

ILMU PERILAKU KESEHATAN

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep., Sp.Kom
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN
Tati Setyawati Ponidjan, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An
Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes
Rosmawati, S.Si.T, MPH
Youla Karamoy, S.Kp.G., M.Kes
Dr. Jean Henry Raule, S.Pd, SKM., M.Kes
Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST., M.Kes
La Ode Alifariki, S.Kep, Ns., M.Kes
Marlyn M. Pandean, S.Pd., SKM., MPH
Dr. Nur Baharia Marasabessy, S.ST., M.Kes
Meliana, SE., M.M
Rosmeri br bukit, SKM, M.Biomed
Jane A. Kolompoy, SKM, MKes
Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes
A. Bungawati, SKM., M.Si
Dr. Siti Asiyah, S.Kep.Ns, M.Kes
Drg. Anie Kristiani, M.Pd

ILMU PERILAKU KESEHATAN

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN
Tati Setyawati Ponidjan, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An
Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes
Rosmawati, S.Si.T, MPH
Youla Karamoy, S.Kp.G.,M.Kes
Dr.Jean Henry Raule.S.Pd, SKM., M.Kes
Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST.,M.Kes
La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes
Marlyn M. Pandean, S.Pd., SKM., MPH
Dr. Nur Baharia Marasabessy, S.ST.,M.Kes
Meliana, SE., M.M
Rosmeri br bukit, SKM,M.Biomed
Jane A. Kolompoy, SKM, MKes
Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes
A.Bungawati, SKM.,M.Si
Dr. Siti Asiyah, S.Kep.Ns, M.Kes
Drg. Anie Kristiani, M.Pd

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

ILMU PERILAKU KESEHATAN

Penulis:

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN
Tati Setyawati Ponidjan, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An
Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes
Rosmawati, S.Si.T, MPH
Youla Karamoy, S.Kp.G.,M.Kes
Dr.Jean Henry Raule.S.Pd, SKM., M.Kes
Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST.,M.Kes
La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes
Marlyn M. Pandean, S.Pd., SKM., MPH
Dr. Nur Baharia Marasabessy, S.ST.,M.Kes
Meliana, SE., M.M
Rosmeri br bukit, SKM,M.Biomed
Jane A. Kolompoy, SKM, MKes
Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes
A.Bungawati, SKM.,M.Si
Dr. Siti Asiyah, S.Kep.Ns, M.Kes
Drg. Anie Kristiani, M.Pd

ISBN :

978-634-7156-16-7

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Ilmu Perilaku Kesehatan mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Ilmu Perilaku Kesehatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Ilmu Perilaku Kesehatan serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 1 Maret 2025

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1	Teori Perubahan Perilaku.....	1
A.	Pendahuluan.....	1
B.	Teori Perubahan Perilaku	1
BAB 2	Model Ekologi Sosial.....	13
A.	Pendahuluan.....	13
B.	Struktur Model Ekologi Sosial	14
BAB 3	Intervensi Perilaku dalam Pengobatan	21
A.	Pendahuluan.....	21
B.	Konsep Dasar Terapi Perilaku dalam Pengobatan.....	23
BAB 4	Dasar-Dasar Teori Perilaku Kesehatan	37
A.	Pendahuluan.....	37
B.	Dasar-dasar teori perilaku Kesehatan	38
BAB 5	Model Transtheoretical.....	48
A.	Pendahuluan.....	48
B.	Model Transtheoretical	49
BAB 6	Model Health Belief Model	59
A.	Pendahuluan.....	59
B.	<i>Health Belief Model</i> (HBM)	60
BAB 7	Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas	67
A.	Pendahuluan.....	67
B.	Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas (PKBK)	68
BAB 8	Tahapan Perubahan Perilaku	83
A.	Pendahuluan.....	83
B.	Tahapan Perubahan Perilaku	84
BAB 9	Precede-Proceed Model	91
A.	Pendahuluan.....	91

B. Konsep Teori Precede-Proceed	91
BAB 10_Observasi Sosial pada Perilaku	109
A. Pendahuluan.....	109
B. Pengaruh Observasi Sosial pada Perilaku dalam Ilmu Perilaku Kesehatan	110
BAB 11_Teori Perilaku Terencana.....	121
A. Pendahuluan.....	121
B. Konsep Teori Perilaku Terencana.....	122
BAB 12_Pengaruh Faktor Sosial terhadap Perilaku Kesehatan	130
A. Pendahuluan.....	130
B. Faktor Sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan.....	131
BAB 13_Teknologi Digital Dalam Promosi Kesehatan	142
A. Pendahuluan.....	142
B. Teknologi Digital dalam Promosi Kesehatan.....	147
BAB 14_Pendekatan Penyakit Kronis	157
A. Pendahuluan.....	157
B. Konsep Penyakit Kronis.....	159
BAB 15_Strategi Perubahan Perilaku Dalam Konteks Global.....	170
A. Pendahuluan.....	170
B. Strategi Perubahan Perilaku dalam Konteks Global.....	172
BAB 16_Teori Dalam Konteks Praktik Kesehatan	185
A. Pendahuluan.....	185
B. Teori Perilaku Kesehatan	185
C. Teori Perubahan Perilaku	186
D. Pentingnya Teori sebagai Landasan dalam Praktik Kesehatan	186
E. Hubungan Antara Teori dan Praktik	187
F. Gambaran Umum Perkembangan Teori dalam Kesehatan	189

G. Tren Perkembangan Teori Kesehatan Modern	190
BAB 17 Promosi Kesehatan Mental Berbasis Perilaku	194
A. Pendahuluan.....	194
B. Konsep Dasar Ilmu Perilaku Kesehatan	197
C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan ...	198
D. Perubahan Perilaku untuk Promosi Kesehatan	200
BAB 18 Konteks Perilaku Kesehatan Masyarakat Indonesia	207
A. Pendahuluan.....	207
B. Konsep Perilaku Kesehatan Masyarakat Indonesia	208
BAB 19 Pendekatan Edukasi dalam Perilaku Kesehatan.....	216
A. Pendahuluan.....	216
B. Perilaku Kesehatan	217

BAB 1

Teori Perubahan Perilaku

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia sendiri. Perilaku manusia merupakan interaksi dari berbagai pengalaman yang pernah dilakukan manusia terhadap lingkungan maupun sesama manusia dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Hal ini berarti pengalaman yang terjadi pada diri seseorang berdampak terhadap terbentuknya perubahan perilaku.

Perubahan perilaku tidak terjadi begitu saja. Ada beberapa hal yang membuat perilaku seseorang bisa berubah, dan perubahan perilaku tersebut merupakan sebuah tindakan yang didasari oleh perencanaan. Perubahan perilaku merupakan proses dimana seseorang merubah tindakan, sikap, kebiasaan, atau pola perilaku secara sengaja untuk mencapai tujuan tertentu (Ariwati, 2024). Dalam bidang kesehatan, ada berbagai teori perubahan perilaku yang telah diaplikasikan untuk memahami serta mempengaruhi perilaku individu, dan masyarakat agar berperilaku hidup sehat.

B. Teori Perubahan Perilaku

1. Definisi Perilaku

Perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi individu dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan sehingga terjadi keseimbangan antara kekuatan pendorong dengan kekuatan penahan (Maulana, 2009). Menurut Skinner seorang Psikolog, perilaku sebagai hasil dari penguatan atau hukuman yang dialami individu. Selanjutnya Skinner

dalam teori perilaku operan berpendapat bahwa perilaku yang mendapat penguatan positif cenderung untuk diulang, sedangkan perilaku yang mendapat hukuman cenderung dihindari.

Sigmund Freud pendiri psikoanalisis berpendapat perilaku sebagai manifestasi konflik antara berbagai pikiran manusia: id, ego, dan superego. Dalam pandangan Freud, perilaku seringkali dipengaruhi oleh dorongan tidak sadar dan pengalaman masa lalu yang tersimpan dalam pikiran manusia, sehingga perilaku merupakan eksplorasi pikiran bawah sadar manusia.

Menurut Carl Rogers yang adalah tokoh psikologi humanistik, perilaku adalah hasil dari upaya individu untuk mencapai aktualisasi diri. Hal ini terjadi karena perilaku manusia dipengaruhi oleh kebutuhan untuk menerima diri sendiri dan potensi penuh. Dalam hal ini, perilaku dipandang sebagai respon positif terhadap lingkungan yang mendukung perkembangan individu.

Menurut Notoadmojo (2010), perilaku adalah respon individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam diri individu. Maka dapat dikatakan perilaku dapat dipelajari atau dikondisikan melalui kegiatan dengan mekanisme respon stimulus (Edberg, 2010). Berdasarkan respon individu terhadap stimulus, maka perilaku dapat bersifat terbuka dan tertutup. Perilaku terbuka dapat dilihat dalam bentuk tindakan nyata, sedangkan perilaku tertutup dalam bentuk pasif sehingga terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, dan kesadaran akan objek. Perilaku pasif dapat disebutkan sebagai sikap (Rosdiana, 2023; Nurmala, 2018).

2. Teori Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku merupakan proses dimana seseorang merubah tindakan, sikap, kebiasaan, atau pola perilaku secara sengaja untuk mencapai tujuan tertentu. Perubahan perilaku dalam bidang kesehatan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu faktor lingkungan

(norma-norma sosial, aksesibilitas sumber daya), strategi intervensi (pendidikan, konseling, teknik modifikasi perilaku) dan faktor peran faktor karakteristik individu (ciri-ciri kepribadian, keyakinan, efikasi diri). Tenaga kesehatan profesional dapat menggunakan berbagai pendekatan untuk memfasilitasi perubahan perilaku dalam promosi kesehatan, yang disesuaikan dengan kebutuhan dan konteks spesifik individu atau kelompok yang ingin mengubah perilaku sehat mereka.

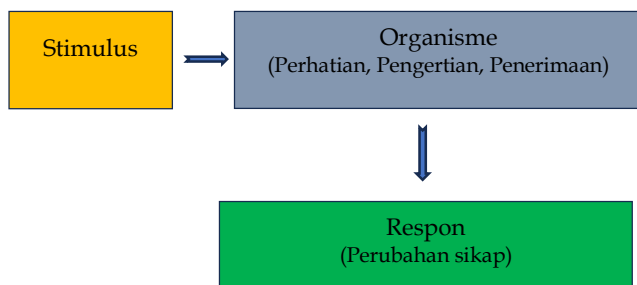
Teori perubahan perilaku adalah berbagai pendekatan dan model tentang bagaimana dan mengapa perilaku individu atau kelompok berubah. Teori perubahan perilaku banyak digunakan pada berbagai bidang ilmu antara lain psikologi, pendidikan, dan kesehatan untuk memahami serta mempengaruhi perilaku individu, dan masyarakat. Teori perubahan perilaku dapat digunakan untuk memprediksi, menjelaskan, dan mengubah perilaku kesehatan melalui konstruk yang telah berhasil dalam teori-teori lain, tetapi disusun dengan cara yang dirancang khusus untuk mendorong inisiasi dan kepatuhan yang berkelanjutan terhadap perubahan perilaku (Ariwati, 2024). Teori perubahan perilaku yang dijelaskan pada bagian ini meliputi teori *S-O-R*, *behaviorisme*, *the health belief model*, dan *social kognitif*.

a. Teori Perubahan Perilaku SOR

Teori S-O-R (*stimulus-organisme-response*) dikemukakan oleh Houland pada tahun 1953. Teori ini asal dari bidang psikologi, kemudian diterapkan dalam Ilmu komunikasi karena objek psikologi dan komunikasi adalah sama yaitu manusia. Asumsi dasar teori ini adalah terjadinya perubahan perilaku bergantung pada kualitas rangsangan (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme (komunikan).

Model teori S-O-R menggambarkan komunikasi sebagai proses aksi-reaksi. Aksi atau pemicu terjadinya reaksi bisa berupa kata-kata tertentu, isyarat nonverbal, dan simbol. Titik penekanan pada model ini adalah

pesan yang disampaikan dapat menimbulkan gairah kepada penerima pesan (komunikan) sehingga komunikan dengan cepat menerima pesan, kemudian komunikan akan mengalami perubahan perilaku. Maka dapat disimpulkan bahwa model komunikasi ini memiliki tiga komponen penting yaitu pesan (S= stimulus), komunikan (O=organisme), dan efek (R=respon) yang dapat digambarkan pada skema berikut (Rosdiana, 2023) :



Gambar 1. Model komunikasi S-O-R

b. Teori Behaviorisme

Teori behavioristik menjelaskan proses perubahan perilaku yang berlangsung relatif lama sebagai hasil dari pengalaman atau belajar dari lingkungan. Teori ini merupakan kerangka kerja psikologis untuk memodifikasi perilaku. Teori behaviorisme dikenal dengan teori pengkondisian klasik, pengkondisian operan (*operent conditioning*) atau pengkondisian Pavlovian yang diperkenalkan pertama kali oleh Tokoh Psikolog Rusia Ivan Petrovick Pavlov (Asfar, 2019 ; Ariwati, 2024).

Teori Pavlov menjelaskan bagaimana rangsangan atau stimulus tertentu dapat memicu respons tertentu melalui pasangan rangsangan dengan peristiwa atau hasil tertentu. Dengan kata lain teori ini

merupakan jenis pembelajaran dimana organisme belajar menghubungkan atau mengasosiasi stimulus. Dalam eksperimennya Pavlov mengobservasi respon anjing terhadap makanan dan bel, dan mengkategorikan stimulus dan respons menjadi dua jenis stimulus dan dua jenis respons yang berhubungan dengan perubahan perilaku, yaitu :

- 1) Stimulus yang tidak terkondisi (*unconditioned stimulating-US*), dan stimulus yang terkondisi (*conditioned stimulus-CS*). US atau stimulus yang tidak terkondisi merupakan stimulus yang ada secara otomatis tanpa pembelajaran terlebih dahulu. US disebut juga sebagai perangsang alami atau perangsang wajar, yaitu perangsang yang memang secara alami, secara wajar menimbulkan respon organisme, misalnya makanan yang menimbulkan air liur pada anjing. Stimulus yang terkondisi (*conditioned stimulus-CS*) yaitu stimulus yang secara alami tidak menimbulkan respons, misalnya mendengar bel, melihat piring, mendengar langkah orang yang memberi makan.
- 2) Respons yang terkondisi (*conditioned response-CR*), dan UR (*Unconditioned response-CR*) atau respon yang tidak terkondisi. UR merupakan respon alami atau respon wajar yang ditimbulkan oleh perangsang atau stimulus tidak terkondisi (US). UR datang secara otomatis sebagai respon dari US, dan stimulus terkondisi atau CS datang dari stimulus netral yang diasosiasikan dengan stimulus tidak terkondisi sehingga menghasilkan respon yang terkondisi (Ormrod, 2008)

c. *Health Belief Model (HBM)*

Health Belief Model merupakan salah satu teori perubahan perilaku kesehatan dengan konsep psikologis sosial. HBM dikembangkan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan khususnya peningkatan pelayanan kesehatan (Rosdiana, 2023). *Health Belief Model* merupakan suatu konsep yang

mengungkapkan alasan individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat. *Health belief model* juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat. *Health belief model* adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan (Johan, 2023).

Health Belief Model dicetus pada tahun 1950-an berkat hasil penelitian Psikolog Sosial U.S Public Health Service (USPHS) Godfrey Hokbaum, Irwin Rosenstock, dan Stephen Kegeles tentang kondisi minimnya masyarakat yang datang melakukan skrining tuberkulosis gratis menggunakan X-ray. Dalam riset tersebut mereka menemukan isu terbesar adalah motivasi. Apa yang memotivasi seseorang datang dan melakukan pemeriksaan kesehatan, sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku mencari kesehatan atau perilaku sehat dianggap dimotivasi oleh beberapa faktor yang merupakan konstruksi pembentuk *Health Belief Model*, yaitu :

- 1) persepsi terhadap keterentanan (*perceived suscepibility*)

Hal ini mengacu pada persepsi subyektif individu terhadap risiko dari kondisi kesehatannya. Di dalam kasus penyakit secara medis, dimensi tersebut meliputi penerimaan terhadap hasil diagnosa, perkiraan pribadi terhadap adanya *resusceptibilily* (timbul kepekaan Kembali), dan *susceptibilily* (kepekaan/kerentanan) terhadap penyakit secara umum.

- 2) Persepsi terhadap keparahan penyakit (*perceived severity*)

Adalah keseriusan yang dirasa, atau perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat,

dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*)

- 3) Persepsi terhadap manfaat tindakan (*perceived benefits*).

Adalah manfaat yang dirasakan. Penerimaan *susceptibility* atau kerentanan seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung ke arah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan (*belief*) terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keparahan (*severity*), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

- 4) Persepsi terhadap penghambat dalam melakukan tindakan tersebut (Edberg, 2010).

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

- 5) *Perceived threat*. Kerentanan sebagai penentu awal bagaimana seseorang mengakui bahwa perilaku mereka dapat menyebabkan penyakit tertentu. Ancaman merupakan seberapa besar kemungkinan

suatu penyakit dapat berkembang. Empat konstruksi persepsi dimodifikasi dari variabel lainnya, seperti budaya, tingkat pendidikan, pengalaman, ketrampilan, dan motivasi. Karakteristik individu yang mempengaruhi persepsi individu. Pengalaman masa lalu dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi keparahan. (Jones dan Bartlett, 2010 dalam Johan, 2023).

6) *Likelihood of action.*

Setelah menyadari potensi untuk mengembangkan penyakit, jika perilaku tidak berubah maka penting untuk menurunkan manfaat dan hambatan untuk mengambil keputusan dan menentukan apakah itu sangat berharga.

7) *Cues to action*

Suatu perilaku dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya, self-efficacy yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu.

Conner & Norman (2003 dalam Johan, 2023) mengungkapkan bahwa *Health Belief model* telah banyak digunakan untuk memahami perilaku sehat, beberapa hal yang bisa diidentifikasi dengan HBM diantaranya :

- 1) Perilaku sehat yang bersifat preventif termasuk promosi kesehatan (contoh diet olahraga) dan resiko kesehatan

2) Perilaku saat sakit, kepatuhan menanti rekomendasi medis.

d. Teori Kognitif Sosial (*social cognitive Theory*)

Teori Kognitif Sosial (SCT) dulu dikenal sebagai teori pembelajaran sosial. Fokus teori ini adalah interaksi antara individu dengan lingkungan dekatnya. (Edberg, 2010). Menurut SCT, perubahan perilaku terjadi karena fungsi dari beberapa faktor, yaitu :

1) Karakteristik individu (internal)

Karakteristik individu meliputi perasaan efektivitas diri, kemampuan perilaku, harapan, dan tingkat kendali diri. Perasaan efektivitas diri adalah perasaan individu tentang suatu perilaku yang baru, keyakinannya bahwa ia dapat melakukannya dan mengatasi hambatan dalam melakukannya. Kemampuan perilaku seseorang sangat berhubungan dengan tingkat pengetahuan dan ketrampilan terhadap perilaku baru. Harapan adalah pengharapan individu tentang apa yang akan terjadi apabila mereka membuat perubahan, dan apabila hasil yang diharapkan baik akan mendapatkan penghargaan. Tingkat kendali diri dalam membuat suatu perubahan perilaku diperlukan untuk mengatasi emosi yang muncul dalam perubahan perilaku.

2) Faktor lingkungan (eksternal)

Merupakan lingkungan sosial dan fisik yang ada di seseorang. Faktor lingkungan meliputi perilaku orang lain (*modeling*) dan konsekuensi dari perilaku tersebut yang berakhir dengan pembelajaran lewat pengalaman orang lain (*vicarious learning*), kondisi atau situasi pada saat perilaku diterapkan dan persepsi terhadap situasi oleh individu, serta penguatan (positif atau negatif) yang diberikan pada individu sebagai respons terhadap perilaku.

3) Proses interaktif dari determinisme timbal balik

Yaitu seseorang bertindak berdasarkan faktor-faktor individual dan sosial atau lingkungan, menerima respons dan lingkungan, menyesuaikan perilakunya,

bertindak lagi, dan seterusnya. Hal ini berarti proses berulang yakni seorang individu melakukan perubahan berdasarkan karakteristik individual dan sosial/lingkungan, menerima suatu respons, membuat penyesuaian ke perilakunya, dan seterusnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariwati, V. D., dkk. (2024). *Konsep Dasar Promosi kesehatan*. Malang : Future Science Publisher
- Asfar, A. M. I., Asfar, A. . I. A., & Halamury, M. F. (2019). *Teori Behaviorisme (Theory of Behaviorism)* (Issue February). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34507.44324>
- Edberg, M. (2010). *Buku Ajar Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.
- Johan. H. (2023). *Buku Ajar Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kesehatan*. Purwokerto Selatan : PT Pena Persada Kerta Utama
- Maulana., & Heru, D. J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Nurmala. (2018). *Promosi kesehatan*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Ormrod., & Ellis. J. (2008). *Psikologi Pendidikan Membantu Siswa Tumbuh dan Berkembang*. Jakarta: Erlangga.
- Rosdiana., dkk. (2023). *Strategi Perubahan Perilaku*. Padang : Get Press Indonesia.

BIODATA PENULIS



Ns. Ivonne, A.V. Gasper, S.Kep., M.Kep, lahir di Ambon, pada 14 Desember 1969. Menyelesaikan pendidikan Ners di Universitas Hasanudin Makassar tahun 2007 dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Keperawatan Tual Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 2

Model Ekologi Sosial

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom

A. Pendahuluan

Model Ekologi Sosial (Social Ecological Model) adalah pendekatan multidimensional yang digunakan untuk memahami interaksi antara individu dan lingkungannya dalam berbagai tingkatan. Model ini pertama kali diperkenalkan oleh Urie Bronfenbrenner pada tahun 1979 dalam teorinya tentang ekologi perkembangan manusia (Bronfenbrenner, 1979). Seiring berkembangnya waktu, model ini telah diadaptasi dalam berbagai bidang, termasuk kesehatan masyarakat, pendidikan, dan kebijakan sosial (McLeroy et al., 1988).

Pendekatan ekologi sosial menekankan bahwa perilaku individu tidak hanya dipengaruhi oleh faktor personal, tetapi juga oleh lingkungan sosial dan struktural, seperti keluarga, komunitas, kebijakan publik, dan budaya (Stokols, 1996). Dalam konteks kesehatan masyarakat, misalnya, model ini sering digunakan untuk merancang intervensi yang lebih efektif dengan mempertimbangkan determinan sosial yang berkontribusi terhadap perilaku kesehatan (Sallis et al., 2008).

Bab ini akan membahas konsep dasar Model Ekologi Sosial, sejarah perkembangannya, serta penerapannya dalam berbagai bidang. Selain itu, akan diuraikan berbagai komponen utama dari model ini, termasuk tingkatan individu, interpersonal, komunitas, organisasi, dan kebijakan publik.

Model Ekologi Sosial adalah pendekatan yang digunakan untuk memahami interaksi kompleks antara individu dan lingkungan sosialnya dalam berbagai tingkatan. Model ini menekankan bahwa perilaku individu tidak hanya ditentukan oleh faktor personal, tetapi juga oleh lingkungan sosial dan struktural yang lebih luas (Bronfenbrenner, 1979).

Pendekatan ini pertama kali diperkenalkan oleh **Urie Bronfenbrenner** dalam teorinya tentang ekologi perkembangan manusia, yang menguraikan bagaimana individu berkembang dalam berbagai sistem sosial yang saling berinteraksi, yaitu mikrosistem, mesosistem, ekosistem, makrosistem, dan kronosistem (Bronfenbrenner, 1979). Sejak saat itu, model ini mengalami banyak adaptasi, termasuk dalam bidang kesehatan masyarakat (McLeroy et al., 1988) dan promosi kesehatan (Stokols, 1996).

Dalam penelitian kesehatan masyarakat, model ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko dan protektif dalam suatu populasi, dengan memperhitungkan konteks sosial dan lingkungan di mana individu hidup dan berinteraksi (Sallis et al., 2008).

B. Struktur Model Ekologi Sosial

Model Ekologi Sosial terdiri dari beberapa tingkatan yang saling berinteraksi, yaitu:

1. Tingkatan Individu

Merujuk pada karakteristik individu seperti usia, jenis kelamin, status kesehatan, dan faktor psikologis yang mempengaruhi perilaku seseorang (Glanz et al., 2008). Contoh: Pengetahuan, sikap, dan motivasi individu dalam menerapkan pola hidup sehat.

2. Tingkatan Interpersonal

Mencakup hubungan dengan keluarga, teman, dan kelompok sosial lainnya yang dapat memengaruhi perilaku individu (McLeroy et al., 1988). Contoh: Dukungan sosial dari keluarga dalam menerapkan pola makan sehat.

3. Tingkatan Komunitas

Mencakup faktor lingkungan sosial yang lebih luas, termasuk budaya, norma sosial, dan struktur komunitas (Stokols, 1996). Contoh: Norma budaya yang memengaruhi kebiasaan merokok atau aktivitas fisik di masyarakat.

4. Tingkatan Organisasi

Mengacu pada institusi atau organisasi yang memiliki pengaruh terhadap perilaku individu, seperti tempat kerja, sekolah, dan fasilitas kesehatan (Sallis et al., 2008). Contoh: Kebijakan perusahaan tentang promosi kesehatan di tempat kerja.

5. Tingkatan Kebijakan Publik

Berkaitan dengan kebijakan, regulasi, dan hukum yang dapat membentuk perilaku sosial dan kesehatan masyarakat (McLeroy et al., 1988). Contoh: Kebijakan larangan merokok di area publik atau kebijakan pajak terhadap minuman manis.

Model ini mengilustrasikan bahwa intervensi yang efektif tidak hanya harus berfokus pada individu, tetapi juga pada faktor sosial dan struktural yang lebih luas.

Interaksi antara Tingkatan dalam Membentuk Perilaku

Model Ekologi Sosial tidak hanya mengidentifikasi tingkatan yang mempengaruhi perilaku, tetapi juga menyoroti bagaimana tingkatan tersebut **berinteraksi** satu sama lain.

1. Interaksi antara Individu dan Interpersonal

Individu sering kali dipengaruhi oleh norma sosial dan dukungan dari keluarga serta teman. **Contoh:** Seseorang yang memiliki teman-teman yang aktif berolahraga lebih mungkin untuk mengadopsi kebiasaan olahraga dibandingkan dengan individu yang lingkungannya tidak mendukung aktivitas tersebut (Stokols, 1996).

2. Interaksi antara Interpersonal dan Komunitas

Komunitas yang memiliki norma sosial yang positif dapat memperkuat perilaku yang baik di dalam kelompok interpersonal. **Contoh:** Jika komunitas mendukung

penggunaan masker saat pandemi, individu dalam keluarga cenderung mengikuti norma ini dan mengadopsinya dalam interaksi sehari-hari (Sallis et al., 2008).

3. Interaksi antara Komunitas dan Organisasi
Institusi seperti sekolah dan tempat kerja berperan dalam membentuk kebiasaan komunitas dengan menyediakan sumber daya dan kebijakan yang mendukung perilaku sehat. **Contoh:** Sekolah yang memiliki kebijakan kantin sehat akan mendorong komunitas sekolah untuk mengonsumsi makanan yang lebih sehat (Glanz et al., 2008).
4. Interaksi antara Organisasi dan Kebijakan Publik
Regulasi dan kebijakan pemerintah dapat mempengaruhi bagaimana institusi menjalankan program-programnya. **Contoh:** Kebijakan pemerintah yang mengharuskan perusahaan menyediakan ruang laktasi bagi ibu menyusui akan meningkatkan dukungan bagi perempuan pekerja dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya (McLeroy et al., 1988).
5. Interaksi antara Kebijakan Publik dan Individu
Kebijakan publik dapat memengaruhi perilaku individu secara langsung maupun tidak langsung melalui berbagai insentif dan regulasi. **Contoh:** Kebijakan wajib vaksinasi di sekolah dapat meningkatkan cakupan imunisasi anak-anak, meskipun keputusan akhir tetap ada pada orang tua (Sallis et al., 2008).

