru seperti pengembangan energi terbarukan pada teknologi panel surya.

6. Meningkatkan Kesadaran Masyarakat

Salah satu keuntungan memahami kebijakan publik yaitu dapat meningkatkan kesadaran masyarakat, karena dengan memahami kebijakan publik memungkinkan masyarakat untuk mengakses informasi dan menambah pengetahuan. Dengan mengetahui maksud, tujuan, sasaran dan dampak dari kebijakan publik yang telah dibuat, masyarakat akan sadar dan lebih memahami hak dan kewajiban mereka sehingga akan ikut berpartisipasi dan mengawasi dalam pelaksanaannya, serta dapat memahami bagaimana kebijakan tersebut dapat berdampak kepada kehidupan mereka.

Namun, meningkatkan kesadaran masyarakat bukanlah hal yang mudah, diperlukan proses yang berkelanjutan dan membutuhkan berbagai pihak termasuk pemerintah, sektor swasta, organisasi masyarakat, media massa dan individu. Salah satu upaya dalam meningkatkan kesadaran masyarakat di bidang kesehatan adalah dengan melakukan promosi kesehatan.

D. Strategi Penguatan Kebijakan Publik dalam Kebijakan Promosi Kesehatan

Berdasarkan penjelasan terkait pentingnya untuk memahami kebijakan publik, maka kebijakan yang dibuat untuk publik haruslah dapat diimplementasikan dengan baik, namun untuk dapat diimplementasikan dengan baik, tentu kebijakan yang dibuat juga harus dirumuskan dan direncanakan dengan baik sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Selain itu, agar dapat diimplementasikan dengan baik, kebijakan juga harus terus dilakukan evaluasi agar dapat terus diperbaharui dan diperbaiki sesuai dengan kondisi publik yang sekarang. Salah satunya tentu kebijakan publik yang baik harus dibuat dengan melalui tahap-tahap kebijakan publik yang telah dijelaskan sebelumnya di atas. Namun pada kenyataannya tidak semudah itu, kebijakan publik merupakan kebijakan yang kompleks karenanya diperlukan dukungan dari semua pihak dan keberlanjutan untuk pelaksanaannya agar efektif dan efisien.

Kebijakan publik untuk sektor kesehatan, diantaranya terdapat kebijakan terkait promosi kesehatan, yaitu Upaya terencana yang dilakukan oleh pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya untuk meningkatkan kesadaran dan mendorong Masyarakat agar berperilaku hidup sehat. Hal ini dilakukan melalui berbagai program dan intervensi yang bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif dan mendukung gaya hidup sehat. Prinsip dalam kebijakan promosi kesehatan diantaranya: (1) Partisipasi: melibatkan individu, keluarga dan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan dan pelaksanaan program promosi kesehatan; (2) Kesenjangan:

memastikan akses yang merata dan setara terhadap informasi, edukasi dan layanan kesehatan pada semua individu; (3) Berbasis bukti: program dan intervensi yang diterapkan harus didukung oleh bukti ilmiah yang efektif; (4) Berkelanjutan: menjamin keberlanjutan program dengan dukungan sumber daya yang cukup dan komitmen jangka panjang; (5) Kerja sama: pelibatan antar sektor baik antar sektor pemerintah maupun swasta dari berbagai bidang, diantaranya bidang pendidikan, ekonomi, budaya dan lain-lain. (Trisutrisno et al., 2022)

1. Analisis Situasi Kebijakan Promosi Kesehatan

Sejarah terkait kebijakan dan kesepakatan terhadap promosi kesehatan telah berubah dan berkembang seiring dengan tuntutan dan kebutuhan perubahan waktu. Dimulai dengan deklarasi Alma Ata pada tahun 1978 dengan membentuk kesepakatan antara 140 negara termasuk Indonesia yang mendeklarasikan bahwa pelayanan kesehatan primer merupakan strategi utama untuk mencapai kesehatan untuk semua. Kebijakan lainnya yang terkenal dan menjadi acuan hingga saat ini yaitu piagam Ottawa 1986 yang mendokumentasikan tanggungjawab pemerintah dan lembaga non pemerintah dalam mendukung strategi promosi kesehatan (Trisutrisno et al., 2022)

