

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/326893019>

20180527-yusriani-promkesdanpemberdayaan masy

Book · August 2018

CITATIONS

0

READS

9,112

2 authors, including:



Yusriani Yusriani

Universitas Muslim Indonesia

53 PUBLICATIONS 7 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Template Article [View project](#)



Analysis of the Cost Effectiveness of Improving Nutrition Intake and nutritional status in Patients of Reproductive Age Undergoing Haemodialysis therapy in Makassar [View project](#)



FORUM ILMIAH KESEHATAN

(FORIKES)

Sekretariat: Jl. Cemara 25, RT.01, RW.02 Ds./Kec. Sukorejo, Ponorogo

Telepon: 085235004462, 081335718040

Email: forikes@gmail.com, Website: www.forikes.webs.com

Ponorogo, 27 Mei 2018

Nomor : Forikes/ISBN/2018/05/27/001
Lampiran : 1 set
Hal : Permohonan ISBN

Kepada Yth.
Pimpinan Tim ISBN/KDT Perpustakaan Nasional RI
Di Jakarta

Dengan surat ini, kami mohon agar buku kami didaftar dalam sistem ISBN yaitu:

Judul:
BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Penulis:

1. Dr. Yusriani, SKM, M.Kes
2. Dr. dr. Muhammad Khidri Alwi, S.Ked, M.Kes

Editor:

Subagyo, S.Pd, M.M.Kes

Untuk keperluan tersebut, kami melampirkan:

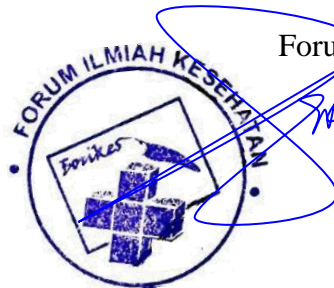
1. Cover buku
2. Halaman Judul 1
3. Halaman Judul 2
4. Kata pengantar
5. Daftar isi

Hasil pendaftaran ISBN mohon dikirimkan ke pilihan alamat sebagai berikut:

E-mail: forikes@gmail.com

Ditampilkan di layanan ISBN Online

Atas perhatian dan bantuan yang diberikan kami sampaikan terima kasih.



Forum Ilmiah Kesehatan
Ketua

Dr. Heru SWN, S.Kep., Ns., M.M.Kes, C.P.M.C.



ISBN 978-602-1081-97-6



9 786021 081976

BUKU AJAR



**PROMOSI KESEHATAN
DAN PEMBERDAYAAN
MASYARAKAT**

Penulis:

**Dr. Yusriani, SKM, M.Kes
Dr. dr. Muhammad Khidri Alwi, S.Ked, M.Kes**



**FORUM ILMIAH KESEHATAN (FORIKES)
2018**

BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Penulis:

1. Dr. Yusriani, SKM, M.Kes
2. Dr. dr. Muhammad Khidri Alwi, S.Ked, M.Kes

Penerbit:

Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)
2018

BUKU AJAR PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Penulis:

1. Dr. Yusriani, SKM, M.Kes
2. Dr. dr. Muhammad Khidri Alwi, S.Ked, M.Kes

ISBN 978-602-1081-97-6

Diterbitkan oleh:

Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)

2018

Alamat:

Jl. Cemara 25, RT. 001 RW. 002, Desa Sukorejo, Kecamatan Sukorejo, Kabupaten Ponorogo

E-mail: forikes@gmail.com

Telepon: 085853252665

Editor: Subagyo, S.Pd, M.M.Kes

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan yang maha kuasa hanya atas izin-Nya kami dapat menulis buku ajar dan menyelesaikan. Buku ajar ini kami tulis sebagai bahan pelengkap untuk memperkaya bahan ajar kepada mahasiswa.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi yang telah memberikan bantuan biaya penelitian skim Startegi Nasional Institusi pada tahun 2016/2017 dan 2017/2018, sehingga dapat membiayai penelitian ini dan menulis dalam bentuk produk buku ajar.

Kami menyadari bahwa muatan materi yang terdapat dalam buku ini masih terdapat banyak hal yang harus di sempurnakan, dan kami berkomitmen akan melakukan revisi-revisi untuk penyempurnaan buku ini sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Semoga apa yang kami tulis ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa, praktisi, stakeholder dan pengambil kebijakan kesehatan sehingga promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan secara berkelanjutan.

Makassar, Maret 2018

Tim Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul I	i
Halaman Judul II.....	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
BAB I KONSEP PROMOSI KESEHATAN	1
A. Pendahuluan	1
B. Pengertian Promosi Kesehatan.....	1
C. Visi dan Misi Promosi Kesehatan.....	3
D. Strategi Promosi Kesehatan	4
E. Sasaran Promosi Kesehatan	4
F. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan.....	4
BAB II PROSES BELAJAR DALAM PROMOSI KESEHATAN	5
A. Arti Dan Lingkup Belajar	5
B. Beberapa Teori Proses Belajar	6
C. Teori-Teori Belajar Sosial (<i>Social Learning</i>)	8
D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Belajar.....	9
E. Proses Belajar Orang Dewasa	9
F. Prinsip-Prinsip Belajar.....	10
BAB III METODE DAN MEDIA DALAM PROMOSI KESEHATAN.....	12
A. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan.....	12
B. Alat Bantu Dan Media Pendidikan Kesehatan.....	13
BAB IV KOMUNIKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN	17
A. Prinsip Dasar Komunikasi	17
B. Komunikasi Kesehatan	19
BAB V ADVOKASI DALAM PROMOSI KESEHATAN.....	21
A. Pendahuluan.....	21
B. Prinsip-prinsip Advokasi.....	22
C. Komunikasi dalam Advokasi	27
D. Indikator Hasil Advokasi.....	29
BAB VI KEMITRAAN DALAM PROMOSI KESEHATAN	31
A. Pengertian Kemitraan	31
B. Prinsip-Prinsip Kemitraan.....	31
C. Kerangka Konsep Kemitraan	32
D. Model-Model Kemitraan.....	32
BAB VII PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PROGRAM KESEHATAN	34
A. Pendahuluan.....	34
B. Peranan Pemberdayaan Masyarakat.....	36
C. Dasar-dasar Filosofi Pemberdayaan Masyarakat.....	36
D. Metode Pemberdayaan Masyarakat.....	37
E. Nilai-nilai Pemberdayaan Masyarakat	37
F. Elemen-elemen Partisipasi Masyarakat	37
G. Strategi Partisipasi Masyarakat.....	38
H. Metode.....	38

BAB VIII	KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU KESEHATAN	40
	A. Batasan Perilaku.....	40
	B. Perilaku Kesehatan.....	40
	C. Domain Perilaku	40
BAB IX	PERSEPSI DAN PERILAKU SAKIT.....	45
	A. Penyakit dan Sakit	45
	B. Tujuan Mempelajari Perilaku Sakit.....	46
	C. Elemen-elemen Pokok Perilaku Sakit	47
	D. Peranan Orang Sakit	48
	E. Hak-hak Orang Sakit.....	48
	F. Kewajiban-kewajiban Orang Sakit.....	49
BAB X	PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN.....	51
	A. Perilaku Masyarakat Sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan.....	51
	B. Konsep Kerangka Kerja Pelayanan Kesehatan.....	52
	C. Tipe Umum dari Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan	53
	Daftar Pustaka	58

Bab I

Konsep Promosi Kesehatan

A. Pendahuluan

Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat untuk dapat memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya. Dengan promosi kesehatan diharapkan masyarakat mampu mengendalikan determinan kesehatan. Partisipasi merupakan sesuatu yang penting dalam upaya promosi kesehatan.

Promosi kesehatan merupakan proses komprehensif sosial dan politik, bukan hanya mencakup upaya peningkatan kemampuan dan ketrampilan individual, tetapi juga upaya yang bertujuan mengubah masyarakat, lingkungan, dan kondisi ekonomi, agar dampak negatif terhadap kesehatan individu dan masyarakat dapat dikurangi.

B. Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah tentang meningkatkan status kesehatan dari individu dan komunitas. Terlalu sering kata promosi, bila digunakan dalam konteks promosi kesehatan, dikaitkan dengan penjualan (*sales*) dan periklanan (*advertising*), dan dipandang sebagai pendekatan propaganda yang didominasi oleh penggunaan media massa. Ini merupakan suatu kesalahpahaman, dengan promosi dalam konteks kesehatan kami mengartikannya sebagai memperbaiki kesehatan; memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum (Ewles dan Simnett, 1994).

Promosi kesehatan mempunyai pengertian yaitu upaya kesehatan yang menyeluruh, yaitu preventif, promotif dan kuratif, dan mulai dikenal lebih luas setelah komperensi internasional promosi kesehatan I (Ewles dan Simnett, 1994).

Secara defenisi istilah promosi kesehatan adalah ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level and Clark, yang mengatakan adanya 4 tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat yaitu (Notoatmodjo, 2005):

- a. *Health Promotion* (peningkatan/promosi kesehatan)
- b. *Spesific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi)
- c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera).
- d. *Disability limitation* (membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan).
- e. *Rehabilitation* (pemulihan).

Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian yang kedua, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau “menjual” kesehatan. Dengan perkataan lain promosi kesehatan adalah “memasarkan”, atau “menjual” atau “memperkenalkan pesan-pesan kesehatan atau “upaya-upaya” kesehatan, sehingga masyarakat “menerima” atau “membeli” (dalam arti menerima perilaku kesehatan) mengenal pesan-pesan kesehatan tersebut yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat. Dari pengertian promosi kesehatan yang kedua ini, maka sebenarnya sama dengan pendidikan kesehatan (*health education*), karena pendidikan kesehatan pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat

berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Memang promosi kesehatan dalam konteks kesehatan masyarakat pada saat ini dimaksudkan sebagai revitalisasi atau pembaruan dari pendidikan kesehatan pada waktu yang lalu. Bergesernya pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan, tidak terlepas dari sejarah praktik pendidikan kesehatan di dalam kesehatan masyarakat di Indonesia, maupun secara praktik kesehatan masyarakat secara global. Praktik pendidikan kesehatan pada waktu yang lampau, sekurang-kurangnya pada tahun 90-an, terlalu menekankan perubahan perilaku masyarakat. Para praktisi pendidikan kesehatan telah bekerja keras untuk memberikan informasi kesehatan melalui berbagai media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat, dengan harapan masyarakat mau melakukan hidup sehat seperti yang diharapkan. Tetapi pada kenyataannya, perubahan perilaku hidup sehat tersebut sangat lamban, sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil.

Dari hasil-hasil studi yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan para ahli pendidikan kesehatan, terungkap memang benar bahwa pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, tetapi praktik mereka masih rendah. Hal ini berarti bahwa perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan tidak diimbangi dengan peningkatan atau perubahan perilakunya. Dari penelitian-penelitian yang telah ada, terungkap 80% masyarakat tahu cara mencegah penyakit demam berdarah dengan melakukan 3M (Menguras, Menutup, Mengubur) barang-barang yang dapat menampung air, tetapi hanya 35% dari masyarakat tersebut yang benar-benar melakukan atau mempraktikkan 3M.

Belajar dari pengalaman pelaksanaan pendidikan kesehatan dari berbagai tempat selama bertahun-tahun tersebut, disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tersebut belum memampukan (ability) masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, tetapi baru dapat memaukan (willingness) masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Dari pengalaman ini juga menimbulkan esan yang negatif bagi pendidikan kesehatan bahwa pendidikan kesehatan hanya mementingkan perubahan perilaku melalui pemberian informasi atau penyuluhan kesehatan. Sedangkan pendidikan kesehatan kurang melihat, bahwa perubahan perilaku atau perilaku baru tersebut juga memerlukan fasilitas, bukan hanya pengetahuan saja. Untuk praktik atau berperilaku minum air bersih, buang air besar di jamban, dan makan makanan yang bergizi, bukan hanya perlu pengetahuan tentang manfaat air bersih, manfaat buang air besar di jamban, dan makan makanan yang bergizi, tetapi perlu sarana atau fasilitas air bersih, mempunyai uang untuk membangun jamban dan membeli makanan yang bergizi.

Oleh sebab itu, agar pendidikan kesehatan tidak terkesan negatif, maka para ahli pendidikan kesehatan masyarakat global yang dimotori oleh WHO, pada tahun 1984 merevitalisasi pendidikan kesehatan tersebut dengan menggunakan istilah promosi kesehatan (health promotion). Dengan penggunaan istilah promosi kesehatan sebagai pengganti pendidikan kesehatan ini, mempunyai implikasi terhadap batasan atau defenisinya. Kalau sebelumnya pendidikan kesehatan lebih diartikan sebagai upaya yang terencana untuk perubahan perilaku masyarakat sesuai dengan norma-norma kesehatan, maka promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja. Tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Disamping itu, promosi kesehatan lebih menekankan kepada peningkatan kemampuan hidup sehat, bukan sekedar berperilaku sehat.

Lawrence Green (1984) dalam Notoatmodjo (2005) merumuskan defenisi sebagai berikut: "Promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan." Dari

batasan ini jelas bahwa promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus, atau promosi kesehatan adalah lebih dari pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Promosi kesehatan sebagai pendekatan terhadap faktor perilaku kesehatan, maka kegiatannya tidak terlepas dari faktor-faktor yang menentukan perilaku tersebut. Menurut Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2005), perilaku ini ditentukan oleh 3 faktor utama:

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)
- b. Faktor pemungkin (*enabling factors*)
- c. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Berdasarkan 3 faktor determinan perilaku tersebut, maka kegiatan promosi kesehatan sebagai pendekatan perilaku hendaknya diarahkan kepada 3 faktor tersebut.

Promosi kesehatan adalah proses memberdayakan/ memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran dan kemampuan serta pengembangan lingkungan sehat (Ircham Machfoedz dan Suryani, 2007).

Promosi kesehatan juga mencakup berbagai aspek khususnya yang berkaitan dengan aspek lingkungan atau suasana yang mempengaruhi perkembangan perilaku yang berkaitan dengan aspek sosial budaya, pendidikan, ekonomi, politik dan pertahanan keamanan (Ircham Machfoedz dan Suryani, 2007).

Diketahui bahwa determinan pokok kesehatan adalah aspek-aspek sosial, ekonomi dan lingkungan yang sering berbeda di luar kontrol perorangan atau bahkan masyarakat secara kolektif. Oleh karena itu, aspek promosi kesehatan mendasar adalah bahwa ia bertujuan melakukan pemberdayaan sehingga orang mempunyai kontrol yang lebih besar terhadap aspek-aspek kehidupan mereka yang mempengaruhi kesehatan (Ewles dan Simnett, 1994).

Dua unsur ini memperbaiki kesehatan dan memiliki kontrol yang lebih besar terhadapnya adalah fundamental bagi tujuan dan proses kegiatan promosi kesehatan. Defenisi WHO mengenai promosi kesehatan secara rapi menekankan:

Promosi kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol terhadap, dan memperbaiki kesehatan mereka

Defenisi ini telah luas diterima. Sebagaimana telah dirumuskan oleh WHO (1984) bahwa perspektif ini diperoleh dari konsepsi 'sehat' dalam hal seorang individu atau kelompok mampu, di satu sisi, untuk mewujudkan aspirasi dan memuaskan kebutuhan hidup; dan di sisi lain, untuk mengubah atau mengatasi tantangan lingkungan. Oleh karena itu, sehat dilihat sebagai sumber untuk kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup; ia merupakan konsep positif yang mencakup sumber-sumber sosial dan perorangan maupun kapasitas fisik (Ewles dan Simnett, 1994).

Konsep promosi kesehatan adalah individu dan masyarakat bukan hanya objek yang pasif (sasaran) tetapi juga subjek (pelaku). Dalam konsep tersebut masalah kesehatan bukan hanya menjadi urusan sektor kesehatan tetapi juga termasuk urusan swasta dan dunia. Usaha yang dilakukan dengan pendekatan kemitraan (Ircham Machfoedz dan Suryani, 2007).

C. Visi dan Misi Promosi Kesehatan

Visi Promosi kesehatan dapat dirumuskan: "Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2005).

Secara umum misi promosi kesehatan ini sekurang-kurangnya ada 3 hal yaitu Advokat (*advocate*), Menjembatani (*mediate*) dan Memampukan (*enable*) (Notoatmodjo, 2005).

D. Strategi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan diharapkan dapat melaksanakan strategi yang bersifat paripurna (komprehensif) khususnya dalam menciptakan perilaku baru. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan telah menetapkan tiga strategi dasar promosi kesehatan, yaitu **(1) gerakan pemberdayaan, (2) bina suasana, (3) advokasi, yang diperkuat oleh kemitraan serta metode dan sarana komunikasi** yang tepat. Ketiga strategi ini harus dilakukan secara lengkap dan berkesinambungan dalam menggarap setiap perilaku baru masyarakat yang diperlukan oleh program kesehatan. Misalnya, bila program kesehatan ibu dan anak menghendaki agar setiap ibu hamil memeriksakan kandungannya secara teratur di Puskesmas. Untuk itu terhadap para ibu hamil harus dilakukan (1) pemberdayaan, (2) pembinaan suasana lingkungan sosialnya, dan (3) advokasi kepada pihak-pihak yang dapat mendukung perilaku mereka (Depkes RI, 2005).

E. Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran Promosi kesehatan:

1. Sasaran Primer (Primary Target)
2. Sasaran Sekunder (Secondary Target)
3. Sasaran Tersier (Tertiary Target)

F. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup atau bidang garapan promosi kesehatan baik sebagai ilmu (teori) maupun sebagai seni (aplikasi) mencakup berbagai bidang atau cabang keilmuan lain. Ilmu-ilmu yang dicakup promosi kesehatan dikelompokkan menjadi 2 bidang, yaitu (Notoatmodjo, 2005):

- a. Ilmu perilaku, yaitu ilmu-ilmu yang menjadi dasar dalam membentuk perilaku manusia, terutama psikologi, antropologi, dan sosiologi.
- b. Ilmu-ilmu yang diperlukan untuk intervensi perilaku (pembentukan dan perubahan perilaku), antara lain pendidikan komunikasi, manajemen, kepemimpinan dan sebagainya.

Ruang lingkup promosi kesehatan dapat didasarkan kepada 2 dimensi yaitu (Notoatmodjo, 2005):

1. Dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan yakni pelayanan preventif dan promotif (kelompok profesi kesehatan masyarakat), serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif (kelompok profesi kedokteran).
2. Dimensi tempat pelaksanaan promosi kesehatan atau tatanan (*setting*) yakni promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga), sekolah, tempat kerja, tempat-tempat umum (TTU) dan institusi pelayanan kesehatan.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari Leavel Clark, sebagai berikut:
 1. Promosi kesehatan (*Health Promotion*)
 2. Perlindungan khusus (*Specific Protection*)
 3. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)
 4. Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)
 5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Bab II

Proses Belajar Dalam Promosi Kesehatan

A. Arti Dan Lingkup Belajar

1. Arti Belajar

Menurut konsep Amerika, pengajaran diperlukan untuk memperoleh keterampilan yang dibutuhkan manusia dalam hidup bermasyarakat. Belajar pada hakikatnya adalah penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan dunia luar dan hidup bermasyarakat.

Belajar adalah suatu usaha untuk menguasai segala sesuatu yang berguna untuk hidup. Akan tetapi menurut konsep Eropa, arti belajar itu agak sempit, hanya mencakup menghafal, mengingat dan mereproduksi sesuatu yang dipelajari.