Aplikasi Model Ekologi Sosial

Model Ekologi Sosial telah diterapkan dalam berbagai bidang, termasuk :

1. Kesehatan Masyarakat

Model ini banyak digunakan dalam intervensi kesehatan masyarakat untuk menangani masalah kesehatan seperti obesitas, penyakit menular, dan kesehatan mental (Sallis et al., 2008). Contoh: Program promosi aktivitas fisik berbasis

komunitas yang mempertimbangkan faktor individu, keluarga, dan kebijakan pemerintah.

2. Pendidikan

Dalam pendidikan, model ini membantu memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan dan keberhasilan akademik siswa (Bronfenbrenner, 2005). Contoh: Hubungan antara dukungan keluarga, lingkungan sekolah, dan kebijakan pendidikan terhadap prestasi siswa.

3. Kebijakan Sosial

Model ini juga digunakan dalam merancang kebijakan sosial yang lebih efektif dengan mempertimbangkan berbagai tingkatan pengaruh terhadap individu (Stokols, 1996). Contoh: Kebijakan perlindungan anak yang melibatkan lingkungan keluarga, komunitas, dan regulasi pemerintah.

Kritik dan Keterbatasan Model

Meskipun Model Ekologi Sosial sangat berguna, terdapat beberapa kritik terhadap model ini, antara lain :

1. Kompleksitas dalam Implementasi

Model ini melibatkan banyak faktor dan tingkatan, sehingga sulit diterapkan dalam penelitian dan kebijakan kesehatan masyarakat yang membutuhkan pendekatan yang lebih sederhana (Sallis et al., 2008).

2. Kesulitan dalam Mengukur Pengaruh Antar Tingkatan

Interaksi antar tingkat dalam model ini sering kali sulit diukur secara kuantitatif, sehingga penelitian berbasis model ini lebih sering menggunakan pendekatan kualitatif (Stokols, 1996).

3. Fokus pada Konteks daripada Individu

Beberapa ahli berpendapat bahwa model ini terlalu menekankan faktor sosial dan struktural, sehingga kurang memberikan perhatian pada peran individu dalam mengubah perilakunya sendiri (McLeroy et al., 1988).

Model Ekologi Sosial memberikan pendekatan yang komprehensif dalam memahami interaksi antara individu dan lingkungannya. Dengan mempertimbangkan berbagai

tingkatan pengaruh, model ini dapat digunakan untuk merancang intervensi yang lebih efektif dalam berbagai bidang, termasuk kesehatan masyarakat, pendidikan, dan kebijakan sosial.

Namun, meskipun model ini memiliki banyak keunggulan, penerapannya memerlukan pemahaman yang mendalam tentang dinamika sosial dan kebijakan yang mempengaruhi perilaku individu. Oleh karena itu, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengembangkan strategi yang lebih efisien dalam menerapkan model ini dalam berbagai konteks.

Struktur Model Ekologi Sosial mencerminkan pendekatan multidimensi dalam memahami perilaku manusia. Dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan di berbagai tingkatan (individu, interpersonal, komunitas, organisasi, dan kebijakan publik), model ini memungkinkan perancangan intervensi yang lebih efektif.

Selain itu, interaksi antara tingkatan dalam model ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku tidak hanya bergantung pada individu, tetapi juga dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan struktural. Oleh karena itu, pendekatan berbasis ekologi sosial sangat relevan dalam berbagai bidang, termasuk kesehatan masyarakat, pendidikan, dan kebijakan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. SAGE Publications.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 282-298.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 465-482). Jossey-Bass.

BIODATA PENULIS



Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep., Sp.Kom lahir di Denpasar, pada 4 Desember 1976. Ia tercatat sebagai lulusan Fakultas Ilmu Keperawatan UI dan Program Doktorat Ilmu Kesehatan FKM-Unair. Wanita yang kerap disapa Yessy ini adalah anak dari pasangan Sudarso (ayah) dan Alm. Sri Hartini (ibu). **Yessy Dessy Arna** merupakan Dosen Bidang Ilmu Keperawatan di **Poltekkes Kemenkes Surabaya** dan Praktisi *Wound Care*. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah terpublikasi pada Jurnal Nasional terakreditasi dan jurnal Internasional. Bertugas sebagai Asesor LAM-PTKes dan Penyuluh Anti Korupsi LSP-KPK.

BAB 3

Intervensi Perilaku dalam Pengobatan

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN

A. Pendahuluan

Intervensi perilaku adalah strategi yang dirancang untuk memengaruhi tindakan individu terkait kesehatan mereka. Dalam intervensi medis, yang umum dilakukan adalah uji klinis terhadap obat, prosedur bedah, atau perangkat medis tertentu. Dalam uji klinis ini, dokter memberikan layanan yang berbeda kepada pasien dan mengevaluasi hasilnya. Untuk memastikan keakuratan hasil, variasi dalam perilaku pasien biasanya diminimalkan dengan cara menekankan kepatuhan terhadap prosedur yang ditentukan. Berbeda dengan itu, dalam intervensi perilaku, fokusnya adalah pada perubahan perilaku pasien itu sendiri. Intervensi ini bertujuan untuk membantu individu mengadopsi perilaku yang mendukung kesehatan. Dalam menghadapi masalah seperti tingginya tingkat penyakit yang dapat dicegah (McGinness dan Foege, 1993) atau kesenjangan kesehatan antar kelompok ras, intervensi perilaku menjadi salah satu kunci solusi. Bab ini akan membahas keberhasilan dan kegagalan berbagai intervensi perilaku serta menyelidiki alasan mengapa beberapa intervensi lebih efektif dibandingkan yang lain.

Intervensi perilaku dapat diterapkan pada tiga tingkat: individu, komunitas, dan nasional.

1. Tingkat Individu

Pada tingkat ini, intervensi bertujuan untuk mendorong individu yang memiliki risiko tinggi terhadap penyakit tertentu agar melakukan tindakan pencegahan.

Contohnya meliputi program penghentian kebiasaan merokok, penggunaan obat untuk hipertensi, atau olahraga rutin untuk penderita diabetes. Tindakan ini mencakup perubahan gaya hidup, seperti pola makan sehat dan olahraga, serta tindakan medis seperti pemeriksaan tekanan darah atau kadar kolesterol secara berkala. Semua tindakan tersebut dikendalikan oleh individu itu sendiri. Salah satu uji coba terbesar di tingkat individu adalah Uji Coba Intervensi Faktor Risiko Ganda (MRFIT) pada tahun 1970-an. Uji coba ini melibatkan lebih dari 12.000 pria berisiko tinggi terkena penyakit jantung, yang diberikan program penurunan tekanan darah, kolesterol, dan penghentian merokok melalui konseling dan modifikasi perilaku. Meskipun ada perubahan faktor risiko pada kelompok perlakuan, hasil mortalitasnya hanya sedikit lebih baik dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa pendekatan individu saja tidak cukup untuk menghasilkan perubahan signifikan.

2. Tingkat Komunitas

Kegagalan relatif dari pendekatan individu menyebabkan munculnya intervensi di tingkat komunitas. Intervensi ini dirancang untuk memodifikasi lingkungan yang mendukung perilaku kesehatan. Contohnya adalah program tahun 1980-an yang berfokus pada penyakit kardiovaskular, menggunakan media massa, skrining populasi, dan organisasi masyarakat untuk mempromosikan perilaku sehat. Namun, hasilnya kurang memuaskan, karena faktor risiko kesehatan dan hasilnya tidak jauh berbeda di lokasi intervensi dibandingkan lokasi kontrol.

3. Tingkat Nasional

Berbeda dengan pendekatan komunitas, kebijakan publik dan intervensi nasional menunjukkan hasil yang lebih efektif. Contohnya adalah penerapan pajak rokok dan pembatasan area merokok yang berhasil menurunkan tingkat konsumsi rokok. Kampanye nasional seperti laporan Surgeon General tahun 1964 tentang bahaya tembakau

berperan penting dalam penurunan jumlah perokok dalam beberapa dekade terakhir. Demikian pula, kampanye Mothers Against Drunk Driving (MADD) berhasil mengurangi angka kecelakaan yang disebabkan oleh pengemudi mabuk. Kampanye lain, seperti informasi tentang bahaya kolesterol tinggi, juga berdampak pada perubahan pola makan, seperti penurunan konsumsi daging merah, telur, dan produk susu berlemak tinggi.

Keberhasilan intervensi nasional menunjukkan bahwa perubahan perilaku pada skala besar memerlukan pendekatan sistemik yang didukung oleh kebijakan dan pendidikan kesehatan. Dengan demikian, pengembangan intervensi perilaku yang efektif membutuhkan integrasi pendekatan individu, komunitas, dan nasional untuk menciptakan perubahan yang berkelanjutan.

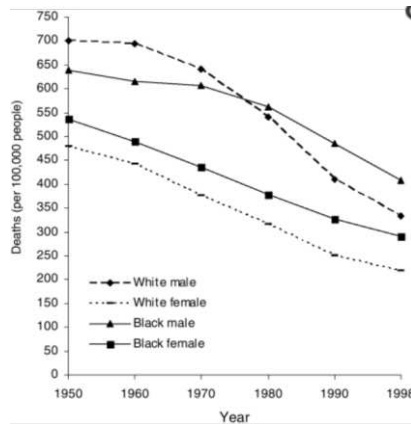
B. Konsep Dasar Terapi Perilaku dalam Pengobatan

1. Sifat Dari Intervensi Perilaku

Perilaku kesehatan mencakup banyak aspek, sehingga intervensi perilaku juga luas. Untuk memperkenalkan topik ini, akan sangat membantu jika kita melihat sebuah contoh. Banyak intervensi yang telah dicoba berfokus pada penyakit kardiovaskular, dan bab ini melakukan hal yang sama.

Untuk mempersiapkan panggung, informasi tentang kesehatan penyakit kardiovaskular disajikan. Gambar 17-1 menunjukkan angka kematian penyakit kardiovaskular dari waktu ke waktu untuk berbagai kelompok ras dan jenis kelamin. Sejak tahun 1950, angka kematian akibat penyakit kardiovaskular telah menurun secara keseluruhan. Di antara pria kulit putih, misalnya, angka kematian turun 52 persen. Untuk pria dan wanita, gradien rasial dalam mortalitas penyakit kardiovaskular telah meningkat. Perubahan relatif terbesar terjadi pada pria. Dibandingkan dengan 52 persen penurunan angka kematian penyakit kardiovaskular di antara orang kulit putih, angka kematian orang kulit hitam hanya turun 36 persen. Di antara wanita, terjadi penurunan 54 persen kematian pada kulit putih dan 46 persen kematian

pada kulit hitam. Peningkatan gradien rasial dalam mortalitas menunjukkan pentingnya memahami bagaimana intervensi mempengaruhi kelompok ras dan jenis kelamin tertentu.



Gambar 1. Kematian akibat penyakit kardiovaskular berdasarkan ras

Proses penyakit kardiovaskular dimulai dengan adanya faktor risiko, yaitu atribut individu yang membuat mereka lebih rentan mengalami kejadian medis serius. Beberapa faktor risiko bersifat eksogen, seperti riwayat keluarga dengan penyakit jantung atau kelainan genetik. Sementara itu, faktor risiko lainnya (setidaknya sebagian) berada di bawah kendali individu, seperti hipertensi, kadar kolesterol tinggi, merokok, obesitas, dan diabetes. Individu dengan faktor risiko tinggi memiliki kemungkinan lebih besar mengalami kejadian serius, seperti serangan jantung dan stroke, dibandingkan individu dengan risiko rendah. Bagi mereka yang selamat dari kejadian akut, risiko tetap tinggi untuk waktu tertentu.

Intervensi medis klasik biasanya berfokus pada pengobatan individu yang mengalami serangan jantung. Berbagai terapi yang tersedia meliputi pemberian obat-obatan, angioplasti balon, hingga operasi bypass arteri koroner. Efektivitas relatif dari terapi-terapi ini telah dievaluasi melalui uji klinis. Selain itu, uji klinis juga telah

mengkaji obat-obatan yang paling efektif untuk mengelola hipertensi, kadar kolesterol tinggi, dan diabetes.

Intervensi perilaku ditujukan pada faktor-faktor risiko lainnya. Salah satu intervensi yang tergolong “sederhana” adalah mendorong individu untuk berhenti merokok (meskipun sederhana dalam tujuan, berhenti merokok sering kali sulit untuk dilakukan). Intervensi yang lebih kompleks menargetkan individu dengan beberapa faktor risiko sekaligus dan mendorong perubahan perilaku yang beragam, seperti berhenti merokok, mengurangi konsumsi makanan berlemak, menurunkan asupan kalori secara keseluruhan, rutin berolahraga, mengunjungi dokter untuk pemeriksaan hipertensi dan kolesterol, serta mematuhi pedoman pengobatan. Perubahan perilaku ini sering kali tidak terlepas dari perawatan medis. Bahkan, perawatan medis yang efektif memerlukan perubahan perilaku pasien. Namun, pendekatan ini bertujuan untuk mendorong individu mengambil tindakan aktif, bukan hanya menjadi penerima pasif intervensi medis.

Terdapat pula intervensi lain yang menjadi jembatan antara faktor medis dan perilaku. Misalnya, dokter mungkin tidak memesan tes yang diperlukan untuk mengukur kadar kolesterol atau tidak meresepkan obat yang sesuai untuk menurunkannya. Beberapa intervensi baru dirancang untuk memperbaiki perilaku dokter guna mengatasi keterbatasan ini. Namun, program-program yang lebih luas tidak dibahas secara mendalam dalam bab ini.

Perubahan perilaku individu dapat dilakukan melalui beberapa cara. Salah satunya adalah dengan menargetkan individu berisiko tinggi dan mendorong perubahan perilaku di kelompok ini. Strategi ini efektif jika individu bertindak secara otonom, dan dampak kesehatan terbesar berasal dari orang-orang dengan risiko sangat tinggi. Strategi alternatif adalah dengan menargetkan kelompok dengan risiko sedang dalam jumlah lebih besar. Pendekatan ini lebih sesuai jika banyak individu dengan risiko kecil secara kumulatif

menyebabkan dampak kesehatan yang lebih besar dibandingkan sedikit individu dengan risiko sangat tinggi (Rose, 1992). Pendekatan ini juga relevan jika terdapat efek teman sebaya yang memengaruhi perilaku kelompok berisiko tinggi terhadap rata-rata risiko populasi.

Dalam strategi berbasis populasi, perhatian akan diarahkan pada intervensi di tingkat komunitas atau nasional. Semua bentuk intervensi, baik di tingkat individu, komunitas, maupun nasional, dapat bergantung pada perubahan informasi atau lingkungan. Pada bagian selanjutnya dari bab ini, saya akan mengevaluasi keberhasilan berbagai intervensi pada ketiga tingkat tersebut.

2. Intervensi Individual

Intervensi individu yang paling penting dalam perilaku kesehatan dilakukan pada tahun 1970-an. Pengetahuan tentang faktor risiko penyakit kardiovaskular semakin kuat pada tahun 1960-an. Hasil dari Framingham Heart Study dan upaya penelitian lainnya menunjukkan pentingnya beberapa faktor risiko penyakit kardiovaskular: hipertensi (atau tekanan darah tinggi), kolesterol tinggi, obesitas, merokok, dan diabetes. Tujuan kebijakan alamiahnya adalah melakukan intervensi untuk mengubah faktor-faktor risiko ini. Pada tahun 1970-an, berbagai eksperimen dirancang untuk melakukan hal ini. Intervensi yang paling penting adalah Percobaan Intervensi Faktor Risiko Ganda (Gotto, 1997; Kelompok Penelitian Percobaan Intervensi Faktor Risiko Ganda, 1982, 1990, 1996).

Jenis-jenis intervensi perilaku pada individu:

a. Konseling Kesehatan personal

Konseling kesehatan yang disesuaikan dengan individu menjadi landasan intervensi perilaku pada tingkat ini. Pendekatan ini melibatkan penyedia layanan kesehatan yang bekerja secara langsung dengan pasien untuk mengidentifikasi risiko kesehatan tertentu, seperti tekanan darah tinggi, merokok, atau kebiasaan makan

yang buruk. Konselor berfokus pada pembuatan rencana individual yang menangani risiko-risiko ini sambil mempertimbangkan preferensi, latar belakang budaya, dan gaya hidup pasien. Sebagai contoh, konselor dapat membantu pasien menetapkan tujuan kebugaran mingguan sambil mengakomodasi jadwal kerja dan kemampuan fisik mereka. Perhatian pribadi ini tidak hanya memotivasi tetapi juga memberdayakan pasien untuk bertanggung jawab atas perjalanan kesehatan mereka.

b. Penetapan Tujuan Perilaku

Penetapan tujuan perilaku adalah elemen penting dari intervensi individu. Hal ini melibatkan penetapan tujuan yang realistis, terukur, dan terikat waktu, seperti menurunkan 5% berat badan dalam enam bulan atau berjalan kaki selama 30 menit setiap hari. Tujuan sering kali dipecah menjadi langkah-langkah yang lebih kecil dan bertahap untuk mencegah pasien merasa terbebani. Sebagai contoh, seseorang yang tidak banyak bergerak dapat memulai dengan berjalan kaki selama lima menit setiap hari dan secara bertahap meningkatkan durasinya. Pencapaian yang dapat dicapai ini akan menumbuhkan rasa pencapaian dan membuat pasien tetap termotivasi sepanjang perjalanan kesehatan mereka.

c. Wawancara Motivasi

Wawancara motivasi (MI) adalah teknik yang banyak digunakan untuk membantu individu dalam mengatasi ambivalensi tentang perubahan perilaku. Sesi MI biasanya melibatkan penyedia layanan kesehatan yang mengajukan pertanyaan terbuka untuk membantu pasien mengartikulasikan alasan mereka sendiri dalam melakukan perubahan, seperti berhenti merokok atau mengurangi asupan gula. Dengan berfokus pada motivasi intrinsik pasien daripada memberikan arahan,

MI mendorong otonomi dan membangun kepercayaan diri pasien dalam kemampuan mereka untuk berhasil.

d. Penggunaan Teknologi dalam Pemantauan Mandiri

Kemajuan teknologi telah merevolusi intervensi kesehatan individu. Pasien semakin banyak menggunakan aplikasi dan perangkat yang dapat dikenakan untuk memantau aktivitas fisik, asupan kalori, dan pola tidur mereka. Sebagai contoh, pasien diabetes dapat melacak kadar glukosa darah mereka menggunakan aplikasi ponsel pintar yang disinkronkan dengan pengukur glukosa. Teknologi ini tidak hanya memberikan umpan balik langsung, tetapi juga memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk memantau kemajuan pasien dari jarak jauh, sehingga mendorong pendekatan kolaboratif untuk manajemen kesehatan.

e. Terapi Perilaku dan Manajemen Stres

Stres adalah penghalang umum untuk mengadopsi perilaku sehat. Terapi perilaku, seperti Terapi Perilaku Kognitif (CBT), sering kali dimasukkan ke dalam intervensi individu untuk mengatasi tantangan ini. CBT membantu pasien mengidentifikasi dan memodifikasi pola pikir negatif yang berkontribusi terhadap stres, kecemasan, atau kebiasaan tidak sehat. Sebagai contoh, seseorang yang rentan terhadap stres-makan dapat mempelajari teknik-teknik seperti meditasi kesadaran atau latihan pernapasan dalam untuk mengelola pemicunya.

f. Dukungan Keluarga dan Sosial

Keterlibatan anggota keluarga dapat secara signifikan meningkatkan keberhasilan intervensi individu. Anggota keluarga dapat memberikan dukungan emosional dan membantu menciptakan lingkungan yang kondusif untuk perubahan positif. Misalnya, sebuah keluarga dapat secara kolektif mengadopsi pola makan yang lebih sehat untuk

mendukung upaya salah satu anggotanya menurunkan berat badan. Selain itu, melibatkan teman dekat atau kolega dalam rutinitas kebugaran, seperti olahraga bersama, dapat membuat prosesnya lebih menyenangkan dan berkelanjutan.

g. Edukasi dan Pemberdayaan Pasien

Edukasi adalah komponen kunci dari intervensi individu, karena membekali pasien dengan pengetahuan untuk membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan mereka. Sebagai contoh, seorang pasien dengan kolesterol tinggi dapat belajar tentang efek lemak trans terhadap kesehatan jantung dan cara membaca label nutrisi untuk menghindarinya. Materi edukasi, lokakarya, dan kursus online dapat lebih memberdayakan pasien untuk mempertahankan gaya hidup sehat dalam jangka panjang.

h. Strategi Pencegahan Kekambuhan

Perubahan perilaku sering kali mengalami kemunduran. Strategi pencegahan kambuh bertujuan untuk membantu individu mengantisipasi dan mengelola tantangan-tantangan ini. Sebagai contoh, seorang perokok yang mencoba untuk berhenti dapat mengembangkan rencana untuk menghindari situasi sosial di mana merokok merupakan hal yang lazim atau memiliki sistem pendukung yang dapat diandalkan saat mengidam. Fokusnya adalah belajar dari kekambuhan daripada melihatnya sebagai kegagalan, yang membantu pasien mempertahankan komitmen jangka panjang.

i. Intervensi Khusus untuk Populasi Rentan

Populasi tertentu, seperti lansia, wanita hamil, atau individu dengan penyakit kronis, memerlukan intervensi khusus. Sebagai contoh, program prenatal mungkin menekankan pentingnya asam folat dan menghindari alkohol, sementara program untuk orang dewasa yang lebih tua mungkin berfokus pada menjaga

mobilitas dan mencegah jatuh. Pendekatan yang disesuaikan ini mengatasi tantangan dan prioritas unik dari setiap demografi.

j. Mekanisme Evaluasi dan Umpan Balik

Evaluasi kemajuan secara teratur sangat penting untuk menjaga motivasi dan memastikan efektivitas intervensi. Penyedia layanan kesehatan dapat menggunakan pemeriksaan berkala untuk meninjau pencapaian pasien, mendiskusikan hambatan yang dihadapi, dan menyesuaikan rencana intervensi yang sesuai. Penguatan positif selama sesi ini dapat meningkatkan kepercayaan diri dan komitmen pasien terhadap tujuan kesehatan mereka.

3. Intervensi di Tingkat Komunitas

Pengganti dari intervensi tingkat individu adalah intervensi tingkat komunitas, yang dirancang untuk mengubah lingkungan secara keseluruhan. Intervensi ini dibahas dalam dua untaian. Untaian pertama membahas eksperimen di tingkat komunitas yang dirancang untuk mendorong perilaku kesehatan yang lebih baik. Intervensi kedua mencakup intervensi kebijakan publik seperti perpajakan dan regulasi yang memengaruhi apa yang boleh dilakukan atau harga yang harus dibayar untuk melakukan sesuatu.

a. Meningkatkan Kesadaran Masyarakat Melalui Kampanye

Kampanye kesadaran masyarakat memainkan peran penting dalam intervensi masyarakat dengan menyebarkan informasi kesehatan yang penting. Kampanye-kampanye ini memanfaatkan media massa, termasuk televisi, radio, media sosial, dan acara-acara lokal, untuk mengedukasi masyarakat mengenai bahaya merokok, manfaat olahraga teratur, atau pentingnya vaksinasi. Sebagai contoh, kampanye anti tembakau sering kali menampilkan testimoni kehidupan nyata dan gambar grafis untuk mencegah inisiasi merokok.

b. Program Dukungan Berbasis Kelompok

Program berbasis kelompok menumbuhkan rasa kebersamaan dan akuntabilitas di antara para peserta. Program-program ini termasuk kelas kebugaran, kelompok penurunan berat badan, atau lokakarya berhenti merokok di mana para anggotanya berbagi pengalaman, tantangan, dan keberhasilan. Dinamika kelompok mendorong dukungan dari teman sebaya, yang telah terbukti secara signifikan meningkatkan motivasi dan kepatuhan terhadap tujuan kesehatan.

c. Melibatkan Sekolah dan Institusi Pendidikan

Sekolah adalah platform penting untuk intervensi kesehatan masyarakat. Program yang mempromosikan pola makan sehat, aktivitas fisik, dan kesadaran akan kesehatan mental di kalangan siswa sering kali memiliki efek riak yang mempengaruhi keluarga dan komunitas yang lebih luas. Sebagai contoh, sekolah dapat memperkenalkan menu kantin yang lebih sehat, kelas pendidikan jasmani wajib, dan kampanye anti-bullying untuk mendorong pendekatan holistik terhadap kesehatan.

d. Inisiatif Kesehatan di Tempat Kerja

Tempat kerja berfungsi sebagai tempat utama lainnya untuk intervensi masyarakat. Perusahaan dapat mempromosikan kesehatan karyawan melalui program kesehatan yang menawarkan sumber daya seperti fasilitas kebugaran di tempat, pilihan kantin yang sehat, dan lokakarya manajemen stres. Insentif keuangan, seperti pengurangan premi asuransi bagi karyawan yang memenuhi tolok ukur kesehatan, semakin mendorong partisipasi.

e. Memanfaatkan Pemimpin dan Pemberi Pengaruh Lokal

Intervensi masyarakat sering kali melibatkan kemitraan dengan pemimpin lokal yang terpercaya, seperti tokoh agama, pengorganisir masyarakat, atau influencer media sosial. Orang-orang ini dapat

memperkuat pesan-pesan kesehatan dan mendorong partisipasi masyarakat dengan memanfaatkan hubungan dan kredibilitas mereka.

f. Meningkatkan Akses ke Sumber Daya

Mengatasi hambatan struktural terhadap kesehatan adalah fokus utama dari intervensi masyarakat. Hal ini dapat dilakukan dengan membangun taman umum dan fasilitas rekreasi, memastikan akses terhadap produk segar yang terjangkau melalui pasar petani, atau membangun klinik kesehatan masyarakat di daerah yang kurang terlayani.

g. Menargetkan Komunitas Berisiko Tinggi

Intervensi komunitas sering kali berfokus pada lingkungan atau kelompok demografis yang secara tidak proporsional terkena dampak masalah kesehatan. Sebagai contoh, program yang menargetkan daerah berpenghasilan rendah dapat menekankan cara-cara yang terjangkau untuk menjaga pola makan yang sehat atau menyediakan pemeriksaan gratis untuk kondisi seperti hipertensi dan diabetes.

h. Intervensi Perilaku dalam Kebijakan Publik

Kebijakan lokal dapat memperkuat intervensi masyarakat. Contohnya adalah larangan merokok di tempat umum, pembatasan penjualan minuman manis, dan perencanaan kota yang memprioritaskan infrastruktur yang ramah bagi pejalan kaki.

i. Pemantauan dan Evaluasi

Menilai dampak dari intervensi di tingkat masyarakat sangatlah penting. Survei kesehatan rutin dan sesi umpan balik dari masyarakat memastikan bahwa program-program yang dijalankan tetap relevan dan efektif. Pendekatan berbasis data ini memungkinkan perbaikan berkelanjutan dan alokasi sumber daya yang efisien.

4. Intervensi di Tingkat Nasional

- a. Menerapkan Peraturan Perundang-undangan yang Berorientasi Kesehatan

Pemerintah nasional memainkan peran penting dalam menciptakan lingkungan peraturan yang mempromosikan kesehatan. Kebijakan seperti label nutrisi wajib, pembatasan lemak trans, dan pajak atas produk tembakau secara langsung memengaruhi perilaku masyarakat. Langkah-langkah ini sering kali disertai dengan hukuman atas ketidakpatuhan untuk memastikan kepatuhan yang meluas.