Di Indonesia sendiri kebijakan terkait promosi kesehatan diantaranya termuat dalam Deklarasi Jakarta tahun 1997, yang menegaskan kembali perjanjian dalam piagam Ottawa, serta tertuang dalam keputusan dan peraturan yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan salah satunya tertuang dalam surat keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585 tahun 2007 dan Nomor 128 tahun 2004; serta Peraturan Menteri kesehatan nomor 4 tahun 2012. (Magdalena TBolon, 2021) Namun, dari kebijakan-kebijakan yang telah dibuat tersebut, beberapa data dari hasil penelitian menyatakan bahwa kebijakan promosi kesehatan di Indonesia kurang optimal.

Berdasarkan data survei kesehatan nasional tahun 2018, menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan yang signifikan antara prevalensi perilaku hidup sehat lebih rendah pada golongan kelompok masyarakat miskin, kurang berpendidikan dan tinggal di daerah pedesaan. Hanya sebanyak 33,5% penduduk yang rutin berolahraga dan 24,1% yang tidak merokok, menunjukkan bahwa perilaku masyarakat hidup sehat di Indonesia masih perlu didorong untuk berubah ke arah yang lebih baik. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa implementasi kebijakan promosi kesehatan di Indonesia masih rendah terkendala oleh beberapa faktor diantaranya karena kurangnya koordinasi antar sektor, kekurangan sumber daya manusia baik kuantitas maupun kualitas, keterbatasan anggaran, kurangnya data dan informasi serta partisipasi masyarakat yang masih rendah (Hidayat *et al.*, 2021; Sutmasa, 2021; Puspa Sari *et al.*, 2022)

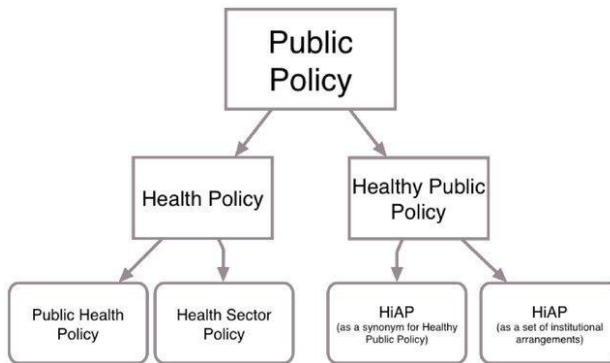
Berdasarkan laporan Organisasi kesehatan dunia (WHO) tentang “Status Promosi Kesehatan Global” menyatakan bahwa implementasi promosi kesehatan di Indonesia masih dalam kategori lemah. Tantangan utama yang dihadapi yaitu kurangnya fokus pada determinan sosial kesehatan, lemahnya sistem pemantauan dan evaluasi serta kurangnya integrasi promosi kesehatan dengan kebijakan lainnya.

2. Strategi Penguatan Kebijakan Promosi Kesehatan

Dalam rangka mencapai tujuan promosi kesehatan diperlukan langkah-langkah yang tepat, sehingga perlu ditetapkan strategi penguatan kebijakan publik dalam melakukan promosi kesehatan. Sejak tahun 1986, WHO telah menetapkan lima sarana aksi dari Ottawa Charter yang merupakan tonggak penting dalam sejarah untuk strategi penguatan promosi kesehatan global. Sarana aksi tersebut meliputi: (Carey, Crammond and Keast, 2014; Sarihati and Santosa, 2021)

a. Kebijakan berwawasan kesehatan (*Health Public Policy*)

Kebijakan publik berwawasan kesehatan merupakan kebijakan yang dibuat tidak hanya terbatas pada sektor kesehatan, tetapi juga menjangkau semua sektor yang berkaitan dengan kesehatan. Para pembuat kebijakan didorong untuk mempertimbangkan dampak kesehatan dalam setiap kebijakan yang mereka rumuskan, agar memastikan bahwa semua orang memiliki akses yang sama terhadap informasi, layanan dan lingkungan yang mendukung kesehatan.