2. Proses Belajar

Oleh karena promosi kesehatan juga merupakan proses pendidikan yang tidak lepas dari proses belajar. Didalam belajar akan tercakup hal-hal berikut:

a. Latihan

Latihan adalah penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktivitas tertentu. Latihan adalah suatu perbuatan pokok dalam kegiatan belajar, sama halnya dengan pembiasaan. Baik latihan maupun pembiasaan terutama terjadi dalam taraf biologis, tetapi apabila selanjutnya berkembang dalam taraf psikis, maka kedua gejala itu akan menjadikan proses kesadaran sebagai proses ketidaksadaran yang bersifat biologis yang disebut proses otomatisme, Proses tersebut menghasilkan tindakan yang tanpa disadari, cepat dan tepat.

b. Menambah/ memperoleh tingkah laku baru

Belajar sebenarnya merupakan suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku (pengetahuan, kecakapan, keterampilan dan nilai-nilai) dengan aktivitas kejiwaan sendiri. Dari pernyataan tersebut tampak jelas bahwa sifat khas dari proses belajar adalah memperoleh sesuatu yang baru, yang dahulu belum ada, sekarang menjadi ada, yang semula belum diketahui, sekarang diketahui, yang dahulu belum mengerti, sekarang dimengerti.

3. Ciri-ciri Kegiatan Belajar

Kegiatan belajar mempunyai ciri-ciri:

- Belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan pada diri individu yang sedang belajar, baik aktual maupun potensial.
- Perubahan tersebut pada pokoknya didapatkan karena kemampuan baru yang berlaku untuk waktu yang relatif lama.
- Perubahan-perubahan itu terjadi karena usaha, bukan karena proses kematangan.

Pendapat ini didukung oleh Hilgard, yang disarikan oleh Pasaribu, dan Simanjuntak, yang menyatakan bahwa belajar adalah suatu proses perubahan kegiatan dan reaksi terhadap lingkungan. Perubahan tersebut tidak dapat disebut belajar apabila disebabkan oleh pertumbuhan atau keadaan sementara, misalnya kelelahan atau karena obat-obatan.

B. Beberapa Teori Proses Belajar

Perkembangan teori proses belajar yang ada dapat dikelompokkan kedalam dua kelompok besar, yakni teori stimulus-respons yang kurang memperhitungkan faktor internal dan teori transformasi yang memperhitungkan faktor internal. Teori stimulus-respon yang berpangkal pada psikologi asosiasi dirintis oleh John Lock dan Herbart. Didalam teori ini apa yang terjadi pada diri subjek belajar merupakan rahasia atau biasa disebut sebagai *black box*. Belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menggabung-gabungkan tanggapan dengan jalan mengulang-ulang. Tanggapan-tanggapan tersebut diperoleh melalui pemberian stimulus atau rangsangan-rangsangan. Makin banyak dan sering diberikan stimulus, maka makin memperkaya tanggapan pada subjek belajar. Teori ini tidak memperhitungkan faktor internal yang terjadi pada diri subjek belajar.

Sedangkan kelompok teori proses belajar yang kedua sudah memperhitungkan faktor internal maupun eksternal. Pertama, teori transformasi yang berlandaskan pada psikologi kognitif seperti dirumuskan oleh Neisser, bahwa proses belajar adalah transformasi dari masukan (input), kemudian input tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Selanjutnya dijelaskan bahwa belajar dimulai dari kontak individu dengan dunia luar. Transformasi dari masukan-masukan sensoris bersifat aktif melalui proses seleksi untuk dimasukkan kedalam ingatan (memori). Meskipun teori ini dikembangkan berdasarkan psikologi kognitif, tetapi tidak membatasi penelaahannya pada kawasan (domain) pengetahuan saja, melainkan juga meliputi kawasan efektif dan psikomotorik yang ditunjukkan dalam berbagai bentuk permainan.

Para ahli psikologi kognitif juga memperhitungkan faktor eksternal dan internal ini dalam mengembangkan teorinya. Mereka berpendapat bahwa kegiatan belajar merupakan proses yang bersifat internal yang dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal, antara lain metode pengajaran.

1. Teori Belajar Gestalt

Para ahli psikologi gestalt menyimpulkan bahwa seseorang dikatakan belajar apabila ia memperoleh pemahaman (*insight*) dalam situasi yang problematis. Pemahaman tersebut ditandai dengan adanya:

- a) Suatu perubahan yang tiba-tiba dari keadaan yang tak berdaya menjadi keadaan yang mampu menguasai atau memecahkan masalah atau problema,
- b) Adanya retensi yang baik,
- c) Adanya peristiwa transfer. Pemahaman yang diperoleh dari situasi, dibawa dan dimanfaatkan atau ditransfer kedalam situasi lain yang mempunyai pola atau struktur yang sama atau hampir sama secara keseluruhan (bukan detailnya).

Untuk memperoleh pemahaman itu kita harus berhadapan dengan problem solving. Ini berarti bahwa belajar yang sejati adalah apabila seseorang menghadapi problem dan menemukan pemecahannya.

Menurut teori Gestalt, belajar adalah memberikan problem kepada subjek belajar untuk dipecahkan dari berbagai macam segi.

2. Teori Belajar Menghafal dan Mental Disiplin

Para ahli pendidikan yang lain membedakan teori belajar itu sebagai berikut:

a. Teori menghafal

Belajar adalah menghafal, dan menghafal adalah usaha mengumpulkan pengetahuan melalui pembeoan untuk kemudian digunakan bilamana diperlukan. Otak dipandang sebagai

gudang kosong yang perlu diisi dengan berbagai pengertian dan pengetahuan. Orang yang sedang belajar disepertikan dengan burung Beo. Tugas pengajar adalah memberikan pengertian yang sebanyak-banyaknya tanpa mempertimbangkan subjek belajar, maupun fungsi dari pengetahuan tersebut.

Disamping itu, dari hasil penelitian para ahli dan menurut pengalaman sehari-hari, hafalan akan hilang lenyap bila untuk dihafalkan itu tidak fungsional, dan tidak langsung dipergunakan atau dimanfaatkan dalam hidup sehari-hari. Karena itu, dalam proses pendidikan kesehatan yang perlu diperhatikan adalah menimbulkan kesadaran bahwa kesehatan atau materi-materi yang diberikan itu bermanfaat bagi sasaran pendidikan.

b. Teori mental disiplin

Menurut teori ini belajar adalah mendisiplinkan mental. Disiplin mental ini dapat diperoleh melalui latihan terus menerus secara kontinu, berencana dan teratur. Berdasarkan teori, manusia mempunyai beberapa jenis daya, seperti daya pikir, daya fantasi, daya tangkap, daya ingat, daya mengamati dan sebagainya. Daya-daya tersebut diperkuat, dikembangkan dan dipertajam melalui latihan-latihan tertentu. Misalnya untuk melatih daya ingat, subjek belajar disuruh menghafal defenisi-defenisi dan pernyataan-pernyataan. Untuk melatih daya pikir mereka disuruh mempelajari matematika, statistik dan sebagainya.

Dalam melatih daya pikir ada 2 faktor penting:

- 1) Faktor asah otak
- 2) Faktor transfer

3. Teori Asosiasi

Teori ini berasal dari hasil ilmu jiwa asosiasi yang dirintis oleh John Lock dan Herbart. Menurut teori ini belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menggabungkan tanggapan dengan jalan mengulang-ulang.

Yang dimaksud dengan tanggapan disini adalah suatu lukisan yang timbul dalam jiwa sesudah diadakan pengamatan atau penginderaan. Tanggapan yang telah ada saling berhubungan, sedangkan yang baru bertemu dengan cara bergabung (mengasosiasikan diri) dengan tanggapan lama. Penggabungan itu menyebabkan adanya penarikan dari tanggapan-tanggapan yang sudah ada.

Pada umumnya tanggapan lama mengendap dalam alam ketidaksadaran jiwa. Tetapi apabila sebagian dari tanggapan itu, karena sesuatu sebab, muncul kealam sadar, maka tanggapan lain yang sudah berasosiasi erat akan muncul bersama-sama. Agar terjadi asosiasi tanggapan yang erat satu dengan yang lainnya, dan supaya setia untuk dimunculkan kembali ke alam sadar, dapat dipermudah dengan pengulangan-pengulangan rangsangan (stimulus).

Jadi, belajar ialah mengulang-ulang didalam mengasosiasikan tanggapan-tanggapan sehingga reproduksi yang satu dapat menyebabkan reproduksi yang lain dalam ingatan kita. Tujuan belajar ialah mereproduksi gabungan tanggapan dengan cepat dan dapat dipercaya.

Konsekuensi dari teori ini adalah bahwa pengajar harus sebanyak mungkin memberikan stimulus (S) kepada subjek belajar untuk menimbulkan respons (R). Makin banyak terjalin S dan R maka makin mendalam orang mempelajari sesuatu, dan makin banyak S maka makin banyak R.

C. Teori-Teori Belajar Sosial (*Social Learning*)

Untuk melangsungkan kehidupannya, manusia perlu belajar. Dalam hal ini ada dua macam belajar, yaitu belajar secara fisik, misalnya menari, olahraga, mengendarai mobil dsb. Dan belajar psikis. Dalam belajar psikis ini termasuk juga belajar sosial (*social learning*) yakni, seseorang mempelajari peranannya dan peran-peran orang lain dalam kontak sosial. Selanjutnya orang tersebut akan menyesuaikan tingkah lakunya dengan peran sosial yang telah dipelajarinya. Cara yang sangat penting dalam belajar sosial menurut teori stimulus-respons adalah tingkah laku tiruan (*imitatio*). Teori tentang tingkah laku tiruan yang penting disajikan disini adalah teori dari N.E. Miller, dan J. Dollard serta teori A. Bandura dan R.H. Walters.

1. Teori Belajar Sosial dan Tiruan dari N.E. Miller, dan J. Dollard

Pandangan N.E. Miller, dan J. Dollard bertitik tolak dari teori Hull yang kemudian dikembangkan menjadi teori tersendiri. Mereka berpendapat bahwa tingkah laku manusia merupakan hasil belajar. Oleh karena itu, untuk memahami tingkah laku sosial dan proses belajar sosial, kita harus mengetahui prinsip-prinsip psikologi belajar. Prinsip-prinsip belajar ini terdiri dari 4, yakni dorongan (*drive*), isyarat (*cue*), tingkah laku balas (*response*), dan ganjaran (*reward*). Keempat prinsip ini saling mengait satu sama lain dan saling dipertukarkan, yaitu dorongan menjadi isyarat, isyarat menjadi ganjaran dan seterusnya.

Dorongan adalah rangsangan yang sangat kuat terhadap organisme (manusia) untuk bertingkah laku. Stimulasi-stimulasi yang cukup kuat pada umumnya bersifat biologis seperti lapar, haus, seks, kejenuhan, dsb. Stimulasi-stimulasi ini disebut dorongan primer yang menjadi dasar utama untuk motivasi. Menurut N.E. Miller, dan J. Dollard, semua tingkah laku (termasuk tingkah laku tiruan) didasari oleh dorongan-dorongan primer ini.

Isyarat adalah rangsangan yang menentukan bila dan dimana suatu respons akan timbul dan terjadi. Isyarat ini dapat disamakan dengan rangsangan diskriminatif. Didalam belajar sosial, isyarat yang terpenting adalah tingkah laku orang lain, baik yang langsung ditujukan pada orang tertentu maupun yang tidak, misalnya: anggukan kepala merupakan isyarat untuk setuju, uluran tangan merupakan isyarat untuk berjabat tangan.

Mengenai tingkah laku balas (*respons*), mereka berpendapat bahwa tingkah laku balas itu adalah hirarki bawaan tingkah laku. Pada saat manusia dihadapkan untuk pertama kali kepada suatu rangsang tertentu, maka respons (tingkah laku balas) yang timbul didasarkan pada hirarki bawaan tersebut. Setelah beberapa kali terjadi ganjaran dan hukuman, maka timbul tingkah laku balas yang sesuai dengan faktor-faktor penguat tersebut. Tingkah laku yang disesuaikan dengan faktor-faktor penguat tersebut disusun menjadi hirarki resultan. Disinilah pentingnya belajar dengan cara coba dan ralat (*trial and error learning*). Dalam tingkah laku sosial, belajar coba ralat dikurangi dengan belajar tiruan, seseorang tinggal meniru tingkah orang lain untuk dapat memberikan respons yang tepat, sehingga ia tidak perlu membuang waktu untuk belajar dengan coba dan ralat.

Ganjaran adalah rangsangan yang menetapkan apakah tingkah laku balas diulang atau tidak dalam kesempatan yang lain. Menurut N.E. Miller, dan J. Dollard, ada dua reward atau ganjaran, yakni ganjaran primer yang memenuhi dorongan primer. Lebih lanjut mereka membedakan adanya 3 macam mekanisme tingkah laku.

- a. Tingkah laku sama (*Same behaviour*)
- b. Tingkah laku tergantung (*Matched dependent behaviour*)
- c. Tingkah laku salinan (*Copying behaviour*)

2. Teori Belajar Sosial dari A. Bandura dan R.H. Walters

Teori belajar sosial yang dikemukakan oleh A. Bandura dan R.H. Walters disebut teori proses pengganti. Teori ini menyatakan bahwa tingkah laku tiruan adalah suatu bentuk asosiasi dari rangsang dengan rangsang lainnya. Penguat (reinforcement) memang memperkuat tingkah laku balas (respons) tetapi dalam proses belajar sosial hal ini tidak terlalu penting. Hal yang penting disini adalah pengaruh tingkah laku terhadap tingkah laku peniru. Menurut A. Bandura dan R.H. Walters, pengaruh tingkah laku model terhadap tingkah laku peniru ini dibedakan menjadi 3 macam.

- a. Efek *modeling*, yaitu peniru melakukan tingkah laku-tingkah laku baru melalui asosiasi sehingga sesuai dengan tingkah laku model.
- b. Efek penghambat (*inhibition*) dan penghapus hambatan (*disinhibition*) yaitu tingkah laku -tingkah laku yang tidak sesuai dengan tingkah laku model dihambat timbulnya, sedangkan tingkah laku- tingkah laku yang sesuai dengan tingkah laku model dihapuskan hambatannya, sehingga timbul tingkah laku yang dapat menjadi nyata.
- c. Efek kemudahan (*Facilitation effects*), yaitu tingkah laku- tingkah laku yang sudah pernah dipelajari oleh peniru, lebih mudah muncul kembali dengan mengamati tingkah laku model.

D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Belajar

Beberapa ahli pendidikan, antara lain J. Guilbert, mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar kedalam 4 kelompok besar, yakni faktor materi, lingkungan, instrumental, dan faktor individual subjek belajar.

Faktor yang pertama, materi atau hal yang dipelajari, ikut menentukan proses dan hasil belajar. Misalnya, belajar pengetahuan dan belajar sikap atau keterampilan, akan menentukan perbedaan proses belajar.

Faktor yang kedua adalah lingkungan yang dikelompokkan menjadi dua yakni lingkungan fisik yang antara lain terdiri dari suhu, kelembaban udara dan kondisi tempat belajar. Sedangkan faktor lingkungan yang kedua adalah lingkungan sosial, yakni manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan, lalu lintas, pasar dsb.

Faktor yang ketiga, instrumental yang terdiri dari perangkat keras (hardware) seperti perlengkapan belajar dan alat-alat peraga, dan perangkat lunak (software) seperti kurikulum (dalam pendidikan formal), pengajar atau fasilitator belajar serta metode belajar mengajar. Untuk memperoleh hasil belajar yang efektif, faktor instrumental dirancang sedemikian rupa sehingga sesuai dengan materi dan subjek belajar. Misalnya metode untuk belajar pengetahuan lebih baik digunakan metode ceramah sedangkan untuk belajar sikap, tindakan, keterampilan atau perilaku lebih baik digunakan metode diskusi kelompok, demonstrasi, bermain peran (*role play*) atau metode permainan.

Faktor yang keempat, kondisi individual subjek belajar yang dibedakan kedalam kondisi fisiologis seperti kekurangan gizi, dan kondisi panca indra (terutama pendengaran dan penglihatan), sedangkan kondisi psikologis, misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap, ingatan, motivasi, dsb.

E. Proses Belajar Orang Dewasa

Pendidikan kesehatan masyarakat merupakan salah satu bentuk pendidikan orang dewasa (*adult education*). Menurut UNESCO, yang dikutip oleh Lunardi, pendidikan orang

dewasa, apapun isi, tingkatan dan metodenya, baik formal maupun tidak, merupakan lanjutan atau pengganti pendidikan di sekolah ataupun universitas.

Subjek belajar didalam pendidikan orang dewasa sudah jelas, yaitu orang dewasa atau anggota masyarakat umum yang ingin mengembangkan pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan kemampuan-kemampuan lainnya.

Hasil pendidikan orang dewasa adalah perubahan kemampuan, penampilan atau perilakunya. Selanjutnya perubahan perilaku didasari adanya perubahan atau penambahan pengetahuan, sikap atau keterampilan. Namun demikian, perubahan pengetahuan dan sikap ini belum merupakan jaminan terjadinya perubahan perilaku, sebab perilaku baru tersebut kadang-kadang memerlukan dukungan material. Misalnya, seorang ibu memerlukan uang untuk dapat mengelola dan memberikan makanan yang bergizi kepada anaknya.

Perubahan perilaku didalam proses pendidikan orang dewasa (*andragogi*) pada umumnya lebih sulit daripada perubahan perilaku didalam pendidikan anak (*pedagogi*). Ihwal ini dapat dipahami karena orang dewasa sudah mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan tertentu yang mungkin sudah mereka miliki bertahun-tahun. Jadi pengetahuan, sikap dan perilaku baru yang belum mereka yakini tersebut menjadi sulit diterima. Untuk itu diperlukan usaha-usaha tersendiri agar subjek belajar meyakini pentingnya pengetahuan, sikap dan perilaku baru tersebut bagi kehidupan mereka. Dengan kata lain, pendidikan orang dewasa dapat efektif menghasilkan perubahan perilaku apabila isi dan cara atau metode belajar mengajarnya sesuai dengan perubahan yang dirasakan oleh subjek belajar.

Salah satu upaya agar pesan-pesan pendidikan tersebut dapat dipahami oleh orang dewasa dan dapat memberikan dampak perubahan perilaku adalah dengan memilihkan metode belajar mengajar yang tepat. Diskusi kelompok, studi kasus dan simulasi tampaknya merupakan metode yang sangat cocok untuk pendidikan orang dewasa. Akan tetapi sering terjadi bahwa masyarakat atau subjek belajar tidak selalu dapat merasakan kebutuhan mereka sendiri. Untuk itu diperlukan upaya awal guna menumbuhkan rasa membutuhkan tersebut.

A. Maslow, seorang ahli psikologi dari Amerika, mengemukakan bahwa kebutuhan manusia terdiri dari 5 tingkat, yaitu kebutuhan fisik, keamanan, pengakuan dari orang lain, harga diri dan perwujudan diri.

F. Prinsip-Prinsip Belajar

Prinsip 1

Belajar adalah suatu pengalaman yang terjadi didalam diri si pelajar yang diaktifkan oleh individu itu sendiri.

Prinsip 2

Belajar adalah penemuan diri sendiri. Hal ini berarti bahwa belajar adalah proses penggalian ide-ide yang berhubungan dengan diri sendiri dan masyarakat sehingga dapat menentukan kebutuhan dan tujuan yang akan dicapai. Untuk itu apa yang relevan bagi pelajar harus ditemukan oleh pelajar itu sendiri.

Prinsip 3

Belajar adalah suatu konsekuensi dari pengalaman. Seseorang menjadi bertanggung jawab ketika ia disertai tanggung jawab. Ia menjadi atau dapat berdiri sendiri bila ia mempunyai pengalaman dan pernah berdiri sendiri. Orang tidak akan mengubah perilakunya hanya karena seseorang mengatakan kepadanya untuk mengubahnya. Untuk belajar yang efektif tidak cukup jika hanya dengan memberikan informasi saja, tetapi kepada pelajar tersebut perlu diberikan pengalaman.