- b. Kampanye Media Massa untuk Jangkauan Nasional

Kampanye media nasional, seperti iklan antirokok atau inisiatif kesadaran akan obesitas, dirancang untuk menjangkau jutaan warga negara. Kampanye-kampanye ini menggunakan pesan-pesan yang beresonansi secara emosional dan dukungan selebriti untuk memaksimalkan dampaknya, yang sering kali menghasilkan perubahan perilaku yang signifikan.

- c. Memperkuat Infrastruktur Kesehatan

Pemerintah sering berinvestasi dalam memperluas infrastruktur kesehatan untuk memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diakses oleh semua warga negara. Hal ini termasuk membangun rumah sakit baru, mendanai pusat kesehatan masyarakat, dan menerapkan jaringan telemedicine untuk menjangkau daerah-daerah terpencil.

- d. Cakupan Kesehatan Universal

Program nasional yang menyediakan layanan kesehatan gratis atau bersubsidi, seperti vaksinasi, skrining, dan manajemen penyakit kronis, mengurangi hambatan keuangan dan mendorong akses yang adil terhadap perawatan.

- e. Integrasi Sistem Pendidikan

Kebijakan pendidikan nasional sering kali mengamanatkan penyertaan topik kesehatan dalam

kurikulum sekolah. Siswa belajar tentang nutrisi, aktivitas fisik, kesehatan mental, dan pencegahan penyalahgunaan narkoba, yang menjadi dasar bagi gaya hidup yang lebih sehat.

f. Kolaborasi Internasional

Intervensi nasional sering kali mendapat manfaat dari kolaborasi dengan organisasi global, seperti WHO atau UNICEF. Kemitraan ini menyediakan pendanaan, keahlian, dan kerangka kerja untuk mengatasi tantangan kesehatan berskala besar seperti pandemi atau malnutrisi.

g. Evaluasi Berkelanjutan dan Penyesuaian Kebijakan

Pemerintah secara teratur mengevaluasi efektivitas kebijakan kesehatan nasional melalui analisis data dan umpan balik dari masyarakat. Evaluasi ini menginformasikan penyesuaian kebijakan, memastikan bahwa intervensi tetap selaras dengan kebutuhan kesehatan masyarakat yang terus berkembang.

DAFTAR PUSTAKA

- National Research Council (US) Panel on Race, Ethnicity, and Health in Later Life; Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B, editors. Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. 17, Behavioral Health Interventions: What Works and Why? Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK25527/>
- Gitlin, L. N., & Czaja, S. J. (2015). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing*. Springer publishing company.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemporary clinical trials*, 37(2), 234-241.
- Collins, L. M., Murphy, S. A., Nair, V. N., & Strecher, V. J. (2005). A strategy for optimizing and evaluating behavioral interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(1), 65-73.
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (Eds.). (2013). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (Vol. 21). Academic Press.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *American journal of preventive medicine*, 22(4), 267-284.
- Meeker, D., Linder, J. A., Fox, C. R., Friedberg, M. W., Persell, S. D., Goldstein, N. J., ... & Doctor, J. N. (2016). Effect of behavioral interventions on inappropriate antibiotic prescribing among primary care practices: a randomized clinical trial. *Jama*, 315(6), 562-570.
- Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & US Preventive Services Task Force. (2021). Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 325(3), 265-279.

BIODATA PENULIS



Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN, Lahir di Ranomeeto, 05 Juli 1984. Memulai Pendidikan Tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Famika Makassar pada tahun 2001 dan lulus pada tahun 2006. Melanjutkan Pendidikan Strata dua dalam bidang Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Western Mindanao State University Tahun 2008-2010. Saat ini bekerja sebagai tenaga pendidik di Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga, Fakultas Sains dan Teknologi Universitas Sembilanbelas November Kolaka

BAB 4

Dasar-Dasar Teori Perilaku Kesehatan

Tati Setyawati Ponidjan, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An.

A. Pendahuluan

Perilaku kesehatan adalah komponen penting dalam meningkatkan kualitas hidup individu dan masyarakat secara keseluruhan. Perilaku kesehatan mengacu pada tindakan atau keputusan yang diambil oleh individu atau kelompok untuk menjaga, memperbaiki, atau memulihkan kesehatan mereka. Pengetahuan, sikap, norma sosial, budaya, dan lingkungan fisik dan sosial adalah beberapa faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan. Memahami dasar-dasar teori perilaku kesehatan sangat penting, terutama ketika kita menghadapi tantangan kesehatan global di era modern, seperti pandemi, perubahan gaya hidup, dan meningkatnya penyakit tidak menular (PTM). Penelitian terbaru menunjukkan bahwa perilaku kesehatan yang buruk, seperti kurang aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, dan kebiasaan merokok, adalah penyebab utama penyakit kronis (WHO, 2022).

Bab ini bertujuan untuk memberikan pemahaman mendalam tentang prinsip-prinsip dasar teori perilaku kesehatan. Teori perilaku kesehatan didasarkan pada konsep-konsep penting termasuk definisi, faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan, dan model teoretis yang digunakan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku. Setelah pembaca memahami teori-teori ini, diharapkan pembaca dapat menerapkan pengetahuan ini dalam praktik kesehatan masyarakat dan proses pengambilan keputusan individu.

B. Dasar-dasar teori perilaku Kesehatan

1. Defenisi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah segala bentuk tindakan yang dilakukan individu atau kelompok dalam rangka mempertahankan atau meningkatkan kesehatan mereka. Menurut Glanz et al. (2022), perilaku kesehatan mencakup tiga dimensi utama:

- a. Perilaku preventif : Tindakan yang dilakukan untuk mencegah penyakit, seperti vaksinasi, cuci tangan, atau menggunakan masker.
- b. Perilaku promotif : Aktivitas yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan, seperti olahraga rutin dan pola makan sehat.
- c. Perilaku pengobatan : Tindakan yang dilakukan ketika seseorang sakit, seperti minum obat sesuai resep dokter atau menjalani terapi medis.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Berikut adalah beberapa faktor utama:

a. Faktor Internal

- 1) Pengetahuan dan Pendidikan : Individu dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi cenderung memiliki perilaku kesehatan yang lebih baik. Sebuah studi oleh Smith & Jones (2020) menunjukkan bahwa edukasi kesehatan yang tepat dapat meningkatkan kesadaran akan risiko penyakit dan mendorong adopsi perilaku sehat.
- 2) Sikap dan Keyakinan : Sikap individu terhadap kesehatan, seperti keyakinan bahwa gaya hidup sehat dapat mencegah penyakit, memainkan peran penting dalam membentuk perilaku Kesehatan.
- 3) Motivasi : Motivasi intrinsik (dari dalam diri) dan ekstrinsik (dari luar) juga memengaruhi keputusan individu untuk berperilaku sehat

b. Faktor Eksternal

- 1) Norma Sosial dan Budaya : Norma sosial, seperti tekanan dari keluarga atau masyarakat, dapat memengaruhi perilaku kesehatan. Misalnya, di beberapa budaya, makan bersama keluarga besar sering kali melibatkan konsumsi makanan tinggi kalori.
- 2) Lingkungan Fisik : Akses terhadap fasilitas kesehatan, infrastruktur olahraga, dan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat juga memengaruhi perilaku Kesehatan.

3. Model-Model Teori Perilaku Kesehatan

Untuk memahami dan memprediksi perilaku kesehatan, para ahli telah mengembangkan berbagai model teoretis. Berikut adalah beberapa model yang paling relevan:

a. Teori Perilaku Terencana (Theory of Planned Behavior - TPB)

Teori Perilaku Terencana yang dikembangkan oleh Ajzen (2020), menyatakan bahwa niat seseorang untuk melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu:

- 1) Sikap terhadap perilaku : Evaluasi individu terhadap hasil dari perilaku tersebut.
- 2) Norma subjektif : Tekanan sosial yang dirasakan individu untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku.
- 3) Kontrol perilaku persepsi : Keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk melakukan perilaku tersebut.

Niat dipersepsikan sebagai penangkap motivasi dalam menggerakkan perilaku. Jika seseorang memiliki niat yang kuat maka semakin besar pula perilaku itu akan dilakukan. Sebuah studi oleh Brown, J., Green, T., & White, (2022) menemukan bahwa TPB efektif dalam memprediksi perilaku vaksinasi di kalangan remaja.

b. Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model - HBM)

Model Kepercayaan Kesehatan berfokus pada persepsi individu terhadap risiko penyakit dan manfaat dari tindakan pencegahan. Model ini mencakup enam komponen utama:

1) Persepsi kerentanan

Sejauh mana seseorang percaya bahwa mereka berisiko terkena penyakit atau masalah kesehatan tertentu disebut persepsi kerentanan. Ini sangat penting karena jika seseorang tidak merasa rentan terhadap suatu kondisi, mereka cenderung tidak akan mengambil tindakan pencegahan.

Contoh: Seseorang yang merokok mungkin tidak merasa rentan terhadap kanker paru-paru jika mereka belum menyaksikan dampak langsung dari teman atau keluarga yang merokok; namun, jika mereka memiliki riwayat kanker paru-paru dalam keluarga mereka, mereka mungkin merasa lebih rentan.

2) Persepsi keparahan

Persepsi keparahan adalah persepsi seseorang terhadap konsekuensi serius yang mungkin disebabkan oleh penyakit atau masalah kesehatan tertentu. Ini mencakup dampak medis (seperti rasa sakit, kecacatan, atau kematian) dan dampak sosial (seperti biaya perawatan atau penurunan produktivitas).

Sebagai contoh, seseorang yang menyadari bahwa diabetes dapat menyebabkan komplikasi serius seperti gagal ginjal atau kebutaan cenderung lebih termotivasi untuk mengontrol pola makannya.

3) Manfaat tindakan pencegahan

Manfaat tindakan pencegahan adalah keyakinan seseorang bahwa melakukan tindakan tertentu akan mengurangi risiko atau menghindari

konsekuensi negatif dari penyakit. Komponen ini menekankan betapa pentingnya bagi individu untuk memahami seberapa efektif intervensi kesehatan.

Sebagai contoh, seseorang yang menganggap vaksinasi dapat mencegah infeksi virus lebih mungkin divaksinasi. Dengan cara yang sama, seseorang yang percaya bahwa berolahraga secara teratur dapat menurunkan risiko penyakit jantung akan lebih termotivasi untuk melakukannya.

4) Hambatan untuk bertindak

Faktor-faktor yang dianggap oleh individu sebagai penghalang untuk mengadopsi perilaku kesehatan tertentu dikenal sebagai hambatan untuk bertindak. Hambatan-hambatan ini dapat berupa fisik, psikologis, finansial, atau sosial.

Contoh: Fisik: Setelah bekerja seharian, seseorang mungkin merasa terlalu lelah untuk berolahraga.

Finansial: Bagi orang dengan pendapatan rendah, biaya vaksinasi atau obat-obatan yang mahal dapat menjadi penghalang.

Psikologis: Ketakutan terhadap jarum suntik dapat menghalangi seseorang dari menerima vaksin.

Sosial: Tradisi budaya atau stigma sosial dapat mencegah seseorang mendapatkan bantuan medis.

5) Isyarat untuk bertindak

Stimulus internal atau eksternal yang mendorong seseorang untuk bertindak tertentu disebut isyarat untuk bertindak. Isyarat ini dapat berupa informasi, nasihat dokter, kampanye kesehatan, atau bahkan pengalaman pribadi seperti gejala awal penyakit.

Sebagai contoh, sebuah kampanye kesehatan yang menekankan pentingnya menjalani pemeriksaan kesehatan secara teratur dapat mendorong orang untuk mengunjungi dokter.

Seseorang mungkin ingin melakukan tes kesehatan jika mereka mengalami gejala awal, seperti batuk yang terus-menerus.

- 6) Faktor modifikasi (misalnya, demografi atau kepribadian)

Karakteristik demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan), kepribadian, status sosial ekonomi, dan pengalaman masa lalu adalah faktor modifikasi tambahan yang dapat memengaruhi persepsi dan keputusan seseorang tentang perilaku kesehatan.

Sebagai contoh, karena risiko penyakit yang lebih tinggi pada orang tua, mereka mungkin lebih peduli terhadap kesehatan mereka. Orang-orang dengan status sosial ekonomi yang lebih rendah dapat mengalami kesulitan mendapatkan layanan kesehatan, dan orang-orang dengan pendidikan tinggi cenderung lebih responsif terhadap informasi kesehatan.

Menurut Wang et al., (2022), HBM telah berhasil digunakan untuk meningkatkan kesediaan dan partisipasi petugas Kesehatan untuk menerima vaksin covid-19 di China.

- c. Model Transteoretis (Transtheoretical Model - TTM)

Model Transteoretis menggambarkan perubahan perilaku sebagai proses bertahap yang melibatkan lima tahap:

- 1) Pra-kontemplasi

Pada fase ini, orang tidak berencana untuk mengubah perilaku mereka dalam waktu dekat, biasanya dalam enam bulan ke depan. Mereka mungkin tidak menyadari bahwa tindakan mereka bermasalah atau merugikan kesehatan.

- 2) Kontemplasi

Pada fase ini, orang mulai mempertimbangkan untuk mengubah tindakan mereka, tetapi belum membuat keputusan yang jelas. Meskipun mereka

menyadari masalah tersebut, mereka tetap ragu atau bimbang.

3) Persiapan

Pada fase ini, individu telah membuat keputusan untuk mengubah perilaku mereka dan mulai merencanakan tindakan nyata; biasanya, mereka siap untuk bertindak dalam waktu singkat, seringkali hanya dalam waktu satu bulan.

4) Aksi

Pada fase ini, orang secara aktif mengubah perilaku mereka; mereka benar-benar bertindak untuk mengadopsi perilaku baru dan meninggalkan perilaku lama.

5) Pemeliharaan

Pada fase ini, orang telah berhasil mengubah perilaku mereka dan berusaha untuk mempertahankan perubahan tersebut agar mereka tidak kembali ke perilaku lama.

Model ini sering digunakan dalam program rehabilitasi merokok dan pengelolaan berat badan (Anderson, S., & Davis, 2022).

d. Teori Precede-Proceed Model

Teori ini dikembangkan dari teori perilaku yang telah rumuskan sebelumnya oleh ahli Lawrence Green pada tahun 1980, dengan menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatannya. Berdasarkan teori ini, ada 3 faktor yang dapat mempengaruhi perilaku yaitu predisposing, enabling dan reinforcing causes in educational diagnosis and evaluation (PRECEDE), sebagai berikut:

1) Predisposing

Meliputi unsur pengetahuan dan sikap, nilai dan kepercayaan serta demografi.

2) Enabling

Meliputi unsur ketersediaan sumber daya kesehatan (tenaga Kesehatan, sarana dan prasarana, ketrampilan, serta keterjangkauan sumber daya).

3) Reinforcing

Meliputi keluarga (suami, istri, orang tua, anak), teman dan petugas Kesehatan.

Sedangkan PROCEED adalah policy, regulatory, organizational construct, in educational and environmental development, yang mendampingi program dalam PRECEDE. Model teori ini efektif dalam merubah perilaku kesehatan pasien diabetes melitus (Rosman et al., 2021).

4. Implementasi Teori Perilaku Kesehatan dalam Praktik

Teori-teori perilaku kesehatan tidak hanya berguna untuk memahami perilaku individu tetapi juga untuk merancang intervensi kesehatan yang efektif. Contohnya, kampanye kesehatan publik sering kali menggunakan prinsip-prinsip TPB dan HBM untuk meningkatkan kesadaran dan motivasi individu (Ajzen, 2020). Selain itu, pendekatan berbasis TTM telah terbukti efektif dalam membantu individu melewati tahap-tahap perubahan perilaku secara bertahap (Prochaska & Velicer, 1997). Model Precede-Proceed dapat digunakan untuk berbagai program kesehatan, seperti program pemberdayaan masyarakat (Sutisna Sulaeman et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (2020). The Theory of Planned Behavior: Frequently Asked Questions. *Journal of Health Psychology, Frequently Asked Questions*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1359105320946856>
- Anderson, S., & Davis, M. (2022). Smoking Cessation Interventions Based on the Transtheoretical Model: A Meta-Analysis. *Addiction Research & Theory, The Transtheoretical Model in Smoking Cessation Programs*, 30(2), 56-68.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1987543>
- Brown, J., Green, T., & White, L. (2022). Applying the Theory of Planned Behavior to Adolescent Vaccination Uptake. *Journal of Health Psychology, Applying the Theory of Planned Behavior to Adolescent Vaccination Uptake*, 27(4), 123-135.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2022). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice (5th ed.)*. Jossey-Bass.
- Irwan (2017). *Etika dan perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Absolute Media.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Rahman, M., Khan, A., & Ali, S. (n.d.). The Role of Attitudes and Beliefs in Health Behavior Change. *Health Promotion International, Attitudes and Beliefs as Predictors of Health Behavior Change: Evidence from a Longitudinal Study.*, 37(3), 45-56.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/daab012>
- Rosman, A., Yusuf, S., & Tahir, T. (2021). Konsep, Model Atau Teori Yang Efektif Sebagai Pendekatan Edukasi Dalam Merubah Perilaku Pasien Diabetes Melitus : Literatur Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 12(1).

- <https://doi.org/10.26751/jikk.v12i1.845>
- Smith, A., & Jones, B. (2020). The impact of school environment on social skills development in primary school students. *Journal of Educational Psychology*, 45(3), 201-215.
- Sutisna Sulaeman, E., Murti, B., & Waryana, W. (2017). Aplikasi Model PRECEDE-PROCEED Pada Perencanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Berbasis Penilaian Kebutuhan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Kedokteran YARSI*, 23(3).
<https://doi.org/10.33476/jky.v23i3.230>
- Wang, H., Huang, Y. M., Su, X. Y., Xiao, W. J., Si, M. Y., Wang, W. J., Gu, X. F., Ma, L., Li, L., Zhang, S. K., Yang, C. X., Yu, Y. Q., & Qiao, Y. L. (2022). Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: a multicenter national survey among medical care workers in China. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 18(5).
<https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2076523>
- (WHO), W. H. O. (2022). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* .. faktor-faktor perilaku yang memengaruhi penyakit tidak menular (PTM) dan strategi pencegahannya secara global.

BIODATA PENULIS



Tati Setyawati Ponidjan, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An, lahir di Bitung, Sulawesi Utara pada 4 Agustus 1968. Penulis adalah dosen Keperawatan Anak sejak tahun 1995 sampai sekarang di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado, yang aktif dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi (Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat). Sebelumnya pernah bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow selama 5 tahun. Penulis merupakan alumnus perawat pendidik keperawatan anak di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2001 dan Sarjana Pendidikan pada Universitas Negeri Manado tahun 2002. Tahun 2011 lulus pendidikan Ners di Universitas Sam Ratulangi Manado dan Magister Keperawatan anak serta Spesialis Keperawatan anak pada Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia, tahun 2016.

BAB 5

Model Transtheoretical

Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes

A. Pendahuluan

Perubahan perilaku adalah proses kompleks yang melibatkan banyak faktor, baik internal maupun eksternal. Seiring dengan berkembangnya pemahaman tentang psikologi manusia, berbagai model dan teori telah dikembangkan untuk memfasilitasi pemahaman dan implementasi perubahan perilaku. Salah satu model yang banyak digunakan dalam konteks ini adalah Teori Model *Transtheoretical* (*Transtheoretical Model*).

Model ini menawarkan kerangka kerja yang komprehensif untuk memahami bagaimana individu bergerak melalui berbagai tahapan dalam upaya melakukan perubahan perilaku tertentu, seperti berhenti merokok, meningkatkan aktivitas fisik, atau mengadopsi pola makan sehat. James Prochaska dan Carlo DiClemente adalah tokoh utama yang mengembangkan model ini (Snelling, 2014).

Model *Transtheoretical* merupakan pendekatan dalam perubahan perilaku yang bergantung pada kesiapan individu untuk mengambil tindakan yang lebih sehat. Model ini menyediakan strategi dan proses perubahan yang bertujuan membantu individu berperilaku sehat melalui berbagai tahap perubahan dan pemeliharaan kesehatan. Model ini juga menggambarkan cara individu mengubah perilaku yang bermasalah dan mengadopsi perilaku yang lebih positif. *Transtheoretical Model* menekankan pentingnya pengambilan keputusan oleh individu. Salah satu asumsi mendasar dari

model ini adalah bahwa individu tidak dapat mengubah perilaku dalam waktu singkat, terutama untuk kebiasaan yang telah berlangsung lama, terdapat lima tahap yang harus dilalui individu untuk mencapai perubahan, yaitu: *Pre-contemplation*, *Contemplation*, *Preparation*, *Action*, dan *Maintenance* (Irwan, 2017).

B. Model Transtheoretical

1. Pengertian Model *Transtheoretical*

Model *Transtheoretical* merupakan sebuah model yang digunakan untuk memahami perubahan perilaku individu. Model ini dikembangkan oleh James O. Prochaska dan Carlo C. DiClemente pada akhir tahun 1970-an. Model *Transtheoretical* menjelaskan bahwa perubahan perilaku bukanlah suatu proses linier, melainkan melalui serangkaian tahapan yang berbeda. Model transtheoretical menggunakan dimensi temporal, tahapan perubahan, untuk mengintegrasikan proses dan prinsip perubahan dari berbagai teori intervensi, oleh karena itu dinamakan *transtheoretical*. Model ini muncul dari analisis komparatif teori-teori terkemuka psikoterapi dan perubahan perilaku (Irwan, 2017; Prochaska & Velicer, 1997).

2. Tahap-tahap Perubahan Perilaku dalam Model *Transtheoretical*

Penelitian selama lebih dari 30 tahun di bidang “perubahan perilaku” telah mengungkapkan bahwa manusia dapat dan memang berhasil membuat perubahan hidup yang menantang dengan upaya mereka sendiri. Meskipun setiap individu akan berubah dengan cara dan kecepatan yang berbeda-beda, penelitian menunjukkan bahwa mereka melalui lima tahap dalam melakukan perubahan (Prochaska et al., 2010).

a. Tahap 1 Prakontemplasi atau Tidak Sadar

Beberapa orang belum mulai melewati tahap-tahap perubahan. Orang-orang ini berada pada tahap tidak sadar. Mereka tidak melihat bahwa mereka mempunyai masalah. Mereka mungkin menyangkal bahwa ada

masalah meskipun ada bukti sebaliknya. Individu dalam tahap ini akan secara aktif menolak perubahan atau diskusi apa pun mengenai masalah perilaku yang dihadapi.

b. Tahap 2 Kontemplasi

Pada tahap ini, orang mulai menyadari bahwa perilaku dan pilihan mereka mungkin menimbulkan masalah dan mulai berpikir untuk memecahkannya. Namun, selain dengan keinginan untuk berubah, ketakutan dan kecemasan akan perubahanlah yang menarik individu-individu ini ke arah yang bertentangan. Beberapa orang terjebak dalam tahap ini karena mereka menunggu “momen ajaib” untuk perubahan. Yang lain mencari cara untuk mempertahankan perilaku mereka saat ini sambil mengurangi dampak buruknya.

c. Tahap 3 Persiapan

Individu pada tahap ini mulai kurang fokus pada masa lalu dan lebih fokus pada masa depan. Alternatif dan solusi menjadi perhatian utama. Beberapa kecemasan mungkin masih bertahan, namun individu semakin yakin akan keputusan untuk berubah. Penting untuk meluangkan waktu untuk bersiap menghadapi perubahan sebelum terjun ke dalamnya. Setiap individu akan ingin mempertimbangkan berbagai pilihan dan mengevaluasi manfaat serta konsekuensi dari masing-masing pilihan sebelum membuat keputusan tentang tindakan apa yang harus dilakukan.

d. Tahap 4 Tindakan

Pada tahap ini, orang membuat komitmen terhadap rencana perubahan tertentu dan melaksanakannya. Fokus tahap ini adalah upaya melawan penyakit secara efektif – menemukan alternatif yang sehat terhadap cara-cara lama, memecahkan masalah dalam situasi sulit, dan fokus pada manfaat perubahan.

e. Tahap 5 Pemeliharaan atau Tetap Melakukannya

Tahap ini memberikan individu kesempatan untuk mengevaluasi kembali rencana mereka dan membuat penyesuaian. Perubahan jarang terjadi tanpa adanya kesalahan. Kesalahan tidak sama dengan kegagalan. Tahap ini mendorong individu untuk terus mengerjakan rencana perubahan mereka meskipun mengalami frustrasi atau “tergelincir”. Dukungan orang lain dan manfaat perubahan akan membantu mempertahankan motivasi.

3. Penggunaan Sepuluh Proses dalam Perubahan Perilaku

Salah satu komponen paling berharga dari model perubahan adalah penggunaan sepuluh proses yang mendukung perubahan. Proses-proses ini dapat diimplementasikan melalui ratusan teknik atau metode. Kuncinya adalah menyadari bahwa banyak proses tersedia untuk mendukung upaya perubahan seseorang (Prochaska et al., 2010).

Ada sepuluh proses perubahan yang secara umum dapat dipecah menjadi dua kategori. Proses “pra-tindakan” paling baik digunakan untuk membantu individu dalam tahap prakontemplasi, kontemplasi, dan persiapan perubahan. Proses pra tindakan berfokus pada membimbing individu menuju niat untuk berubah dan mencakup (Prochaska & Velicer, 1997):

- a. Peningkatan Kesadaran: Mengumpulkan informasi menggunakan seluruh spektrum proses akan meningkatkan peluang individu untuk membuat perubahan perilaku yang bertahan lama dan positif untuk memungkinkan seseorang menilai dan membuat keputusan dengan lebih baik tentang perilaku bermasalah. Contoh: Ini mungkin termasuk pergi ke perpustakaan setempat dan meneliti perilaku tersebut, menonton video atau program tentang perilaku tersebut atau meminta bantuan profesional untuk memahaminya.

- b. **Pembebasan Sosial:** Memanfaatkan struktur sosial yang mendukung rencana perubahan. Mencari orang dan tempat di komunitas yang mendukung dan mendorong perubahan hidup yang positif. Contoh: Individu dapat memilih untuk bergabung dengan suatu organisasi, menghadiri pertemuan swadaya atau terlibat dalam kegiatan dukungan komunitas lainnya untuk individu yang menangani isu serupa.
- c. **Gairah Emosional:** Mengalami dan mengungkapkan perasaan tentang masalah dan solusi. Meningkatkan kesadaran dan kedalaman perasaan terhadap perubahan yang ingin dilakukan individu. Contoh: Ini mungkin termasuk mengeksplorasi perasaan tentang kesalahan masa lalu dan pilihan yang diambil seseorang karena perilaku bermasalah dan mengeksplorasi perasaan positif yang diharapkan diperoleh seseorang dengan melakukan perubahan.
- d. **Evaluasi kembali diri:** Memeriksa sikap dan perilaku diri sendiri. Contoh: Hal ini dapat mencakup perhatian serius terhadap perilaku bermasalah dan bagaimana perilaku tersebut sesuai atau tidak dengan nilai-nilai individu.
- e. **Evaluasi Ulang Lingkungan:** Mengenali dampak perilaku seseorang terhadap orang lain dan bertindak sebagai teladan positif bagi orang lain yang ingin berubah. Contoh: Individu mungkin melihat bagaimana perilaku mereka mempengaruhi hubungan mereka dengan anggota keluarga dan teman.

Proses “Tindakan” paling baik digunakan dalam tahap tindakan dan pemeliharaan perubahan. Ini termasuk (Prochaska & Velicer, 1997):

- a. **Hubungan Membantu:** Meminta dan menerima bantuan dari orang lain. Contoh: Hal ini dapat mencakup menjalin hubungan dengan orang-orang yang mendukung perilaku baru mereka.
- b. **Komitmen:** Memilih untuk mengambil tindakan dan percaya pada kemampuan seseorang untuk berubah.

Contoh: Individu dapat mengeksplorasi pilihan mereka untuk melakukan perubahan dan berbagi tujuan mereka untuk perubahan positif dengan orang lain.