Gambar 12. 2 Health Public Policy (Carey, 2014)

Agar dapat diimplementasikan dengan baik, Kebijakan ini bukan hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan namun harus diintegrasikan ke dalam seluruh sektor pemerintah dan masyarakat, diperlukan adanya komitmen politik yang kuat, kolaborasi antar sektor, sumber daya yang memadai dan perubahan perilaku masyarakat.

b. Lingkungan yang mendukung (*Supportive Environment*)

Upaya menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pilihan gaya hidup sehat membutuhkan sinergi dari berbagai pihak, termasuk para pengelola tempat umum. Dengan Kerjasama dan kolaborasi, Masyarakat dapat menikmati lingkungan yang mendukung kesehatan dan terdorong untuk menerapkan gaya hidup sehat yang

berkelanjutan. Sebagai contoh penyediaan tempat sampah, ruang publik bebas asap rokok, dan lain-lain.

- c. Memperkuat Gerakan Masyarakat (*Community Action*)
Melibatkan Masyarakat untuk dapat berpartisipasi secara aktif dalam upaya promosi kesehatan, sebagai contoh kegiatan posyandu, gotong royong, pos obat desa, dan lain-lain.
- d. Mengembangkan Keterampilan Individu (*Personal Skill*)
Memberdayakan kemampuan yang dimiliki individu dalam membuat pilihan agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri. Contohnya dengan melakukan edukasi tentang kesehatan dan gizi, akses informasi kesehatan yang mudah dipahami, dan lain-lain
- e. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (*Reorient Health Service*)
Mengubah fokus pelayanan kesehatan dari kuratif (pengobatan) ke promotif dan preventif (pencegahan). Contohnya dengan meningkatkan layanan skrining kesehatan, program konseling kesehatan, dan lain-lain.

Penguatan strategi kebijakan promosi kesehatan merupakan langkah penting dalam membangun fondasi menuju Masyarakat yang sehat. Dengan strategi yang efektif dan efisien, program promosi kesehatan dapat memberikan kontribusi yang signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup Masyarakat secara menyeluruh. Penguatan dapat dilakukan, selain dengan membuat kebijakan berdasarkan tahapannya, perencanaan dan penerapannya juga dapat didasarkan pada sarana aksi pada Ottawa Charter. Penerapan Strategi penguatan kebijakan publik dalam promosi kesehatan juga dapat didukung dengan tindakan:(Rud, 2019; Trisutrisno et al., 2022)

- a. Desentralisasi
Memberikan kewenangan dan sumber daya kepada komunitas untuk merancang dan melaksanakan promosi kesehatan sesuai dengan kebutuhan mereka.