Prinsip 4

Belajar adalah proses kerjasama dan kolaborasi. Kerjasama akan memperkuat proses belajar. Orang pada hakikatnya senang saling bergantung dan saling membantu. Dengan kerjasama, saling berinteraksi dan berdiskusi, disamping memperoleh pengalaman dari orang lain juga dapat mengembangkan pemikiran-pemikiran dan daya kreasi individu.

Prinsip 5

Belajar adalah proses evolusi, bukan proses revolusi, karena perubahan perilaku memerlukan waktu dan kesabaran.

Prinsip 6

Belajar kadang-kadang merupakan suatu proses yang menyakitkan karena menghendaki perubahan kebiasaan yang sangat menyenangkan dan sangat berharga bagi dirinya dan mungkin harus melepaskan sesuatu yang menjadi jalan hidup atau pegangan hidupnya. Maka dalam mengintroduksikan hal-hal baru yang menghendaki mereka untuk berperilaku baru, sebaiknya dilakukan tidak secara drastis dan radikal. Harus hati-hati dan sedikit demi sedikit, sehingga individu/masyarakat mau meninggalkan perilaku lama dengan senang hati, tidak menyakitkan hati, dan tidak menimbulkan frustrasi.

Prinsip 7

Belajar adalah proses emosional dan intelektual. Belajar dipengaruhi oleh keadaan individu atau si pelajar secara keseluruhan. Belajar bukan hanya proses intelektual, tetapi emosi juga turut menentukan. Oleh karena itu hasil belajar sangat ditentukan oleh situasi psikologis individu pada saat belajar. Bila seseorang sedang dalam keadaan kalut, murung, frustrasi, konflik dan tidak puas, maka jangan dibawa kedalam suatu proses belajar.

Prinsip 8

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

Seluruh prinsip-prinsip belajar diatas, mencakup situasi proses belajar yang menguntungkan, mempunyai ciri-ciri: komunikasi yang bebas dan terbuka, konfrontasi penerimaan, respek, diakuiinya hak untuk salah, kerjasama kolaborasi, saling mengevaluasi, keterlibatan tiap individu, aktif, kepercayaan dsb.

A. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Dengan perkataan lain, metode dan teknik promosi kesehatan adalah dengan cara dan alat apa yang digunakan oleh pelaku promosi kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan atau mentransformasikan perilaku kesehatan kepada sasaran atau masyarakat. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu Metode promosi kesehatan individual, kelompok dan massal (Notoatmodjo, 1997):

Metode yang dapat digunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah:

1. Metode Ceramah
Metode ceramah adalah suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.
2. Metode Diskusi Kelompok
Adalah pembicaraan yang direncanakan dan telah dipersiapkan tentang suatu topik pembicaraan diantara 5-20 peserta (sasaran) dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk
3. Metode Curah Pendapat (*Brain Storming*)
Adalah suatu bentuk pemecahan masalah dimana setiap anggota mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah yang terpikirkan oleh masing-masing peserta, dan evaluasi atas pendapat-pendapat tadi dilakukan kemudian.
4. Metode Panel
Adalah pembicaraan yang telah direncanakan didepan pengunjung atau peserta tentang sebuah topik, diperlukan 3 orang atau lebih panelis dengan seorang pemimpin.
5. Metode Bermain Peran (*Role Play*)
Adalah memerankan sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh 2 orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan pemikiran oleh kelompok.
6. Metode Demonstrasi
Adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga.
7. Metode Seminar
Adalah suatu cara dimana sekelompok orang berkumpul untuk membahas suatu masalah dibawah bimbingan seorang ahli yang menguasai bidangnya.
8. Metode Bola Salju
Kelompok dibagi dalam berpasangan-pasangan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Kemudian bergabung dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya.
9. Metode Permainan Simulasi
Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan monopoli.

Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

Sebagai petugas promosi kesehatan dengan tugasnya sebagai penyuluh kesehatan professional harus memiliki kemampuan (1) menyiapkan bahan dan materi, (2) memilih teknik pelaksanaan yang tepat sesuai sasaran dan (3) penampilan yang meyakinkan saat penyuluhan berlangsung merupakan sedikitnya 3 syarat utama yang harus dimiliki. Ngatimin (2005) mengemukakan bahwa seorang *health educator* harus mampu memiliki 5 (lima) ciri sebagai seorang petugas kesehatan ideal. Ciri tersebut adalah:

1. *Ability* (kemampuan)
2. *Performance* (penampilan)
3. *Personality* (kepribadian) yang baik dan luhur
4. *Maturity* (kedewasaan)
5. *Credibility* (terpercaya)

B. Alat Bantu Dan Media Pendidikan Kesehatan

1. Alat bantu (peraga)

a. Pengertian

Alat-alat yang digunakan oleh peserta didik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran, sering disebut sebagai alat peraga. **Elgar Dale** membagi alat peraga tersebut menjadi 11 (sebelas) macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat bantu tersebut dalam suatu kerucut. Menempati dasar kerucut adalah benda asli yang mempunyai intensitas tertinggi disusul benda tiruan, sandiwara, demonstrasi, field trip/kunjungan lapangan, pameran, televisi, film, rekaman/radio, tulisan, kata-kata. Penyampaian bahan dengan kata-kata saja sangat kurang efektif/intensitasnya paling rendah.

b. Faedah alat bantu pendidikan

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
- 2) Mencapai sasaran yang lebih banyak.
- 3) Membantu mengatasi hambatan bahasa.
- 4) Merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.
- 5) Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat.
- 6) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- 7) Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan.
- 8) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan.
Menurut penelitian ahli indra, yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih **75-87%** pengetahuan manusia diperoleh/dialirkan melalui mata, sedangkan 13-25% lainnya tersalurkan melalui indra lain. Di sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan.
- 9) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik.
- 10) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

c. Macam-macam alat bantu pendidikan

- 1) Alat bantu lihat (*visual aids*) ;
 - a alat yang diproyeksikan : slide, film, film strip dan sebagainya.

- b alat yang tidak diproyeksikan ; untuk dua dimensi misalnya gambar, peta, bagan ; untuk tiga dimensi misalnya bola dunia, boneka, dsb.
- 2) Alat bantu dengar (*audio aids*) ; piringan hitam, radio, pita suara, dsb.
- 3) Alat bantu lihat dengar (*audio visual aids*) ; televisi dan VCD.

Ciri-ciri alat peraga kesehatan yang sederhana antara lain :

- 1) Mudah dibuat
 - 2) Bahan-bahannya dapat diperoleh dari bahan-bahan lokal
 - 3) mencerminkan kebiasaan,kehidupan,dan kepercayaan setempat
 - 4) Ditulis(digambar) dengan sederhana
 - 5) Memakai bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat
 - 6) Memenuhi kebutuhan kebutuhan petugas kesehatan dan masyarakat
- d. Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan
- 1) Individu atau kelompok
 - 2) Kategori-kategori sasaran seperti ; kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dsb.
 - 3) Bahasa yang mereka gunakan
 - 4) Adat istiadat serta kebiasaan
 - 5) Minat dan perhatian
 - 6) Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.
- e. Merencanakan dan menggunakan alat peraga :
- Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah :
- 1) Tujuan pendidikan, tujuan ini dapat untuk :
 - a) Mengubah pengetahuan / pengertian, pendapat dan konsep-konsep.
 - b) Mengubah sikap dan persepsi.
 - c) Menanamkan tingkah laku/kebiasaan yang baru.
 - 2) Tujuan penggunaan alat peraga
 - a) Sebagai alat bantu dalam latihan / penataran/pendidikan.
 - b) Untuk menimbulkan perhatian terhadap sesuatu masalah.
 - c) Untuk mengingatkan sesuatu pesan / informasi.
 - d) Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan.
- f. Persiapan penggunaan alat peraga

Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar dan tetap harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi mengajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan ketrampilan dalam memilih, mengadakan alat peraga secara tepat sehingga mempunyai hasil yang maksimal.

Contoh : satu set flip chart tentang makanan sehat untuk bayi/anak-anak harus diperlihatkan satu persatu secara berurutan sambil menerangkan tiap-tiap gambar beserta pesannya. Kemudian diadakan pembahasan sesuai dengan kebutuhan pendengarnya agar terjadi komunikasi dua arah. Apabila kita tidak mempersiapkan diri dan hanya mempertunjukkan lembaran-lembaran flip chart satu demi satu tanpa menerangkan atau membahasnya maka penggunaan flip chart tersebut mungkin gagal.

g. Cara menggunakan alat peraga

Cara mempergunakan alat peraga sangat tergantung dengan alatnya. Menggunakan gambar sudah barang tentu lain dengan menggunakan film slide. Faktor sasaran pendidikan juga harus diperhatikan, masyarakat buta huruf akan berbeda dengan masyarakat

berpendidikan. Lebih penting lagi, alat yang digunakan juga harus menarik, sehingga menimbulkan minat para pesertanya.

Ketika mempergunakan AVA, hendaknya memperhatikan :

- 1) Senyum adalah lebih baik, untuk mencari simpati.
- 2) Tunjukkan perhatian, bahwa hal yang akan dibicarakan/diperagakan itu, adalah penting.
- 3) Pandangan mata hendaknya ke seluruh pendengar, agar mereka tidak kehilangan kontrol dari pihak pendidik.
- 4) Nada suara hendaknya berubah-ubah, adalah agar pendengar tidak bosan dan tidak mengantuk.
- 5) Libatkan para peserta/pendengar, berikan kesempatan untuk memegang dan atau mencoba alat-alat tersebut.
- 6) Bila perlu berilah selingan humor, guna menghidupkan suasana dan sebagainya.

2. Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (*audio visual aids/AVA*). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan *alat saluran (channel)* untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk *mempermudah* penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau "klien". Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3 (tiga) : Cetak, elektronik, media papan (bill board)

Tujuan media promosi kesehatan:

- a Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
- b Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- c Dapat memperjelas informasi .
- d Media dapat mempermudah pengertian.
- e Mengurangi komunikasi yang verbalistik.
- f Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata.
- g Meperlancar komunikasi dan lain-lain.

1) Media cetak

- a. *Booklet* : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet* : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- c. *Flyer (selebaran)* ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- d. *Flip chart (lembar Balik)* ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- e. *Rubrik/tulisan-tulisan* pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- b *Poster* ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- c *Foto*, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

2) Media elektronik

- a. Televisi : dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.

- b. Radio : bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.
- c. *Video Compact Disc (VCD)*
- d. Slide : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
- e. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

Kelebihan dan Kelemahan media elektronik :

1. Kelebihannya

- a Sudah dikenal masyarakat
- b Mengikutsertakan semua panca indera
- c Lebih mudah dipahami
- d Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak
- e Bertatap muka
- f Penyajian dapat dikendalikan
- g Jangkauan leratif lebih besar
- h Sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang

2. Kelemahannya

- a Biaya lebih tinggi
- b Lebih sedikit rumit
- c Perlu listrik
- d Perlu alat canggih untuk produksinya
- e Perlu persiapan matang
- f Peralat selalu berkembang dan berubah
- g Perlu keterampilan penyimpanan
- h Perlu terampil dalam pengoperasian

3) Media papan (*bill board*)

Papan/*bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi).

Kelebihan dan kelemahan media luar ruangan:

a. Kelebihannya :

- a. Sebagai informasi umum dan hiburan
- b. Mengikutsertakan semua panca indera
- c. Lebih mudah dipahami
- d. Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak.
- e. Bertatap muka
- f. Penyajian dapat dikendalikan
- g. Jangkauan relatif lebih besar

b. Kelemahannya :

- a Biaya lebih tinggi
- b Sedikit rumit
- c Ada yang memerlukan listrik
- d Ada memerlukan alat canggih untuk produksinya
- e Perlu persiapan matang
- f Peralatan selalu berkembang dan berubah
- g Perlu keterampilan penyimpanan dan dalam pengoperasian

A. Prinsip Dasar Komunikasi

Komunikasi adalah proses pengoperasian rangsangan (stimulus) dalam bentuk lambang atau simbol bahasa atau gerak (non verbal), untuk mempengaruhi orang lain. Stimulus atau rangsangan ini dapat berupa suara/bunyi atau bahasa lisan, maupun berupa gerakan, tindakan, atau simbol-simbol yang diharapkan dapat dimengerti, oleh pihak lain, dan pihak lain tersebut merespons atau bereaksi sesuai dengan maksud pihak yang memberikan stimulus. Oleh sebab itu reaksi atau respons, baik dalam bentuk bahasa maupun simbol-simbol ini merupakan pengaruh atau hasil proses komunikasi. Proses komunikasi yang menggunakan stimulus atau respons dalam bentuk bahasa, baik lisan maupun tulisan, selanjutnya disebut komunikasi verbal. Sedangkan apabila proses komunikasi tersebut menggunakan simbol-simbol disebut komunikasi nonverbal.

1. Unsur-unsur Komunikasi

Agar terjadi komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak yang lain, antara kelompok satu dengan yang lain, atau seseorang dengan orang lain, diperlukan keterlibatan beberapa unsur komunikasi, yakni: komunikator, komunikan, pesan, dan saluran atau media.

a. *Komunikator (source)* :

Adalah orang atau sumber yang menyampaikan atau mengeluarkan stimulus antara lain dalam bentuk: informasi –informasi, atau lebih tepat disebut pesan-pesan (*message*) yang harus disampaikan kepada pihak atau orang lain, dan diharapkan orang atau pihak lain tersebut memberikan respons atau jawaban. Apabila orang lain atau pihak lain tersebut tidak memberikan respons atau jawaban, berarti tidak terjadi komunikasi antara kedua variabel tersebut.

b. *Komunikan (receiver)*:

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

c. *Pesan (message)*

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

d. *Saluran (Media)*

Saluran (Channel) atau lebih populer disebut media adalah alat atau sarana yang digunakan oleh komunikan dalam menyampaikan pesan atau informasi kepada komunikan. Jenis dan bentuk saluran atau media komunikasi sangat bervariasi, mulai dari yang paling tradisional yakni melalui mulut (lisan) bunyi-bunyian (kentongan),

tulisan (cetakan) sampai dengan elektronik yang paling modern , yakni televisi dan internet.

2. Bentuk-bentuk Komunikasi

Pembangunan, termasuk pembangunan disektor kesehatan tidak akan berjalan dengan baik dan efektif tanpa adanya proses komunikasi . Komunikasi disektor kesehatan bukan saja diperlukan untuk melibatkan seluruh komponen masyarakat agar berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan , tetapi juga diperlukan untuk memperoleh dukungan politik dan kebijaksanaan dari para pejabat penyelenggara negara/pemerintah, baik eksekutif maupun legislatif, dan para pejabat lintas sektor yang lain.

a. *Komunikasi intrapersonal (Interpersonal Communication)*

Adalah komunikasi di dalam diri sendiri, terjadi apabila seseorang memikirkan masalah terjadi apabila seseorang memikirkan masalah yang dihadapi. Komunikasi interpersonal juga terjadi apabila seseorang melakukan pertimbangan-pertimbangan sebelum mengambil suatu keputusan.

b. *Interpersonal Communication (Face to face Communication)*

Komunikasi ini adalah salah satu bentuk komunikasi yang paling efektif karena antara komunikan dan komunikator langsung tatap muka, sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikan, langsung dapat direspons atau ditanggapi pada saat itu juga. Apabila terjadi ketidakjelasan pesan atau informasi yang diterima oleh komunikan, maka pada saat itu juga dapat diklarifikasi atau dijelaskan oleh komunikator (pembawa pesan). Media yang paling penting dalam komunikasi antar- pribadi adalah bahasa, baik lisan (melalui mulut) maupun tulisan. Namun untuk visualisasi atau ilustrasi informasi yang memerlukan dukungan data perlu dibantu dengan alat bantu media lain, misalnya : grafik, table, diagram, baik dalam bentuk cetak (Leaflet, flip chart, buku dan sebagainya maupun elektronik (video, slide, film, dan sebagainya) dan penguat suara (Sound system)

c. *Mass Communication (Communication through the mass media) :*

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

Media yang paling banyak digunakan dalam komunikasi massa atau lebih populer disebut media massa ini bermacam-macam antara lain :

- 1) Media cetak : Koran, majalah, jurnal, selebaran (Flyer), dan sebagainya ;
- 2) Media elektronik : Radio, TV, Internet dan sebagainya;
- 3) Berbagai macam papan nama (Billboard)
- 4) Spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.

d. *Komunikasi Organisasi:*

Adalah komunikasi yang terjadi diantara organisasi , institusi atau lembaga. Komunikasi organisasi juga dapat terjadi diantara unit . Organisasi itu sendiri misalnya antar bagian, antarseksi atau subbagian, antar departemen, dan sebagainya.

B. Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Dan selanjutnya perilaku masyarakat yang sehat tersebut akan berpengaruh kepada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat.

Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program-program kesehatan masyarakat adalah komunikasi antar pribadi (interpersonal communication) dan komunikasi massa (mass communication)

1. Komunikasi Antar Pribadi

Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi langsung, tetap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. Komunikasi ini tidak melibatkan kamera, artis, penyiar, atau penulis scenario. komunikator langsung bertatap muka dengan komunikan, baik secara individual, maupun kelompok.

Di dalam pelayanan kesehatan, komunikasi antarpribadi ini terjadi antara petugas kesehatan atau healthprovider dengan clients, atau kelompok masyarakat dan para anggota masyarakat. Komunikasi antar pribadi merupakan pelengkap komunikasi massa. Artinya pesan-pesan kesehatan yang telah disampaikan lewat media massa [television, radio, Koran, dan sebagainya] dapat ditindaklanjuti dengan melakukan komunikasi antar pribadi, misalnya; penyuluhan kelompok dan konseling kesehatan.

Komunikasi antarpribadi dapat efektif apabila memenuhi tiga hal di bawah ini;

- a *Empathy*, yakni menempatkan diri pada kedudukan orang lain [orang yang diajak berkomunikasi].
- b *Respect* terhadap perasaan dan sikap orang lain.
- c Jujur dalam menanggapi pertanyaan orang lain yang diajak berkomunikasi.

Metode komunikasi antar pribadi yang paling baik adalah konseling (*counseling*), karena didalam cara ini antara komunikator atau konselor dengan komunikan atau klien terjadi dialog. Klien dapat lebih terbuka menyampaikan masalah dan keinginan-keinginannya, karena tidak ada pihak ketiga yang hadir. Proses konseling ini dapat di ingat secara mudah dengan akronim berikut;

- G *Greet client warmly* (menyambut klien dengan hangat)
- A *Ask client about them selves* (menanyakan tentang keadaan mereka)
- T *Tell clients about their problems* (menanyakan masalah-masalah yang mereka hadapi)
- H *Help clients solve their problem* (membantu pemecahan masalah yang mereka hadapi)
- E *Explain how to prevent to have the same problem* (menjelaskan bagaimana mencegah terjadinya masalah yang sama).
- R *Return to follow up* (melakukan tindak lanjut terhadap konseling)

2. Komunikasi Massa

Komunikasi massa adalah pengguna media massa untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kepada khalayak atau masyarakat. Komunikasi dalam kesehatan masyarakat berarti menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai media massa (TV, Radio, Media cetak, dan sebagainya), dengan tujuan agar masyarakat berperilaku hidup sehat.

Didalam program DBD (Demam Berdarah Danguue) misalnya pesan-pesan yang disampaikan antara lain : penyebab,penularan,penanggulangan penyakit DBD, dan sebagainya kepada masyarakat agar mereka :

- a Mengetahui penyebab , cara pencegahan, cara penularan DBD, tanda-tanda DBD,dan sebagainya;
- b Melakukan upaya-upaya untuk mencegah DBD;
- c Melakukan tindakan pengobatan yang tepat bila mereka atau keluarga mereka menderita DBD.

Dalam perkembangan selanjutnya,komunikasi massa tidak hanya terbatas pada penggunaan media cetak dan media elektronik saja,melainkan mencakup juga penggunaan media tradisional. Komunikasi massa dengan menggunakan media tradisional ini tampaknya lebih efektif karena sangat erat hubungannya dengan social budaya masyarakat setempat. Menyisipkan pesan-pesan kesehatan melalui wayang kulit daerah Jawa Tengah dan Jogjakarta,atau melalui melalui wayang golek di Jawa Barat akan lebih efektif dari pada melalui TV Spot atau *Radio Spot* .