- c. Melawan: Mengidentifikasi alternatif yang sehat terhadap perilaku negatif. Contoh: Hal ini mungkin melibatkan pembelajaran bagaimana mengganti pikiran, perasaan, dan perilaku negatif dengan pikiran, perasaan, dan perilaku positif dengan pikiran, perasaan, dan perilaku yang positif, bertanggung jawab, dan memfokuskan kembali energi pada hal-hal yang akan membantu seseorang menjadi lebih bahagia dan sehat (misalnya, latihan fisik, mempraktikkan teknik relaksasi).
- d. Pengendalian Lingkungan: Menghindari orang, tempat dan hal-hal yang dapat mendorong perilaku individu yang ingin diubah. Contoh: Individu mungkin mempertimbangkan untuk mengubah pola rutinitas dan keseharian mereka atau mengembangkan keterampilan menyadari isyarat yang mengarah pada perilaku negatif atau tidak bertanggung jawab.
- e. Hadiah: Menerima imbalan karena membuat pilihan yang bijaksana. Contoh: Ini mungkin termasuk melakukan sesuatu yang istimewa ketika seseorang mencapai tujuan positif. Imbalan dapat berupa pernyataan diri yang positif (misalnya, “Bagus sekali”, “Kerja bagus”, atau “Teruskan kerja bagus”) atau hadiah materi.

Studi terhadap para pengubah diri yang sukses menunjukkan bahwa proses tertentu bekerja paling baik selama tahap perubahan tertentu. Gambar 1 menunjukkan tahapan mana yang paling efektif dalam setiap proses.



Gambar 1. Tahapan efektif pada Proses Pra Tindakan dan Tindakan

4. Penerapan Model *Transtheoretical*

Pada bagian ini model *transtheoretical* diterapkan pada pencegahan karies gigi pada anak-anak.

a. Precontemplation (Tidak Sadar)

Contoh: Anak-anak dan orang tua tidak menyadari bahwa mengonsumsi makanan dan minuman manis dapat menyebabkan karies gigi.

Intervensi: Melakukan kampanye edukasi tentang dampak konsumsi gula terhadap kesehatan gigi melalui seminar di sekolah dan distribusi brosur.

b. Contemplation (Tahap Pemikiran)

Contoh: Orang tua mulai mempertimbangkan untuk mengurangi konsumsi makanan manis bagi anak mereka setelah mengetahui risiko karies.

Intervensi: Menyediakan informasi lebih lanjut dan diskusi dengan ahli gizi atau terapis gigi tentang pentingnya pola makan yang sehat dan kebersihan gigi.

c. Preparation (Tahap Persiapan)

Contoh: Orang tua merencanakan untuk mengubah kebiasaan makan anak dengan mengganti cemilan manis dengan pilihan yang lebih sehat.

Intervensi: Mengadakan kelas memasak atau workshop untuk menunjukkan cara membuat camilan sehat.

d. Action (Tahap Tindakan)

Contoh: Anak-anak mulai mengonsumsi camilan sehat dan rutin menyikat gigi dua kali sehari.

Intervensi: Memberikan dukungan dengan program pemeriksaan kesehatan gigi di sekolah dan penyuluhan langsung mengenai teknik menyikat gigi yang benar.

e. Maintenance (Tahap Pemeliharaan)

Contoh: Anak-anak berhasil mempertahankan pola makan sehat dan kebersihan gigi yang baik selama periode yang signifikan.

Intervensi: Mengadakan kegiatan rutin seperti lomba kebersihan gigi di sekolah untuk memotivasi anak-anak tetap menjaga kebiasaan sehat dan memberikan penghargaan untuk yang konsisten.

Penerapan model *Transtheoretical* dalam pencegahan karies gigi pada anak-anak memberikan pendekatan sistematis yang mampu mengakomodasi berbagai tahap peralihan perilaku. Model ini mengakui bahwa perubahan perilaku bukanlah sebuah proses linier, melainkan melibatkan serangkaian tahapan yang berbeda.

a. Edukasi dan Kesadaran.

Pada tahap awal, penting untuk meningkatkan kesadaran tentang risiko karies. Banyak orang tua dan anak tidak menyadari dampak buruk dari kebiasaan konsumsi gula. Melalui kampanye edukasi, diharapkan informasi dapat menciptakan kesadaran dan motivasi awal.

b. Dukungan dan Keterlibatan

Setelah kesadaran muncul, dukungan dari tenaga medis dan komunitas menjadi sangat penting. Diskusi dan workshop membantu menyediakan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk membuat perubahan nyata.

c. Penerapan dan Tindak Lanjut

Tahap tindakan mengharuskan anak-anak dan orang tua untuk benar-benar menerapkan perubahan dalam diet mereka. Pemeriksaan kesehatan gigi secara rutin membantu mengawasi kemajuan dan memberikan umpan balik.

d. Pemeliharaan Perilaku

Tahap pemeliharaan sangat penting agar perubahan tersebut berkelanjutan. Menyediakan penguatan positif dan kegiatan yang menyenangkan bisa membantu menjaga minat anak-anak agar tetap pada jalur yang benar.

e. Menghadapi Kekambuhan

Akhirnya, menghadapi risiko kekambuhan sangat penting. Sesi konseling dan motivasi menjadi cara untuk mengatasi tantangan ini. Memahami bahwa kekambuhan adalah bagian dari proses perubahan membantu individu untuk tidak merasa gagal, tetapi lebih untuk belajar dan berkembang.

Dengan mengadopsi pendekatan model *Transtheoretical*, program pencegahan karies gigi dapat lebih efektif dalam membentuk perilaku sehat secara berkelanjutan, sehingga mengurangi insidensi karies di kalangan anak-anak. Ini menunjukkan pentingnya dukungan, pendidikan, dan pemahaman berkelanjutan dalam strategi kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan* (1st ed.). CV. Absolute Media.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2010). *Changing for Good A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. HarperCollins.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Article in American Journal of Health Promotion*, 12(1), 39–48.
<https://www.researchgate.net/publication/285440305>
- Snelling, A. M. (2014). *Introduction to Health Promotion*. Jossey-Bass.

BIODATA PENULIS



Yesi Nurmawi, SKM, M.Kes, lahir di Padang, pada 18 November 1980. Pendidikan awal berasal Diploma Tiga Gizi Depkes Padang, lulus tahun 2001. Selanjutnya tercatat sebagai lulusan Universitas Andalas Padang Prodi S1 dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sekarang mengabdikan diri sebagai dosen Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jambi.

BAB 6

Model Health Belief Model

Rosmawati, S.Si.T, MPH

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan aspek fundamental dalam kehidupan manusia, dan perilaku individu peran krusial dalam menentukan status kesehatan mereka. Namun, seringkali, kesenjangan terjadi antara pengetahuan tentang perilaku sehat dan penerapannya dalam kehidupan sehari-hari. Untuk memahami dan menjelaskan dinamika ini, para ahli psikologi sosial mengembangkan berbagai model teoretis, salah satunya adalah *Health Belief Model* (HBM).

Health Belief Model (HBM) yang dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog kesehatan masyarakat Amerika Serikat, bertujuan untuk menjelaskan mengapa beberapa individu mengambil tindakan pencegahan kesehatan, sementara yang lain tidak. Model ini didasarkan pada bahwa keyakinan individu tentang kesehatan mereka memengaruhi kesediaan mereka untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang dianjurkan.

HBM telah banyak digunakan dalam berbagai konteks kesehatan, model ini memberikan kerangka kerja yang berguna untuk memahami faktor-faktor psikologis yang memengaruhi pengambilan keputusan terkait kesehatan. Dengan memahami keyakinan individu, kita dapat merancang intervensi yang lebih efektif untuk mendorong perilaku kesehatan yang positif.

B. Health Belief Model (HBM)

1. Definisi Health Belief Model

Health Belief Model (HBM) adalah model psikologis yang dikembangkan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan individu. Model ini berfokus pada keyakinan dan persepsi individu tentang risiko kesehatan, manfaat tindakan pencegahan, dan hambatan yang mungkin mereka hadapi.

2. Komponen Health Belief Model

Model *Health Belief Model* (HBM) berkembang pesat pada tahun 1950-an dalam berbagai program kesehatan masyarakat, meskipun dengan tingkat keberhasilan yang bervariasi. Ketika individu memutuskan untuk bertindak melawan penyakit, ada empat variabel utama yang berperan, ditambah dua variabel tambahan yang baru-baru ini diidentifikasi. Variabel-variabel tersebut meliputi persepsi kerentanan terhadap penyakit, persepsi keseriusan penyakit, persepsi manfaat dari tindakan, persepsi hambatan terhadap tindakan, dan faktor-faktor yang memotivasi tindakan tersebut (Rosenstock, 1988)

Komponen tersebut adalah :

- a. "*Perceived susceptibility*" atau kerentanan yang dirasakan adalah penilaian pribadi seseorang tentang risiko atau kerentanan mereka terhadap suatu kondisi kesehatan. Ini melibatkan persepsi subjektif tentang kemungkinan terkena penyakit. Dalam bidang medis, ini mencakup penerimaan diagnosis, perkiraan risiko kekambuhan, dan kerentanan umum terhadap penyakit.
- b. *Perceived severity* atau keseriusan yang dirasa. *Perceived severity* mengacu pada penilaian individu tentang seberapa parah suatu penyakit. Ini mencakup evaluasi terhadap konsekuensi medis seperti kematian atau kecacatan, serta dampak sosial seperti efek pada pekerjaan atau hubungan keluarga.
- c. "*Perceived Benefits*" atau "Manfaat yang Dirasakan" mengacu pada keyakinan seseorang tentang efektivitas tindakan yang direkomendasikan untuk mengurangi

risiko atau dampak penyakit. Komponen ini berfokus pada keuntungan yang diyakini seseorang akan diperoleh dari melakukan perilaku kesehatan tertentu.

Komponen ini mengukur sejauh mana seseorang percaya bahwa tindakan kesehatan yang direkomendasikan akan benar-benar efektif dalam mencegah atau mengurangi dampak penyakit. mencakup keyakinan bahwa tindakan tersebut akan memberikan hasil yang positif dan bermanfaat.

Seseorang akan mempertimbangkan keuntungan apa saja yang akan mereka dapatkan jika melakukan tindakan kesehatan tersebut. Keuntungan bisa berupa peningkatan kesehatan fisik, mental, atau sosial.

"*Perceived Benefits*" menekankan pada penilaian positif terhadap tindakan kesehatan. Jika seseorang melihat lebih banyak keuntungan daripada kerugian, mereka lebih mungkin untuk mengambil tindakan tersebut. *Perceived benefits* dalam konteks kesehatan contohnya, vaksinasi seseorang yang percaya bahwa vaksinasi sangat efektif dalam mencegah penyakit dan bahwa manfaatnya (perlindungan dari penyakit) jauh lebih besar daripada risikonya maka individu akan lebih cenderung untuk melakukan divaksinasi.

Seseorang yang percaya bahwa pemeriksaan kesehatan rutin akan membantu mendeteksi penyakit secara dini, sehingga dapat diobati dengan lebih efektif, akan lebih mungkin untuk menjalani pemeriksaan kesehatan rutin.

Komponen *Perceived Benefits* sangat penting karena memengaruhi motivasi seseorang untuk mengambil tindakan kesehatan. Jika seseorang tidak melihat manfaat yang jelas dari tindakan kesehatan, mereka cenderung tidak akan melakukannya, meskipun mereka menyadari risiko penyakit.

- d. *Perceived barriers* atau Hambatan yang dirasakan adalah rintangan yang diyakini individu dapat

menghalangi mereka untuk mencapai tujuan kesehatan, dapat berupa kekhawatiran tentang efek samping, ketidaknyamanan, atau kesulitan praktis lainnya.

Hambatan yang dirasakan mengacu pada persepsi individu tentang kesulitan atau kerugian yang mungkin mereka hadapi saat mencoba untuk mengubah perilaku kesehatan. Hambatan adalah faktor negatif yang dapat menghalangi individu untuk melakukan tindakan sehat. Model HBM menekankan bahwa individu akan menilai hambatan dan penilaian ini akan sangat memengaruhi keputusan mereka untuk mengadopsi perilaku baru (Janz, N. K., & Becker, 1984) menemukan bahwa hambatan yang dirasakan adalah prediktor terkuat dari perubahan perilaku.

Selain 4 komponen inti dari teori HBM dalam perkembangannya ada 2 komponen tambahan dari (Banndura, 1977) yaitu :

a. *Cues to Action* atau isyarat bertindak

Dalam konteks perilaku kesehatan, isyarat untuk bertindak adalah sinyal yang mendorong seseorang untuk melakukan tindakan pencegahan atau pengobatan. Sinyal ini bisa berupa pesan dari media, nasihat dari keluarga, atau faktor-faktor sosial-demografis seperti pendidikan, lingkungan, dan budaya.

b. *Self Efficacy* atau keyakinan

Self-efficacy merujuk pada keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk melakukan suatu tindakan atau mencapai suatu tujuan. Self-efficacy adalah faktor yang sangat penting dalam menentukan perilaku individu. Individu yang memiliki self-efficacy yang tinggi akan lebih percaya diri dan lebih mungkin untuk melakukan suatu tindakan atau mencapai suatu tujuan.

3. Kelebihan dan Kekurangan Teori HBM

a. Kelebihan

- 1) Teori HBM relatif mudah dipahami dan diaplikasikan dalam berbagai konteks kesehatan (Becker, 1974).
- 2) Teori HBM memfokuskan pada perilaku individu dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut (Rosenstock, 1974).
- 3) Teori HBM mengintegrasikan faktor-faktor psikologis dan sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Becker, 1974).
- 4) Teori HBM dapat diaplikasikan dalam berbagai konteks kesehatan, seperti promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan pengobatan (Rosenstock, 1974).

b. Kekurangan.

- 1) Teori HBM dianggap terlalu sederhana dan tidak mempertimbangkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Janz, N. K., & Becker, 1984).
- 2) Tidak mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan: Teori HBM tidak mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi perilaku kesehatan (McLeroy et al., 1988).
- 3) Teori HBM tidak dapat menjelaskan perilaku kesehatan yang kompleks dan multi-dimensi (Janz, N. K., & Becker, 1984).
- 4) Teori HBM tidak mempertimbangkan faktor-faktor emosi dan motivasi yang mempengaruhi perilaku kesehatan (McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, 1988).

4. Penerapan Teori HBM

a. *Perceive Susceptibility*

Seseorang yang memperoleh informasi tentang semakin tingginya prevalensi penyakit diabetes dan mempunyai keluarga yang menderita diabetes, sehingga merasa mempunyai risiko menderita diabetes.

- b. *Perceived severity* atau keseriusan yang dirasakan
Seseorang yang mempunyai risiko diabetes akan memikirkan akibat dari penyakit diabetes, seperti komplikasi, dapat mengakibatkan sakit jantung, penyakit ginjal dan kematian ahimmerupan penyakit yang serius dan berbahaya.
- c. *Perceive benefit*
Seseorang mempertimbangkan cara yang dianjurkan untuk mencegah diabetes apa efektif dan bermanfaat untuk mengurangi risiko yang mungkin terjadi. Apabila seseorang sudah menyakini manfaatnya maka mereka akan menjalani ajurkan tersebut. Contohnya anjuran untuk melakukan olahraga minimal 30 menit sehari .
- d. *Perceived barrier*
Seseorang merasa ada hambatan dalam melakukan apa yang dianjurkan, misalnya sulit melakukan olahraga karena sibuk.
- e. *Cues to action*
Seseorang yang mendapatkan informasi tentang manfaat olah raga untuk mencegah diabetes akan melakukan yang dianjurkan yaitu olahraga bersikap pentingnya melakukan dukungan dari suami dan menyaksikan iklan layanan masyarakat tentang pentingnya kesehatan alat reproduksi akan lebih positif menyikapi tes pap.
- f. *Self Efficacy*
Seseorang yakin bahwa mampu melakukan olah raga minimal 30 menit sehari .

DAFTAR PUSTAKA

- Banndura, A. (1977) *Social Learning Theor*. Englewood Cliffs, New Jersey,: Prentice Hall.
- Janz, N. K., & Becker, M.H. (1984) *The Health Belief Model: A decade later*.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988)). *An ecological perspective on health promotion programs*.
- Rosenstock, I.M. (1988) *Social Learning Theory and the Health Belief Model*. San Francisco: Jossey- Bass,.

BIODATA PENULIS



Rosmawati,S,Si,T,MPH

Lahir di Kr.Meo, pada 21 Desember 1963. Alumni Pasca Sarjana UGM tahun 2009. Sampai saat ini aktif sebagai dosen Jurusan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Jambi

Email:

rosmawatijk@gmail.com

BAB 7

Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas

Youla Karamoy, S.Kp.G.,M.Kes

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan berbasis komunitas adalah pendekatan untuk meningkatkan kesehatan yang melibatkan masyarakat secara aktif dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan promosi kesehatan. Pendekatan ini bertujuan untuk memberdayakan komunitas dalam meningkatkan pengetahuan, keterampilan, serta sumber daya yang dibutuhkan untuk membuat keputusan yang lebih baik mengenai kesehatan mereka sendiri, serta untuk menciptakan perubahan perilaku yang mendukung hidup sehat (Maulana, 2009).

Secara lebih spesifik, promosi kesehatan berbasis komunitas memanfaatkan sumber daya lokal yang ada, seperti pengetahuan budaya, kekuatan sosial, serta keterlibatan berbagai pihak yang ada di dalam komunitas, seperti tokoh masyarakat, organisasi lokal, dan tenaga kesehatan. Dalam pendekatan ini, masyarakat bukan hanya sebagai penerima informasi atau program, tetapi sebagai subjek yang terlibat langsung dalam berbagai aspek program tersebut. Dengan demikian, intervensi promosi kesehatan tidak hanya datang dari pihak eksternal, seperti pemerintah atau lembaga kesehatan, tetapi juga melibatkan komunitas dalam setiap tahap proses (Notoatmodjo, 2007).

B. Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas (PKBK)

1. Tujuan PKBK

Tujuan Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas adalah sebagai berikut :

- a. *Meningkatkan Kesadaran Kesehatan:* Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang masalah kesehatan yang mempengaruhi mereka dan cara-cara untuk menjaga serta meningkatkan kualitas hidup. Program ini seringkali mencakup penyuluhan tentang penyakit, gaya hidup sehat, dan pengelolaan lingkungan.
- b. *Mengubah Perilaku untuk Meningkatkan Kesehatan:* Salah satu tujuan utama adalah untuk mengubah perilaku masyarakat yang berisiko terhadap kesehatan, seperti merokok, pola makan tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik. Promosi ini berfokus pada perubahan perilaku jangka panjang melalui pendidikan kesehatan dan pelatihan keterampilan.
- c. *Pemberdayaan Komunitas:* Melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan, yang pada gilirannya memberdayakan mereka untuk lebih bertanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri dan kesehatan komunitas secara keseluruhan. Ini juga melibatkan pengembangan keterampilan dan kapasitas untuk mengelola masalah kesehatan secara mandiri.
- d. *Meningkatkan Akses ke Layanan Kesehatan:* Menyediakan informasi dan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dasar, serta mengurangi hambatan-hambatan yang menghalangi masyarakat dalam mendapatkan perawatan yang dibutuhkan. Ini termasuk penguatan layanan kesehatan primer yang mudah dijangkau oleh Masyarakat.
- e. *Meningkatkan Kesehatan Lingkungan:* Meningkatkan kondisi lingkungan yang mendukung kesehatan, baik dari segi kebersihan, sanitasi, serta penyediaan fasilitas umum yang mendukung perilaku hidup sehat.

- f. *Mengurangi Ketimpangan Kesehatan*: Menargetkan kelompok-kelompok yang rentan dan kurang terlayani dalam masyarakat untuk mengurangi kesenjangan kesehatan antar kelompok sosial, ekonomi, dan geografis (Green dan Kreuter, 2020).

2. Prinsip-prinsip PKBK

Prinsip utama pelaksanaan Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas adalah sebagai berikut :

- a. *Partisipasi Aktif*: Komunitas dilibatkan dalam setiap tahap promosi kesehatan, mulai dari perencanaan hingga evaluasi.
- b. *Pemberdayaan*: Memberikan kekuatan kepada komunitas untuk mengambil kendali atas masalah kesehatan mereka.
- c. *Pendekatan Berbasis Kebutuhan*: Promosi kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan, masalah, dan kondisi lokal masing-masing komunitas.
- d. *Pendekatan Multisektoral*: Menggunakan kerjasama antar berbagai sektor seperti kesehatan, pendidikan, lingkungan, dan ekonomi.
- e. *Sustainability*: Membangun sistem promosi kesehatan yang dapat bertahan lama setelah proyek atau program selesai (Marmot dan Wilkinson, 2019)

3. Beberapa Persyaratan dalam Pelaksanaan PKBK

Pelaksanaan promosi kesehatan berbasis komunitas memerlukan beberapa persyaratan yang harus dipenuhi agar program dapat berjalan dengan efektif dan memberikan dampak yang positif bagi kesehatan masyarakat. Persyaratan tersebut mencakup berbagai aspek, yaitu:

- a. *Keterlibatan dan Partisipasi Masyarakat*
Persyaratan : Menyediakan ruang bagi masyarakat untuk berbicara, memberi pendapat, dan berperan aktif dalam kegiatan promosi Kesehatan (Green dan Kreuter, 2020).

- b. Pemberdayaan Komunitas
Persyaratan: Program harus memberi kesempatan bagi komunitas untuk belajar dan meningkatkan kapasitas mereka dalam mengelola isu-isu Kesehatan (McDonald dan Lichter, 2019).
- c. Pendekatan Multisektoral
Persyaratan: Program promosi kesehatan harus melibatkan berbagai pihak terkait, termasuk pemerintah, LSM, sektor swasta, dan masyarakat itu sendiri (Nutbeam, 2006).
- d. Penyediaan Sumber Daya yang Memadai
Persyaratan: Menyediakan anggaran yang cukup, tenaga kerja yang terlatih, serta fasilitas yang memadai untuk melaksanakan kegiatan promosi Kesehatan (Stewart dan Bhattacharya, 2014).
- e. Keterampilan dan Kapasitas Tenaga Kerja
Persyaratan: Memberikan pelatihan yang tepat kepada tenaga kerja yang akan terlibat dalam program untuk memastikan mereka memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan (Stewart dan Bhattacharya, 2014).
- f. Evaluasi yang Terencana
Persyaratan: Menyusun rencana evaluasi yang jelas dan terukur untuk menilai efektivitas program dan memberikan umpan balik yang konstruktif (WHO, 2022).
- g. Konteks Lokal dan Adaptasi Budaya
Persyaratan: Menyesuaikan materi dan metode dengan nilai-nilai budaya serta kondisi lokal yang ada di komunitas (Marmot dan Wilkinson, 2019).
- h. Sustainability Program
Persyaratan: Mengembangkan strategi untuk memastikan keberlanjutan program melalui pendanaan, pelatihan, dan dukungan jangka Panjang (Nutbeam, 2006).

4. Manfaat dan Kelebihan Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas

Promosi kesehatan berbasis komunitas memberikan berbagai manfaat bagi masyarakat, terutama dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa manfaat utama dari promosi kesehatan berbasis komunitas:

- a. **Pemberdayaan Masyarakat.** Masyarakat yang diberdayakan cenderung memiliki rasa tanggung jawab yang lebih besar terhadap kesehatan mereka, yang meningkatkan partisipasi dan keberlanjutan program (Gonzalez dan Garcia, 2021).
- b. **Peningkatan Akses terhadap Layanan Kesehatan.** Meningkatkan akses ini sangat penting, terutama bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil atau kurang memiliki akses ke layanan kesehatan formal. Ini membantu mengurangi kesenjangan kesehatan antara kelompok yang berbeda (WHO, 2022).
- c. **Peningkatan Pengetahuan dan Kesadaran Kesehatan.** Dengan meningkatnya pengetahuan dan kesadaran, masyarakat menjadi lebih proaktif dalam menjaga kesehatan mereka dan mencegah penyakit. Hal ini dapat mengarah pada perubahan perilaku yang lebih sehat (Nutbeam, 2006).
- d. **Perubahan Perilaku yang Positif.** Perubahan perilaku ini, meskipun memerlukan waktu, cenderung lebih berkelanjutan karena berbasis pada kesadaran dan komitmen masyarakat itu sendiri, bukan hanya perubahan yang dipaksakan dari luar (McDonald dan Lichter, 2019).
- e. **Pengurangan Ketimpangan Kesehatan.** Dengan memberdayakan kelompok rentan dan memastikan mereka mendapatkan informasi dan dukungan yang tepat, ketimpangan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan dapat diminimalkan (WHO, 2022).

- f. Peningkatan Dukungan Sosial dan Hubungan Antar Anggota Komunitas. Dukungan sosial yang kuat dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional, serta memberikan rasa aman dan saling membantu, yang merupakan elemen penting dalam menjaga kesehatan secara holistic (Lawlor, E.R., *et all.* 2019).
 - g. Pencegahan Penyakit dan Pengurangan Beban Penyakit. Dengan pencegahan yang tepat, beban penyakit di masyarakat dapat dikurangi secara signifikan, yang pada gilirannya akan mengurangi tekanan pada sistem Kesehatan (Green & Kreuter, 2020).
 - h. Keberlanjutan Program Kesehatan. Dengan peningkatan keterlibatan masyarakat dalam setiap tahap program, ada rasa memiliki yang lebih besar terhadap program tersebut, yang meningkatkan kemungkinan bahwa program akan diteruskan atau diperpanjang setelah fase awal selesai (WHO, 2022).
 - i. Meningkatkan Kualitas Hidup. Masyarakat yang lebih sehat dan lebih sadar akan pentingnya gaya hidup sehat cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik, yang berdampak positif pada produktivitas, kebahagiaan, dan kesejahteraan individu (WHO, 2022).
 - j. Memperkuat Jaringan Kerjasama Antar Sektor. Pendekatan multisektoral ini mengurangi fragmentasi layanan kesehatan dan memastikan bahwa berbagai aspek kehidupan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dapat ditangani secara komprehensif (Green & Kreuter, 2020).
- 5. Tantangan dan Kekurangan PKBK**
- Meskipun promosi kesehatan berbasis komunitas memiliki banyak kelebihan, ada beberapa tantangan dan kekurangan yang perlu diperhatikan. Berikut adalah beberapa kekurangan dari pendekatan ini:

- a. Ketergantungan pada Sumber Daya yang Terbatas.
Banyak komunitas, terutama di daerah pedesaan atau kurang berkembang, mungkin tidak memiliki akses yang cukup terhadap sumber daya yang diperlukan, seperti dana, fasilitas, dan tenaga terlatih.
Kekurangan: Tanpa sumber daya yang cukup, program promosi kesehatan bisa kesulitan untuk berkembang atau mencapai dampak yang diinginkan (Green & Kreuter, 2020).
- b. Tantangan dalam Mengelola Beragam Kebutuhan Masyarakat.
Masyarakat terdiri dari berbagai kelompok dengan kebutuhan yang sangat berbeda. Dalam promosi kesehatan berbasis komunitas, menghadapi keragaman ini bisa menjadi tantangan besar. Misalnya, program yang efektif untuk satu kelompok masyarakat mungkin tidak relevan atau tidak cocok untuk kelompok lain.
Kekurangan: Ketidaksesuaian program dengan kebutuhan berbagai kelompok masyarakat dapat mengurangi efektivitas program dan menimbulkan ketidakpuasan di antara anggota komunitas (Nagelhout, *et al*, 2021).
- c. Kesulitan dalam Mencapai Partisipasi Aktif Semua Anggota Komunitas.
Meskipun promosi kesehatan berbasis komunitas bertujuan untuk memberdayakan masyarakat, tidak semua anggota komunitas mungkin tertarik atau memiliki motivasi untuk berpartisipasi dalam program tersebut. Beberapa kelompok mungkin tidak merasa terlibat, terutama jika mereka merasa bahwa masalah kesehatan bukan prioritas mereka.
Kekurangan: Rendahnya partisipasi dapat mempengaruhi efektivitas program, mengurangi keberhasilan dalam mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan (WHO, 2022).