- b. Evaluasi kebijakan sebelumnya
Melakukan monitoring dan evaluasi secara menyeluruh dan berkelanjutan untuk memperbaharui kebijakan sesuai dengan tuntutan kondisi sekarang.
- c. Pemanfaatan teknologi
Memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi untuk menyebarkan informasi, edukasi dan intervensi promosi kesehatan yang inovatif dan menarik.
- d. Penguatan Kapasitas Sumber daya Manusia (SDM)
Memberikan pelatihan dan pengembangan SDM dan pemangku kepentingan lainnya di bidang promosi kesehatan.
- e. Advokasi
Advokasi dilakukan pada semua sektor agar dapat mengetahui faktor-faktor yang dapat mendukung dan menghambat keberhasilan.
- f. Penelitian dan pengembangan
Melakukan penelitian dan pengembangan untuk menghasilkan bukti ilmiah yang kuat dan intervensi promosi kesehatan yang efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Akkermans, B. (2020) 'Public Policy (Orde public)', *European Property Law Journal*, 8(3), pp. 260-300. Available at: <https://doi.org/10.1515/eplj-2019-0015>.
- Bharas, C. (2022) 'Determinants of Public Policy : A Critical Analysis of Public Policy Making In India', 12(2), pp. 69-85.
- Carey, G., Crammond, B. and Keast, R. (2014) 'Creating change in government to address the social determinants of health: How can efforts be improved?', *BMC Public Health*, 14(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1087>.
- Desrinelti, D., Afifah, M. and Gistituati, N. (2021) 'Kebijakan publik: konsep pelaksanaan', *JRTI (Jurnal Riset Tindakan Indonesia)*, 6(1), p. 83. Available at: <https://doi.org/10.29210/3003906000>.
- Hidayat, M. et al. (2021) 'Peran Promosi Kesehatan Dalam Edukasi Tenaga Kesehatan Di Masa Pasca Vaksinasi Covid-19 di Kabupaten Tanah Laut', *Jurnal Sains Sosio Humaniora*, 5(1), pp. 339-345. Available at: <https://doi.org/10.22437/jssh.v5i1.14146>.
- Magdalena TBolon, C. (2021) *Pendidikan dan Promosi Kesehatan. Medan.*
- Mendonça, A., Leal Filho, W. and Alves, F. (2023) 'Public participation and climate change governance: Between political approach and local actors' perspective in two Macaronesian territories', *Frontiers in Environmental Science*, 11(May), pp. 1-15. Available at: <https://doi.org/10.3389/fenvs.2023.1094178>.
- Puspa Sari, M. et al. (2022) 'Peran Media Terhadap Perilaku Protokol Kesehatan Di Indonesia Tahun 2020', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (J-KESMAS)*, 10(1), pp. 10-19. Available at: <http://dx.doi.org/10.35329/jkesmas.v7i1Journalhomepage>: <https://journal.lppm->

unasman.ac.id/index.php/jikm/index.

Rud, A. (2019) 'The Analysis of Health Policy in the Border Area of West Kalimantan Indonesia', *KnE Life Sciences*, 4(10), p. 23. Available at: <https://doi.org/10.18502/kls.v4i10.3763>.

Sarihati, T. and Santosa, P. (2021) 'The Effect Of Policy Implementation Of Basic Health Services During The COVID 19 Pandemic (Study of Implementation of Basic Health Services in West Java Province)', *Sosiohumaniora*, 23(3), p. 429. Available at: <https://doi.org/10.24198/sosiohumaniora.v23i3.32832>.

Sutmasa, Y.G. (2021) 'Memastikan Efektivitas Implementasi Kebijakan Publik', *Jurnal Cakrawati*, 04(01), pp. 25–36.

Trisutrisno et al., I. (2022) Pendidikan dan Promosi Kesehatan.

Winarno, B. (2016) *Kebijakan Publik Era Globalisasi Teori, Proses dan Studi Kasus Komparatif*. Tahun 2016. Jakarta: Buku Seru.

TENTANG PENULIS



Andi Malahayati Nurdjaya, S.Si.T, M.Kes, Dosen di Poltekkes Kemenkes Kendari Penulis lahir di Kendari tanggal 7 Mei 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Poltekkes Kemenkes Kendari. Menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan di Universitas Diponegoro Pada Tahun 2010.



Ronald, S.K.M., M.Kes , lahir di Pare-pare, pada 9 Oktober 1987. Penulis Menyelesaikan Studi S1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Haluoleo & Studi S2 pada Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Saat ini penulis berdomisili di Ujung Timur Nusantara tepatnya di Ibukota Provinsi Papua Selatan, Kota Merauke dan mengabdikan sebagai dosen di Satu-satunya Perguruan Tinggi Negeri di Provinsi Papua Selatan, Universitas Musamus Merauke.