A. Pendahuluan

Istilah advokasi (*advocacy*) mulai digunakan dalam program kesehatan masyarakat pertama kali oleh WHO pada tahun 1984, sebagai salah satu strategi global promosi kesehatan. WHO merumuskan, bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif, menggunakan 3 strategi pokok, yakni: a) advokasi (*advocacy*), b) dukungan social (*social support*), dan c) pemberdayaan masyarakat (*empowerment*). Strategi global ini dimaksudkan, dalam pelaksanaan suatu program kesehatan dalam masyarakat, langkah yang diambil adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pendekatan atau *lobbying* dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka ini menerima dan *committed*, dan akhirnya mereka bersedia mengeluarkan kebijakan, atau keputusan-keputusan untuk membantu atau mendukung program tersebut. Kegiatan inilah yang disebut advokasi. Dalam pendidikan kesehatan para pembuat keputusan, baik di tingkat pusat maupun daerah, disebut sasaran tersier.
2. Langkah selanjutnya adalah melakukan pendekatan dan pelatihan kepada para tokoh masyarakat setempat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan kegiatan ini agar para tokoh masyarakat setempat mempunyai kemampuan seperti yang diharapkan program, dan selanjutnya dapat membantu menyebarkan informasi program atau melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Satu hal yang lebih penting lagi adalah agar para tokoh (tokoh masyarakat) berperilaku positif, yang dapat dicontoh oleh masyarakat. Kegiatan inilah yang disebut dukungan social (*social support*). Para tokoh masyarakat ini, baik ditingkat pusat maupun daerah, baik formal maupun informal, merupakan sasaran sekunder pendidikan kesehatan.
3. Selanjutnya petugas kesehatan bersama tokoh masyarakat melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, konseling, dan sebagainya, melalui berbagai kesempatan dan media. Tujuan kegiatan ini antara lain meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat untuk hidup sehat. Dengan kata lain, memampukan atau memberdayakan masyarakat dalam kesehatan. Oleh sebab itu kegiatan ini disebut pemberdayaan atau *empowerment*. Masyarakat umum yang menjadi sasaran utama dalam setiap program kesehatan ini disebut sasaran primer.

Advokasi diartikan sebagai upaya pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu, yang menjadi sasaran atau target *advocacy* adalah para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja, baik di lingkungan pemerintah maupun swasta, serta organisasi kemasyarakatan. Dari segi komunikasi *advocacy* adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (*policy makers*) atau para pembuat keputusan (*decision makers*) pada semua tingkat dan tatanan social. Di sector kesehatan, dalam konteks pembangunan nasional, sasaran *advocacy* adalah pimpinan eksekutif, termasuk presiden dan para pemimpin sector lain yang terkait dengan kesehatan, dan lembaga legislative.

Secara operasional “*advocacy is a combination of individual and social action designed to gain political commitment, policy support, social acceptance and systems support for particular health goal or programme*” (WHO,1989). *Such action may be taken by and or on behalf of individual and groups to create living condition which are conducive to health and the achievement of healthy life style.*

Di negara-negara berkembang khususnya, strategi advokasi sangat diperlukan karena masalah kesehatan di Negara-negara ini belum memperoleh perhatian secara proporsional dari sector-sektor lain di luar kesehatan, baik pemerintah maupun swasta. Padahal masalah kesehatan ditimbulkan oleh dampak pembangunan sector lain. Untuk meningkatkan perhatian dan komitmen pembuat keputusan dari sector-sektor ini maka diperlukan advokasi. Demikian pula strategi *empowerment* juga sangat diperlukan di Negara-negara berkembang, mengingat masyarakat di negara-negara berkembang pada umumnya masih jauh dari kemauan dan kemampuan dalam mencapai derajat kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dari segala aspek kehidupan masyarakat pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat mau dan mampu mencapai derajat kesehatan seoptimal mungkin. Untuk memperoleh hasil yang maksimal, komunikasi sangat diperlukan di dalam proses *advocacy* maupun *empowerment* ini.

Advokasi secara harfiah berarti pembelaan, sokongan atau bantuan terhadap seseorang yang mempunyai permasalahan. Istilah advokasi mula-mula digunakan dibidang hukum atau pengadilan. Seseorang yang sedang tersangkut perkara atau pelanggaran hukum, agar ia memperoleh keadilan, maka ia memerlukan seorang pembela (advokat) untuk membantu / menesihatinya sehingga memperoleh keadilan yang sesungguhnya. Mengacu kepada istilah advokasi dibidang hukum tersebut, maka advokasi dalam kesehatan diartikan sebagai upaya untuk memperoleh pembelaan, bantuan, atau dukungan terhadap program kesehatan.

Menurut Webster E nyclopedia advokasi adalah “act of pleading for supporting or recommending active espousal” atau tindakan pembelaan, dukungan atau rekomendasi: dukungan aktif. Menurut ahli retorika (Foss and Foss, et al: 1980) advokasi diartikan sebagai upaya persuasive yang mencakup kegiatan: penyadaran, rasionalisasi, argumentasi dan rekomendasi tindakan lanjut mengenai suatu hal.

Menurut Johns Hopkins (1990) advokasi adalah usaha untuk mempengaruhi kebijakan public melalui bermacam-macam bentuk komunikasi persuasive. Dari beberapa catatan tersebut, dapat disimpulkan secara ringkas, bahwa advokasi adalah upaya / proses untuk memperoleh komitmen, yang dilakukan secara persuasif dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat.

Di dalam bagian ini akan dibahas prinsip-prinsip advokasi, komunikasi, dan indikator-indikator advokasi.

B. Prinsip-prinsip Advokasi

Uraian di atas menunjukkan bahwa advokasi mempunyai dimensi yang sangat luas dan komprehensif sekali. Advokasi bukan sekedar melakukan lobi-lobi politik, tetapi mencakup kegiatan persuasive, memberikan semangat, dan bahkan sampai memberikan tekanan kepada para pimpinan institusi. advokasi tidak hanya dilakukan oleh individu, tetapi juga oleh kelompok/organisasi, maupun masyarakat. Tujuan utama advokasi adalah *to encourage public policies that are supportive to health.*

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan social, untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan social, dan adanya system yang mendukung terhadap suatu program

atau kegiatan. Tujuan advokasi dapat diwujudkan dengan dengan berbagai kegiatan atau pendekatan, dan untuk melakukan kegiatan advokasi yang efektif memerlukan argument yang kuat. Oleh sebab itu prinsip-prinsip advokasi akan membahas tentang tujuan, kegiatan dan agumentasi-argumentasi advokasi.

1. Tujuan Advokasi

Dari batasan advokasi di atas, secara inklusif terkandung tujuan-tujuan advokasi, yakni: *political commitment, policy support, social acceptance, and system support*.

a) Komitmen Politik (Political Commitment)

Komitmen para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di tingkat dan di sector mana pun sangat diperlukan terhadap permasalahan kesehatan dan upaya pemecahan permasalahan kesehatan. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang sedang berjalan. Oleh sebab itu pembangunan di sector kesehatan juga tidak terlepas dari kondisi dan situasi politik pada saat ini. Baik kekuasaan eksekutif maupun legislative di negara mana pun ditentukan oleh proses politik, terutama hasil pemeliharaan umum pada waktu yang lampau. Seberapa jauh komitmen politik para eksekutif dan legislative terhadap masalah kesehatan masyarakat, ditentukan oleh pemahaman mereka terhadap masalah-masalah kesehatan.

Demikian pula seberapa jauh mereka mengalokasikan anggaran pembangunan nasional bagi pembangunan sector kesehatan, juga tergantung pada cara pandang dan kepedulian (*concern*) mereka terhadap kesehatan dalam konteks pembangunan nasional. Oleh sebab itu untuk meningkatkan komitmen para eksekutif dan legislative terhadap kesehatan perlu advokasi kepada mereka. Komitmen politik ini dapat diwujudkan antara lain dengan pernyataan-pernyataan, baik secara lisan maupun tulisan, dari para pejabat eksekutif maupun legislatif, mengenai dukungan atau persetujuan terhadap isu-isu kesehatan.

Misalnya pembahasan tentang naiknya anggaran untuk sector kesehatan, pembahasan rencana undang-undang lingkungan oleh parlemen, dan sebagainya. Contoh konkret di Indonesia antara lain: penancangan Pekan Imunisasi Nasional oleh Presiden, penancangan atau penandatanganan deklarasi "*Indonesia Sehat 2010*" oleh Presiden. Hal ini semua merupakan keputusan politik yang harus didukung oleh semua pejabat lintas sektoral di semua administrasi pemerintahan.

b) Dukungan Kebijakan (Policy Support)

Dukungan konkret yang diberikan oleh para pimpinan institusi di semua tingkat dan di semua sector yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan di sector kesehatan. Dukungan politik tidak akan berarti tanpa dikeluarkannya kebijakan yang konkret dari pada pembuat keputusan tersebut. Oleh sebab itu, setelah adanya komitmen politik dari para eksekutif maka perlu ditindaklanjuti dengan *advocacy* lagi agar dikeluarkan kebijakan untuk mendukung program yang telah memperoleh komitmen politik tersebut. Dukungan kebijakan ini dapat berupa undang-undang, peraturann pemerintah atau peraturan daerah, surat keputusan pimpinan institusi baik pemerintah maupun swasta, instruksi atau surat edaran dari parapemimpin lembaga/institusi, dan sebagainya. Misalnya kasus di Indonesia, dengan adanya komitmen politik tentang Indonesia Sehat 2010, maka jajaran Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial harus menindaklanjuti dengan upaya memperoleh dukungan kebijakan dengan adanya PP, Kepres, termasuk juga kebijakan alokasi anggaran kesehatan yang memadai, dan sebagainya.

c) *Dukungan Masyarakat (Social Acceptance)*

Dukungan masyarakat berarti diterimanya suatu program oleh masyarakat. Suatu program kesehatan apa pun hendaknya memperoleh dukungan dari sasaran utama program tersebut yakni masyarakat, terutama tokoh masyarakat. Oleh sebab itu apabila sesuatu program kesehatan telah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah mensosialisasikan program tersebut untuk memperoleh dukungan masyarakat. Untuk sosialisasi program ini, para kesehatan kabupaten dan puskesmas, mempunyai peranan yang sangat penting. Oleh sebab itu, para petugas tersebut juga memerlukan kemampuan advokasi. Untuk petugas kesehatan tingkat distrik, sasaran advokasi adalah kepala distrik, parlemen distrik, pejabat lintas sektoral di tingkat distrik, dan sebagainya. Sedangkan sasaran advokasi petugas puskesmas adalah kepala wilayah kecamatan, pejabat lintas sektoral tingkat subdistrik, para tokoh masyarakat setempat, dan sebagainya.

d) *Dukungan Sistem (System Support)*

Agar suatu program atau kegiatan berjalan dengan baik, perlu adanya system, mekanisme, atau prosedur kerja yang jelas yang mendukungnya. Oleh sebab itu system kerja atau organisasi kerja yang melibatkan kesehatan perlu dikembangkan. Mengingat bahwa masalah kesehatan merupakan dampak dari berbagai sektor, maka program untuk pemecahannya atau penanggulangannya pun harus bersama-sama dengan sektor lain.

Dengan perkataan lain, semua sektor pembangunan yang mempunyai dampak terhadap kesehatan, harus memasukkan atau mempunyai unit atau sistem yang menangani masalah kesehatan di dalam struktur organisasinya. Unit ini secara internal menangani masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh karyawannya, dan secara eksternal mengatasi dampak institusi tersebut terhadap kesehatan masyarakat. Misalnya, suatu industri harus mempunyai poliklinik atau K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja), dan mempunyai unit Amdal (Analisis Dampak Lingkungan).

Dalam mengembangkan organisasi atau sistem kerja, suatu institusi terutama yang mempunyai dampak terhadap kesehatan perlu mempertimbangkan adanya unit kesehatan tersebut. Terwujudnya unit kesehatan di dalam suatu organisasi kerja di industri-industri atau institusi kerja tersebut memerlukan pendekatan advokasi oleh sektor kesehatan di semua tingkat.

Sasaran utama advokasi adalah para pembuat atau penentu kebijakan (*policy makers*) dan para pembuat keputusan (*decision makers*) pada masing-masing tingkat administrasi pemerintah, dengan maksud agar mereka menyadari bahwa kesehatan merupakan asset social, politik, ekonomi, dan sebagainya. Oleh sebab itu dengan memprioritaskan kesehatan, akan mempunyai dampak peningkatan produktivitas masyarakat secara sosial dan ekonomi. Selanjutnya dengan meningkatnya ekonomi dalam suatu masyarakat, baik secara makro maupun mikro, akan memudahkan para pejabat atau para penentu kebijakan tersebut memperoleh pengaruh atau dukungan politik dari masyarakat.

Secara nasional tujuan advokasi kesehatan adalah meningkatkan perhatian publik terhadap kesehatan, dan meningkatkan alokasi sumber daya untuk kesehatan. Kedua hal ini harus dimulai dari penentu kebijakan tingkat pusat, yakni pemerintah pusat. Indikator keberhasilan advokasi tingkat pusat yang paling utama adalah meningkatnya anggaran kesehatan di dalam anggaran pendapatan dan belanja negara (*national budget*).

Di tingkat pemerintah daerah (*local government*), baik provinsi maupun distrik, advokasi kesehatan dapat dilakukan terhadap para pejabat pemerintah daerah. Seperti di tingkat pusat,

advokasi di tingkat daerah ini dilakukan oleh para pejabat sektor kesehatan provinsi atau distrik. Tujuan utama advokasi di tingkat ini adalah agar program kesehatan memperoleh prioritas tinggi dalam pembangunan daerah yang bersangkutan. Implikasinya alokasi sumber daya, terutama anggaran kesehatan untuk daerah tersebut meningkat. Demikian pula dalam pengembangan sumber daya manusia atau petugas kesehatan seperti pelatihan dan pendidikan lanjut, maka untuk sektor kesehatan seperti pelatihan dan pendidikan lanjut, maka untuk sektor kesehatan juga memperoleh prioritas.

Advokasi bukan hanya ditujukan kepada para pembuat keputusan, baik di tingkat pusat maupun daerah dalam arti pemerintahan saja, namun juga dilakukan kepada pemimpin sektor swasta atau pengusaha, dan para pemimpin Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Dengan kata lain advokasi juga digunakan untuk menjalin kemitraan (*partnership*) dengan para pengusaha (bisnis) dan LSM. Tujuan utama advokasi terhadap sasaran ini adalah terbentuknya kemitraan antara sektor kesehatan dengan para pengusaha dan LSM. Melalui kemitraan ini diharapkan para pengusaha dan LSM memberikan dukungan kepada program kesehatan, baik berupa dana, sarana, dan prasarana, maupun bantuan teknis lainnya.

2. Kegiatan-kegiatan Advokasi

Telah diuraikan di atas bahwa tujuan utama advokasi di sektor kesehatan adalah memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan para penentu kebijakan atau pembuat keputusan di segala tingkat. Komitmen dan dukungan kebijakan tersebut dapat terwujud di dalam dua hal pokok, yakni dalam bentuk *software* (perangkat lunak) dan *hardware* (perangkat keras). Komitmen dan dukungan kebijakan dalam bentuk *software* misalnya: undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah (Perda), keputusan presiden, surat keputusan dari pimpinan intitusi, dan sebagainya yang mendukung terhadap program kesehatan. Sedangkan komitmen dalam bentuk *hardware* antara lain meningkatnya anggaran untuk kesehatan atau dana, dilengkapinya sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan.

Cara atau bentuk-bentuk advokasi untuk mencapai tujuan itu semua bermacam-macam, antara lain:

a. Lobi politik (*Political Lobbying*)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Tahap pertama lobi ini adalah: petugas kesehatan menyampaikan keseriusan masalah kesehatan yang dihadapi wilayah kerjanya, dan dampaknya terhadap kehidupan masyarakat. Kemudian disampaikan alternatif terbaik untuk memecahkan atau menanggulangi masalah tersebut. Dalam lobi ini perlu dibawa atau ditunjukkan data yang akurat (*evidence based*) tentang masalah kesehatan tersebut kepada pejabat yang bersangkutan.

b. Seminar dan atau presentasi

Seminar atau presentasi yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan lintas sektoral. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya, lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program pemecahannya. Kemudian masalah tersebut dibahas bersama-sama, yang akhirnya diharapkan akan diperoleh komitmen dan dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan tersebut.

c. Media

Advokasi media (*media advocacy*) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media, khususnya media massa. Melalui media cetak maupun

media elektronik, permasalahan kesehatan disajikan baik dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat, dan sebagainya. Seperti kita ketahui bersama media massa mempunyai kemampuan yang kuat untuk membentuk opini publik (*public opinion*), yang dapat mempengaruhi bahkan merupakan tekanan (*pressure*) terhadap para penentu kebijakan dan para pengambil keputusan. Contoh pada waktu diberlakukan undang-undang lalu lintas di Indonesia, khususnya yang berhubungan dengan penggunaan sabuk pengaman pada mobil, muncul berbagai tanggapan masyarakat baik yang pro maupun yang kontra. Pro dan kontra dalam bentuk demonstrasi, seminar, diskusi, dan sebagainya terhadap masalah ini diungkapkan melalui media massa, baik melalui koran, televisi, maupun radio. Akhirnya pembuat keputusan, dalam hal ini departemen perhubungan menunda terlebih dahulu ketentuan penggunaan sabuk pengaman tersebut.

d. *Perkumpulan (asosiasi) peminat*

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi adalah juga merupakan bentuk advokasi. Contoh kelompok masyarakat peduli AIDS adalah kumpulan orang-orang yang peduli terhadap masalah HIV/AIDS yang melanda masyarakat. Kemudian kelompok ini melakukan kegiatan-kegiatan untuk menanggulangi HIV/AIDS. Kegiatan-kegiatan ini disamping ikut berpartisipasi dalam penanggulangan masalah tersebut, juga memberikan dampak terhadap kebijakan-kebijakan yang diambil para birokrat di bidang kesehatan dan para pejabat lain untuk peduli terhadap HIV/AIDS.

Di dalam praktik kesehatan masyarakat, semua petugas kesehatan seharusnya mempunyai tanggungjawab kegiatan advokasi ini. Artinya baik para pengelola maupun pelaksana program kesehatan, baik tingkat pusat, provinsi, distrik, maupun kecamatan harus melakukan advokasi terhadap para pejabat lintas sektoral, utamanya kepada pejabat pemda setempat (*local government*).

3. **Argumentasi untuk Advokasi**

Secara sederhana advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sehingga mereka memberikan dukungan, baik kebijakan, fasilitas maupun dana terhadap program yang ditawarkan. Meyakinkan para pejabat terhadap pentingnya program kesehatan tidaklah mudah, tetapi memerlukan argumentasi-argumentasi yang kuat. Dengan perkataan lain, berhasil atau tidaknya advokasi dipengaruhi oleh kuat atau tidaknya kita menyiapkan argumentasi. Di bawah ini ada beberapa hal yang dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi.

- a. *Meyakinkan (Credible)*
- b. *Layak (Feasible)*
- c. *Relevan (Relevant)*
- d. *Penting (Urgent)*
- e. *Prioritas Tinggi (High Priority)*

Dari uraian singkat di atas dapat disimpulkan, bahwa apabila petugas kesehatan akan melakukan advokasi kepada para penentu kebijakan atau pengambil keputusan untuk memperoleh dukungan terhadap program kesehatan, program tersebut harus didukung

dengan argument yang kuat. Program akan mempunyai argument kuat bila program tersebut disusun berdasarkan data yang akurat, layak secara teknis, politis, *relevant*, *urgent*, dan mempunyai prioritas yang tinggi.