- d. Potensi Terjadinya Ketergantungan pada Fasilitator Eksternal.

Meskipun salah satu tujuan dari promosi kesehatan berbasis komunitas adalah pemberdayaan masyarakat, terkadang program ini terlalu bergantung pada fasilitator eksternal (misalnya, tenaga medis atau penyuluh kesehatan dari luar komunitas) untuk memimpin atau memfasilitasi kegiatan.

Kekurangan: Ketergantungan yang berlebihan pada fasilitator eksternal dapat mengurangi kemampuan masyarakat untuk secara mandiri melanjutkan program setelah fasilitator tersebut tidak terlibat lagi (Nutbeam, 2006).

- e. Stigma Sosial dan Hambatan Budaya

Dalam beberapa komunitas, ada stigma sosial yang terkait dengan masalah kesehatan tertentu, seperti penyakit menular seksual atau gangguan mental. Hambatan budaya juga bisa muncul, misalnya, ketidakcocokan dengan nilai-nilai budaya lokal atau ketidaktahuan tentang pentingnya perubahan perilaku sehat.

Kekurangan: Stigma dan hambatan budaya ini dapat menghalangi komunikasi yang efektif dan menghambat implementasi program promosi Kesehatan (Lawlor, E.R., *et al.* 2019).

- f. Kurangnya Koordinasi Antar Pihak Terkait.

Untuk dapat berjalan dengan efektif, promosi kesehatan berbasis komunitas sering kali memerlukan kerjasama antara berbagai sektor, seperti kesehatan, pendidikan, lingkungan, dan pemerintah. Jika koordinasi antar sektor ini kurang, program bisa terhambat.

Kekurangan: Ketidakharmonisan atau adanya ketidaksepahaman antara berbagai pihak yang terlibat dalam program dapat menyebabkan fragmentasi

dalam pelaksanaan program, dan mengurangi dampaknya (Green & Kreuter, 2020).

- g. Kesulitan dalam Pengukuran Dampak dan Evaluasi.
Evaluasi dan pengukuran dampak promosi kesehatan berbasis komunitas bisa menjadi sangat kompleks. Pengukuran keberhasilan tidak selalu mudah dilakukan, karena perubahan perilaku dan peningkatan kesehatan mungkin terjadi dalam jangka panjang dan sulit diukur secara kuantitatif.
Kekurangan: Ketidakmampuan untuk secara jelas mengukur hasil dapat mengurangi kredibilitas program dan menghambat pembelajaran untuk perbaikan lebih lanjut (Gonzalez dan Garcia, 2021).
- h. Penyebaran Informasi yang Tidak Merata
Dalam beberapa kasus, informasi tentang program promosi kesehatan mungkin tidak tersebar merata di seluruh komunitas, baik karena keterbatasan komunikasi maupun karena perbedaan tingkat pendidikan atau akses informasi di antara kelompok masyarakat.
Kekurangan: Ketidakmerataan dalam penyebaran informasi dapat menyebabkan ketidaktahuan atau kesalahpahaman di antara beberapa anggota komunitas, yang dapat mengurangi partisipasi dan keberhasilan program (Nutbeam, 2006).
- i. Sumber Daya dan Pembiayaan yang Tidak Stabil.
Sumber daya dan pendanaan untuk program promosi kesehatan berbasis komunitas sering kali bergantung pada hibah atau dana dari pemerintah atau lembaga eksternal. Ketergantungan pada dana yang tidak stabil dapat mempengaruhi kelangsungan program.
Kekurangan: Ketidakpastian pendanaan dapat menyebabkan gangguan dalam implementasi program dan mengurangi dampak jangka Panjang (WHO, 2022).

6. Beberapa contoh Program PKBK

Berikut adalah contoh program promosi Kesehatan berbasis komunitas yang dapat diterapkan di berbagai lingkungan sosial untuk meningkatkan kesehatan masyarakat:

a. Program Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)

Posyandu adalah salah satu contoh program promosi kesehatan berbasis komunitas yang sangat terkenal di Indonesia. Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak melalui berbagai layanan kesehatan dasar seperti imunisasi, pemantauan gizi, dan edukasi kesehatan. Posyandu dikelola oleh masyarakat dengan bantuan tenaga kesehatan dari puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

b. Pemberdayaan Kesehatan Ibu dan Anak

Program ini, biasanya dilakukan bersamaan dengan kegiatan Posyandu. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam merawat kesehatan diri dan anak-anaknya.

Program ini bisa meliputi berbagai kegiatan seperti:

- Penyuluhan tentang gizi ibu hamil dan menyusui
- Pelatihan tentang cara perawatan bayi yang sehat (misalnya, cara memberi ASI yang benar, imunisasi, dll)
- Penyuluhan mengenai pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin selama kehamilan.

1) Langkah-langkah Pelaksanaan:

- a) Mengidentifikasi ibu-ibu yang membutuhkan informasi ini di komunitas.
- b) Mengadakan pertemuan rutin dengan tenaga medis untuk memberikan edukasi kepada ibu.
- c) Melibatkan ibu-ibu dalam diskusi kelompok untuk berbagi pengalaman dan pengetahuan.

2) Hasil yang Diharapkan:

- a) Meningkatkan angka keberhasilan pemberian ASI eksklusif.

- b) Mengurangi angka kematian ibu dan bayi.
 - c) Meningkatkan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan anak (Green & Kreuter, 2020).
- c. Program "*Healthy Cities*" (Kota Sehat)
- Program ini adalah inisiatif global yang dimulai oleh WHO yang bertujuan menciptakan lingkungan perkotaan yang mendukung gaya hidup sehat. Dalam program ini, komunitas kota bekerja sama dengan pemerintah lokal dan sektor swasta untuk memperbaiki kualitas udara, menyediakan ruang terbuka hijau, meningkatkan akses ke air bersih, serta mengedukasi warga tentang pola makan sehat dan pentingnya aktivitas fisik. Keberhasilan: Banyak kota yang telah berhasil menciptakan lingkungan yang lebih sehat melalui program ini, misalnya peningkatan kualitas udara dan kebersihan lingkungan yang mendukung kesehatan fisik dan mental (WHO, 2022).
- d. Program Pendidikan Kesehatan Berbasis Sekolah (*School Health Education*)
- Program ini bertujuan untuk mengedukasi siswa mengenai pentingnya kesehatan melalui kurikulum pendidikan yang mencakup gizi, kebersihan, olahraga, dan kesehatan mental. Program ini dilakukan di berbagai sekolah, baik di tingkat dasar maupun menengah, dengan melibatkan guru, siswa, dan orang tua. Keberhasilan: Program ini berhasil mengubah perilaku kesehatan siswa dan keluarga mereka, serta mempromosikan budaya hidup sehat di kalangan generasi muda. Selain itu, ada juga Program Gizi Seimbang di Sekolah (Sekolah Sehat). Program ini bertujuan untuk mengedukasi siswa dan orang tua mengenai pentingnya gizi seimbang untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Program ini sering dijalankan di sekolah-sekolah dan melibatkan

guru, orang tua, dan siswa dalam kegiatan meningkatkan pengetahuan dan praktik terkait gizi.

1) Langkah-langkah Pelaksanaan:

- a) Mengadakan pelatihan untuk guru dan orang tua tentang pentingnya gizi sehat untuk anak.
- b) Mengadakan kampanye di sekolah mengenai pola makan yang sehat dan pentingnya aktivitas fisik.
- c) Membuat kebijakan di sekolah untuk menyediakan makanan sehat di kantin sekolah.
- d) Melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, termasuk pengukuran berat badan dan tinggi badan untuk mendeteksi anak-anak dengan masalah gizi.

2) Hasil yang Diharapkan:

- a) Menurunnya angka gizi buruk dan stunting di kalangan siswa.
- b) Meningkatkan kesadaran siswa dan orang tua tentang pentingnya makanan bergizi.
- c) Meningkatkan perilaku makan sehat di lingkungan sekolah (WHO, 2020).

e. Program "*Peer Education*" untuk Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular (Misalnya, HIV/AIDS) di Komunitas.

Program ini menggunakan pendekatan pendidikan antara teman sebaya, dimana individu yang sudah terlatih dalam informasi kesehatan menyebarkan pengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya di komunitas mereka. Kegiatan ini seringkali dilaksanakan di sekolah-sekolah, universitas, atau di komunitas dengan risiko tinggi. Program ini bertujuan untuk mengedukasi masyarakat tentang pencegahan penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS. Program ini sangat penting di komunitas yang rawan terpapar penyakit ini, baik melalui perilaku seksual

yang tidak aman maupun penggunaan jarum suntik secara bergantian (UNAIDS, 2006).

1) Langkah-langkah Pelaksanaan:

- a) Mengadakan penyuluhan tentang HIV/AIDS, cara penularan, dan pencegahan.
- b) Membagikan kondom secara gratis di tempat-tempat umum seperti pasar, tempat hiburan, atau fasilitas kesehatan.
- c) Mendorong tes HIV secara rutin dan memberikan akses ke layanan kesehatan terkait.
- d) Membentuk kelompok dukungan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS untuk mengurangi stigma dan diskriminasi.

2) Hasil yang Diharapkan :

- a) Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan HIV/AIDS
- b) Mengurangi penyebaran HIV/AIDS di komunitas
- c) Meningkatkan penerimaan terhadap orang yang hidup dengan HIV/AIDS (UNAIDS, 2006)).

f. Kebersihan Lingkungan dan Sanitasi.

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas sanitasi dan kebersihan lingkungan di tingkat komunitas. Hal ini mencakup pencegahan penyakit yang ditularkan melalui air, makanan, dan sanitasi yang buruk, seperti diare, kolera, dan penyakit parasit.

1) Langkah-langkah Pelaksanaan :

- a) Penyuluhan mengenai pentingnya sanitasi yang baik, seperti cuci tangan dengan sabun, pengelolaan limbah yang benar, dan penggunaan air bersih.
- b) Penyediaan fasilitas cuci tangan di tempat umum, seperti sekolah dan pasar.

- c) Pembangunan atau perbaikan fasilitas sanitasi di daerah yang tidak memiliki akses air bersih.
 - d) Pembentukan kelompok masyarakat yang bertanggung jawab terhadap kebersihan lingkungan sekitar mereka.
- 2) Hasil yang Diharapkan :
- a) Meningkatkan kualitas sanitasi di komunitas.
 - b) Mengurangi angka kejadian penyakit yang terkait dengan kebersihan lingkungan.
 - c) Membentuk kebiasaan hidup sehat di Masyarakat (Gonzalez & Garcia, 2021).
- g. Program Pengurangan Merokok di Komunitas
- Program ini bertujuan untuk mengurangi angka perokok aktif di masyarakat, serta mengedukasi mereka tentang dampak negatif merokok terhadap kesehatan. Program ini melibatkan pendekatan berbasis komunitas, termasuk penyuluhan, penguatan kebijakan, dan penyediaan layanan berhenti merokok.
- 1) Langkah-langkah Pelaksanaan :
- a) Mengadakan kampanye anti-merokok melalui media lokal dan pertemuan komunitas.
 - b) Menyediakan layanan konseling dan dukungan bagi individu yang ingin berhenti merokok.
 - c) Melibatkan keluarga dan masyarakat untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi individu yang berusaha berhenti merokok.
 - d) Mengadvokasi kebijakan larangan merokok di tempat umum dan fasilitas umum.
- 2) Hasil yang Diharapkan :
- a) Meningkatkan kesadaran tentang bahaya merokok.
 - b) Penurunan jumlah perokok aktif di komunitas.
 - c) Terbentuknya lingkungan yang mendukung hidup sehat dan bebas rokok (Nutbeam, 2006).

DAFTAR PUSTAKA

- Gonzalez, M., Garcia, J. (2021). Empowering Communities for Health: A Model for Success. *BMC Public Health*, 21, 1445
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2020). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. McGraw-Hill.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan Evaluasi Posyandu di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lawlor, E.R., Cupples, M.E., Donnelly, M., Tully, M.A. (2019). Implementing community-based health promotion in socio-economically disadvantaged areas : a qualitative study. *Journal of Public Health*, Vol. 42. No.4:839-847.
- Marmot, M., Wilkinson, R. G. (2019). *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.
- Maulana, H.D.J. (2009). *Promosi Kesehatan*. EGC. Jakarta.
- McDonald, M., Lichter, M. (2019). Community empowerment and health promotion: A case study of community-based participatory research. *Journal of Community Health*, 44(2), 319-328.
- Nagelhout, G.E., Abidi, L., de Vries, H. (2021). Reasons for (not) participating in a community-based health promotion program for low-income multi-problem households in the Netherlands: A qualitative study. *Health and Social Care in the Community*, 29:241-249.
- Notoatmodjo Soekidjo. (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta
- Nutbeam, D. (2006). *Evaluation in a Nutshell: A Practical Guide to the Evaluation of Health Promotion Programs*. McGraw-Hill.
- Stewart, T., Bhattacharya, M. (2014). Training and empowering community leaders for health promotion. *Global Health Promotion*, 21(1), 61-66.
- UNAIDS. (2006). *Peer Education and HIV/AIDS: A Manual for Program Managers*. United Nations.
- WHO. (2022). *Promoting Health in the 21st Century: The Role of Community Health Promotion*. World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Youla Karamoy, S.Kp.G., M.Kes, lahir di Tumbohon Kec. Talawaan Kab. Minahasa Utara, pada tanggal 19 Juli 1980. Menempuh pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Gigi : Program Studi Ilmu Keperawatan Gigi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2008 dan menyelesaikan pendidikan S2 di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia Jakarta : Peminatan Ilmu Kedokteran Gigi Komunitas / Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat dan Pencegahan (IKGMP) pada tahun 2015. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 8

Tahapan Perubahan Perilaku

Dr. Jean Henry Raule.S.Pd, SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Perubahan perilaku merupakan suatu proses yang rumit dan sering kali memerlukan waktu serta upaya yang berkelanjutan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Pentingnya perubahan perilaku bagi kesehatan tidak dapat diabaikan, karena penerapan gaya hidup sehat dapat mencegah atau mengelola berbagai penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung (WHO, 2022). Namun, dalam praktiknya, tidak semua individu siap untuk melakukan perubahan perilaku secara bersamaan. Beberapa orang mungkin belum menyadari risiko yang berkaitan dengan perilaku mereka, sementara yang lain mungkin telah mulai mengambil tindakan atau melaksanakan langkah-langkah pencegahan dan perawatan kesehatan mereka (Ajzen, 2020).

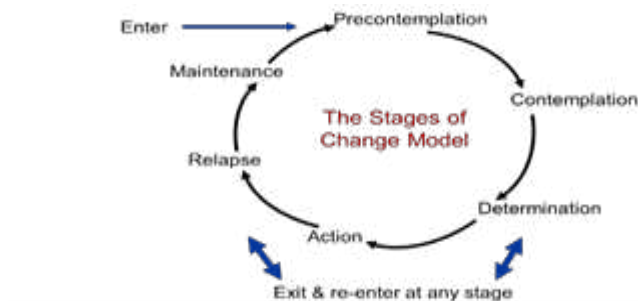
Untuk memahami transisi individu dari perilaku yang tidak sehat ke perilaku yang lebih sehat, para peneliti telah merumuskan Model Trans-teoretis (Transtheoretical Model - TTM) (Prochaska & Velicer, 1997). Model ini menggambarkan perubahan perilaku sebagai suatu proses yang berlangsung secara bertahap, yang terdiri dari lima tahap utama: Pra-kontemplasi, Kontemplasi, Persiapan, Aksi, dan Pemeliharaan. Setiap tahap memiliki ciri khas tersendiri dan memerlukan strategi intervensi yang berbeda (Glanz, K., Rimer, B. k., & Viswanath, 2015).

Bab ini akan membahas secara mendalam tentang tahapan perubahan perilaku berdasarkan Model Trans-teoretis.

Diskusi akan diawali dengan penjelasan singkat mengenai pentingnya pemahaman terhadap tahapan perubahan perilaku, diikuti dengan penjelasan rinci mengenai setiap tahapan. Dengan pemahaman yang komprehensif tentang tahapan ini, diharapkan pembaca dapat mengembangkan strategi yang efektif untuk mendukung individu dalam melakukan perubahan perilaku menuju gaya hidup yang lebih sehat.

B. Tahapan Perubahan Perilaku

Model Trans-Tekstual (TTM), yang juga dikenal sebagai Model Tahapan Perubahan, merupakan suatu pendekatan dalam perubahan perilaku yang diperkenalkan oleh Prochaska(Prochaska & Velicer, 1997). Model ini menguraikan proses yang dilalui individu dalam berbagai tahap ketika melakukan perubahan perilaku(Abrash Walton, A., Nageotte, N. L., Heimlich, J. E., & Threadgill, 2022).



Gambar 1 : *The Transtheoretical Model(six stages of change Stages of Change* (LaMorte, W.W. 2022)

Proses perubahan perilaku menurut Model Trans-teoretis (TTM) terdiri dari lima tahap utama. Perubahan perilaku adalah proses yang dinamis, melibatkan berbagai tahap serta mekanisme psikologis, sosial, dan lingkungan(Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, J Mobil, 2014). Proses ini tidak terjadi secara mendadak, melainkan berkembang melalui serangkaian langkah yang saling terkait.

Tahapan yang dimaksud sebagai berikut (Abrash Walton, A., Nageotte, N. L., Heimlich, J. E., & Threadgill, 2022):

1. Pra-kontemplasi

Pada fase ini, individu belum menunjukkan niat untuk mengubah perilaku mereka dalam waktu dekat, biasanya dalam enam bulan ke depan. Mereka mungkin tidak menyadari bahwa perilaku yang mereka lakukan memiliki masalah atau dapat berdampak buruk pada kesehatan.

a. Ciri-ciri:

Kesadaran yang minim mengenai dampak negatif dari perilaku yang dilakukan.

Mengabaikan informasi yang berkaitan dengan risiko dari perilaku tersebut.

Belum siap untuk mengambil langkah-langkah perubahan.

b. Contoh: Seseorang yang merokok tetapi tidak termotivasi untuk berhenti karena belum mengalami dampak negatif secara langsung pada kesehatan mereka.

c. Strategi Intervensi:

Memberikan informasi tentang risiko dan konsekuensi dari perilaku tersebut.

Melakukan pendekatan edukatif untuk meningkatkan pemahaman.

2. Kontemplasi

Pada fase ini, individu mulai memikirkan kemungkinan untuk mengubah perilaku mereka, meskipun belum membuat keputusan yang tegas. Mereka menyadari adanya masalah, tetapi masih merasakan keraguan atau ketidakpastian.

a. Ciri-ciri:

Mulai menyadari manfaat dari perubahan perilaku.

Masih ada keraguan atau ketakutan terhadap tantangan yang mungkin muncul.

Umumnya berlangsung selama beberapa minggu hingga beberapa bulan.

b. Contoh:

Seseorang yang merokok mulai mempertimbangkan untuk menghentikan kebiasaan merokoknya setelah menyadari berbagai risiko kesehatan yang terkait, tetapi masih merasa ragu untuk melangkah maju

c. Strategi Intervensi:

Meningkatkan pemahaman individu mengenai keuntungan dari perubahan.

Memberikan dukungan emosional serta motivasi yang memotivasi

3. Persiapan

Pada fase ini, individu telah membuat keputusan untuk mengubah perilaku mereka dan mulai merencanakan langkah-langkah konkret. Mereka umumnya bersiap untuk mengambil tindakan dalam waktu dekat (kurang dari 1 bulan).

a. Ciri-ciri:

Menetapkan tujuan yang jelas dan terukur untuk perubahan.

Memulai dengan langkah-langkah kecil sebagai bagian dari proses persiapan.

Meningkatnya motivasi untuk bertindak.

b. Contoh

Seseorang yang sudah terbiasa merokok mulai mencari informasi mengenai program untuk berhenti merokok, membeli permen karet yang mengandung nikotin, atau berkonsultasi dengan tenaga medis.

c. Strategi Intervensi:

Mendukung individu dalam merancang rencana tindakan yang dapat dilaksanakan.

Memberikan alat atau sumber daya yang diperlukan untuk memulai proses perubahan.

4. Aksi

Pada fase ini, individu secara aktif berusaha untuk mengubah perilaku mereka. Mereka telah mengambil langkah-langkah nyata untuk mengadopsi perilaku baru

dan meninggalkan kebiasaan lama (Rahman, M., Khan, A., & Ali, 2014).

a. Ciri-ciri:

Melakukan tindakan nyata untuk mengubah perilaku.

Memerlukan usaha yang signifikan serta dukungan dari lingkungan sekitar.

Proses ini berlangsung antara beberapa minggu hingga enam bulan.

b. Contoh: Seseorang yang sebelumnya merokok sepenuhnya berhenti dan mulai menjalani gaya hidup yang lebih sehat, seperti berolahraga atau menghindari situasi yang memicu keinginan untuk merokok.

c. Strategi Intervensi:

Memberikan dukungan berkelanjutan untuk menjaga motivasi.

Mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang mungkin muncul.

5. Pemeliharaan

Pada fase ini, individu telah berhasil melakukan perubahan perilaku dan berupaya untuk mempertahankan perubahan tersebut agar tidak kembali ke kebiasaan sebelumnya.

a. Ciri-ciri:

Menekankan pencegahan agar tidak terjadi kekambuhan.

Perilaku baru telah terintegrasi dalam rutinitas harian.

Proses ini dapat berlangsung dari beberapa bulan hingga bertahun-tahun.

b. Contoh:

Seseorang yang telah berhenti merokok selama lebih dari enam bulan dan berkomitmen untuk tidak kembali ke kebiasaan itu.

c. Strategi Intervensi:

Memberikan penghargaan atas pencapaian yang telah diraih.

Membantu individu mengenali situasi yang dapat memicu kekambuhan.

6. Terminasi

Meskipun individu yang berada pada tahap Terminasi umumnya tidak memerlukan intervensi yang intensif, ada beberapa strategi yang dapat diterapkan untuk memastikan bahwa perilaku baru tetap terjaga:

a. Penghargaan dan Penguatan Positif

Memberikan penghargaan atas pencapaian jangka panjang sebagai cara untuk memperkuat perilaku baru. Contoh: Memberikan sertifikat "Non-Penghisap Seumur Hidup" kepada individu yang telah berhasil berhenti merokok selama lima tahun.

b. Dukungan Sosial yang Berkelanjutan

Memastikan individu terus mendapatkan dukungan dari keluarga, teman, atau komunitas untuk mempertahankan perilaku baru tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrash Walton, A., Nageotte, N. L., Heimlich, J. E., & Threadgill, A. V. (2022). Facilitating behavior change: Introducing the Transtheoretical Model of Behavior Change as a conservation psychology framework and tool for practitioners. *Zoo Biology*, 41(5), 386–397. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/zoo.21704>
- Ajzen, I. (2020). The Theory of Planned Behavior: Frequently Asked Questions. *Journal of Health Psychology, Frequently Asked Questions*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1359105320946856>
- Glanz, K., Rimer, B. k., & Viswanath, K. (2015). Health Behavior: Theory, Research, and Practice (Fifth Edit). *Jossey Bass Wiley*.
- Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, J Mobil, M. A. (2014). *ranstheoretical Model Tahapan Perubahan untuk Diet dan Latihan Fisik Modifikasi Manajemen Penurunan Berat Badan untuk Orang Dewasa Kegemukan dan Obesitas*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008066.pub3>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Rahman, M., Khan, A., & Ali, S. (n.d.). The Role of Attitudes and Beliefs in Health Behavior Change. *Health Promotion International, Attitudes and Beliefs as Predictors of Health Behavior Change: Evidence from a Longitudinal Study.*, 37(3), 45–56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/daab012>
- WHO. (2022). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases ., faktor-faktor perilaku yang memengaruhi penyakit tidak menular (PTM) dan strategi pencegahannya secara global*.

BIODATA PENULIS



Dr. Jean Henry Raule, S.Pd., SKM., M.Kes, Lahir 13-09- 1965 di Kotamobagu Kab Bolaang Mongondow Sulawesi Utara Pendidikan : *Crash Program* PPM SPK Manado 1985, AKPER DepKes Ujungpandang 1992, Psikologi Pendidikan dan *Counseling* FIP IKIP Manado 1996, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Pascasarjana IKM Universitas Airlangga (UNAIR) Surabaya 2002, Promosi Kesehatan Prodi Kesmas STIKES 2013, Doktor Manajemen Sumberdaya Manusia Universitas Negeri Jakarta (UNJ) 2013. Pengalaman Kerja : Staf PKM, P2M, Perenc Dinkes SULUT, Pengajar SPK, SPRG/ AKG, AKBID Manado, Dosen Poltekkes Manado, Dosen Luar Biasa di FKM dan Pasca Sarjana IKM UNSRAT & PT Kesehatan Swasta lainnya di Manado. *Email*.jeanh1666@gmail.com.

BAB 9

Precede-Proceed Model

Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST.,M.Kes

A. Pendahuluan

Teori PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing & Enabling Construct in Ecosystem Educational Diagnosis and Evaluation*) - PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational, Construct, in Educational and Environmental Development*) sering digunakan dalam bidang kesehatan. Teori ini dapat membantu dalam pembuatan kebijakan, menganalisis situasi dan merancang program kesehatan secara tepat. PRECEDE-PROCEED merupakan teori perubahan perilaku yang digunakan untuk intervensi, implementasi, dan evaluasi perilaku dalam promosi kesehatan di komunitas atau masyarakat. Sebelum dilakukan promosi kesehatan, harus disusun perencanaan agar promosi kesehatan dapat sesuai tujuan. Teori model ini dapat digunakan sebagian, keseluruhan dan kombinasi. Tahap-tahapannya berurutan, fleksibel & dapat beradaptasi dengan kebutuhan.

B. Konsep Teori Precede-Proceed

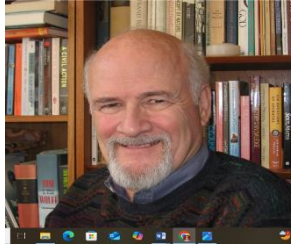
1. Model PRECEDE-PROCEED

Teori PRECEDE-PROCEED ini dikembangkan oleh ilmuwan bernama Lawrence Green, yang dikenal sebagai pencetus model Teori PRECEDE yang dikembangkan pada tahun 1974. Ia mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behaviour causes*), dan faktor di luar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE.

PRECEDE ini adalah merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. PRECEDE juga merupakan alat untuk merencanakan suatu kegiatan perencanaan kesehatan atau mengembangkan suatu model pendekatan yang dapat digunakan untuk membuat perencanaan kesehatan. Digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas masalah dan tujuan program (Notoatmodjo, 2014).

Kemudian pada tahun 1992, Lawrence Green dan rekannya Kreuter, mengembangkan kembali model teori PRECEDE-PROCEED. PRECEDE adalah merupakan fase diagnosis masalah. Sedangkan PROCEED adalah merupakan arahan dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi pendidikan (promosi) kesehatan. Apabila PRECEED merupakan fase diagnosis masalah, maka PROCEED adalah merupakan perencanaan, pelaksanaan, sasaran, kriteria, kebijakan, implementasi dan evaluasi promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Kedua teori ini digabungkan menjadi satu modul dalam pengembangan perencanaan (fase diagnosis, prioritas masalah dan penetapan tujuan) dari kegiatan promosi kesehatan (DR.Dra. R. Sitti Nur Djamah, M.Kes, Chayanita Sekar Wijaya, dkk, 2020).