Aida Silfia, S.Pd., MPd, lahir Takengon, 12 Agustus 1969. Riwayat Pendidikan D-III PGSPRG FKIP Bandung 1996. D-III AKG Yogyakarta 1999. S-1 di Unja Jambi 2004, S-2 Teknologi Pendidikan Unja Jambi 2014. Penulis sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Jambi, dengan matakuliah yang diampu adalah Komunikasi Dalam Kesehatan Gigi, Media Komunikasi, Etika Profesi dan Hukum Kesehatan. Saat ini mendapat tugas tambahan sebagai Kaprodi Diploma Tiga Kesehatan Gigi di Poltekkes Kemenkes Jambi.



Lilis Suryani, SST., M.KM, lahir di Karawang, lulus pendidikan di Program Studi **Diploma III** Kebidanan Universitas Singaperbangsa Karawang tahun 2009, Program Diploma IV Kebidanan (Bidan Pendidik) STIKes Kharisma Karawang tahun 2010, dan Pendidikan S2 di Universitas Prof. HAMKA Jakarta tahun 2014.

Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi Diploma III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang. Mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Komunikasi dalam Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan Komunitas dan Farmakologi Kebidanan. Penulis saat ini aktif sebagai Pengurus Cabang IBI Kabupaten Karawang dan Pita Putih Indonesia (PPI) Kabupaten Karawang.

Penulis telah merilis beberapa judul buku tentang kebidanan yaitu: Kebidanan Komunitas, Asuhan Kebidanan pada Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan Pranikah dan Pra Konsepsi, Komunikasi dalam Praktik Kebidanan, Pengantar Profesionalisme Kebidanan, Promosi dan Perilaku Kesehatan dan Farmakologi Kebidanan. Email: lilis.suryani@fikes.unsika.ac.id



Dr. Susiana Nugraha, MN lahir di Ngawi pada 20 Agustus 1980, merupakan seorang dosen dan peneliti yang meminati bidang keilmuan kesehatan masyarakat terutama terkait dengan isu-kelanjutusiaan. Promosi Kesehatan merupakan salah satu topik yang diminatinya sebagai seorang ahli kesehatan masyarakat. Sejak tahun 2012 dia telah meneliti berbagai permasalahan terkait kelanjutusiaan. Belajar di jurusan magister Biomedic di Jepang telah memberikan banyak pemikiran mengenai konsep penuaan yang aktif dan akhirnya menjadi konsentrasi yang diminatinya setelah kembali ke Indonesia. Menamatkan program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia, Susiana tetap mengangkat isu

lansia sebagai disertasi nya. Susiana telah menulis berbagai buku terkait "oral care" yang banyak diadaptasi dari hasil penelitiannya bersama para ahli di Jepang. Saat ini Susiana menjabat sebagai Direktur centre for Family and Ageing Studies serta menjalani aktivitas pengabdian masyarakat di Indonesia Ramah Lansia.



Tri Isnani, S.Sos., MPH lahir di **Kulonprogo**, D I Yogyakarta. anak dari pasangan Salam Mudi Wardaya (ayah) dan alm. Surti Wahyuni (ibu). Pendidikan Sarjana Antropologi dan Magister Public Health keduanya di Universitas Gadjah Mada. Pengalaman dalam penelitian dan publikasi khususnya tentang kesehatan masyarakat sejak 2006 sesuai dengan jabatan sebagai peneliti dengan kepakaran perilaku kesehatan.



Monifa Putri, SKM., M.P.H, lahir di kota Rengat, 15 September 1983. Anak kedua dari **pasangan** Linofrizal dan Erlina. Lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat di STIKES Harapan Ibu Jambi tahun 2006 dan Pasca Sarjana Perilaku dan Promosi Kesehatan di Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta tahun 2016. Monifa Putri menikah pada tanggal 04 Maret 2011 dengan Bripka Wahyu Satria, SE dan telah dianugerahi sepasang anak yang bernama M. Afif Fawwaz dan Shofiyah Aysila Fawwaz. Moni berkarir sebagai dosen sejak tahun 2006 dan sampai saat ini masih aktif sebagai dosen di ITB Indragiri Program Studi Kebidanan.



dr. Rauza Sukma Rita, Ph.D, merupakan dosen tetap Departemen Biokimia, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Padang, Sumatera Barat. Penulis merupakan anak dari pasangan Asrizal Jarat (ayah) dan Yurnita, Amd.Keb (Ibu). Setelah tamat Dokter Umum di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, (2009), penulis melanjutkan S3 bidang Kedokteran di Jichi Medical University, Jepang (2011 sampai 2015). Penulis aktif menulis buku dan artikel di berbagai jurnal nasional dan internasional.