C. Komunikasi dalam Advokasi

Dalam advokasi peran komunikasi sangat penting, sebab dalam advokasi merupakan aplikasi dari komunikasi interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (policy makers) atau para pembuat keputusan (decision makers) pada semua tingkat dan tatanan social. Disektor kesehatan dalam konteks pembangunan kesehatan nasional, sasaran advokasi adalah pimpinan eksekutif termasuk presiden dan legislative, serta para pimpinan sektor lain yang terkait dengan kesehatan, di semua tingkat administarsi pemerintahan. Seperti tersebut diatas. Arah komunikasi dalam advokasi kesehatan dapat secara vertikal yakni para pejabat diatas jenjang administrator kesehatan, maupun horizontal yakni para pejabat lintas sektoral yang setara dengan sector kesehatan yang bersangkutan. Misalnya, advokasi yang harus dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten secara vertikal adalah kepada bupati, anggota DPRD kabupaten, dan kepala dinas kesehatan propinsi. Sedangkan advokasi horizontal dapat dilakukan kepada para pejabat lintas sector terkait dengan kesehatan di tingkat kabupaten seperti bejabat dinas pendidikan, pertanian, agama, pekerjaan umum, dan lemaga swadaya masyarakat (LSM) bidang kesehtan dan sebagainya.

Uraian sebelumnya telah disebutkan bahwa advokasi adalah berkomunikasi dengan para pengambil keputusan atau penentu kebijakan. oleh sebab itu advokasi di sektor kesehatan adalah komunikasi antara para pejabat atau petugas kesehatan di semua tingkat dan tatanan dengan para penentu kebijakan di tingkat atau tatanan tersebut. Dengan demikian maka sasaran komunikasi atau komunikannya secara struktural lebih tinggi daripada komunikator, atau paling tidak yang setingkat. Dengan perkataan lain arah komunikasinya adalah vertical dan horizontal. Dengan demikian maka bentuk komunikasi adalah lebih berat pada komunikasi interpersonal (*interpersonal communication*).

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

1. Atraksi Interpersonal

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

- a. *Daya tarik*
- b. *Percaya diri.*
- c. *Kemampuan.*
- d. *Familiar*
- e. *Kedekatan (proximity).*

2. Perhatian

Sasaran komunikasi (komunikan) dalam advokasi adalah para pembuat keputusan atau penentu kebijakan. Para pembuat atau penentu kebijakan di semua tingkat atau tatanan, secara structural lebih tinggi atau yang sederajat dengan petugas/pejabat kesehatan pada

lingkup atau tatanan yang sama. Seperti telah disebutkan diatas tujuan utama advokasi adalah memperoleh komitmen atau dukungan kebijakan dari para pembuat keputusan. Untuk memberikan komitmen dan dukungan terhadap sesuatu pertama kali ia harus mempunyai perhatian terhadap sesuatu tersebut.

Berdasarkan teori psikologis ada dua factor yang mempengaruhi perhatian seseorang, yakni factor internal dan factor eksternal. Faktor internal adalah factor yang berasal dari dalam diri orang itu sendiri. Faktor internal terdiri dari factor biologis (biologis, seks), dan factor sosio-psikologis (pengetahuan, sikap, motivasi, kebiasaan, kemauan, kebutuhan, dan sebagainya). Oleh sebab itu apabila kita akan melakukan *advocacy* atau berkomunikasi dengan para pejabat tersebut kita harus melaluinya dengan hal-hal yang berkaitan dengan minat, kebiasaan, atau kebutuhan mereka. Kebutuhan seorang pejabat pada umumnya telah sampai pada taraf kebutuhan yang palinh tinggi, yakni aktualisasi diri (Abraham Maslow). Maka dengan memberi dukungan terhadap sektor kesehatan yang akan berdampak terhadap prestasi atau keberhasilan pembangunan di wilayahnya, dan akhirnya memperoleh penghargaan adalah merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri.

3. Intensitas Komunikasi

Pesan atau informasi yang akan disampaikan melalui proses komunikasi advokasi adalah program-program kesehatan yang akan dimintakan komitmen atau dukungannya dari para pembuat keputusan tersebut. Dalam komunikasi, pesan adalah factor eksternal yang menarik perhatian komunikan (penerima pesan). Hal-hal yang menarik perhatian biasanya adalah sesuatu yang mempunyai sifat menonjol atau lain daripada yang lain. Pesan akan bersifat menonjol atau lain daripada yang lain bula intensitasnya tinggi, dan diulang-ulang. Oleh sebab itu agar komunikasi advokasi efektif, maka program yang ingin didukung oleh pejabat, harus sering dikomunikasikan melalui berbagai kesempatan atau pertemuan, baik pertemuan formal maupun informal, melalui seminar, dan sebagainya.

4. Visualisasi

Seperti telah disebutkan di atas, untuk memperoleh perhatian dari para pembuat atau penentu kebijakan, maka pesan-pesan atau program-program kesehatan yang kita tawarkan harus mempunyai intensitas tinggi. Di samping itu informasi atau pesan yang menarik perlu divisualisasikan dalam media, khususnya media interpersonal. Media interpersonal yang paling efektif dalam rangka komunikasi advokasi adalah *flip chard, booklet, slide* atau *video cassette*. Pesan tersebut didasari fakta-fakta yang diilustrasikan melalui grafik, table, gambar, atau foto.

Komunikasi dalam rangka advokasi kesehatan memerlukan kiat khusus agar komunikasi tersebut tetap efektif. Kiat-kiat agar komunikasi advokasi efektif anantara lain sebagai berikut:

- a Jelas (*Clear*):
- b Benar (*Correct*):
- c Konkret (*Concrete*);
- d Lengkap (*Complete*):
- e Ringkas (*Concise*):
- f Meyakinkan (*Convince*):
- g Kontekstual (*Contextual*):
- h Berani (*Courage*):
- i Hati-hati (*Coutious*):

j Sopan (*Courteous*) di samping hati-hati,

D. Indikator Hasil Advokasi

Advokasi adalah suatu kegiatan yang diharapkan akan menghasilkan suatu produk, yakni adanya komitmen politik dan dukungan kebijakan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Advokasi sebagai suatu kegiatan, sudah barang tentu mempunyai masukan (*input*) - proses - keluaran (*output*). Oleh sebab itu apabila kita akan menilai keberhasilan advokasi, maka kita harus menilai tiga hal tersebut. Penilaian ketiga hal ini didasarkan pada indikator-indikator yang jelas. Di bawah ini akan diuraikan tentang evaluasi advokasi serta indikator-indikator evaluasi tentang 3 komponen tersebut.

1. Input

Input untuk kegiatan advokasi yang paling utama adalah orang (*man*) yang akan melakukan *advocacy* (*advocator*), dan bahan-bahan (*material*) yakni data atau informasi yang membantu atau mendukung argument dalam advokasi. Indikator untuk mengevaluasi kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan advokasi sebagai *input* antara lain:

- a. Berapa kali petugas kesehatan, terutama aparat pejabat, telah mengikuti pelatihan-pelatihan tentang komunikasi, advokasi atau pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan pengembangan kemampuan hubungan antar manusia (*human relation*). Pada tingkat provinsi apakah kepala dinas, kepala sub dinas, atau kepala seksi telah memperoleh pelatihan tentang advokasi.
- b. Sebagai institusi, dinas kesehatan baik di tingkat provinsi maupun kabupaten, juga mempunyai kewajiban untuk memfasilitasi para petugas kesehatan dengan kemampuan advokasi melalui pelatihan-pelatihan. Oleh sebab itu pelatihan advokasi yang diselenggarakan oleh pusat, dinas provinsi, maupun dinas kabupaten juga merupakan indikator *input*.
- c. Di samping *input* sumber daya manusia, *evidence* merupakan *input* yang sangat penting. Hasil-hasil studi, hasil *surveillance*, atau laporan-laporan yang menghasilkan data, diolah menjadi informasi, dan informasi dianalisis menjadi *evidence*. *Evidence* inilah yang kemudian dikemas dalam media khususnya media interpersonal dan digunakan sebagai alat bantu untuk memperkuat argumentasi kita kepada para pengambil keputusan atau penentu kebijakan yang mendukung program kita. Jadi, indikator untuk *input* ini adalah tersedianya data/informasi/*evidence* yang dikemas dalam bentuk buku, *leaflet*, *slide*, *flip chart*, dan sebagainya tentang situasi dan masalah kesehatan di wilayah institusi yang bersangkutan.

2. Proses

Proses advokasi adalah kegiatan untuk melakukan advokasi, oleh sebab itu evaluasi proses advokasi harus sesuai dengan bentuk kegiatan advokais tersebut. Dengan demikian maka indikator proses advokasi antara lain.

- a. Berapa kali melakukan *lobbying* dalam rangka memperoleh komitmen dan dukungan kebijakan terhadap program yang terkait dengan kesehatan. Dengan siapa saja *lobbying* itu dilakukan.
- b. Berapa kali menghadiri rapat atau pertemuan yang membahas masalah dan program-program pembangunan termasuk program kesehatan di daerahnya. Oleh siapa rapat tersebut diadakan, dan seberapa jauh program kesehatan dibahas dalam rapat tersebut.
- c. Berapa kali seminar atau lokakarya tentang masalah dan program-program kesehatan diadakan, dan mengundang sektor pembangunan yang terkait kesehatan.

- d. Berapa kali pejabat kesehatan menghadiri seminar atau lokakarya yang diadakan oleh sektor lain, dan membahas masalah dan program pembangunan yang terkait dengan kesehatan.
- e. Seberapa sering media local termasuk media elektronik membahas atau mengeluarkan artikel tentang kesehatan atau pembangunan yang terkait dengan masalah kesehatan.

3. Output

Keluaran atau *output* advokasi sektor kesehatan, dapat diklasifikasikan dalam dua bentuk, yakni: *output* dalam bentuk perangkat lunak (*soft ware*), dan *output* dalam bentuk perangkat keras (*hardware*).

Indikator *output* dalam bentuk perangkat lunak, adalah peraturan-peraturan atau undang-undang sebagai bentuk kebijakan atau perwujudan dari komitmen politik terhadap program-program kesehatan, misalnya:

- a) Undang-undang
- b) Peraturan pemerintah
- c) Keputusan presiden
- d) Keputusan menteri atau dirjen
- e) Peraturan daerah
- f) Surat keputusan gubernur, bupati, atau camat, dan seterusnya.

Sedangkan indikator *output* dalam bentuk perangkat keras, antara lain:

- a) Meningkatkan dana atau anggaran untuk pembangunan kesehatan.
- b) Tersedianya atau dibangunnya fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dan sebagainya.
- c) Dibangunnya atau tersedianya sarana dan prasarana kesehatan, misalnya air bersih, jamban keluarga, atau jamban umum, tempat sampah, dan sebagainya.
- d) Dilengkapinya peralatan kesehatan, seperti laboratorium, peralatan pemeriksaan fisik, dan sebagainya.

Bab VI

Kemitraan Dalam Promosi Kesehatan

A. Pengertian Kemitraan

Kemitraan adalah suatu kerjasama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi, baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh. Dari batasan ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yakni:

1. Kerjasama antara individu, kelompok, organisasi
2. Bersama-sama mencapai suatu tujuan tertentu
3. Saling menanggung risiko dan keuntungan

B. Prinsip-Prinsip Kemitraan

Kemitraan adalah salahsatu bentuk kerjasama yang konkret dan solid. Oleh sebab itu, dalam membangun sebuah kemitraan ada 3 prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota atau mitra tersebut :

a. Kesetaraan (*equity*)

Individu atau organisasi atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi” dengan yang lain. Bagaimana besarnya suatu institusi atau organisasi dan bagaimana kecilnya suatu institusi atau organisasi, apabila sudah bersedia menjalin suatu kemitraan harus merasa setara atau sama tingkatannya. Oleh sebab itu, di dalam forum kemitraan asas demokrasi harus dijunjung, tidak boleh satu atau memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan tidak ada dominasi terhadap yang lain. Dalam mengambil keputusan dalam rangka mencapai tujuan bersama, masing-masing anggota atau mitra mempunyai hak dan suara yang sama.

b. Keterbukaan (*transparency*)

Keterbukaan dalam arti apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan dan apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota lain. Dengan saling keterbukaan ini, akan menimbulkan saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota (mitra). Hal ini bukan berarti menentukan besarnya kontribusi masing-masing mitra. Sehingga seandainya ada mitra yang akan berkontribusi yang lebih besar atau lebih kecil dalam rangka mencapai tujuan bersama, akan saling memahaminya.

c. Saling menguntungkan (*mutual benefit*)

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dalam materi atau uang, tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama. Ibarat mengangkat barang atau beban 50 kg, diangkat secara bersama-sama 4 orang jelas lebih ringan apabila dibandingkan dengan hanya diangkat seorang. Upaya promosi kesehatan dalam suatu komunitas tertentu jelas akan lebih efektif bila dilakukan melalui kemitraan beberapa institusi atau organisasi, bila dibandingkan dengan hanya oleh satu institusi saja. Demikian pula upaya pemecahan kesehatan

masyarakat secara bersama-sama dalam bentuk kemitraan akan lebih efektif, bila dibandingkan dengan kalau hanya dilakukan oleh sector kesehatan sendiri.

C. Kerangka Konsep Kemitraan

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam mengembangkan kemitraan di bidang kesehatan terdapat 3 institusi utama organisasi atau unsur pokok yang terlibat di dalamnya. Ketiga institusi pokok tersebut adalah:

1. Unsur pemerintah, dimana unsure ini terdiri dari berbagai sector pemerintah terkait dengan kesehatan antara lain; kesehatan sebagai sector kuncinya, sector pendidikan, kehutanan, agama, lingkungan hidup, industri dan perdagangan dan sebagainya.
2. Dunia usaha atau unsur swasta (private sector) atau kalangan bisnis yakni; dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan.
3. Unsur organisasi non pemerintah atau sering disebut ornop atau government organization (NGO), yang meliputi 2 unsur penting yakni; a). unsure lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan organisasi masa (Ormas) termasuk yayasan-yayasan bidang kesehatan, b). organisasi-organisasi profesi seperti IDI, PDGI, IAKMI, PPNI dan sebagainya.

Di dalam institusi pemerintah itu sendiri, misalnya departemen kesehatan terdiri dari berbagai program, yang seyogianya terlebih dahulu melakukan jaringan kerja lintas program juga. Setelah itu baru dikembangkan kemitraan yang lebih luas yang melibatkan sector pemerintahan lain, LSM, organisasi profesi dan swasta. Dari uraian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa dalam membangun kemitraan kesehatan secara konsep terdiri dari 3 tahap, yang selanjutnya merupakan pilar-pilar kemitraan bidang kesehatan, yakni:

1. Tahap pertama adalah kemitraan lintas program di lingkungan sector kesehatan sendiri; direktorat promosi kesehatan dengan program-program kesehatan di lingkungan departemen kesehatan antara lain; kesehatan keluarga, pemberantasan penyakit menular dan lingkungan, gizi masyarakat dan sebagainya.
2. Tahap kedua adalah kemitraan lintas sector di lingkungan institusi pemerintah, antara lain; departemen kesehatan sebagai sector utama (leading sector), departemen pendidikan nasional, departemen pertanian, kehutanan, departemen perhubungan dan sebagainya.
3. Tahap ketiga adalah membangun kemitraan yang lebih luas, lintas program, lintas sektoral, lintas bidang, dan lintas organisasi, yang mencakup:
 - a. unsur dunia usaha (bisnis)
 - b. unsure LSM dan organisasi masa
 - c. unsure profesi

D. Model-Model Kemitraan

Dari berbagai pengalaman pengembangan kemitraan di sector kesehatan yang ada, secara umum model-model kemitraan dikelompokkan menjadi :

Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaringan kerja (networking) atau sering juga disebut building linkages. Kemitraan semacam ini hanya dalam bentuk jaringan kerja saja. Masing-masing mitra atau institusi telah mempunyai program sendiri mulai dari merencanakannya, melaksanakan, dan mengevaluasinya. Oleh karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik yang lain diantara

mereka, maka dibentuklah jaringan kerja. Sifat kemitraan ini sering disebut koalisi, misalnya; koalisi Indonesia sehat, forum promosi kesehatan Indonesia.

Model II

Kemitraan model ini lebih baik dan solid, dimana masing-masing anggota (mitra) mempunyai tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Oleh sebab itu, visi misi dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan tersebut harus direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama. Contoh; gerakan terpadu nasional (Gerdunas), TB Paru dan gerbak malaria (Rollback Malaria). Gerdunas dan gerbak malaria adalah suatu program pemberantasan TB dan malaria dirancangkan dan dilaksanakan bersama oleh program dan sector. Di dalam penanggulangan demam berdarah dengue (DBD) dikembangkan pokjanal (Kelompok kerja nasional) di pusat kecamatan, yang anggotanya adalah sector terkait: kesehatan, swasta dan LSM.