Teori Model PRECEDE menguraikan tentang proses perencanaan diagnostik untuk membantu dalam pengembangan sasaran dan fokus program kesehatan masyarakat. Sedangkan PROCEED memandu pelaksanaan dan evaluasi program yang dirancang menggunakan PRECEDE (Kholid, 2012). Teori Model PRECEDE-PROCEED ini menyediakan struktur yang komprehensif untuk menilai kesehatan dan kualitas hidup dan kebutuhan untuk merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi promosi kesehatan dan program kesehatan publik lainnya untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Kholid, 2012).



Gambar 1. Lawrence Green

PRECEDE-PROCEED harus dilakukan secara bersama. Menurut Green dan Kreuter terdapat tiga faktor dalam penggunaan pelayanan kesehatan (DR.Dra. R. Sitti Nur Djamah, M.Kes, Chayanita Sekar Wijaya, dkk, 2020), meliputi :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) : berupa pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai, sosio ekonomi, umur, jenis kelamin dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu.
- b. Faktor pemungkin (*enabling factor*) yaitu kemampuan dan sumberdaya yang dibutuhkan untuk melakukan sesuatu yang bertujuan untuk memfasilitasi perilaku seseorang seperti biaya, jarak tempuh, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan keterampilan petugas kesehatan)
- c. Faktor penguat (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang memperkuat terjadinya tindakan seperti perilaku tokoh masyarakat, keluarga, guru, petugas kesehatan, orang tua, dan pemegang keputusan yang dapat mendorong orang untuk berperilaku.

Green menganalisis perilaku manusia dimulai dari tingkat kesehatan, bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar perilaku (*non behavior causes*). Meskipun model ini mendasarkan diri pada Model Kepercayaan Kesehatan atau *Health Belief Model* dan

system-sistem konseptual lain, namun model PRECEDE merupakan model sejati, yang lebih mengarah kepada upaya-upaya pragmatik mengubah perilaku kesehatan daripada sekedar upaya pengembangan teori. Green dan rekan-rekannya menganalisis kebutuhan kesehatan komunitas dengan cara menetapkan lima diagnosis berbeda, yaitu diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku, diagnosis pendidikan, dan diagnosis administrasi/kebijakan. Dalam aplikasinya, PRECEDE-PROCEED dilakukan bersama-sama dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. PRECEDE digunakan pada fase diagnosis masalah, penetapan prioritas dan tujuan program, sedangkan PROCEED digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, pelaksanaan, dan evaluasi. Model ini paling banyak diterima dan telah berhasil diterapkan dalam perencanaan program-program komprehensif dalam banyak susunan yang berlainan, serta model ini dianggap lebih berorientasi praktis. Berdasarkan pemikiran tersebut, Lawrence Green mengusulkan perencanaan promosi kesehatan melalui PRECEDE *framework* dan PROCEED *framework* sebagai terapi terhadap perilaku lama. Jika PRECEDE merupakan diagnosis, maka PROCEED adalah terapi dalam promosi kesehatan (DR.Dra. R. Sitti Nur Djamah, M.Kes, Chayanita Sekar Wijaya, dkk, 2020; DR.Dra. R. Sitti Nur Djamah, M.Kes, Chayanita Sekar Wijaya, dkk, 2020).

2. Tujuan Model PRECEDE-PROCEED

Bagian paling penting dari perencanaan program adalah analisis komunitas atau yang biasa dikenal sebagai analisis kebutuhan (*need assessment*). Keberhasilan program promosi kesehatan tergantung dari data yang didapat tentang individu, kelompok atau sistem yang akan menjadi fokus dari program. Model PRECEDE-PROCEED juga berperan penting dalam perencanaan pendidikan dan promosi kesehatan karena menyediakan bentuk untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan

masalah kesehatan, perilaku dan pelaksanaan program (Martina Pakpahan, Debora Siregar, Andi Susilawaty, dkk, 2021).

Model PRECEDE adalah kerangka untuk proses perkembangan sistematis dan program-program edukasi kesehatan, dikembangkan antara tahun 1968 - 1974. Tujuan PRECEDE pada fase diagnosis masalah, menetapkan prioritas masalah dan diagnosis program. PRECED untuk diagnosa dan perencanaan memimpin edukator kesehatan untuk berpikir secara deduktif, untuk memulai dengan konsekuensi final dan bekerja kembali ke penyebab asli (Martina Pakpahan, Debora Siregar, Andi Susilawaty, dkk, 2021).

PROCEED ditambahkan pada model ini pada akhir 1980-an berdasarkan pada percobaan Lawrence W. Green bersama dengan Marshall Krueter pada berbagai macam posisi dengan pemerintahan federal dan Kaiser Family Foundation. Adapun tujuan PROCEED digunakan untuk menetapkan sasaran dan kriteria kebijakan, serta implementasi dan evaluasi. Kerangka PRECEDE didirikan pada persyaratan dari empat disiplin: Epidemiologi, Ilmu pengetahuan sosial dan tindakan (behaviour), Administrasi, Edukasi. Dalam penerapan PRECEDE, dua proporsi dasar ditekankan: Pertama, kesehatan dan tindakan kesehatan disebabkan oleh faktor-faktor ganda. Kedua, karena kesehatan dan tindakan kesehatan ditentukan oleh faktor-faktor ganda maka upaya-upaya edukasi kesehatan untuk mempengaruhi tindakan harus multidimensional (Martina Pakpahan, Debora Siregar, Andi Susilawaty, dkk, 2021).

3. Langkah-Langkah Model PRECEDE-PROCEED

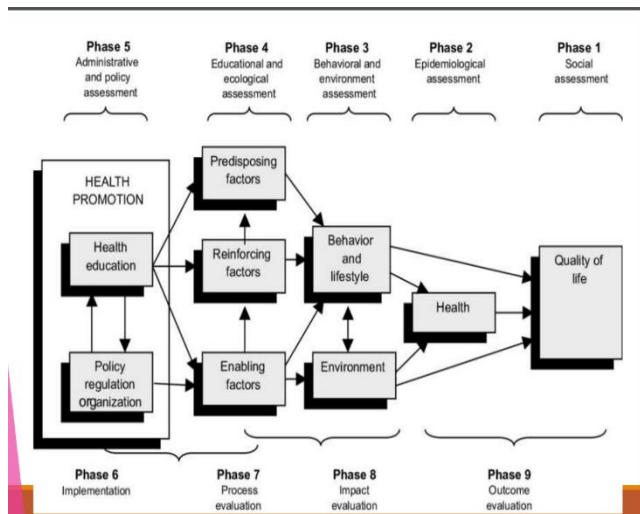
PRECEDE terdiri dari lima langkah atau fase menurut (Kholid, 2012), adalah sebagai berikut :

- a. Tahap pertama : melibatkan penentuan kualitas hidup atau masalah sosial dan kebutuhan masyarakat tertentu.
- b. Tahap kedua : terdiri dari mengidentifikasi faktor-faktor penentu kesehatan dari masalah dan kebutuhan.
- c. Tahap ketiga : melibatkan analisis faktor-faktor penentu perilaku dan lingkungan dari gangguan kesehatan.

- d. Tahap keempat : faktor-faktor yang mempengaruhi untuk memperkuat dan memungkinkan perilaku dan gaya hidup diidentifikasi.
- e. Tahap kelima : melibatkan dan memastikan promosi kesehatan, kesehatan pendidikan dan/atau kebijakan yang berhubungan dengan intervensi terbaik akan cocok untuk mendorong perubahan yang diinginkan dalam perilaku atau lingkungan dan faktor-faktor yang mendukung perilaku dan lingkungan mereka.

PROCEED terdiri dari empat tahapan tambahan menurut (Kholid, 2012), yaitu :

- a. Tahap keenam : intervensi diidentifikasi dalam tahap lima dilaksanakan.
- b. Tahap ketujuh : memerlukan evaluasi proses intervensi.
- c. Tahap kedelapan : melibatkan evaluasi, dari intervensi pada faktor-faktor pendukung perilaku, dan pada perilaku itu sendiri.
- d. Tahap kesembilan dan terakhir terdiri dari evaluasi hasil adalah menentukan efek akhir dari intervensi pada kesehatan dan kualitas hidup penduduk.



Gambar 2. Model Teori PRECEDE-PROCEED

Jadi Model PRECEDE-PROCEED menurut Lawrence Green ini memiliki 9 fase menurut (Soekidjo, 2007), (Notoatmodjo, 2014), yaitu :

a. Diagnosis sosial

Diagnosis sosial adalah proses menentukan persepsi masyarakat terhadap kebutuhannya dan aspirasi masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya, melalui partisipasi dan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya. Penilaian dapat dilakukan atas dasar data sensus ataupun data statistik yang ada, maupun dengan melakukan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat. Bila data langsung dikumpulkan dari masyarakat, maka pengumpulan datanya dapat dilakukan dengan cara melakukan wawancara dengan informan kunci, forum yang ada di masyarakat, *focus group discussion* (FGD), *nominal group process*, dan survei.

Pada fase ini, praktisi dapat menggunakan kumpulan data multiple dari aktivitas-aktivitas (hasil wawancara dengan informan, diskusi kelompok, observasi terhadap partisipan, dan survei), untuk memahami kebutuhan masyarakat. Fase ini secara subjektif berupaya mendefinisikan kualitas hidup dalam masyarakat. Fokus pada fase ini adalah untuk mengenali dan mengevaluasi permasalahan sosial yang mempengaruhi kualitas hidup target populasi. Tahap ini membutuhkan perencanaan program untuk mendapatkan pengertian dari permasalahan sosial yang mempengaruhi kehidupan pasien, konsumen, siswa, atau komunitas, sebagaimana mereka memandang permasalahan tersebut. Hal ini diikuti oleh pembentukan penghubung antara permasalahan tersebut dan permasalahan kesehatan spesifik yang dapat menjadi fokus dari edukasi kesehatan. Penghubung ini sangat penting dalam hidup dan, sebagai timbal balik, bagaimana kualitas hidup mempengaruhi

permasalahan sosial. Metode yang digunakan untuk diagnosis sosial dapat menggunakan satu atau beberapa cara pada "*Community Assessment*".

b. Diagnosis epidemiologi

Pada tahap ini, masalah-masalah kesehatan yang didapatkan dari tahap pertama tadi digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik yang berasal dari data lokal, regional, maupun nasional. Dalam tahap ini dilihat bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah-masalah kesehatan tersebut dengan mengacu pada mortalitas, morbiditas, tanda dan gejala yang ditimbulkan. Dari tahap inilah perencana menetapkan suatu prioritas masalah yang nantinya akan dibuat suatu perencanaan yang sistematis.

Pada fase ini, siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, dan suku) diidentifikasi. Di samping itu, dicari pula bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (mortalitas, morbiditas, disabilitas, tanda dan gejala yang timbul) dan cara menanggulangi masalah tersebut (imunisasi, perawatan atau pengobatan, modifikasi lingkungan atau perilaku). Informasi ini sangat penting untuk menetapkan prioritas masalah, yang didasarkan pertimbangan besarnya masalah dan akibat yang ditimbulkan, serta kemungkinan untuk diubah. Prioritas masalah harus tergambar pada tujuan program dengan ciri "*who eill benefit how much of what outcome by when*".

Diagnosis epidemiologi mencakup analisis data sekunder atau kumpulan data asli untuk memprioritaskan kebutuhan akan kesehatan masyarakat serta mempertahankan tujuan dan target dari program. Praktisi mengamankan dan menggunakan data statistik yang spesifik dari populasi target dalam rangka mengidentifikasi dan mengurutkan masalah dan tujuan kesehatan yang dapat memberikan

kontribusi terhadap kebutuhan masyarakat yang teridentifikasi.

Diagnosis epidemiologi membantu identifikasi faktor-faktor perilaku dan lingkungan yang berhubungan dengan kualitas kehidupan. Fokus pada fase ini adalah untuk mengidentifikasi permasalahan kesehatan yang spesifik dan faktor non-medis yang berhubungan dengan kualitas kehidupan yang buruk. Menjelaskan permasalahan kesehatan tersebut dapat dilakukan dengan membentuk hubungan antara permasalahan kesehatan, kondisi kesehatan lain, dan kualitas kehidupan. Juga dapat dilakukan dengan mendorong penyusunan prioritas masalah yang akan memandu fokus dari program dan pemanfaatan sumber daya secara efektif serta menyusun kewajiban yang jelas pada masing-masing pihak. Prioritas-prioritas ini dijelaskan sebagai sebagai sebuah program objektif yang menjelaskan target populasi (WHO), *outcome* yang diinginkan (WHAT), dan seberapa banyak (HOW MUCH) keuntungan yang harus didapatkan target populasi, dan kapan (WHEN) keuntungan tersebut terjadi. Contoh data-data epidemiologi ialah statistik vital, usia rentan meninggal, kecacatan, angka kejadian, morbiditas, mortalitas

c. Diagnosis perilaku dan lingkungan

Diagnosis perilaku adalah analisis hubungan perilaku dengan tujuan atau masalah yang diidentifikasi dalam diagnosis epidemiologi atau sosial. Sedangkan diagnosis lingkungan adalah analisis paralel dari faktor lingkungan sosial dan fisik daripada tindakan khusus yang dapat dikaitkan dengan perilaku. Fase ini mengidentifikasi faktor-faktor, baik faktor internal maupun eksternal dari individu yang dapat berpengaruh terhadap masalah kesehatan Fokus fase ini ditujukan pada identifikasi sistematis praktek kesehatan dan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan

permasalahan kesehatan yang telah dijelaskan pada fase 2. Faktor-faktor ini mencakup penyebab non-perilaku (faktor individu dan lingkungan) yang dapat berkontribusi pada permasalahan kesehatan, tetapi tidak dikontrol oleh perilaku. Hal ini dapat mencakup predisposisi genetik, umur, jenis kelamin, penyakit yang diderita, iklim, tempat kerja, ketersediaan fasilitas kesehatan yang adekuat, dan lain-lain. Perilaku yang menyebabkan permasalahan kesehatan juga dinilai. Bagian penting lain pada fase ini adalah kecenderungan terjadinya perubahan pada tiap permasalahan kesehatan pada fase 2.

Langkah yang harus dilakukan dalam diagnosis perilaku dan lingkungan antara lain:

- 1) Memisahkan faktor perilaku dan non-perilaku penyebab timbulnya masalah kesehatan.
 - 2) Mengidentifikasi perilaku yang dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan dan perilaku yang berhubungan dengan tindakan perawatan/pengobatan, sedangkan untuk faktor lingkungan dengan mengeliminasi faktor-faktor lingkungan yang tidak dapat diubah seperti faktor genetis dan demografis.
 - 3) Urutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan besarnya pengaruh terhadap masalah kesehatan.
 - 4) Urutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan kemungkinan untuk diubah.
 - 5) Tetapkan perilaku dan lingkungan yang menjadi sasaran program. Setelah itu tetapkan tujuan perubahan perilaku dan lingkungan yang ingin dicapai program.
- d. Diagnosis pendidikan dan organisasi

Sesuai dengan perspektif perilaku, tahap diagnosis pendidikan dan organisasional model PRECEDE memberi penekanan pada faktor-faktor predisposisi, pendukung, dan penguat.

1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*).

Faktor yang mempermudah atau mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Merupakan anteseden dari perilaku yang menggambarkan rasional atau motivasi melakukan suatu tindakan, nilai dan kebutuhan yang dirasakan, berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk bertindak.

2) Faktor pemungkin (*enabling factors*).

Faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau memungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin adalah ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas dan kemudahan pencapaian pelayanan kesehatan, baik dari segi jarak maupun segi biaya dan sosial serta adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut.

3) Faktor penguat (*reinforcing factors*).

Faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tersebut. Merupakan faktor yang memperkuat suatu perilaku dengan memberikan penghargaan secara terus-menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya pengulangan. Merupakan faktor yang berperan setelah suatu perilaku telah dimulai. Faktor ini mendukung pengulangan atau tetapnya suatu perilaku dengan memberikan suatu penghargaan (*reward*) atau insentif secara berkelanjutan serta hukuman (*punishmen*) sebagai konsekuensi dari suatu perilaku. Hal tersebut digunakan untuk memotivasi dan menguatkan perilaku sehat dan *outcome*.

Reinforcement bisa datang dari individu atau kelompok, seseorang atau institusi dalam lingkungan fisik atau sosial seperti keluarga, guru, akademis, dan lain-lain. Hal penting untuk

memahami *reinforcing factor* adalah sejauh mana ketidakadanya akan berarti kehilangan dukungan untuk tindakan dari individu atau kelompok. Elemen penting pada fase ini adalah pemilihan faktor yang dapat dimodifikasi, yang paling dapat menghasilkan perubahan perilaku. Proses pemilihan mencakup mengidentifikasi, memilah faktor-faktor ini ke dalam kategori-kategori (positif dan negatif), menempatkan prioritas pada tiap kategori, dan memprioritaskan salah satu kategori. Prioritas faktor bergantung kepada tingkat kepentingan (*importance*) dan kemampuan untuk diubah (*changeability*). *Learning objectives* dari faktor-faktor terpilih ini kemudian dikembangkan. Pemilihan faktor-faktor mana yang harus diubah untuk memulai dan menjaga (*maintain*) perubahan perilaku dilakukan pada fase ini karena intervensi spesifik juga disusun pada fase ini. Diagnosis edukasi dan organisasi inilah yang digunakan untuk melihat hal-hal spesifik yang dapat meningkatkan atau menurunkan perilaku-perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Diagnosis kebijakan dan administrasi

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

Fase ini melangkah dari perencanaan dengan PRECEDE ke implementasi dan evaluasi dengan PROCEED. PRECEDE digunakan untuk meyakinkan bahwa program akan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan individu atau masyarakat sasaran. Sebaliknya, PROCEED untuk meyakinkan bahwa program akan tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima dan dapat dipertanggungjawabkan kepada penentu kebijakan, administrator, konsumen atau klien, dan *stakeholder* terkait. Hal ini dilakukan untuk menilai kesesuaian program dengan standar yang telah ditetapkan. Diagnosis administratif dilakukan dengan tiga penilaian, yaitu: sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan program, sumber daya yang ada di organisasi dan masyarakat, serta hambatan pelaksana program. Sedangkan pada diagnosis kebijakan dilakukan identifikasi dukungan dan hambatan politis, peraturan dan organisasional yang memfasilitasi program dan pengembangan lingkungan yang dapat mendukung kegiatan masyarakat yang kondusif bagi kesehatan. Misalnya, adanya kebijakan pemerintah dalam pemberantasan penyakit diare antara lain bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB).

1) Implementasi

Pada tahap ini, suatu intervensi (secara besar pada fase-fase sebelumnya) direncanakan berdasarkan analisis. Sekarang, yang harus dilakukan adalah menjalankannya. Fase ini hanya berupa pengaturan dan pengimplementasian intervensi yang telah direncanakan sebelumnya. Pada fase ini, intervensi yang telah disusun pada fase kelima diterapkan secara langsung pada masyarakat.

2) Evaluasi proses

Fase ini bukanlah mengenai hasil, tetapi mengenai prosedur. Evaluasi di sini berarti apakah kita sedang melakukan apa yang telah kita

rencanakan sebelumnya. Jika, sebagai contoh, kita menawarkan melakukan pelayanan kesehatan diare tiga hari dalam sepekan pada daerah pedesaan, apakah dalam kenyataannya benar-benar melakukan pelayanan kesehatan tersebut. Kita juga menetapkan untuk memberikan penyuluhan setiap hari Senin dan Kamis untuk melakukan penyuluhan tentang diare dan penanganannya di puskesmas berdekatan, setiap Selasa dan Rabu melakukan penyuluhan ke sekolah-sekolah apakah benar-benar melaksanakan sesuai yang direncanakan.

3) Evaluasi dampak

Pada fase ini, kita mulai melakukan evaluasi terhadap sukses awal dari upaya kita. Apakah intervensi tersebut menghasilkan efek yang kita inginkan pada faktor perilaku atau lingkungan yang kita harapkan untuk berubah. Mengukur efektifitas program dari sudut dampak menengah dan perubahan-perubahan pada faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing*. Mengevaluasi dampak dari intervensi pada faktor-faktor pendukung perilaku dan pada perilaku itu sendiri.

4) Evaluasi hasil

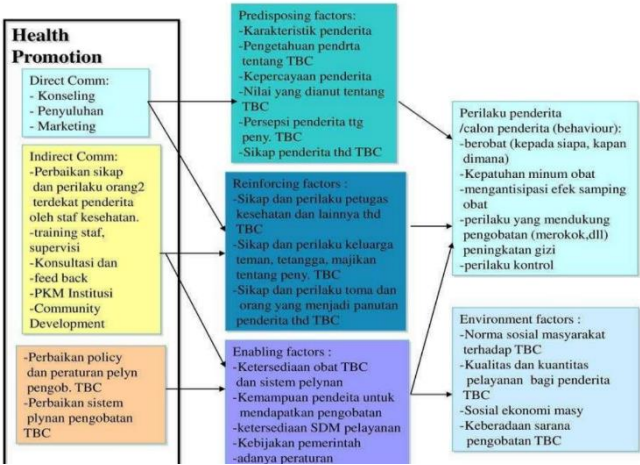
Intervensi mungkin dapat secara sukses dilakukan, prosesnya sesuai dengan yang direncanakan, dan terjadi perubahan yang memang diharapkan. Namun, hasilnya secara keseluruhan tidak memiliki dampak pada masalah yang lebih luas. Dalam hal ini, kita harus memulai kembali prosesnya sekali lagi, untuk melihat mengapa faktor yang kita fokuskan bukanlah faktor yang tepat, dan untuk mengidentifikasi faktor lain yang mungkin berhasil. Mengukur perubahan dari keseluruhan objek dan perubahan dalam kesehatan dan keuntungan sosial atau kualitas kehidupan (*outcome*) yang menentukan efek terbesar pada intervensi

terhadap kesehatan dan kualitas kehidupan suatu populasi. Dibutuhkan waktu yang panjang untuk mendapatkan hasil, dan mungkin beberapa tahun untuk benar-benar melihat perubahan kualitas hidup pada populasi atau masyarakat. Beberapa *outcome* mungkin tidak terlihat nyata dalam beberapa tahun atau dekade. Bila *outcome* tidak terlihat dalam jangka waktu yang lama, maka kita harus bersabar dan tetap mengawasi proses dan dampak dari intervensi kita, dengan keyakinan bahwa *outcome* tersebut akan terlihat dengan nyata nantinya.

Model PRECEDE-PROCEED ini telah mendorong dan memfasilitasi perencanaan yang lebih sistematis dan komprehensif dari program kesehatan masyarakat. Kadang-kadang praktisi atau peneliti berusaha untuk mengatasi kesehatan tertentu atau kualitas hidup masalah dalam kelompok orang tertentu tanpa mengetahui apakah orang-orang menganggap masalah ini menjadi penting. Lain kali mereka memilih intervensi mereka dan merasa nyaman menggunakannya bukan mencari intervensi yang paling tepat untuk populasi tertentu. Namun apa yang telah dilaluinya untuk satu kelompok orang mungkin tidak berlaku bagi orang lain, mengingat manusia itu berbeda dalam prioritas mereka, nilai, dan perilaku. Karena itu PRECEDE-PROCEED itu dimulai dengan melibatkan kepentingan diri mereka dalam proses identifikasi kesehatan yang paling penting atau kualitas pada masalah kehidupan. Kemudian panduan model peneliti dan praktisi untuk menentukan apa yang harus mendahului mereka. Dengan cara ini, intervensi dapat dirancang tidak didasarkan pada spekulasi tapi lebih pada pemahaman yang jelas tentang faktor apa yang mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup masalah pada populasi itu. Selain itu perkembangan dari fase ke fase dalam PRECEDE memungkinkan praktisi untuk menetapkan prioritas dalam setiap fase yang membantu mempersempit fokus dalam setiap tahapan berikutnya sehingga sampai pada

subset erat didefenisikan faktor sebagai target untuk intervensi. Hal ini penting karena tidak ada program tunggal yang mampu menangani semua faktor *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing* untuk semua perilaku, gaya hidup, dan lingkungan yang mempengaruhi semua masalah kesehatan dan kualitas hidup yang menarik (Kholid, 2012) (DR. Irwan, 2017). Gambar berikut merupakan contoh penerapan model PRECEDE-PROCEED yang lain.

CONTOH



Gambar 3. Penerapan Model Teori PRECEDE-PROCEED

DAFTAR PUSTAKA

- DR. Irwan, S., 2017. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan I ed. Yogyakarta: CV Absolute Media.
- DR.Dra. R. Sitti Nur Djamah, M.Kes, Chayanita Sekar Wijaya, dkk, 2020. *Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. Cetakan I ed. Jakarta: CV Mine.
- Kholid, A., 2012. *Promosi Kesehatan : Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, Dan Aplikasinya*. Cetakan I ed. Depok: PT Rajagrafindo Persada.
- Martina Pakpahan, Debora Siregar, Andi Susilawaty, dkk, 2021. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan I ed. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Notoatmodjo, P. D. S., 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Cetakan Pertama ed. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2014. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan I ed. Jakarta: Rineka Cipta.
- Soekidjo, N., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Cetakan I ed. Jakarta: Rineka Cipta.
- Windi Chusniah Rachmawati, S., 2019. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. 1 ed. Malang: Wineka Media.

BIODATA PENULIS



Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST.,M.Kes lahir di Ambon, 27 Oktober 1972, menyelesaikan Pendidikan D4 Keperawatan di Fakultas Kedokteran Univesitas Hasanudin Makassar dan S2 Promosi Kesehatan Jurusan Kespro dan HIV-AIDS di Universitas Diponegoro Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

A. Pendahuluan

Observasi sosial merupakan salah satu konsep penting dalam ilmu perilaku, yang berfokus pada bagaimana individu mengamati dan meniru perilaku orang lain dalam lingkungan sosial mereka. Konsep ini memiliki relevansi yang sangat besar dalam bidang kesehatan, karena perilaku individu sering kali dipengaruhi oleh interaksi sosial dan model perilaku yang ada di sekitarnya. Melalui proses observasi, individu dapat menginternalisasi norma-norma sosial, sikap, serta kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan, baik yang bersifat positif maupun negatif. Dalam konteks ini, observasi sosial dapat berfungsi sebagai mekanisme untuk memodifikasi perilaku yang mempengaruhi kesehatan, baik dalam bentuk pencegahan penyakit, perubahan gaya hidup, atau pemeliharaan kesehatan jangka panjang.

Pengaruh observasi sosial terhadap perilaku kesehatan sangat erat kaitannya dengan teori pembelajaran sosial, yang diperkenalkan oleh Albert Bandura. Teori ini menyatakan bahwa individu tidak hanya belajar melalui pengalaman langsung, tetapi juga melalui pengamatan terhadap perilaku orang lain dan konsekuensi yang mereka terima. Misalnya, seseorang mungkin akan lebih cenderung untuk mengadopsi perilaku hidup sehat jika mereka melihat orang lain di sekitar mereka melakukannya dengan sukses, atau sebaliknya, mereka mungkin terpengaruh untuk menghindari perilaku berisiko jika mereka menyaksikan dampak negatif dari

perilaku tersebut. Oleh karena itu, pemahaman tentang bagaimana observasi sosial memengaruhi perilaku kesehatan penting untuk merancang intervensi yang efektif dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat.

Dalam praktiknya, observasi sosial sering dimanfaatkan dalam berbagai pendekatan pendidikan kesehatan, kampanye sosial, dan program intervensi perilaku. Media massa, teman sebaya, keluarga, serta lingkungan kerja dan sekolah memainkan peran besar dalam membentuk pandangan individu terhadap perilaku yang dianggap sehat atau tidak sehat. Proses ini tidak hanya berlaku pada individu, tetapi juga pada kelompok sosial, yang sering kali menginternalisasi perilaku kolektif yang berdampak pada kesehatan. Oleh karena itu, memahami pengaruh observasi sosial pada perilaku kesehatan membuka peluang untuk pengembangan strategi yang lebih efektif dalam mengubah perilaku kesehatan masyarakat melalui pendekatan yang berbasis pada interaksi sosial dan pemodelan perilaku yang positif.