Ns. Said Taufiq, S.Pd., SKM., M.Kes lahir di Lhokseumawe-Aceh, 15 Juni 1976. Beliau tercatat sebagai lulusan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta 2004, akrab disapa 'Said' adalah anak dari pasangan Said Muhammad Ali (ayah) dan Syarifah Fathimah (ibu). Said Taufiq sudah cukup lama menekuni profesi sebagai dosen dari 2001 dan saat ini tercatat sebagai dosen tetap pada Poltekkes Kemenkes Aceh.



Dr. Nora Lelyana, drg., M.Hkes., FICD, lahir di Surabaya, 24 Maret 1962. Suami Ir. Purwoko memiliki 1(satu)putra Dito Pratomo, menantu Amelia dan 4 cucu Azkadina, Abhirama, Aruni dan Arindra.

Saat ini menjabat sebagai Dekan di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hang Tuah sekaligus sebagai Dosen Manajemen Strategik pada Prodi S2 Internasional di Fakultas Manajemen Pertahanan Universitas Pertahanan R.I. Menempuh pendidikan dokter gigi di Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 1986 ; S2 Magister Hukum Kesehatan di Universitas Soegijapranata ; Study In Maritime And Strategic Centre For Maritime Policy dari

University Of Wollongong Australia.dan S3 pada Manajemen Strategik Universitas Trisakti.

Lulus Sekolah Perwira Militer Wajib (Sepamilwa) Wanita ABRI tahun 1987 memperoleh penugasan pertama sebagai Perwira Kesehatan di Korps Marinir dan selanjutnya menjabat Kepala Rumah sakit TNI AL di BelawanSumut. Di tahun 2003 – 2005 mendapat kepercayaan menjadi wanita pertama yang menjabat Komandan Pangkalan TNI AL di Dumai, dan di tahun 2017 menjadi dokter gigi wanita pertama yang menjabat sebagai Kepala Dinas Kesehatan TNI AL dan Kepala Dinas Perawatan Personel TNI AL .

Penghargaan penulis terbaik (Dharma Wiratama Widya Wacana) diraih pada pendidikan SESKOAL Angkatan 38 tahun 2000.Beberapa buku yang telah ditulis antara lain Manajemen Strategis Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat dan Kepemimpinan Situasional Dalam Manajemen Strategis : Mengelola Perubahan Dengan Fleksibilitas dan Keberanian.



Rina Marlina, S.Si.T., M.KM lahir di Pandeglang, Banten. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Program Studi DIII Kebidanan Universitas Singaperbangsa Karawang pada tahun 2008. Melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan di STIKes Mitra Ria Husada Cibubur pada tahun 2010. Kemudian menyelesaikan pendidikan S2 pada tahun 2014 di Universitas Prof. Dr. Hamka (UHAMKA). Saat ini bekerja sebagai Dosen tetap di Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang.



Juhairiyah, SKM., M.Kes, lahir di Banjarmasin, pada tanggal 27 September 1986. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Lambung Mangkurat. Wanita yang kerap disapa Juju ini adalah salah satu Aparat Sipil Negara (ASN) di lingkungan Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Ia merupakan salah satu peneliti di Kelompok Riset Pelayanan Kesehatan dan Kedaruratan

Kesehatan Masyarakat. Walaupun Baru bergabung di BRIN pada tahun 2021, namun Ia telah menjadi peneliti sejak tahun 2012 pada instansi sebelumnya yaitu Balai Litbang Kesehatan Tanah Bumbu, Kementerian Kesehatan dengan kepakaran pada kebijakan dan manajemen kesehatan.