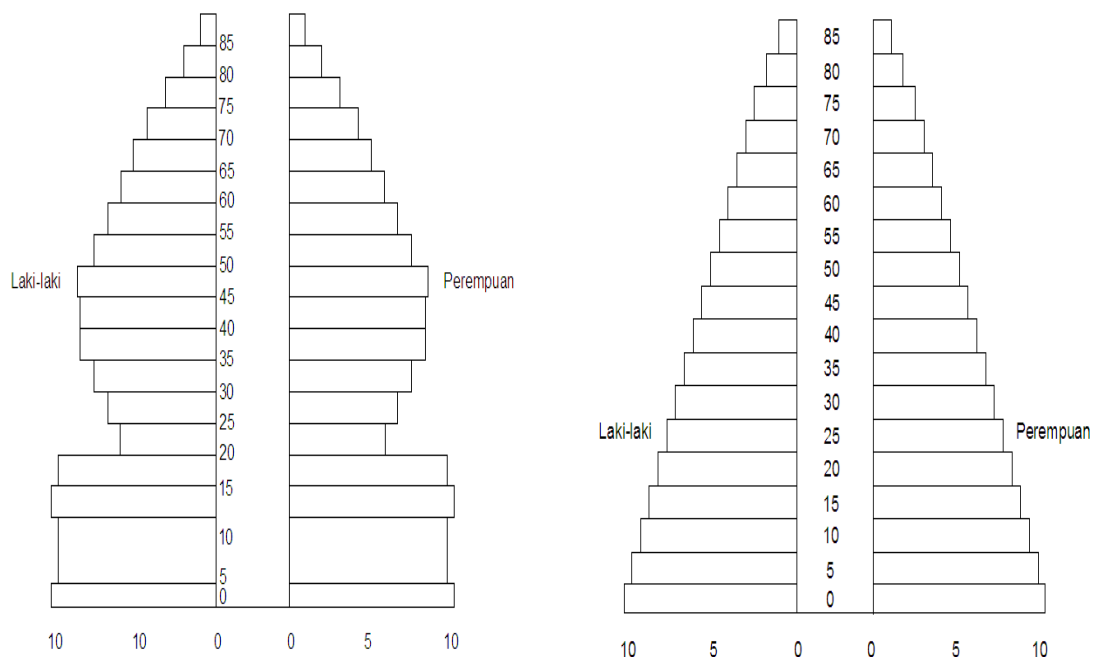
Bab VII

Pemberdayaan Masyarakat Dalam Program Kesehatan

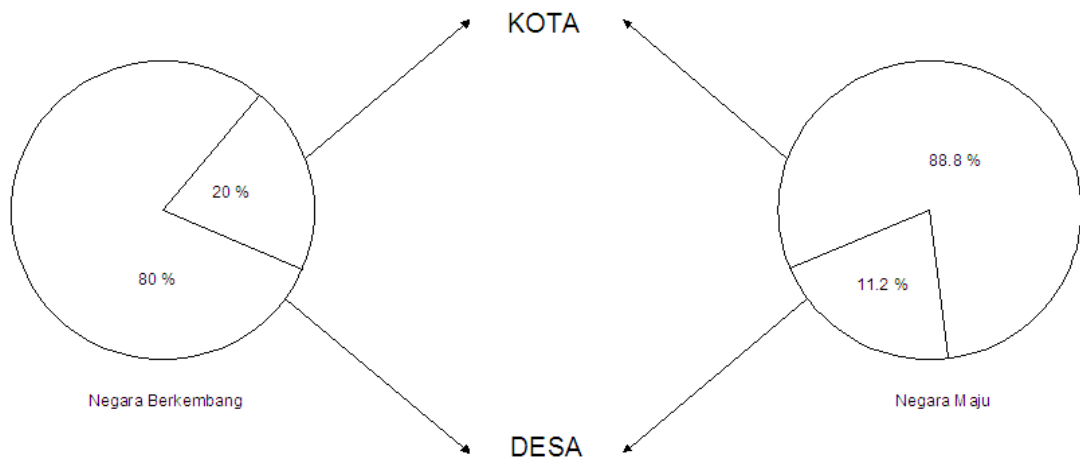
A. Pendahuluan

Faktor-faktor umum yang menjadi sebab terjadinya, masalah kesehatan di Indonesia, adalah sebagai berikut :

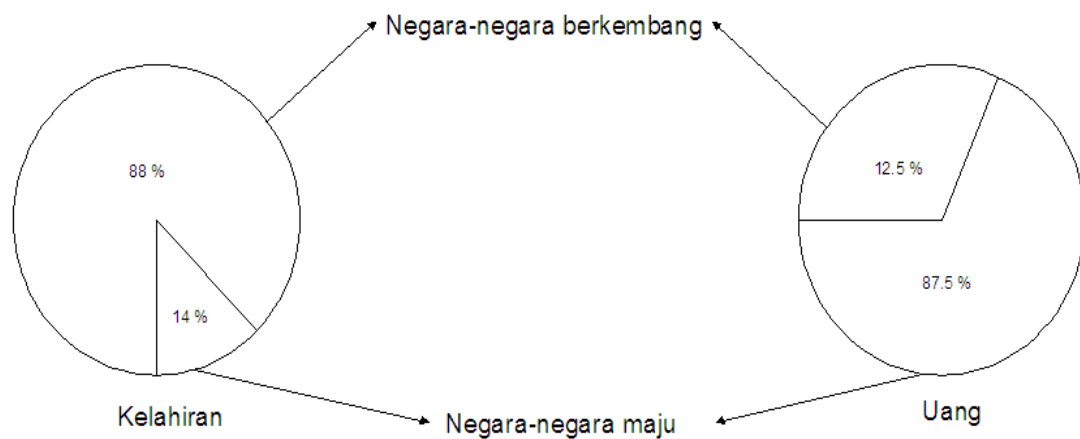
1. Terbatasnya sumber dana dan sumber daya alam, sehingga menyebabkan pendapatan perkapita rendah, kurang, danri US 1.000 pertahun dibandingkan dengan negara-negara yang sudah maju lebih dari US 2.000 per tahun
2. Angka kelahiran yang maih tinggi dan angka kematian yang relatif menurun, akan menghasilkan komposisi penduduk tidak menguntungkan. Dengan penambahan anak-anak muda yang tinggi akan menghasilka rasio ketergantungan yang tinggi pula. Perbandingan bentuk piramida negara-negara yang sedang berkembang.
3. sistem pendidikan tenaga kesehatan yang kurang adekuat akan menghasilkan tenaga kesehatan yang rendah, baik kualitas maupun kuantitas. Rasio penduduk dan dokter adalah di atas 1 : 10.000, yang berarti satu dokter melayani lebih dari 10.000 penduduk, dibandingkan dengan negara yang sudah maju satu dokter hanya melayani sekitar 1.000 – 2.000 penduduk.
4. Pola penyakit menular yang khas, yakni TBC, penyakit diare, penyakit kulit, dan sebagainya.
5. penyakit kurang gizi (*malnutrition*) bersama-sama dengan penyakit infeksi merupakan penyakit umumnya pada anak-anak.



6. Masih kuatnya tradisi pedesaan, yang berarti masih banyaknya penduduk yang tinggal di daerah pedesaan. Perbandingan antara kota dan desa dapat digambarkan sebagai berikut:



7. Perbandingan antara pertumbuhan penduduk dan pendapatan nasional (*Gross National Product = GNP*) sangat tidak seimbang. Di negara yang sudah maju angka pertumbuhan penduduk rendah, tetapi GNP_nya tnya, sedang di negara-negara yang sedangberkembang (indonesia) adalah sebaliknya. Hal ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Apa yang dapat dilakukan oleh negara-negara yang sedang berkembang, termasuk indonesia, dengan dana dan daya yang minimal, namun dapat memecahkan masalah kesehatan yang demikian kompleks. Salah satu pendekatan, kalau tidak boleh dikatakan satu-satunya jalan, adalah melibatkan masyarakat konsumen (*Community Participation*)

Dalam hal ini promosi kesehatan sangat memegang peranan. *Pertama*, promosi kesehatan masyarakat (PKM) memberikan pengertian dan kesehatan kepada masyarakat bahwa masalah kesehatan bukan semata-mata tanggung jawab pemerintahan atau lembaga-lembaga kesehatan lainnya tetapi juga merupakan tanggung jawab masyarakat, dan tanggung jawab setiap orang. *Kedua*, promosi bertujuan mengimbau masyarakat untuk menyelenggarakan fasilitas pelayanan kesehatan mereka sendiri seperti pepata cina menyatakan :

"Give man a fish and you feed him for a day, teach a man to catch on fish and feed him for a life"

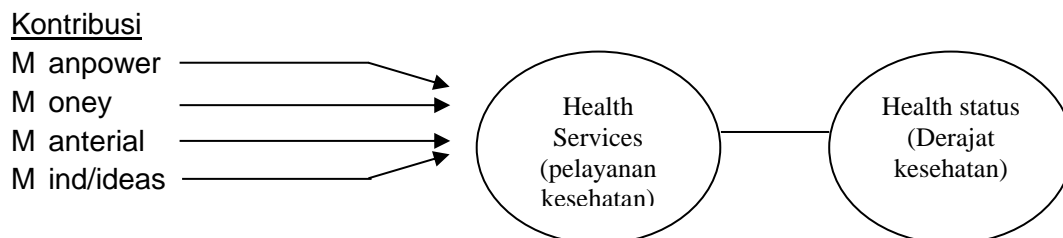
Hal ini berarti kita lebih baik mengajarkan mereka untuk menyelenggarakan fasilitas-fasilitas kesehatan mereka sendiri, daripada sekedar memberikan fasilitas kesehatan kepada mereka.

B. Peranan Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dalam memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri.

Didalam hal ini, masyarakat sendirilah yang aktif memikirkan, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program-program kesehatan masyarakatnya. Institusi kesehatan hanya sekedar memotivasi dan membimbingnya.

Didalam pemberdayaan, setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusi atau sumbangan. Kontribusi tersebut bukan hanya terbatas pada dana dan finansial saja tetapi dapat berbentuk daya (tenaga) dan ide (pemikiran). Dalam hal ini dapat diwujudkan di dalam 4M, yakni *manpower* (Tenaga), *money* (uang), *material* (benda-benda lain seperti kayu, bambu, beras, batu, dan sebagainya), dan *mind* (ide atau gagasan). Supaya lebih jelas dapat digambarkan sebagai berikut :



Macam-macam kontribusi

C. Dasar-dasar Filosofi Pemberdayaan Masyarakat

Dalam Hubungannya dengan fasilitas dan tenaga kesehatan, partisipasi masyarakat dapat diarahkan untuk mencukupi kelangkaan tersebut.

Dengan kata lain, partisipasi masyarakat dapat menciptakan fasilitas dan tenaga kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diciptakan dengan adanya partisipasi masyarakat didasarkan kepada idealisme:

1) *Community felt need*.

Apabila pelayanan itu diciptakan oleh masyarakat sendiri, ini berarti bahwa masyarakat itu memerlukan pelayanan tersebut. Sehingga adanya pelayanan kesehatan bukan karena diturunkan dari atas, yang belum dirasakan perlunya, tetapi tumbuh dari bawah yang diperlukan masyarakat dan untuk masyarakat.

2) Organisasi pelayanan kesehatan masyarakat yang berdasarkan partisipasi masyarakat adalah salah satu bentuk pengorganisasian masyarakat. Hal ini berarti bahwa fasilitas pelayanan kesehatan itu timbul dari masyarakat sendiri.

3) Pelayanan kesehatan tersebut akan dikerjakan oleh masyarakat sendiri. Artinya tenaganya dan penyelenggaraannya akan ditangani oleh anggota masyarakat itu sendiri yang dasarnya sukarela.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa filosofi partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan masyarakat adalah terciptanya suatu pelayanan untuk masyarakat dari masyarakat dan oleh masyarakat.

D. Metode Pemberdayaan Masyarakat

Banyak cara yang dapat dilakukan untuk mengajak atau menumbuhkan partisipasi masyarakat. Pada pokoknya ada dua cara, yakni :

1. Pemberdayaan dengan paksaan (*enforcement participation*)
2. Pemberdayaan dengan persuasi dan edukasi

E. Nilai-nilai Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu pendekatan atau jalan yang terbaik untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan di negara-negara yang sedang berkembang, karena hal-hal berikut:

1. Pemberdayaan masyarakat adalah cara yang paling murah. Dengan ikut berpartisipasi masyarakat dalam program-program kesehatan, itu berarti diperolehnya sumber daya dan dana dengan mudah untuk melengkapi fasilitas kesehatan mereka sendiri.
2. Bila pemberdayaan itu berhasil, bukan hanya salah satu bidang saja yang dapat dipecahkan, tetapi dapat menghimpun dana dan daya untuk memecahkan masalah di bidang yang lain.
3. Pemberdayaan masyarakat akan membuat semua orang untuk belajar bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri. Apabila masyarakat hanya menerima saja pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah atau instalasi penyelenggara kesehatan yang lain, masyarakat tidak merasa mempunyai tanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri. Penyembuhan atau sebagai barang pinjaman dari luar saja, sehingga mereka tidak belajar apa-apa tentang penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Pada hal masyarakat pada hakikatnya ingin tahu dan ingin belajar sendiri tentang hal-hal tersebut di atas.
4. Pemberdayaan masyarakat didalam pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang tumbuh dan berkembang dari bawah dengan rangsangan dan bimbingan dari atas, bukan sesuatu yang dipaksakan dari atas. Ini adalah suatu pertumbuhan yang alamiah, bukan pertumbuhan yang semu.
5. Pemberdayaan masyarakat akan menjamin suatu perkembangan yang langsung, karena dasarnya adalah kebutuhan kesadaran masyarakat sendiri.
6. Melalui pemberdayaan, setiap anggota, masyarakat dirangsang untuk belajar berorganisasi, dan mengambil peran yang sesuai dengan kemampuan mereka masing-masing.
7. Pemberdayaan masyarakat adalah sejalan dengan deklarasi Alam Ata, september 1978. pasal 4 deklarasi tersebut menyatakan bahwa : "*The people have the right and duty to participate individually and collectively in planning and implementation of their health care*"

F. Elemen-elemen Pemberdayaan Masyarakat

Elemen-elemen partisipasi masyarakat adalah sebagai berikut:

1. *Motivasi*
2. *Komunikasi*
3. *Kooperasi*

4. *Mobilisasi*

G. Strategi Pemberdayaan Masyarakat

Strategi partisipasi masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Lembaga Sosial Desa atau Lembaga kerja Pembangunan Masyarakat Desa (LKPM) adalah suatu wadah kegiatan antar disiplin di tingkat desa, tiap kelurahan atau desa mempunyai lembaga semacam ini. Tugas utama lembaga ini adalah merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan-kegiatan pembangunan di desanya, termasuk juga pembangunan di bidang kesehatan. Oleh karena tenaga kesehatan dari puskesmas dapat memanfaatkan lembaga ini untuk menjual idenya, dengan memasukkan ide-idenya ke ndalam program LKPM.
2. Program yang dijual oleh puskesmas ke lembaga ini tidak harus kesehatan, tetapi juga kegiatan-kegiatan nonkesehatan yang akhirnya akan menyokong program kesehatan, misalnya; pertanian, peternakan, pendidikan, dan lain-lain
3. Puskesmas dapat di jadikan pusat kegiatan, walaupun pusat perencanaannya adalah di desa (LKMM), dan petugas kesehatan adalah merupakan motivator dan dinamisatornya.
4. Dokter puskesmas atau perugas kesehatan yang lain dapat membentuk suatu *team work* yang baik dengan dinas-dinas atau instansi-instansi lain.
5. Dalam pelaksanaan, program dapat dimulai desa tidak usah seluruh desa di kecamatan tersebut. Hal ini untuk menjamin agar puskesmas dapat memonitor dan membimbingnya dengan. Bilamana perlu membentuk suatu proyek percontohan sebagai pusat pengembangan untuk desa yang lain.
6. Bila desa ini masih dianggap terlalu besar, maka dapat di mulainya dari tingkat RW atau RT yang populasinya lebih kecil, sehingga mudah diorganisasi.

H. Metode

Metode yang dapat dipakai adalah sebagai berikut :

1. Pendekatan masyarakat, diperlukan untuk memperoleh simpati masyarakat. Pendekatan ini terutama ditujukan kepada pimpinan masyarakat, baik yang formal maupun informal.
2. Pengorganisasian masyarakat, dan pembentukan panitia (Tim).
 - a. Dikoordinasi oleh lurah atau kepala desa.
 - b. Tim kerja, yang dibentuk di tiap RT. Anggota tim ini adalah pemuka-pemuka masyarakat RT yang bersangkutan, dan dipimpin oleh ketua RT.
3. Survei diri (*Community self survey*)

Tiap tim kerja di RT, melakukan survey di masyarakatnya masing-masing dan diolah serta dipresentasikan kepada warga.
4. Perencanaan program
Perencanaan dilakukan oleh masyarakat sendiri setelah mendengarkan presentasi survei diri dari tim kerja, serta telah menentukan bersama tentang prioritas masalah yang akan dipecahkan.
Dalam merencanakan program ini, perlu diarahkan terbentuknya dana sehat dan kader kesehatan. Kedua hal ini sangat penting dalam rangka pengembangan partisipasi masyarakat.
Dana sehat, di samping sebagai bentuk dari partisipasi dalam hal ini dana, juga merupakan motor penggerak program (sumber dana). Sedangkan kader kesehatan yang

dasarnya adalah sukarela yang merupakan bentuk partisipasi dalam hal daya juga merupakan dinamisator program.

5. Training

Training untuk para kader kesehatan sukarela harus dipimpin oleh dokter puskesmas. Disamping di bidang teknis-medis training juga meliputi manajemen kecil-kecilan dalam mengolah program-program kesehatan tingkat desa serta sistem pencatatan, pelaporan, dan rujukan.

6. Rencana evaluasi

Dalam menyusun rencana evaluasi perlu ditetapkan kriteria-kriteria keberhasilan suatu program, secara sederhana dan mudah dilakukan oleh masyarakat atau kader kesehatan sendiri.

Bab VIII

Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan

A. Batasan Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dsb. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar,

Skinner (1983) seorang ahli Psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus Organisme Respons. Skinner membedakan adanya 2 respons, yaitu:

1. Respondent respons atau reflexive.
2. Operant respons atau instrumental respons

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (covert behaviour)
2. Perilaku terbuka (overt behaviour)

B. Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*)
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*Health Seeking Behaviour*)
3. Perilaku kesehatan lingkungan

C. Domain Perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat mitifasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun demikian, pada relitinya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sasaran fisik, sosiobudaya masyarakat, dan sebagainya.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultante antara berbagai faktor baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (Cognitive), b) afektif (Affective), c) psikomotor (Psychomotor). Dalam perkembangannya, teori Blum ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang dan melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan itu terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoadmojo,1993).

Sifat dasar dari manusia adalah keingintahuan tentang sesuatu. Dorongan untuk memenuhi keingintahuan tersebut menyebabkan seseorang melakukan upaya-upaya pencarian serangkaian pengalaman-pengalaman selama proses interaksi dengan lingkungannya menghasilkan pengetahuan bagi orang tersebut. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat merupakan motivasi untuk bersikap dan melakukan suatu tindakan bagi orang tersebut.

Dimilikinya pengetahuan yang benar tentang kesehatan oleh seseorang tidaklah menjamin bahwa orang tersebut akan berperilaku sehat. Hal ini dapat terjadi oleh karena adanya alasan-alasan atau motif tertentu pada diri seseorang.

Oleh karena itu untuk merubah perilaku diperlukan analisis pada berbagai faktor yang mempengaruhinya pilihan cara terbaik untuk merubah perilaku adalah dengan cara edukasi (Ngatimin,1987), dengan cara edukasi ini dan dengan adanya proses perubahan pengetahuan dan sikap dapat diharapkan jika proses berjalan sebaik mungkin, masyarakat itu merasa bahwa gejala perubahan yang terjadi merupakan milik yang berharga dan oleh karenanya dipelihara sebaik-baiknya.

Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu,
2. Interest, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
3. Evaluation (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Trial, orang telah mulai mencoba perilaku baru

5. Adoption, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengetahuan juga merupakan faktor yang sangat penting dalam memberi wawasan terhadap sikap dan perbuatan seseorang (overtbehavior). Menurut Bloom (kutipan oleh H.M. Rusli Ngatimin), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu :

1. Knowledge (tingkat pengetahuan)
Dimana seseorang hanya mampu menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajarinya.
2. Comprehension (perbandingan menyeluruh)
Pada tingkat ini seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar. Ia dapat menerangkan kembali secara mendasar ilmu pengetahuan yang telah dipelajarinya.
3. Application (penerapan)
Seseorang telah memiliki kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajarinya untuk situasi yang baru dan nyata.
4. Analysis (analisis)
Seseorang telah mampu menilai hubungan antara satu bagian dengan bagian yang lain dan mampu menguasai bentuk struktural dari apa yang dipelajarinya.
5. Synthesis (sintesis)
Pada tingkat ini disamping kemauan untuk menganalisa juga mampu untuk menyusun kembali baik bentuk semula maupun bentuk yang lain.
6. Evaluation (evaluasi)
Pada tingkat ini merupakan tingkat kemauan tertinggi telah ada kemampuan untuk mengevaluasi sesuatu dengan kriteria yang telah ditentukan dan telah dapat dijelaskan.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas.

2. Sikap (Attitude)

Sikap adalah suatu bentuk evaluatif atau reaksi perasaan, sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak pada objek tersebut. Sikap sebagai efek positif atau efek negatif terhadap objek psikologis (Notoatmodjo,1993).

Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Sikap membuat seseorang untuk berbuat atau menjauhi sesuatu objek. Adapun ciri-ciri sikap adalah (Notoatmodjo, 1993) :

- a Sikap bukan di bawa sejak lahir melainkan dipelajarinya sepanjang perkembangan orang tersebut dalam hubungan dengan objeknya.
- b Sikap dapat berubah-ubah karena sikap itu dapat dipelajari orang atau sebaliknya.
- c Sikap tidak berdiri sendiri tetapi senantiasa mengandung relasi tertentu terhadap suatu objek
- d Objek sikap dapat merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- e Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan perasaan sikap yang membedakan sikap dari cakupan atau pengetahuan yang dimiliki orang.

Dengan terjadinya perubahan sikap, dapat diharapkan adanya perubahan perilaku. Perubahan sikap dan perilaku ini merupakan dasar terjadinya peran serta masyarakat yang merupakan modal utama mendukung keberhasilan setiap upaya peningkatan kesehatan (Ngatimin,1987).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap belum merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap masih merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap obyek (Notoatmodjo, 2003).