B. Pengaruh Observasi Sosial pada Perilaku dalam Ilmu Perilaku Kesehatan

Observasi sosial merupakan salah satu fenomena yang penting dalam pembentukan perilaku individu, terutama dalam konteks kesehatan. Perilaku manusia tidak hanya dibentuk oleh pengalaman pribadi, tetapi juga oleh interaksi sosial yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Dalam bidang ilmu perilaku kesehatan, observasi sosial merujuk pada proses di mana individu mengamati perilaku orang lain dan meniru atau menginternalisasi perilaku tersebut, baik dengan cara sadar atau tidak sadar. Proses ini dapat memainkan peran penting dalam memperkenalkan, mengubah, atau memperkuat perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, seperti pola makan, kebiasaan olahraga, atau kebiasaan merokok.

1. Teori Pembelajaran Sosial Albert Bandura

Teori pembelajaran sosial yang diperkenalkan oleh Albert Bandura adalah dasar utama dalam memahami

pengaruh observasi sosial terhadap perilaku. Menurut Bandura, individu dapat belajar bukan hanya melalui pengalaman langsung, tetapi juga melalui observasi atau pengamatan terhadap orang lain. Proses ini dikenal sebagai **modeling** atau **imitasi**, di mana seseorang mengamati perilaku orang lain, terutama mereka yang dianggap sebagai model, dan meniru perilaku tersebut. Bandura mengemukakan bahwa pembelajaran sosial melibatkan empat elemen utama, yaitu:

- a. Perhatian (Attention): Agar seseorang dapat belajar dari perilaku orang lain, mereka harus terlebih dahulu memberi perhatian pada perilaku tersebut. Faktor-faktor seperti ketertarikan pada model, kompleksitas perilaku, dan seberapa menarik atau relevan perilaku tersebut memengaruhi seberapa banyak perhatian yang diberikan.
- b. Penyimpanan (Retention): Setelah memperhatikan perilaku, individu perlu mengingat atau menyimpan informasi tersebut untuk dapat meniru perilaku tersebut di kemudian hari. Memori yang baik akan membantu individu dalam mengingat langkah-langkah yang perlu diikuti dalam meniru perilaku.
- c. Reproduksi (Reproduction): Proses selanjutnya adalah kemampuan individu untuk mereproduksi atau meniru perilaku yang telah diamati. Ini melibatkan kemampuan fisik dan kognitif untuk melakukan perilaku yang sama.
- d. Motivasi (Motivation): Motivasi atau dorongan untuk meniru perilaku sangat dipengaruhi oleh konsekuensi yang diamati dari perilaku tersebut. Jika perilaku tersebut diikuti dengan hasil positif (seperti penghargaan atau manfaat), individu lebih cenderung untuk menirunya.

Penerapan teori ini dalam konteks kesehatan menunjukkan bagaimana individu dapat mengubah perilaku mereka berdasarkan observasi terhadap perilaku

sehat atau tidak sehat orang lain, terutama jika mereka melihat orang lain mendapat manfaat atau konsekuensi yang jelas dari perilaku tersebut.

2. Observasi Sosial dalam Pembentukan Perilaku Kesehatan

Dalam konteks perilaku kesehatan, observasi sosial memiliki dampak yang sangat besar, terutama dalam hal adopsi atau perubahan perilaku yang mempengaruhi kesehatan. Sebagai contoh, seseorang yang melihat teman atau anggota keluarga mereka menjalani gaya hidup sehat, seperti rutin berolahraga atau mengonsumsi makanan bergizi, lebih mungkin untuk mengikuti kebiasaan tersebut. Proses ini sering disebut sebagai penularan sosial atau pengaruh teman sebaya yang dapat mengubah pandangan individu tentang perilaku yang sehat. Selain itu, observasi sosial juga dapat memengaruhi persepsi individu terhadap risiko kesehatan, seperti merokok atau mengonsumsi alkohol, tergantung pada bagaimana perilaku tersebut dimodelkan oleh orang-orang di sekitar mereka.

Salah satu contoh nyata dari observasi sosial dalam perilaku kesehatan adalah kampanye kesehatan yang menggunakan media massa untuk menyebarkan informasi tentang perilaku sehat. Dalam hal ini, individu mungkin mengamati selebriti atau figur publik yang mempromosikan gaya hidup sehat, seperti berolahraga atau makan dengan pola yang seimbang. Penayangan iklan atau program kesehatan yang menunjukkan konsekuensi positif dari perilaku tersebut, seperti peningkatan kualitas hidup atau kesehatan yang lebih baik, bisa mendorong individu untuk meniru perilaku tersebut. Sebaliknya, jika individu mengamati perilaku berisiko seperti merokok atau konsumsi alkohol yang tidak diikuti dengan dampak negatif yang jelas, mereka mungkin menganggap perilaku tersebut sebagai hal yang dapat diterima atau bahkan normal.

3. Peran Model dalam Observasi Sosial

Peran model sangat penting dalam pengaruh observasi sosial terhadap perilaku kesehatan. Model dalam hal ini merujuk pada individu atau kelompok yang perilakunya diamati oleh orang lain dan menjadi contoh bagi perilaku tersebut. Model yang efektif biasanya memiliki beberapa karakteristik, seperti kepercayaan diri, kredibilitas, dan kesamaan dengan individu yang mengamati. Dalam konteks kesehatan, model bisa berupa keluarga, teman, rekan kerja, atau bahkan tokoh masyarakat. Pengaruh model ini dapat berfungsi dalam dua cara: pertama, mereka dapat memberikan contoh positif melalui perilaku sehat, dan kedua, mereka dapat memberikan contoh negatif jika mereka terlibat dalam perilaku berisiko.

Sebagai contoh, dalam masyarakat, orang tua sering berfungsi sebagai model bagi anak-anak mereka dalam hal perilaku sehat. Anak-anak yang mengamati orang tua mereka makan makanan sehat, berolahraga, dan menjaga kebersihan diri cenderung mengadopsi kebiasaan yang sama. Sebaliknya, jika anak-anak melihat orang tua mereka tidak menjaga pola makan atau tidak aktif secara fisik, mereka mungkin menganggap perilaku tersebut sebagai hal yang dapat diterima. Begitu juga dengan pengaruh teman sebaya, yang sering kali lebih kuat pada remaja. Dalam kelompok teman sebaya, perilaku seperti merokok atau konsumsi alkohol bisa menjadi norma sosial yang diikuti, tergantung pada sejauh mana teman-teman mereka dianggap sebagai model yang dihormati.

4. Dampak Positif dan Negatif Observasi Sosial dalam Perilaku Kesehatan

Pengaruh observasi sosial pada perilaku kesehatan dapat bersifat positif maupun negatif. Secara positif, observasi sosial dapat mendorong individu untuk

mengadopsi perilaku sehat yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup dan pencegahan penyakit. Sebagai contoh, kampanye kesehatan masyarakat yang menggunakan pengaruh selebritas atau figur publik untuk mempromosikan gaya hidup sehat telah terbukti berhasil dalam mendorong perilaku sehat di kalangan masyarakat. Selain itu, pengaruh sosial yang positif dari keluarga atau teman juga dapat memperkuat motivasi individu untuk menjaga kesehatan mereka, seperti mengikuti program olahraga bersama atau memasak makanan sehat.

Namun, observasi sosial juga dapat memiliki dampak negatif, terutama jika individu mengamati perilaku berisiko yang tidak diikuti dengan konsekuensi yang jelas. Misalnya, perilaku merokok yang sering terlihat di televisi atau di kalangan teman sebaya bisa menurunkan persepsi risiko dan meningkatkan kemungkinan individu untuk mulai merokok. Pengaruh negatif ini lebih kuat jika perilaku tersebut dilihat sebagai norma sosial yang diterima dalam kelompok tertentu. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi model-model sosial yang tepat dan mengarahkan individu untuk mengamati perilaku yang mendukung kesehatan.

5. Implikasi dalam Intervensi Kesehatan

Pemahaman tentang pengaruh observasi sosial pada perilaku kesehatan membuka peluang besar dalam perancangan intervensi kesehatan yang lebih efektif. Misalnya, intervensi berbasis komunitas yang melibatkan kelompok teman sebaya atau keluarga dapat memanfaatkan kekuatan observasi sosial untuk mendorong perubahan perilaku. Jika intervensi dilakukan dengan melibatkan model yang dihormati dalam masyarakat, pesan-pesan kesehatan akan lebih mudah diterima dan diterapkan. Oleh karena itu, upaya-upaya untuk mengubah perilaku kesehatan tidak hanya bergantung pada pendidikan langsung atau informasi

yang disampaikan, tetapi juga pada pemanfaatan pengaruh sosial yang ada di sekitar individu.

Intervensi berbasis observasi sosial juga dapat dilakukan melalui media sosial dan platform digital, di mana individu dapat terhubung dengan model yang lebih luas, seperti influencer kesehatan atau tokoh masyarakat lainnya. Penggunaan media sosial untuk membagikan pengalaman positif dalam menjalani gaya hidup sehat dapat mempercepat perubahan sosial dalam hal kebiasaan kesehatan, terutama di kalangan generasi muda yang lebih terhubung dengan dunia digital. Dengan demikian, observasi sosial menjadi alat yang sangat berharga dalam mendukung perubahan perilaku kesehatan di masyarakat.

6. Faktor Penghambat Pengaruh Observasi Sosial pada Perilaku Kesehatan

Pengaruh observasi sosial dalam pembentukan perilaku kesehatan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Meskipun observasi sosial memiliki potensi besar dalam memodifikasi perilaku, ada beberapa hambatan yang dapat mengurangi efektivitasnya. Berikut adalah beberapa faktor penghambat yang dapat memengaruhi proses ini:

- a. **Faktor Lingkungan Sosial yang Tidak Mendukung**
Lingkungan sosial yang kurang mendukung perilaku sehat bisa menjadi hambatan utama dalam pengaruh observasi sosial. Jika individu berada dalam lingkungan yang penuh dengan model perilaku negatif—seperti merokok, konsumsi alkohol, atau pola makan yang buruk—mereka mungkin lebih cenderung untuk mengimitasi perilaku tersebut meskipun ada model positif di sekitarnya. Misalnya, dalam suatu komunitas yang kebiasaan merokoknya sangat tinggi, anak-anak atau remaja yang tumbuh di lingkungan tersebut cenderung lebih mudah terpengaruh untuk mengikuti perilaku merokok.

Oleh karena itu, meskipun ada upaya untuk mempromosikan perilaku sehat, jika lingkungan sosial tidak mendukung, maka pengaruh observasi sosial terhadap perubahan perilaku bisa sangat terbatas.

b. Kurangnya Perhatian dan Motivasi untuk Meniru Perilaku Positif

Proses observasi sosial memerlukan perhatian yang cukup dari individu untuk memperhatikan perilaku model yang sehat. Namun, tidak semua individu memberikan perhatian yang sama terhadap model yang ada di sekitarnya, terutama jika model tersebut tidak memiliki daya tarik atau relevansi langsung bagi individu. Selain itu, motivasi untuk meniru perilaku sehat juga sangat dipengaruhi oleh sejauh mana individu melihat manfaat yang jelas dari perilaku tersebut. Jika individu tidak merasakan manfaat yang langsung atau signifikan dari perilaku sehat yang diamati, mereka mungkin kurang termotivasi untuk mengadopsinya. Faktor seperti kurangnya pengetahuan tentang manfaat kesehatan atau ketidakpercayaan terhadap efektivitas perubahan perilaku dapat menjadi penghambat besar dalam proses ini.

c. Perbedaan dalam Norma Sosial dan Nilai Budaya

Norma sosial dan nilai budaya yang ada dalam suatu masyarakat juga dapat mempengaruhi pengaruh observasi sosial. Dalam beberapa budaya atau kelompok sosial, perilaku tertentu mungkin lebih dihargai atau diterima, meskipun itu dapat berdampak buruk bagi kesehatan. Misalnya, dalam beberapa budaya, kebiasaan makan makanan tinggi kalori dan rendah gizi mungkin dianggap sebagai simbol kemakmuran atau keberhasilan, yang dapat menghambat upaya perubahan perilaku menuju pola makan yang lebih sehat. Ketika norma sosial dan nilai

budaya tidak sejalan dengan perilaku sehat, maka observasi sosial terhadap perilaku sehat menjadi lebih sulit diterima atau diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

d. Keterbatasan Akses terhadap Informasi atau Sumber Daya Kesehatan

Keterbatasan dalam akses informasi atau sumber daya yang mendukung perilaku sehat juga dapat menghambat efektivitas observasi sosial. Misalnya, individu mungkin mengamati teman atau keluarga mereka yang menjalani gaya hidup sehat, seperti berolahraga secara teratur, namun mereka tidak memiliki akses yang memadai terhadap fasilitas olahraga atau sumber daya untuk mengikuti perilaku tersebut. Selain itu, kurangnya informasi yang akurat dan mudah dipahami tentang bagaimana memulai perubahan perilaku atau mengatasi hambatan dalam melaksanakan kebiasaan sehat juga dapat menjadi faktor penghambat. Ketika sumber daya atau akses terbatas, observasi sosial menjadi kurang efektif dalam mendorong perubahan perilaku.

e. Pengaruh Media Sosial yang Tidak Seimbang

Di era digital, media sosial memiliki peran besar dalam membentuk perilaku individu. Namun, media sosial tidak selalu mempromosikan perilaku sehat secara konsisten. Di banyak platform, ada pengaruh besar dari model yang tidak selalu mewakili perilaku sehat, seperti pola makan yang tidak seimbang atau kebiasaan merokok. Jika individu lebih sering terpapar pada model yang mempromosikan perilaku berisiko atau tidak sehat, mereka mungkin lebih mudah terpengaruh untuk mengikuti perilaku tersebut. Selain itu, beberapa individu mungkin tidak kritis dalam menilai informasi atau model yang mereka lihat di media sosial, sehingga mereka lebih

rentan mengikuti tren yang tidak sehat atau tidak didukung oleh bukti ilmiah.

f. Ketidakpercayaan terhadap Model atau Sumber Pengaruh

Kepercayaan terhadap model yang diamati juga memengaruhi seberapa besar pengaruh observasi sosial dalam perubahan perilaku. Jika individu tidak percaya atau merasa tidak terhubung dengan model yang mengajarkan perilaku sehat, mereka cenderung tidak akan meniru perilaku tersebut. Misalnya, jika seseorang melihat seorang selebritas mempromosikan gaya hidup sehat, namun merasa bahwa selebritas tersebut tidak relevan dengan kehidupan mereka, maka pengaruh model tersebut menjadi lebih lemah. Ketidakpercayaan terhadap sumber pengaruh, baik itu tokoh masyarakat, teman sebaya, atau keluarga, bisa mengurangi potensi observasi sosial untuk mengubah perilaku.

g. Keterbatasan Pemahaman tentang Risiko dan Manfaat Perilaku Kesehatan

Keterbatasan dalam pemahaman individu tentang risiko dan manfaat perilaku kesehatan dapat menjadi hambatan besar dalam pengaruh observasi sosial. Jika seseorang tidak sepenuhnya memahami dampak jangka panjang dari perilaku sehat atau berisiko, mereka mungkin tidak akan merasa termotivasi untuk mengubah perilaku mereka, meskipun mereka telah mengamati model yang menunjukkan perilaku sehat. Kurangnya pemahaman yang tepat tentang bagaimana perubahan kecil dalam gaya hidup dapat memberikan manfaat besar bagi kesehatan dapat menyebabkan individu mengabaikan atau bahkan menentang perubahan perilaku yang diperlukan. Ini menunjukkan pentingnya pendidikan kesehatan yang lebih mendalam untuk meningkatkan pemahaman individu tentang risiko kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cameron, Linda D.; LEVENTHAL, Howard. Self-regulation, health, and illness: An overview. *The self-regulation of health and illness behaviour*, 2012, 1-15.
- De Ridder, Denise TD; De Wit, John BF. Self-regulation in health behavior: concepts, theories, and central issues. *Self-regulation in health behavior*, 2006, 1-23.
- Hall, Peter A.; Fong, Geoffrey T. Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 2007, 1.1: 6-52.
- Maes, Stan; Gebhardt, Winifred. Self-regulation and health behavior: The health behavior goal model. In: *Handbook of self-regulation*. Academic Press, 2000. p. 343-368.
- Mappasere, Stambol A.; Suyuti, Naila. Pengertian Penelitian Pendekatan Kualitatif. *Metode Penelitian Sosial*, 2019, 33.
- Vohs, Kathleen D.; Baumeister, Roy F. (ed.). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. Guilford Publications, 2016.

BIODATA PENULIS



Penulis, lahir di Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara, Indonesia. Saat ini bekerja di Salah Satu Perguruan Tinggi Negeri di Sulawesi Tenggara. Penulis aktif menulis dan melakukan penelitian di bidang kesehatan.

BAB 11

Teori Perilaku Terencana

*Marlyn M. Pandean, S.Pd., SKM., MPH

A. Pendahuluan

Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior*) merupakan teori perilaku yang dapat mengenali bentuk keyakinan seseorang terhadap kontrol atas sesuatu yang akan terjadi dari hasil perilaku. *Theory of Planned Behavior* memiliki keunggulan dibandingkan dengan teori perilaku lainnya (Ajzen, I., 1991). Teori perilaku terencana (TPB) merupakan teori psikologi yang menghubungkan keyakinan dengan perilaku. Teori ini menyatakan bahwa tiga komponen inti, yaitu sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan, bersama-sama membentuk niat berperilaku individu. Pada gilirannya, prinsip TPB adalah bahwa niat berperilaku adalah penentu paling proksimal dari perilaku sosial manusia. Teori tersebut diuraikan oleh Icek Ajzen dengan tujuan untuk meningkatkan daya prediksi teori tindakan beralasan (TRA). Ide Ajzen adalah memasukkan kontrol perilaku yang dirasakan ke dalam TPB. Kontrol perilaku yang dirasakan bukan merupakan komponen TRA. TPB telah diterapkan pada studi tentang hubungan antara keyakinan, sikap, niat berperilaku, dan perilaku di berbagai domain manusia. Domain ini mencakup, namun tidak terbatas pada, periklanan, hubungan masyarakat, kampanye periklanan, layanan kesehatan, manajemen olahraga, keuangan konsumen/rumah tangga, dan keberlanjutan.

B. Konsep Teori Perilaku Terencana

1. Teori Perilaku Terencana (TPB)

Teori Perilaku Terencana berasumsi bahwa individu memiliki kendali yang disengaja atas perilaku mereka. Semakin keras individu mencoba melakukan suatu perilaku, semakin besar kemungkinan mereka akan berhasil (Melissa D, et al, 2009). Teori Perilaku Terencana mengasumsikan bahwa individu bertindak secara rasional, sesuai dengan sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan. Faktor-faktor ini tidak serta merta dipertimbangkan secara aktif atau sadar dalam pengambilan keputusan, namun menjadi latar belakang proses pengambilan keputusan (Sansom R., 2021). Teori Perilaku Terencana (TPB) memprediksi niat individu untuk terlibat dalam suatu perilaku pada waktu dan tempat tertentu. Ia berpendapat bahwa perilaku individu didorong oleh niat perilaku, di mana niat berperilaku merupakan fungsi dari tiga faktor penentu, yaitu: sikap individu terhadap perilaku, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan (Ajzen, 1991). Niat perilaku ini adalah ukuran proksi untuk perilaku. Ini mewakili motivasi seseorang dalam arti dirinya atau orang lain rencana sadar atau keputusannya untuk melakukan perilaku tertentu (Conner & Armitage, 1998). Secara umum, semakin kuat niat, semakin besar kemungkinan perilaku akan dilakukan. Sikap individu terhadap perilaku, hal ini mengacu pada tingkat di mana seseorang memiliki perasaan positif atau negatif terhadap perilaku orang lain. Minat, ini memerlukan pertimbangan tentang hasil dari melakukan perilaku tersebut. Norma subjektif, hal ini mengacu pada keyakinan tentang apakah orang lain yang signifikan berpikir dia akan melakukan hal tersebut. Perilaku, hal ini berkaitan dengan persepsi seseorang terhadap lingkungan sosial di sekitar perilakunya. Kontrol perilaku yang dirasakan, hal ini mengacu pada persepsi individu tentang sejauh mana kinerja perilaku tersebut mudah atau sulit

(Ajzen, 1991). Hal ini meningkat ketika individu merasa memiliki lebih banyak sumber daya dan kepercayaan diri (Ajzen, 1985; Hartwick & Barki, 1994; Lee & Kozar, 2005). Perpanjangan dari teori tindakan beralasan, Icek Ajzen (1985) mengusulkan TPB dalam babnya "Dari niat menjadi tindakan: Teori perilaku terencana." TPB dikembangkan dari TRA, sebuah teori yang pertama kali diajukan pada tahun 1980 oleh Martin Fishbein dan Ajzen. Ajzen memperkenalkan TPB dengan menambahkan komponen "kontrol perilaku yang dirasakan" pada TRA. Dengan cara ini dia memperluas TRA untuk memprediksi perilaku sebenarnya dengan lebih baik.

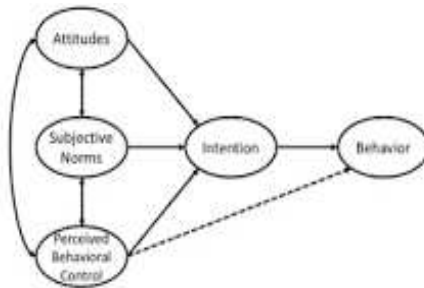
Kontrol perilaku yang dirasakan mengacu pada sejauh mana seseorang yakin bahwa dia dapat melakukan perilaku tertentu. Kontrol perilaku yang dirasakan melibatkan persepsi kemampuan individu untuk melakukan perilaku tersebut. Dengan kata lain, kontrol perilaku yang dirasakan bersifat spesifik terhadap perilaku atau tujuan. Persepsi tersebut bervariasi berdasarkan keadaan lingkungan dan perilaku yang terlibat. Teori perilaku terencana menunjukkan bahwa orang lebih cenderung berniat untuk melakukan perilaku tertentu ketika mereka merasa bahwa mereka dapat berhasil melakukannya. Teori ini kemudian diperbaiki dari TRA.

2. Pengukuran Teori Perilaku Terencana (TPB)

Pengembangan pengukuran yang memanfaatkan Teori Perilaku Terencana sangat bergantung pada topiknya pengukuran harus menilai semua komponen utama teori: sikap terhadap perilaku, norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan, dan niat. Pengukuran yang umum mengikuti format gaya Likert dan panjangnya bisa berkisar dari beberapa pertanyaan yang singkat hingga pertanyaan yang lebih panjang dan lebih kompleks (Davis, et al., 2002), atau survei yang jauh lebih panjang dan lebih komprehensif (Fishbein, M., & Ajzen, I., 2010).

3. Komponen Utama Teori Perilaku Terencana

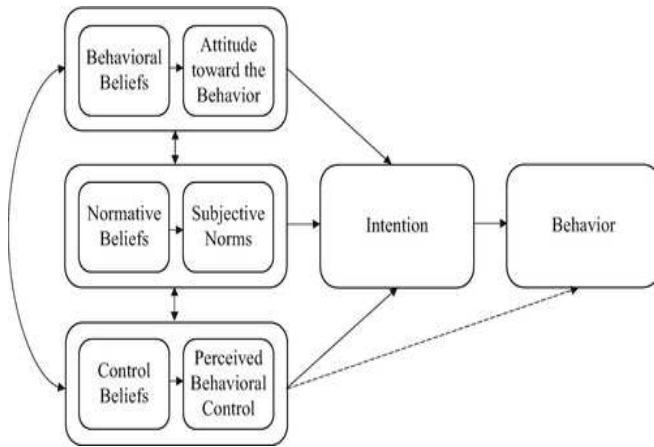
Komponen utama teori perilaku terencana terdiri dari 5 komponen. Teori perilaku terencana (TPB) merupakan teori psikologi yang menghubungkan keyakinan dengan perilaku. Teori ini menyatakan bahwa tiga komponen inti, yaitu sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan, bersama-sama membentuk niat berperilaku individu.



Gambar 1. Lima (5) komponen TPB

4. Unsur-unsur Teori Perilaku Terencana

Teori Perilaku Terencana terdiri dari empat unsur-unsur, yaitu: keyakinan, sikap, niat, dan perilaku (Pengantar teori dan penelitian).



Theory of Planned Behavior

5. Contoh Perilaku yang Direncanakan

Jika seseorang percaya bahwa perilaku tersebut akan menghasilkan hasil yang baik, maka mereka cenderung bersikap positif terhadapnya yang berkontribusi pada kemauan mereka. Misalnya, jika Anda berpikir bahwa bersepeda ke kantor akan membawa Anda ke sana lebih cepat daripada mengemudi, maka Anda mungkin lebih termotivasi untuk bersepeda.

6. Tahap-tahap Perilaku Terencana

Teori Perilaku Terencana dipecah menjadi sikap seseorang, kendali perilaku yang dirasakannya, dan norma subjektif masyarakat yang semuanya memengaruhi niat seseorang dan akhirnya perilaku akhir.

7. Keuntungan dari Teori Perilaku Terencana

Teori ini memungkinkan Anda memahami bagaimana individu berperilaku dalam berbagai latar, skenario, dan situasi. Dengan membuka wawasan berdasarkan sikap terhadap perilaku, norma, dan kendali yang dirasakan, praktisi dan pemasar dapat memahami di mana hambatan berada dan bagaimana mendorong perubahan perilaku.

8. Bagaimana menerapkan Teori Perilaku Terencana?

Ketika menggunakan teori ini, para pelaksana mempertimbangkan tiga jenis keyakinan yang cenderung

memandu perilaku manusia: perilaku, normatif, dan kontrol. Keyakinan perilaku menghasilkan sikap yang baik atau buruk terhadap perilaku dan memandu pertimbangan tentang hasil positif dan negatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I (1991). *The theory of planned behaviour. Organizational Behavior and Human Decision Processes*. Volume 50, Issue 2, December 1991, Pages 179-211
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014959789190020T>; diakses pada tanggal 2 Pebruari 2025).
- Ajzen, I (2012). *American Journal Of Psychological Research Volume 8, Number 1 Submitted: August 17, 2011 Revisions: February 20, 2012 Accepted: February 21, 2012 Published: March 1, 2012* *Ajzen's Theory of Planned Behavior and Social Media Use by College Students* Rebecca Cameron, Harvey Ginsburg, Michael Westhoff and Roque V. Mendez Texas State University- San Marcos) diakses pada tanggal 2 Pebruari 2025.
- Alligood, MR (2015). *Nursing theorists and their work*. St. Louis: Elsevier; diakses pada tanggal 2 Pebruari 2025.
- Amigo (2012). *Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Aggregator Lansia Dengan Hipertensi di Kecamatan Jetis Yogyakarta*: Tesis, UI; diakses pada tanggal 2 Pebruari 2025.
- Anderson, E,T., & McFarlane, J,M. (2011). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; diakses pada tanggal 2 Pebruari 2025.
- Blakeley, S (2021). *Family Structure. Study the definition of a family structure and explore examples of the different types of family structures in the United States*.
<https://study.com/learn/lesson/family-structure-different-types-of-family-us.html>; diakses pada tanggal 2 Pebruari 2025.
- Davis, et al. (2002). *Menyusun kuesioner teori perilaku terencana*,
Ajzen, I.
(<https://people.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>; diakses pada tanggal 10 Pebruari 2025)

Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). Memprediksi dan mengubah perilaku: Tindakan yang beralasan pendekatan. New York: Psychology Press; diakses pada tanggal 2 Pebruari 2025.