Dalam menentukan sikap yang utuh, pengetahuan, berpikir keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Menurut (Soekidjo Notoatmojo, 2003) pengetahuan sikap ini terdiri dari berbagi tindakan yakni:

1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2. Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan lepas pekerjaan itu benar atau salah berarti orang menerima.

3. Menghargai (*Valuating*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga (3).

4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dilakukan dengan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu obyek. Jadi cukup dilakukan melalui wawancara, baik wawancara terstruktur, maupun wawancara mendalam, dan focus group discussion (FGD). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam responden suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkannya sikap menjadi suatu perbuatan nyata yang diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas.

3. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*Overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan beberapa faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan.

Tingkatan tindakan ada 4 yaitu :

- a Persepsi (*perception*), yaitu mengenal dan memilih berbagai objek dengan tindakan yang diambil.
- b Respon terpimpin (*guided respon*), yaitu apabila seseorang dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar.
- c Mekanisme (*mechanism*), yaitu apabila seseorang dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesudah itu merupakan kebiasaan
- d Adaptasi (*Adaptation*), yaitu suatu tindakan atau praktek yang sudah berkembang dengan baik dan dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (recall). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan di atas, yakni melalui proses perubahan : pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), praktek (*practice*), atau "KAP" (PSP). Bahkan dalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya. Artinya seseorang telah berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif.

Bab IX

Persepsi dan Perilaku Sakit

A. Penyakit dan Sakit

Rendahnya utilisasi (penggunaan) fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit dan sebagainya, seringkali kesalahan atau penyebab di lemparkan kepada faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan masyarakat yang terlalu jauh (baik jarak secara fisik maupun secara social), tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering melupakan fakta persepsi atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit.

Pada kenyataannya di dalam masyarakat terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan bertentangan dengan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan disebabkan adanya persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider. Ada perbedaan persepsi yang berkisar antara penyakit (*disease*) dengan *illness* (rasa sakit).

Sebagai kerangka pembahasan ini akan diberi batasan untuk kedua istilah tersebut. Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah suatu fenomena yang objektif yang ditandai oleh perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Sedangkan sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya. Hal ini meruokan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*friling unwell*).

Dari batasan kedua pengertian atau istilah yang berbeda tersebut, tampak adanya perbedaan konsep sehat-sakit yang kemudian akan menimbulkan permasalahan konsep sehat-sakit di dalam masyarakat. Secara objektif seseorang, salah satu organ tubuhnya terganggu fungsinya namun, dia tidak merasa sakit. Atau sebaliknya, seorang merasa sakit bila merasakan sesuatu di dalam tubuhnya, tetapi dari pemeriksaan klinis tidak diperoleh bukti bahwa dia sakit. Lebih lanjut penjelasan ini dapat di gambarkan sebagai berikut.

Penyakit dan Sifat Kombinasi Alternatif

Penyakit (<i>disease</i>) Sakit (<i>illness</i>)	Tak hadir (<i>not present</i>)	Hadir (<i>present</i>)
Tak dirasa (<i>not porceived</i>)	1	2
Dirasakan (<i>perceived</i>)	3	4

Area 1 (satu) menggambarkan bahwa seseorang tidak mengandung atau menderita penyakit dan juga tidak merasa sakit (no disease and no illness). Dalam keadaan demikian maka orang tersebut sehat menurut konsep kita (dari kaca mata petugas kesehatan).

Area 2 (dua) menggambarkan seseorang mendapat serangan penyakit (secara klinis), tetapi orang itu sendiri tidak merasa sakit (disease but no illness). Dalam kenyataannya

area ini adalah yang paling luas wilayahnya. Artinya, anggota-anggota masyarakat yang secara klinis maupun laboratories menunjukkan gejala klinis bahwa mereka diserang atau menderita suatu jenis penyakit, tetapi mereka tidak merasakan sebagai sakit. Oleh karena itu, mereka tetap menjalankan kegiatannya sehari-hari sebagaimana orang sehat.

Dari sini keluar konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari, dan keluar konsep sakit, di mana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidurnya, tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari.

Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun, kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Hal ini pun bukan berarti mereka harus mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas dan sebagainya), tetapi juga ke fasilitas pengobatan tradisional (dukun dan sebagainya) yang kadang-kadang menjadi pilihan masyarakat yang pertama. Itulah sebabnya maka rendahnya penggunaan puskesmas atau tidak digunakannya fasilitas-fasilitas pengobatan modern dapat disebabkan oleh persepsi masyarakat tentang sakit yang berbeda dengan konsep provider.

Area 3 (tiga) menggambarkan penyakit yang tidak hadir pada seseorang, tetapi orang tersebut merasa sakit atau tidak enak badan (*illness but no disease*). Pada kenyataannya kondisi ini hanya sedikit di dalam masyarakat. Orang yang merasa sakit padahal setelah pemeriksaan baik secara klinis maupun laboratories tidak diperoleh bukti bahwa ia menderita suatu penyakit. Hal ini mungkin karena gangguan-gangguan psikis saja.

Area 4 (empat) ini menggambarkan adanya suatu penyajian yang sama. Seorang memang menderita sakit dan juga ia rasakan sebagai rasa sakit (*illness with disease*). Hal ini sebenarnya yang dapat dikatakan benar-benar sakit. Dalam kondisi yang demikian ini fasilitas kesehatan dapat mencaapi sarannya secara optimis. Artinya, pelayanan yang diprogramkan akan bertemu dengan kebutuhan masyarakat.

Untuk meningkatkan daerah yang ke 4 ini diperlukan suatu koreksi terhadap masyarakat mengenai konsep sehat-sakit. Selama masih ada perbedaan konsep ini di dalam masyarakat, dan selama masih belum ada pembetulan atas konsep-konsep yang salah ini maka peningkatan utilisasi fasilitas-fasilitas kesehatan akan berjalan lamban dan bahkan macet sama sekali.

Persepsi masyarakat tentang sakit yang notabene merupakan konsep sehat-sakit masyarakat berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Konsep kelompok masyarakat yang satu berbeda dengan konsep sehat-sakit kelompok lainnya. Untuk itu maka tiap-tiap unit pelayanan kesehatan komunitas perlu mencari sendiri konsep sehat-sakit masyarakat yang dilayaninya. Untuk itu penelitian tentang aspek-aspek social budaya kesehatan sangat diperlukan oleh tiap unit pelayanan kesehatan komunitas. Jelasnya, tiapp-tiap puskesmas perlu mengumpulkan data social budaya masyarakat yang dilayani guna meningkatkan jangkauan pelayanannya.

B. Tujuan Mempelajari Perilaku Sakit

Di dalam mempelajari perilaku sakit, ada dua tujuan yang ingin dicapai, yaitu;

- a. Agar dapat menjelaskan perilaku sakit seseorang maka harus dimengerti factor-faktor fisik, social, dan mental yang akan menghasilkan kondisi sakit. Dengan kata lain, pertanyaan mengenai bagaimana tanggapan individu tentang sakit, yaitu bagaimana ia mendapatkannya pada saat permulaan atau pertanyaan tentang sebab sakit.

- b. Menentukan factor yang bertanggung jawab terhadap variasi penerimaan gejala penyakit yang mengikuti gejala-gejala ini dengan sakitnya dan reaksi terhadap penyakit.

C. Elemen-elemen Pokok Perilaku Sakit

1. Empat Elemen yang Merupakan Komponen Dasar dalam Perilaku Sakit

- a. *Content* (isi)
- b. *Sequence* (urut-urutannya)
- c. *Spacing* (jarak)
- d. *Variability* (variabilitas) perilaku sakit

2. Lima Konsep Analisis Perilaku Sakit

Dari ke 4 elemen tersebut dapat dikembangkan lima konsep yang berguna untuk analisis perilaku sakit

- a. *Shopping* atau proses mencari beberapa sumber yang berbeda dari medical care untuk satu persoalan atau yang lain, meskipun tujuannya adalah untuk mencari dokter yang akan mendiagnosis dan mengonati yang sesuai dengan harapan.
- b. *Fragmentation* atau proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama.
- c. *Procastination* atau proses penundaan pencarian pengobatan sewaktu gejala dirasakan.
- d. *Self medication* atau mengobati sendiri dengan berbagai ramuan atau membelinya di warung obat.
- e. *Discontinuity* atau proses tindak melanjutkan (menghentikan) pengobatan.

3. Tahap-tahap Pembuatan Keputusan

Selanjutnya untuk menganalisis bagaimana proses seseorang di dalam membuat keputusan sehubungan dengan pencarian atau pemecahan masalah perawatan kesehatannya, Suchman membaginya ke dalam 5 tahapan kejadian.

- a. Tahap pengalaman/pengenalan gejala (*the symptom experience*).
- b. Tahapan asumsi peranan sakit (*the assumption of the sick role*).
- c. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan (*The medical care contact*).
- d. Tahap ketergantungan pasien (*the dependent patient stage*).
- e. Tahap penyembuhan atau rehabilitasi (*the recovery of rehabilitation*).

Kelima tahap kejadian tersebut sekaligus merupakan isi dan urutan dari perilaku sakit. Tetapi kenyataannya mungkin berbeda, artinya kelima tahap ini tidak selalu ada pada semua penyakit.

4. Menjelaskan Kesehatan dan Penyakit

Menurut Twoddle, apa yang sehat bagi seseorang bisa saja tidak sehat bagi orang lain. Ada dua hal yang timbul dari usaha untuk menjelaskan kesehatan dan atau penyakit yaitu:

- a) Karena terpaksa membicarakan kesehatan normal dengan kesehatan sempurna, kesehatan lebih dikenal sebagai norma sosial.
- b) Definisi kesehatan dilihat dari sudut sosial lebih khas dari pada bila dilihat dari sudut biologis.

Dari criteria biologis, yang terpenting letaknya pada dua ujung ekstrem, yaitu kesehatan sempurna dan kematian. Menurut Twoddle dan Kesser (1977) definisi kesehatan terutama harus dilihat dari segi social dari pada segi biologis.

Hubungan Antara Status Kesehatan Dilihat dari Segi Individu dengan Status Kesehatan Dilihat dari Sudut Penilaian

Dari sudut penilai / Dari sudut individu	Sehat (<i>well</i>)	Sakit (<i>ill</i>)
Sehat (<i>well</i>)	Kesehatan normal (<i>normal health</i>)	Meningkari sakit (<i>deny off illness</i>)
Sakit (<i>ill</i>)	Pura-pura sakit (<i>hypocondriac</i>) (<i>normal health</i>)	Kesehatan buruk (<i>ill health</i>)

D. Peranan Orang Sakit

Orang yang berpenyakit (*having a disease*) dan orang yang sakit (*having a illness*) adalah dua hal yang berbeda. Berpenyakit adalah suatu kondisi patologis yang objektif, sedangkan sakit adalah evaluasi atau persepsi individu terhadap konsep sehat-sakit.

Dua orang atau lebih secara patologis menderita suatu jenis penyakit yang sama. Bisa jadi orang kesatu merasa lebih sakit dari yang lain, dan bahkan orang yang satunya lagi tidak merasa sakit. Hal ini disebabkan karena evaluasi atau persepsi mereka yang berbeda tentang sakit.

Orang yang berpenyakit belum tentu akan mengakibatkan berbuahnya peranan orang tersebut di dalam masyarakat. Sedangkan orang yang sakit akan menyebabkan perubahan peranannya di dalam masyarakat maupun di dalam lingkungan keluarga. Jelasnya, orang sakit memasuki posisi baru dan posisi baru ini menurut satu peranan yang baru pula.

Peranan baru orang yang sakit (pasien) harus mendapat pengakuan dan dukungan dari anggota masyarakat dan anggota keluarga yang sehat secara wajar. Sebab dengan sedikitnya salah satu anggota keluarga atau anggota masyarakat maka akan ada lowongan posisi yang berarti juga mekanisme system di dalam keluarga atau masyarakat tersebut akan terganggu. Hal ini disebabkan salah satu anggota keluarga pemegang peranan absen. Untuk itu maka anggota-anggotakeluarga/masyarakat harus dapat mengisi lowongan posisi tersebut, yang berarti juga menggantikan peranan orang yang sedang sakit tersebut.

Demikian seterusnya bahwa orang yang sakit tersebut demikian luasnya sehingga peranan yang ditinggalkannya tidak mungkin tidak mungkin digantikan oleh seorang saja. Hal ini mengingat pula orang yang menggantikan tersebut sudah mempunyai posisi dan peranan sendiri.

Berbicara tentang perencanaan, maka ada dua hal yang saling berkaitan, yakni hak (*rights*) dan kewajiban (*obligation*). Demikian juga peranan orang sakit (pasien) akan menyangkut masalah hak dan kewajiban orang sakit tersebut sebagai anggota masyarakat.

E. Hak-hak Orang Sakit

Hak orang sakit yang pertama dan utama adalah bebas dari segala tanggung jawab social yang normal. Artinya, orang yang sedang sakit mempunyai hak untuk tidak melakukan pekerjaan sehari-hari yang biasa dia lakukan. Hal ini boleh dituntut, namun tidak mutlak. Maksudnya, tergantung dari tingkat keparahan atau tingkat persepsi dari penyakitnya tersebut.

Apabila tingkat keparahannya masih rendah maka orang tersebut mungkin tidak perlu menuntut haknya. Dan seandainya mau menuntutnya harus tidak secara penuh. Maksudnya, ia tetap berada di dalam posisinya tetapi peranannya dikurangi, dalam arti volume dan frekuensi kerjanya dikurangi.

Tetapi bila tingkat keparahannya tinggi maka hak tersebut harus dituntutnya. Lebih-lebih apabila si sakit tersebut menderita penyakit menular. Hak untuk tidak memasuki posisi social dapat dituntut olehnya sebab apabila tidak maka akan berakibat ganda. Di satu pihak akan menambah derajat keparahan si sakit dan juga akan menghasilkan hasil kerja yang tidak sempurna, dan di pihak lain masyarakat kerja atau anggota-anggota masyarakat yang lain akan tertulari penyakitnya yang mungkin akan menimbulkan epidemic (*out break*) yang berbahaya. Kepada siapa hak tersebut dapat dituntut? Sebagai anggota keluarga hak tersebut dapat dituntutnya kepada keluarga yang lain. Sebagai konsekuensi tuntutan hak atas sakit ini maka anggota keluarga yang lain dituntut kewajibannya untuk meneruskan tuntutan tersebut kepada masyarakat dimana saja si sakit tersebut mendapatkan posisi dan peranan.

Tuntutan yang kedua adalah kepada organisasi kerja (tempat kerja), dan yang ketiga adalah tuntutan hak sakit kepada organisasi-organisasi masyarakat di mana si sakit menduduki posisi dan menjalankan peran. Kedua tuntutan ini boleh langsung maupun melalui lembaga keluarga dan bahkan melalui lembaga pelayanan kesehatan seperti surat cuti dokter dan sebagainya.

Hak yang kedua dari orang sakit adalah hak untuk menuntut (mengklaim), dan yang ketiga adalah tuntutan hak sakit kepada organisasi-organisasi masyarakat dimana si sakit menduduki posisi dan menjalankan peran. Kedua tuntutan ini boleh langsung maupun melalui lembaga keluarga dan bahkan melalui lembaga pelayanan kesehatan seperti surat cuti dokter dan sebagainya.

Hak yang kedua dari orang sakit adalah hak untuk menuntut (mengklaim) bantuan atau perawatan kepada orang lain. Di dalam masyarakat orang yang sedang sakit berada dalam posisi lemah, lebih-lebih bila sakitnya sudah berada pada derajat keparahan yang tinggi. Di pihak lain orang yang sakit dituntut kewajibannya untuk sembuh dan juga dituntut untuk segera kembali berperan di dalam system social.

Di dalam hal ini anggota keluarga dan anggota masyarakat yang tidak sakit berkewajiban untuk membantu dan merawatnya. Oleh karena tugas penyembuhan dan perawatan itu memerlukan suatu kemampuan dan keterampilan khusus maka tugas ini di delegasikan kepada lembaga-lembaga masyarakat atau individu-individu tertentu, seperti dukun, dokter, perawat, bidan, dan petugas kesehatan yang lain. Pemerintah di dalam hal ini juga sebagai penyelenggara pelayanan social berkewajiban untuk memberikan hak-hak penyembuhan dan perawatan kepada anggotanya yang sedang sakit.

F. Kewajiban-kewajiban Orang Sakit

Disamping haknya dapat dituntut, orang yang sedang sakit juga mempunyai kewajiban yang harus dipenuhi. Pertama, orang yang sedang sakit mempunyai kewajiban untuk sembuh dari penyakitnya. Memperoleh kesembuhan bukanlah hak penderita, tetapi kewajiban penderita. Mengapa? Karena manusia diberi kesempurnaan dan kesehatan oleh Tuhan. Secara alamiah manusia itu sehat. Adapun menjadi atau jatuh sakit sebenarnya merupakan kesalahan manusianya sendiri. Oleh karena itu, bila ia jatuh sakit maka ia berkewajiban untuk mengembalikan posisinya ke dalam keadaan sehat.

Seperti telah diuraikan di atas bahwa orang sakit itu lemah sehingga di dalam melakukan kewajibannya untuk sembuh memerlukan bantuan orang lain. Dalam hal ini si sakit dapat menjalankan kewajibannya mencari penyembuhan sendiri, atau minta bantuan orang lain.

Apabila prinsip ini diterapkan didalam masyarakat maka kewajiban tersebut ada pada masyarakat. Para petugas kesehatan dalam usahanya ikut melibatkan masyarakat di dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sebenarnya hanya sekedar membantu masyarakat tersebut dalam rangka menjalankan kewajibannya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Seperti telah kita sepakati bersama bahwa masyarakat, dalam pendekatan pelayanan kesehatan masyarakat sebagai objek sekaligus sebagai subjek, dan juga consumer sekaligus sebagai provider, maka dalam konteks peranan sakit orang yang sakit juga sebagai anggota masyarakat dapat menuntut haknya sekaligus menjalankan kewajiban orang sakit. Jelasnya, memperoleh kesembuhan adalah hak dan kewajiban orang sakit.

Kewajiban orang sakit yang kedua adalah mencari pengakuan, nasihat-nasihat, dan kerja sama dengan para ahli (dalam hal ini adalah petugas kesehatan) yang ada di dalam masyarakat. Kewajiban orang sakit untuk mencari pengakuan ini penting agar anggota masyarakat yang lain dapat menggantikan posisinya dan melakukan peranan-peranan selama ia dalam keadaan sakit. Pengakuan ini misalnya dapat diwujudkan dengan pemberian cuti sakit atau izin tidak masuk kerja, baik secara formal maupun informal. Sedangkan pentingnya mencari nasihat dan kerja sama oleh orang sakit kepada anggota masyarakat lain adalah dalam rangka kewajibannya yang pertama, yakni agar memperoleh kesembuhan yang secepat mungkin.

Dari segi sosiologi, Suchman (1965) mencoba mengembangkan suatu skema, dan menelusuri proses pengambilan keputusan seseorang di dalam menghadapi sakit melalui 5 fase yaitu pada **fase pertama**, ketika gejala sakit mulai terasa, si penderita mencoba mengatasinya dengan obat atau cara-cara yang diketahuinya dari orang tuanya atau orang lain. Misalnya dengan kerokan bila merasa pusing, atau minum jamu bila terasa badan meriang, dan sebagainya. Apabila tidak sembuh maka ia mencari nasihat kepada orang-orang awam sekitarnya.

Hal ini telah memasuki tahap **kedua**, tahap system pelayanan kesehatan keluarga/berobat. Apabila belum sembuh juga, si penderita memutuskan bahwa ia memasuki tahap **ketiga**, yakni memasuki golongan orang sakit, menerima peranan sebagai orang sakit. Ia kemudian mencari nasihat kepada pemberi pelayanan kesehatan professional, baik modern (dokter, mantra dan sebagainya) maupun pelayanan kesehatan tradisional (dukun, sinshe, dan sebagainya). Jika tidak cocok maka ia beralih ke fasilitas-fasilitas yang lain.

Tahap keempat perilaku penderita ini adalah menerima dan melakukan prosedur pengobatan, dan akhirnya kembali ke peran orang normal apabila ia sembuh dari penyakitnya (tahap kelima). Penggambaran Suchman hanya memperhitungkan factor dari diri di penderita saja, tidak memperhitungkan factor-faktor lain seperti sosio-budaya, ekonomi, umur, demografi, jenis kelamin, dan sebagainya.

A. Perilaku Masyarakat Sehubungan dengan Pelayanan Kesehatan

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut :

Pertama, tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Alasan antara lain bahwa kondisi yang sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tidak bertindak apa pun *symptom* atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang di anggap lebih penting dari pada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya. Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang di perlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif dan sebagainya. Dan akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya, dan sebagainya.

Kedua, tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendapatkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

Ketiga, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya dari pada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial-budaya masyarakat daripada hal-hal yang di anggap masih asing. Dukun (bermacam-macam dukun) yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat dari pada dokter, mantra, bidan, dan sebagainya yang masih asing bagi mereka, seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka.

Keempat, mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk ke tukang-tukang jamu. Obat-obat yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat-obat yang tidak memakai resep sehingga sukar untuk dikontrol. Namun demikian, sampai sejauh ini pemakaian obat-obat bebas oleh masyarakat belum mengakibatkan masalah yang serius. Khusus mengenai jamu sehingga sesuatu untuk pengobatan (bukan hanya untuk pencegahan saja) makin diadakan penelitian yang lebih mendalam.

Kelima, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit.

Keenam, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicane*).

Dari uraian diatas tampak jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit adalah berbeda dengan konsep kita tentang sehat-sakit itu. Demikian juga persepsi sehat-sakit antara kelompok masyarakat pun akan berbeda-beda pula.

Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua pokok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat-sakit kita, maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang di berikan.

Oleh karena itu, dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan di puskesmas perlu ditunjang dengan adanya penelitian-penelitian sosial budaya masyarakat, persepsi dan perilaku masyarakat tersebut terhadap sehat-sakit. Bila diperoleh data bahwa masyarakat masih mempunyai persepsi sehat-sakit yang berbeda dengan kita, maka kita dapat melakukan pembetulan konsep sehat-sakit itu melalui pendidikan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, pelayanan yang kita berikan akan diterima oleh masyarakat.

B. Konsep Kerangka Kerja Pelayanan Kesehatan

Sebelum mulai membahas kedua model utama dan kecenderungan dalam menggunakan pelayanan kesehatan, kita harus memiliki pengertian tentang apa yang kita maksudkan dan bagaimana kita akan mengukur pelayanan kesehatan ini. Untuk mempunyai pengertian konsep kerangka kerja utama dari pelayanan kesehatan tersebut.

Pada prinsipnya ada dua kategori pelayanan kesehatan.

1. Kategori yang berorientasi pada public (masyarakat)
2. Kategori yang berorientasi pada perorangan (pribadi)

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kategori publik terdiri dari sanitasi, imunisasi, keberhasilan air, dan perlindungan kualitas udara.

Pelayanan kesehatan masyarakat lebih di arahkan langsung kearah public dari pada ke arah individu-individu yang khusus. Di lain pihak pelayanan kesehatan pribadi adalah langsung ke arah individu. Seperti kebanyakan pengobatan, pelayanan kesehatan ditunjukan langsung kepada pemakai pribadi (*individual consumer*).

Studi tentang penggunaan pelayanan kesehatan dikaitkan dengan penggunaan pelayanan kesehatan pribadi. Karena itu, kita akan mengatasi bahasan kita mengenai pengukuran pelayanan kesehatan ke kategori pelayanan kesehatan pribadi.

Kerangka kerja Anderson dan Newman

Anderson dan Newman (1973) membuat suatu kerangka kerja teoretis untuk pengukuran penggunaan pelayanan kesehatan pribadi. Sehubungan dengan hal yang sangat penting dari artikel mereka adalah diterimanya secara luas definisi dari dimensi-dimensi penggunaan/pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Anderson dan Newman mempersembahkan 3 dimensi dari kepentingan utama dalam pengukuran dan penentuan pelayanan kesehatan, yaitu tipe, tujuan/maksud, dan unit analisis.

a. Tipe

Tipe digunakan untuk memisahkan berbagai pelayanan kesehatan antara satu dengan lainnya. Anderson dan Newman menunjukkan bahwa ada perbedaan kecenderungan-kecenderungan jangka panjang dan jangka pendek untuk berbagai tipe dari pelayanan (seperti rumah sakit, dokter gigi, perawatan di rumah, dan lain-lain).

Mereka juga menunjukkan penemuan-penemuan riset bahwa factor-faktor penentu (determinan) individual bervariasi agak besar untuk penggunaan tipe-tipe yang berbeda dari pelayanan kesehatan. Karena kedua factor ini (cenderung dan factor penentunya berbeda) maka masuk akal bahwa satu komponen utama dalam pengaturan pelayanan kesehatan menjadi tipe dari pelayanan kesehatan yang digunakan.

b. Tujuan

Disini mereka menyerahkan 4 perbedaan dari perawatan: I *primary*, II *secondary*, III *tertiary*, dan IV *custodial*. Perawatan I dikaitkan dengan perawatan pencegahan (*preventive*). Perawatan II dikaitkan dengan perawatan perbaikan (pengembalian individu ke tempat semula dari fungsionalnya). Perawatan III dikaitkan dengan stabilitas dari kondisi yang memperhatikan penyakit jangka panjang. Perawatan IV dikaitkan semata-mata dengan kebutuhan pribadi dari pasien dan tidak dihubungkan dengan perawatan penyakit.

c. Unit analisis

Unit analisis merupakan dimensi ke-3 dalam rangka kerja Anderson dan Newman yang mendukung 3 perbedaan di antara unit-unit analisis, yaitu:

- 1) Kontak
- 2) Volume
- 3) Episode

Alasan utama bagi perbedaan ini adalah bahwa ciri-ciri khas individu mungkin menjadi penanggung jawab bagi sejumlah episode, sedangkan ciri-ciri khas dari system pembebasan (khususnya pada dokter) mungkin menjadi tanggung jawab utama bagi sejumlah akibat dari kontak kunjungan sebagai akibat dari setiap episode penyakit. Jadi karena jumlah kontak, episode, dan volume pelayanan kesehatan yang digunakan ditentukan oleh factor-faktor yang berbeda, maka pengukuran penggunaan pelayanan kesehatan akan membuat suatu perbedaan diantara unit-unit pelayanan kesehatan yang berbeda.

Sebagai contoh kita ingin mengukur pelayanan rumah sakit per 100 orang dalam 1 tahun, jumlah kunjungan dokter dalam tahun tertentu atau persentase orang yang mengunjungi seseorang ahli gigi dalam 1 tahun. Ketiga indicator atau dimensi ini telah dipakai oleh Amerika dalam menguji kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan. Untuk itu kita perlu menaruh perhatian pada pengertian sifat umum pengaturan pelayanan kesehatan sebagaimana yang dicerminkan dalam konsep kerangka Anderson dan Newman.

C. Tipe Umum dari Model Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Selama 3 dekade yang lalu, sejumlah riser telah dilakukan ke dalam faktor-faktor penentu (*determinan*) penggunaan pelayanan kesehatan. Kebanyakan dari riset inilah model-model adanya penggunaan pelayanan kesehatan dikembangkan dan dilengkapi.

- 1) Tujuan Penggunaan Model Pelayanan Kesehatan

Anderson dan Newman (1997) menjelaskan bahwa model penggunaan pelayanan kesehatan ini dapat membantu/memenuhi satu atau lebih dari 5 tujuan berikut:

- a. Untuk melukiskan hubungan kedua belah pihak antara factor penentu dari penggunaan pelayanan kesehatan.
- b. Untuk meringankan permasalahan kebutuhan masa depan pelayanan kesehatan.
- c. Untuk menentukan ada/tidak adanya pelayanan dari pemakaian pelayanan kesehatan yang berat sebelah,
- d. Untuk menyarankan cara-cara memanipulasi kebijaksanaan yang berhubungan dengan variable-variabel agar memberikan perubahan-perubahan yang diinginkan,
- e. Untuk menilai pengaruh pembentukan program atau proyek-proyek pemeliharaan/perawatan kesehatan yang baru.

Telah banyak riset di bidang penggunaan pelayanan kesehatan di mana hampir mustahil untuk membahas setiap model spesifik yang telah digunakan sebagai pengganti. Berbagai pendekatan dipakai dalam penelitian penggunaan pelayanan kesehatan yang menurut jenisnya dibedakan ke dalam 7 kategori yang didasarkan pada tipe-tipe variable yang digunakan sebagai determinan-determinan penggunaan pelayanan kesehatan (Anderson dan Anderson, 1997).

2) Tujuan Tipe-tipe Kategori Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Tujuan tipe-tipe kategori dari model-model penggunaan pelayanan kesehatan tersebut adalah kependudukan, struktur sosial, psikologi sosial, sumber keluarga, sumber daya masyarakat, organisasi, dan model-model system kesehatan.

- a. Model demografi (Kependudukan)
- b. Model-model struktur sosial (*Social structure models*)
- c. Model-model sosial psikologis (*Psychological models*)
- d. Model sumber keluarga (*Family resource models*)
- e. Model sumber daya masyarakat (*Community resource models*)
- f. Model-model organisme (*Organization models*)
- g. Model system kesehatan
- h. Model kepercayaan kesehatan (*The health belief models*)

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

Kerangka Teori

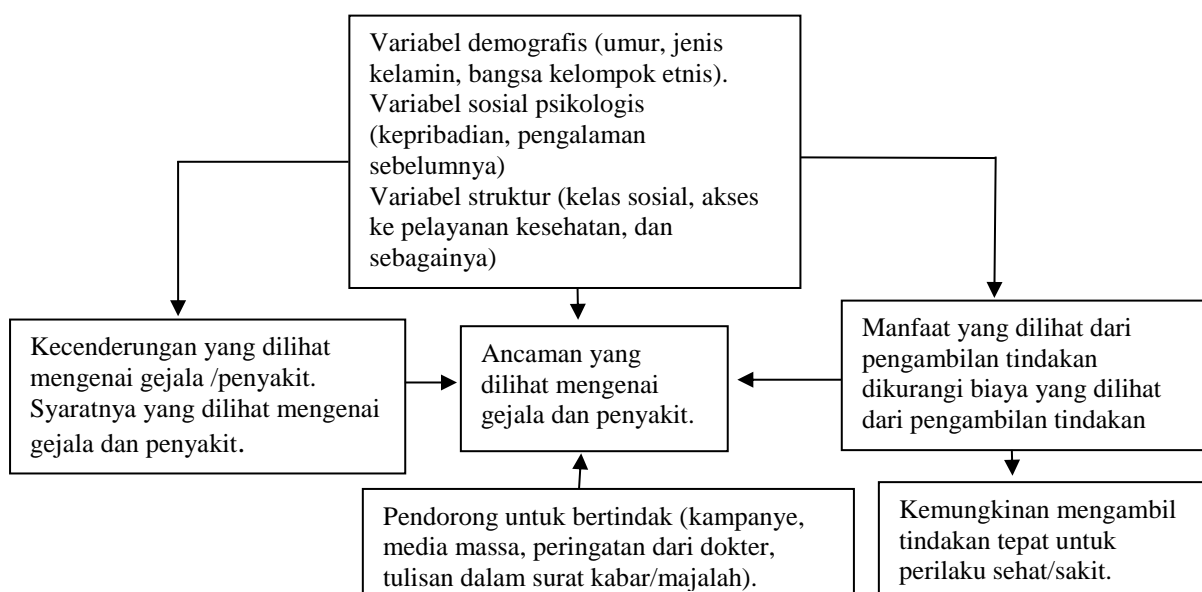
Teori Lewin menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkup kehidupan sosial (masyarakat). Di dalam kehidupan ini individu akan bernilai, baik positif maupun negative, di suatu daerah atau wilayah tertentu. Apabila seseorang keadaannya atau berada pada daerah positif, maka berarti ia ditolak dari daerah negative. Implikasinya

di dalam kesehatan adalah, penyakit atau sakit adalah suatu daerah negative sedangkan sehat adalah wilayah positif.

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

- 1) Kerentanan yang didasarkan (Perceived susceptibility)
Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (susceptible) terhadap penyakit tersebut.
- 2) Keseriusan yang dirasakan (Perceived seriousness)
Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Penyakit polio, misalnya, akan dirasakan lebih serius bila dibandingkan dengan flu. Oleh karena itu, tindakan pencegahan polio akan lebih banyak dilakukan bila dibandingkan dengan pencegahan (pengobatan) flu.
- 3) Manfaat dari rintangan yang dirasakan (Perceived benefit and barriers)
Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakitnya yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.
- 4) Isyarat atau tanda-tanda (Cues)
Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa factor-faktor eksternal. Factor-faktor tersebut, misalnya, pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit, dan sebagainya.

Health Belief Model



i. Model system kesehatan (Health system model)

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

1) Karakteristik predisposisi (Predisposing characteristics)

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

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

b) Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan atau ras, dan sebagainya

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

- Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.

- Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.

- Individu percaya adanya kemajoran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

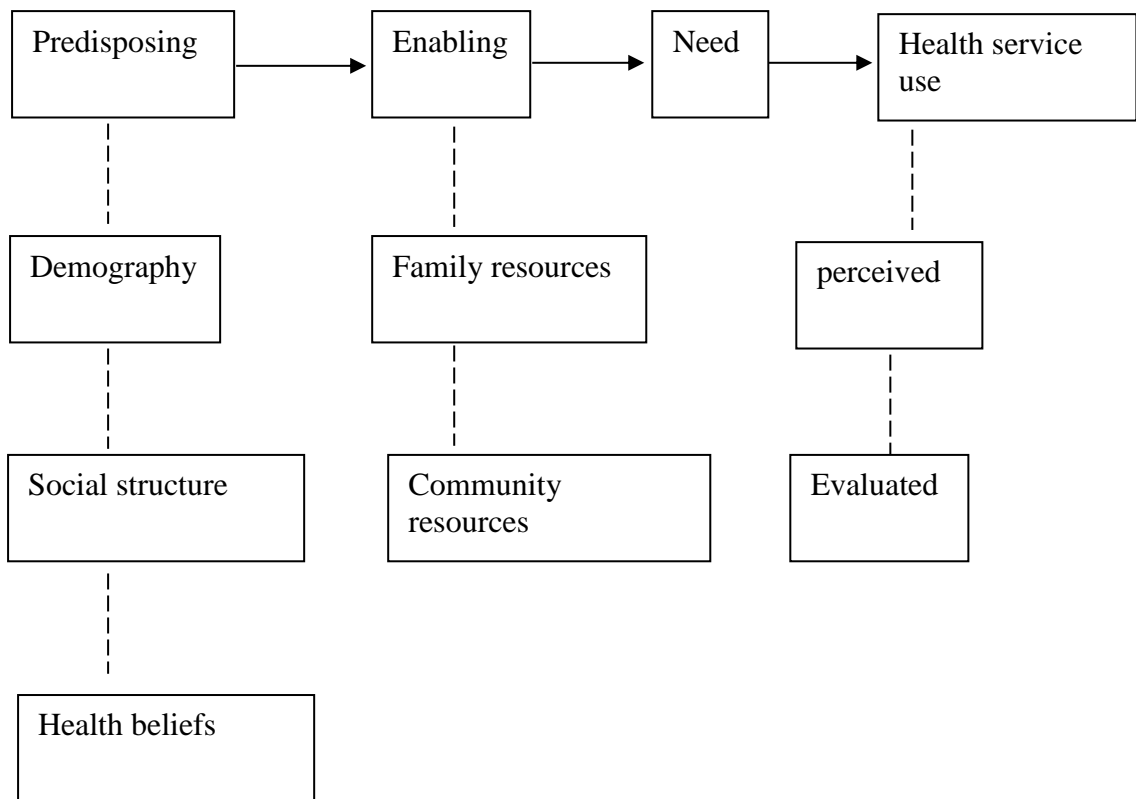
2) Karakteristik pendukung (Enabling characteristics)

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

3) Karakteristik kebutuhan (Need characteristics)

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

Ilustrasi Model Anderson



DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin. 2000. *Dasar-dasar pendidikan kesehatan masyarakat*, ed. 1
- Anderson, Foster, 1986., *Antropologi Kesehatan*, UI, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. (1997). *Deklarasi Jakarta Tentang Promosi Kesehatan pada Abad 21*. Jakarta: PPKM Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Indonesia Sehat 2010*, Depkes, RI, Jakarta:1999.
- Dignan, M.B., Carr, P.A. (1992). *Program Planning for Health Education and Promotion*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Ganong, W.F. (1998). *Review of Medical Physiology*. Dharma, A. (Alih Bahasa). Edisi 16. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Ircham Machfoedz dan Eko Suryani., 2007, *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*, Cetakan Kelima, Penerbit Fitramaya, Yogyakarta.
- Linda Ewles, Ina Sinnett, 1994. *Promosi Kesehatan, Petunjuk Praktis*, Gajah mada University Press, Yogyakarta.
- Lisda Yulianti H, *Promosi Kesehatan untuk Indonesia Sehat 2010; pusdiknakes.or.id "Perkembangan Dan Tantangan Masa Depan Promosi Kesehatan Di Indonesia"*, www.promkes.com
- New placer for new era, leading health promotion into 21 st century*, 4th international conference on health promotion, Jakarta, 21-25 july 1989.
- Ngatimin. 2005. *Dari Hipocrates sampai Winslow dan Pengembangan Ilmu Kesehatan Selanjutnya*. PT. Yayasan PK3, Makassar.
- Ngatimin. 2005. *Sari dan Aplikasi Ilmu Perilaku Kesehatan*. PT. Yayasan PK3, Makassar.
- Ngatimin. 2005. *Komitmen Dokter dan S.K.M Mewujudkan Hidup Sehat*. PT. Yayasan PK3, Makassar.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat ; Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Cetakan Pertama. PT. Rineka Cipta, Jakarta.

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005, Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya, Cetakan Pertama, PT. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007, Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku, Cetakan Pertama, PT. Rineka Cipta, Jakarta
- Nutbeam, D. & Catford, J. C., 1986. Health Promotion in Action: Practical Ideas for Programme Implementation, Health Promotion, Informasi (2).
- Perkins, E.R., Simnett, I., Wright, L. (1999). *Evidence-based Health Promotion*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Pusat Promosi Kesehatan, *Kemitraan dengan sector swasta*. Departemen kesehatan. RI, Yakarta: 2003.
- Rahmat, J. (2001). *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sadiman, A.S., Rahardjo, R., Haryono, A., Rahardjito (2002). *Media Pendidikan : Pengertian, Pengembangan dan Pemanfaatannya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sarwono, S.W. (1992). *Teori-Teori Psikologi Sosial*. Jakarta: P.T. Rajawali Press.
- Schumacher, E.F. (1987). *Kecil itu Indah, Ilmu Ekonomi yang Mementingkan Rakyat Kecil*. Jakarta: LP3ES
- Subarniati, R. Saenun. Qomaruddin, M.B. Rahayuwati, L. Hargono, R. (1996). *Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Surabaya: Bagian Pendidikan Kesehatan dan Perilaku, Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga.
- Walgito, B. (1999). *Pengantar Psikologi Umum*. Jakarta.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glosarry*. Geneva: HPR-HEP WHO.
- World Health Organization. (2000). *Health Promotion*. <http://www.who.int/health-promotion>
- Yusuf, S. (2002). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Rosdakarya. Bandung