<https://courses.lumenlearning.com/suny-buffalo-environmentalhealth/chapter/development-of-theory-of-planned-behavior/>diakses pada tanggal 27 Januari 2025.

https://en.wikipedia.org/wiki/Theory_of_planned_behavior; diakses pada tanggal 27 Januari 2025.

<https://link.springer.com> > doi) *Theory of Planned Behavior* SpringerLink; diakses pada tanggal 10 Pebruari 2025

<https://thedecisionlab.com/referenceguide/psychology/theory-of-planned-behavior>; diakses pada tanggal 27 Januari 2025.

https://socialchange.co.uk/files/Theory_of_Planned_Behaviour.pdf; diakses pada tanggal 10 Pebruari 2025.

https://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2014/03/theory_of_planned_behavior.pdf; diakses pada tanggal 10 Pebruari 2025.

Melissa D. Pinto-Foltz, M. Cynthia Logsdon (2009). Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/theory-of-planned-behavior>#diakses pada tanggal 10 Pebruari 2025.

Orzanna, R. <https://orzanna.de>; diakses pada tanggal 27 Januari 2025.

Sansom R (2021). *Accelerating Systemic Change Network* <https://ascnhighered.org> > *change_theories* > *collection*). Brigham Young University, rsansom@chem.byu.edu; diakses pada tanggal 27 Januari 2025.

BIODATA PENULIS



Marlyn Magdalen Pandean, S.Pd., SKM., MPH lahir di Tondano, pada 20 Juli 1965. Menyelesaikan Pendidikan: D3 Jurusan Kesehatan Lingkungan di AKL Jakarta, S1 Jurusan PPB di Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Manado, S1 Jurusan Kesehatan Lingkungan di FKM Universitas Hasanuddin Makassar dan S2 Jurusan Kesehatan Lingkungan IKM di FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 12

Pengaruh Faktor Sosial terhadap Perilaku Kesehatan

Dr. Nur Baharia Marasabessy, S.ST.,M.Kes

A. Pendahuluan

Perilaku merupakan karakteristik utama makhluk hidup, yang bermakna perilaku menunjukkan keberlangsungan hidup (Skinner, 2013). Menurut Prabandari et al., (2020), perilaku didefinisikan sebagai tindakan yang disebabkan karena adanya stimulus dan menghasilkan respons berupa aktivitas yang dapat dilihat secara langsung maupun tidak langsung. Prinsip dasar perilaku adalah stimulus, organisme dan respons. Manusia atau organisme akan bertindak jika ada stimulus, dan menghasilkan respon sesuai stimulus yang diperoleh. Perilaku sendiri dibedakan ke dalam berbagai jenis perilaku, diantaranya perilaku kesehatan.

Perilaku kesehatan merupakan segala aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati secara langsung (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati secara langsung oleh orang lain (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2014). Perilaku kesehatan adalah respon individu terhadap rangsangan untuk memelihara dan meningkatkan kondisi kesehatannya. Bentuk perilaku kesehatan ini dapat berupa tindakan, sikap, cara berpikir dan respon terhadap sesuatu baik respon secara aktif maupun pasif. Perilaku kesehatan ini berbeda pada masing-masing individu. Perbedaan ini dipengaruhi berbagai factor, diantaranya factor lingkungan dan factor sosial.

Memahami factor yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan seseorang menjadi sesuatu yang penting, jika kita menginginkan seseorang menunjukkan perilaku Kesehatan yang baik. Sebab perilaku kesehatan akan mempengaruhi status kesehatannya. Status kesehatan yang baik merupakan harapan setiap manusia yang hidup, namun dalam interaksinya dengan lingkungan termasuk factor sosialnya akan berpengaruh terhadap perilaku kesehatan.

Force-field and well being paradigm of health dari Hendric L. Blum menyebutkan empat komponen yang berpengaruh terhadap status kesehatan seseorang yaitu faktor lingkungan, *life style*, genetika dan *health care* sistem (Blum, 1981; Follér, 1992). Konsep ini menunjukkan bahwa suatu penyakit bukan hanya diakibatkan oleh faktor biologi maupun lingkungan tetapi juga disebabkan oleh faktor sosial dan budaya. Kesehatan kita dipengaruhi oleh banyak faktor seperti pekerjaan yang dilakukan, tingkat pendidikan, pendapatan, tempat tinggal, kualitas pengalaman masa kanak-kanak dan lingkungan fisik yang ada di sekitar kita, faktor ini disebut faktor penentu sosial kesehatan (*Canada Council on Social Determinants of Health*, 2015). Interaksi antara biologi dan budaya membentuk pola penyakit (Coreil, 2004).

B. Faktor Sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan

Perilaku yang terbentuk pada seorang individu dipengaruhi oleh lingkungan dimana dia dibesarkan. Menurut Bandura perilaku terbentuk karena ada dua fenomena penting yaitu manusia dapat berpikir dan mengatur perilakunya sendiri (*self regulation*) dan perilaku tersebut melibatkan interaksi individu dengan individu lainnya (*moral disengagement*) (Rosenstock, *et al.*, 1988; Stretcher & Rosenstock, 1997). Bandura juga mengungkapkan bahwa perilaku atau tingkah laku seseorang adalah respon yang diberikan sebagai hasil hubungan timbal antara perilaku itu sendiri, pribadi dan lingkungan. Terkait dengan budaya, perilaku dalam masyarakat dipengaruhi oleh perilaku yang dilakukan oleh generasi sebelumnya terutama pada masyarakat adat. Perilaku

ini dipelajari melalui pengamatan (*observational learning*) terhadap perilaku yang dijalankan oleh generasi yang lebih tua, kemudian dipraktekkan secara turun temurun.

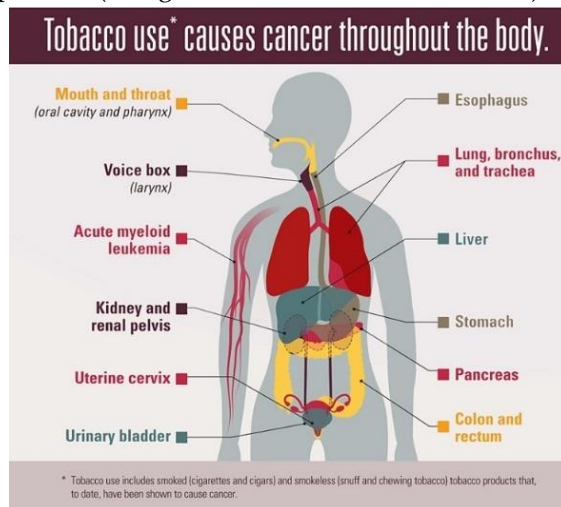
Perilaku mencari perawatan untuk penyakit demam cukup tinggi di masyarakat, namun kebiasaan mencari perawatan segera ke pelayanan kesehatan masih sangat terbatas. Hal ini mungkin dilakukan karena setiap orang pada umumnya mempunyai motivasi dan kemampuan yang cukup untuk menjaga kesehatan serta mengatasi sendiri penyakit yang dialami. (Birhanu *et al.*, 2016; Roosierhermatie, Paramita, & Nugroho 2017). Jika cara yang mereka lakukan dapat menyelesaikan masalah, akan direkomendasikan kepada anggota masyarakat yang lain yang menderita gangguan atau masalah yang sama. Semakin sering cara yang ditawarkan dapat menjadi solusi permasalahan kesehatan mereka, maka cara tersebut semakin sering dipakai dan direkomendasikan kepada generasi berikutnya secara turun temurun. Pola ini kemudian membentuk *local knowledge* terutama di daerah dengan akses pelayanan kesehatan yang terbatas atau di daerah dengan kondisi tertentu seperti masyarakat adat.

Notoatmodjo (2014) secara garis besar mengelompokkan perilaku kesehatan ini menjadi dua, yakni : perilaku sehat (*health behavior*) yaitu perilaku orang yang sehat agar tetap sehat atau kesehatannya meningkat dan perilaku pencarian kesehatan (*health seeking behavior*) yang merupakan perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Teori perilaku dari Lawrence Green mengungkapkan kesehatan seseorang dipengaruhi oleh factor perilaku (*behavioral causes*) dan factor non perilaku (*non-behavioral causes*). Sementara faktor perilaku (*behavior causes*) dipengaruhi oleh tiga faktor yakni : faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang meliputi umur, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan dan sikap, faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik dan jarak ke fasilitas kesehatan, dan faktor penguat (*reinforcing*

factors) yang terwujud dalam dukungan yang diberikan oleh keluarga maupun tokoh masyarakat.

Faktor-faktor sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan mencakup elemen-elemen yang berasal dari lingkungan sosial dan budaya tempat individu hidup. Perilaku kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu, tetapi juga oleh interaksi dengan keluarga, teman, kelompok sosial, masyarakat, serta kondisi sosial ekonomi dan budaya. (Shumaker et al., 2009) menyebutkan “*the top three behavioral risk factors*” yaitu merokok (*tobacco use*), diet dan nutrisi serta aktivitas fisik dan pengeluaran energi.

Merokok merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan yang dapat dicegah. 30% kematian di Amerika akibat kanker disebabkan karena merokok. Perokok baru memiliki peluang 20 kali menderita kanker paru dibandingkan dengan yang tidak pernah merokok. Risiko kanker paru diantara perokok dipengaruhi oleh durasi dan banyaknya konsumsi rokok per hari (Balogh et al., 2012; Kerna et al., 2021).



Gambar 1. Dampak penggunaan tembakau terhadap tubuh (sumber:

Sepertiga dari kematian akibat penyakit jantung coroner dapat dicegah melalui pilihan gaya hidup sehat termasuk diet dan aktivitas fisik. *Diet Mediterania* dikaitkan dengan

penurunan kematian kardiovaskular, sedangkan rencana makan *Diet Approaches to Stop Hypertension* (DASH) dikaitkan dengan penurunan risiko penyakit arteri koroner. Ada hubungan antara peningkatan asupan natrium dan risiko kardiovaskular, tetapi mengurangi natrium makanan tidak secara konsisten menunjukkan penurunan risiko kardiovaskular (Joint WHO/FAO expert consultation, 2003; Lanier et al., 2016). Rekomendasi aktivitas fisik untuk orang dewasa adalah setidaknya 150 menit aktivitas aerobik intensitas sedang per minggu, 75 menit aktivitas aerobik intensitas tinggi per minggu, atau kombinasi yang setara. Peningkatan aktivitas fisik pada tingkat apa pun dikaitkan dengan penurunan risiko kardiovaskular. (Adami et al., 2010; Lanier et al., 2016; Vargas et al., 2020).

Table 4. Intensity Levels for Various Forms of Physical Activity

Activity category	Mild intensity	Moderate intensity	Vigorous intensity
Gym activities	Slow swimming	Body pump	Climbing
	Tai chi	Moderate swimming	Jumping rope
	Yoga or Pilates	Water aerobics	Swimming competitively
Physical activities	Walking < 3 mph	Ballroom dancing	Aerobic dancing
		Bicycling (< 10 mph)	Bicycling (≥ 10 mph)
		General gardening	Hiking uphill or with a heavy pack
		Walking briskly (3 mph)	Intense gardening (continuous digging or hoeing)
			Racewalking, jogging, or running
Sporting activities	Golf	Horseback riding	Canoeing
	Hunting	Leisurely canoeing	Mountain biking
	Sport fishing	Tennis (doubles)	Tennis (singles)

mph = miles per hour.
Information from references 23 and 27.

Gambar 2: Level intensitas dari berbagai bentuk aktivitas fisik (Lanier et al., 2016).

Berikut adalah beberapa faktor sosial yang berhubungan dengan perilaku kesehatan:

a. Keluarga

Keluarga adalah unit sosial pertama yang membentuk perilaku kesehatan individu. Pola asuh, kebiasaan makan, dan perhatian terhadap kesehatan yang diajarkan dalam keluarga memiliki dampak jangka panjang terhadap perilaku kesehatan seseorang. Misalnya, keluarga yang mendorong kebiasaan berolahraga atau menyediakan makanan sehat akan lebih mungkin melahirkan individu yang memiliki kebiasaan sehat (Anderson, 2014; Hank & Steinbach, 2017; Lawman & Wilson, 2012; Rasmussen, 2014).

b. Kelompok Sosial dan Teman Sebaya

Teman sebaya dan kelompok sosial sering kali memengaruhi keputusan individu terkait perilaku kesehatan, terutama dalam hal kebiasaan makan, konsumsi alkohol, merokok, dan olahraga. *Peer pressure* atau tekanan dari teman sebaya dapat mempengaruhi seseorang untuk mengadopsi perilaku tertentu, baik itu positif atau negatif (Botvin & Kantor, 2000; Ennett & Bauman, 2014)

c. Norma Sosial

Norma sosial adalah aturan atau standar yang diterima oleh kelompok atau masyarakat yang mempengaruhi perilaku individu. Norma ini dapat mencakup kebiasaan hidup sehat atau sebaliknya, norma yang memperbolehkan kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, atau makanan tidak sehat. Ketika norma sosial menekankan pentingnya kesehatan, individu akan lebih cenderung untuk mengikuti perilaku tersebut (Ball et al., 2010; Cotterill et al., 2020; Mollborn & Short, 2015).

d. Sistem Dukungan Sosial

Dukungan sosial adalah pengaruh yang diberikan oleh orang-orang terdekat, seperti keluarga, teman, atau komunitas, yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan. Dukungan emosional dan praktis (seperti membantu dalam menjalani diet atau program olahraga) dapat memotivasi

individu untuk mempertahankan perilaku sehat, serta mengurangi dampak negatif dari stres yang dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental (Mollborn & Short, 2015; Thoits, 2011).

e. Status Sosial dan Ekonomi

Status sosial dan ekonomi seseorang, termasuk tingkat pendidikan dan pendapatan, sangat mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan dan kemampuan untuk memilih gaya hidup sehat. Individu dengan status sosial ekonomi yang lebih tinggi biasanya memiliki akses yang lebih baik ke perawatan kesehatan yang berkualitas, makanan sehat, dan fasilitas olahraga, sementara individu dengan status lebih rendah mungkin menghadapi keterbatasan dalam hal ini (Davari et al., 2019; Hu et al., 2024; Schultz et al., 2019).

f. Budaya dan Agama

Budaya dan agama memainkan peran penting dalam membentuk pandangan individu tentang kesehatan. Praktik budaya atau agama tertentu, seperti aturan diet, puasa, atau larangan terhadap konsumsi alkohol dan tembakau, dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Selain itu, agama juga dapat memberikan dukungan sosial dan spiritual yang meningkatkan kesejahteraan individu (Brunner, 2023; Koenig, 2012).

g. Lingkungan Sosial dan Fisik

Lingkungan fisik dan sosial tempat tinggal, termasuk faktor-faktor seperti kebersihan lingkungan, polusi, akses ke ruang terbuka hijau, serta fasilitas olahraga, memiliki dampak yang signifikan terhadap perilaku kesehatan. Di daerah dengan akses terbatas ke fasilitas kesehatan dan ruang publik yang mendukung aktivitas fisik, individu mungkin menghadapi lebih banyak tantangan dalam menjaga kesehatan mereka (Billings et al., 2020; Ningsih et al., 2011).

h. Media Massa

Media massa, termasuk televisi, internet, dan media sosial, memiliki pengaruh yang besar dalam membentuk pandangan dan perilaku kesehatan masyarakat. Iklan yang

mempromosikan makanan cepat saji, produk diet, atau kebiasaan merokok dapat mempengaruhi keputusan gaya hidup individu. Di sisi lain, kampanye kesehatan melalui media massa juga bisa meningkatkan kesadaran tentang pentingnya gaya hidup sehat (Noar & Zimmerman, 2005; Wakefield et al., 2010).

Faktor sosial yang mempengaruhi perilaku kesehatan mencakup banyak aspek kehidupan individu, termasuk keluarga, teman sebaya, norma sosial, status sosial dan ekonomi, budaya, agama, serta pengaruh media. Setiap faktor ini saling berinteraksi untuk membentuk keputusan kesehatan yang diambil individu. Mengatasi tantangan kesehatan di masyarakat memerlukan pendekatan yang mempertimbangkan konteks sosial ini secara menyeluruh untuk menciptakan perubahan perilaku yang positif dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adami, P. E., Athletics, W., Negro, A., & Martelletti, P. (2010). The role of physical activity in the prevention and treatment of chronic diseases. *La Clinica Terapeutica*, 16(6).
- Anderson, J. (2014). ACP position paper The impact of family structure on the health of children : Effects of divorce *. *The Linacre Quarterly*, 81(4), 378-387. <https://doi.org/10.1179/0024363914Z.000000000087>
- Ball, K., Jeffery, R. W., Abbott, G., McNaughton, S. A., & Crawford, D. (2010). Is healthy behavior contagious: Associations of social norms with physical activity and healthy eating. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 86. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-86>
- Balogh, E., Patlak, M., & Nass, S. J. (2012). *Reducing Tobacco-Related Cancer Incidence and Mortality : Workshop Summary*. The National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206891/pdf/Bookshelf_NBK206891.pdf
- Billings, M. E., Hale, L., & Johnson, D. A. (2020). Physical and Social Environment Relationship With Sleep Health and Disorders. *Chest*, 157(5), 1304-1312. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.002>
- Birhanu, Z., Abebe, L., Sudhakar, M., & Dissanayake, G. (2016). Malaria Related Perceptions , Care Seeking after Onset of Fever and Anti-Malarial Drug Use in Malaria Endemic Settings of Southwest Ethiopia. *Plos One*, 7, 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160234>
- Blum, H. L. (1981). *Planning for Health: Generics for The Eighties* (2nd Editio). Human Sciences Press.
- Botvin, G. J., & Kantor, L. W. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco Use Through Life Skills Training. *Alcohol Research & Health*, 24(4), 250-257. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6709746/pdf/arcr-24-4-250.pdf>
- Brunner, L. (2023). *Religion & Health: Overview, Effects & Benefits*. <https://study.com/academy/lesson/religion-health->

overview-effects-benefits.html

- Canada Council on Social Determinants of Health. (2015). *A Review of Frameworks on the Determinants of Health Canadian Council on Social Determinants of Health*. http://ccsdh.ca/images/uploads/Frameworks_Report_English.pdf
- Coreil, J. (2004). Malaria and other Major Insect Vector Diseases. In C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology; Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 479–484). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Lanier, J. B., et al, (2016). Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention. *American Family Physicians*, 93(11), 919–924.
- Lawman, H., & Wilson, D. (2012). A Review of Family and Environmental Correlates of Health Behaviors in High-Risk Youth. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 20, 1142–1157. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.376>
- Mollborn, S., & Short, S. E. (2015). Social Determinants and Health Behaviours. *Physiology & Behavior*, 176(10), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.002>
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20(3), 275–290. <https://doi.org/10.1093/her/cyg113>
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Prabandari, Y. S., Padmawati, R. S., Supriyati, Hasanbasri, M., & Dewi, F. S. T. (2020). *Ilmu Sosial Perilaku*. UGM Press.
- Rasmussen, A. W. (2014). *Family Structure Changes and Children's Health, Behavior, and Educational Outcomes* (Issue January 2009). Aarhus University.
- Roosihermatie, B., Paramita, A., & Nugroho, A. (2017). *Malaria Self-Care In Nimboran Subdistrict, Jayapura District, Papua*

- Province , Indonesia. 48(17), 3528749.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Schultz, W. M., et al., (2019). Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Physiology & Behavior*, 176(5), 139–148. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652>.Socioeconomic
- Shumaker, S. A., Ockene, J. K., & Riekert, K. A. (2009). *The Handbook of Health Behavior Change* (3rd Editio). Springer Publishing Company.
- Skinner, B. . (2013). *Ilmu Pengetahuan dan Perilaku Manusia*. Penerbit Pustaka Pelajar.
- Stretcher, V., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 31–36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Vargas, A. J., Sprow, K., Lerman, J. L., Villani, J., Regan, K. S., & Ballard, R. M. (2020). Diet and Physical Activity Prevention Research Supported by the U.S. NIH From 2012 to 2017. *American Journal of Prev Medicine Prev Medicine*, 57(6), 818–825. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.023>.Diet
- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet (London, England)*, 376(9748), 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)

BIODATA PENULIS



Dr. Nur Baharia Marasabessy, S.ST.,M.Kes lahir di Ambon pada tanggal 23 September 1972. Riwayat pendidikan D-IV Keperawatan Komunitas di PSIK FK Universitas Hasanudin Makassar, S2 Kesehatan Masyarakat di IKM FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan S3 Kesmas di FKM Universitas Airlangga Surabaya. Sehari-hari penulis bekerja sebagai dosen di Prodi Keperawatan Masohi Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 13

Teknologi Digital Dalam Promosi Kesehatan

Meliana, SE., M.M

A. Pendahuluan

Perkembangan teknologi digital telah membawa perubahan signifikan dalam bidang promosi kesehatan. Teknologi digital telah membawa transformasi yang signifikan dalam bidang promosi kesehatan, mengubah cara informasi kesehatan dikomunikasikan, diakses, dan diimplementasikan oleh masyarakat. Era digital ini telah menciptakan paradigma baru dalam pendekatan promosi kesehatan yang lebih efektif dan inklusif, memungkinkan jangkauan yang lebih luas dan interaksi yang lebih personal dengan target audiens.

Perkembangan peran media sosial dalam promosi kesehatan terus mengalami evolusi, menciptakan tanggung jawab baru bagi para spesialis pendidikan kesehatan. Pergeseran ini menuntut adanya adaptasi dalam strategi komunikasi kesehatan yang mempertimbangkan karakteristik platform digital dan perilaku konsumsi informasi masyarakat modern. Transformasi ini mencerminkan perubahan fundamental dalam cara informasi kesehatan dikomunikasikan dan diakses oleh masyarakat, dengan penekanan pada kredibilitas informasi dan strategi komunikasi yang terstruktur dalam menghadapi banjir informasi kesehatan di era digital.

Dalam konteks implementasi, penggunaan media digital dan sosial dalam promosi kesehatan telah mengadopsi pendekatan pemasaran sosial untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan, baik fisik maupun mental, (Gabarron et al. 2021). Pendekatan ini memungkinkan penyampaian pesan

kesehatan yang lebih personal dan terarah, meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan. *Engagement* pengguna media sosial dalam edukasi kesehatan dan promosi aktivitas fisik menunjukkan hasil yang menjanjikan, terutama ketika menggunakan pendekatan partisipatif dalam desain intervensi kesehatan masyarakat.

Personalisasi dan *targeting* menjadi aspek krusial dalam promosi kesehatan digital. Program-program promosi kesehatan yang dikembangkan dengan pendekatan *co-design* bersama target audiens menunjukkan tingkat relevansi dan efektivitas yang lebih tinggi, (Malloy, 2024). Platform digital terbukti dapat meningkatkan pemahaman pasien terhadap informasi kesehatan dan mendorong partisipasi aktif dalam manajemen kesehatan mereka sendiri. Personalisasi konten berdasarkan kebutuhan dan preferensi pengguna secara signifikan meningkatkan relevansi dan efektivitas pesan kesehatan yang disampaikan.

Evaluasi efektivitas program promosi kesehatan digital menjadi komponen penting dalam pengembangan strategi yang berkelanjutan. Pengukuran berbagai metrik seperti tingkat keterlibatan, jangkauan, dan konversi memberikan gambaran komprehensif tentang keberhasilan program. Analisis konten terhadap berbagai kampanye kesehatan digital memberikan wawasan berharga tentang strategi komunikasi yang efektif, terutama dalam konteks krisis kesehatan seperti pandemi.

Namun, implementasi teknologi digital dalam promosi kesehatan juga menghadapi berbagai tantangan. Hubungan paradoksal antara promosi kesehatan dan industri media sosial menimbulkan pertanyaan tentang privasi data, kredibilitas informasi, dan potensi misinformasi kesehatan di platform digital. Dimensi lintas budaya juga menjadi pertimbangan penting, mengingat model kepercayaan kesehatan dan engagement media sosial dapat berbeda secara signifikan antar kelompok budaya.

Masa depan promosi kesehatan digital semakin menjanjikan dengan perkembangan teknologi baru seperti kecerdasan buatan, realitas virtual, dan Internet of Things. Integrasi teknologi ini membuka peluang baru dalam meningkatkan personalisasi, interaktivitas, dan efektivitas program promosi kesehatan. Pendekatan holistik yang mempertimbangkan aspek teknologi, sosial, dan budaya menjadi kunci dalam mengembangkan strategi promosi kesehatan digital yang efektif dan berkelanjutan.

Evaluasi berkelanjutan dan adaptasi strategi berdasarkan data dan umpan balik pengguna memastikan relevansi dan efektivitas program promosi kesehatan di era digital yang terus berkembang. Diseminasi informasi, interaksi antara organisasi dan audiens, serta pembangunan kepercayaan diri masyarakat dalam mengadopsi perilaku kesehatan yang positif menjadi fokus utama dalam pengembangan program promosi kesehatan digital.

Keberhasilan implementasi teknologi digital dalam promosi kesehatan bergantung pada kemampuan untuk mengintegrasikan berbagai platform dan pendekatan secara efektif, sambil tetap memperhatikan kebutuhan dan karakteristik target audiens. Platform digital telah terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran kesehatan mental, mengatasi stigma, dan menghilangkan hambatan terhadap akses informasi kesehatan. Integrasi berbagai platform digital menciptakan ekosistem promosi kesehatan yang komprehensif, memungkinkan pendekatan yang lebih terintegrasi dan terencana dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat.

Teknologi digital telah mengubah lanskap promosi kesehatan secara fundamental, menciptakan peluang baru sekaligus tantangan dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat. Pendekatan holistik yang mempertimbangkan aspek teknologi, sosial, dan budaya, disertai dengan evaluasi berkelanjutan dan adaptasi strategi

berdasarkan data, menjadi kunci keberhasilan program promosi kesehatan di era digital yang terus berkembang.

Dalam dunia Kesehatan, media sosial telah menjadi platform utama dalam promosi secara digital di era modern, dengan berbagai jenis teknologi yang memungkinkan penyampaian informasi kesehatan secara lebih efektif dan menarik. Facebook dan Instagram telah terbukti menjadi platform yang efektif dalam menjangkau dan melibatkan audiens yang beragam melalui konten kesehatan. Analisis terhadap strategi media sosial yang digunakan oleh berbagai organisasi promosi kesehatan menunjukkan bahwa platform ini mampu menyampaikan pesan-pesan kesehatan melalui konten visual yang menarik dan mudah dipahami.

Instagram, dengan fokusnya pada konten visual, telah mentransformasi cara informasi kesehatan dikemas dan disampaikan kepada masyarakat. Cara penyampaian pesan dan penggunaan isyarat visual yang tepat terbukti meningkatkan efektivitas iklan kesehatan di media sosial, terutama dalam program-program spesifik seperti skrining kehamilan. Platform ini juga sangat efektif dalam menyampaikan informasi tentang gaya hidup sehat dan aktivitas fisik melalui konten visual yang inspiratif.

Dalam perkembangannya, Instagram telah menjadi katalisator penting dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat dengan layanan kesehatan, terutama di sektor rumah sakit swasta. Platform media sosial baru seperti TikTok juga mulai memberikan perspektif baru dalam promosi kesehatan digital, misalnya dalam penyebaran informasi tentang pola makan sehat seperti diet Mediterania.

Platform media sosial telah menunjukkan efektivitasnya dalam konteks yang lebih spesifik, seperti promosi kesadaran kesehatan mental. Penggunaan media sosial untuk promosi kesehatan mental, terutama di kalangan remaja, menunjukkan potensi besar platform digital dalam menjangkau populasi muda. Pendekatan ini memungkinkan penyampaian informasi kesehatan mental yang lebih terjangkau dan menos stigma.

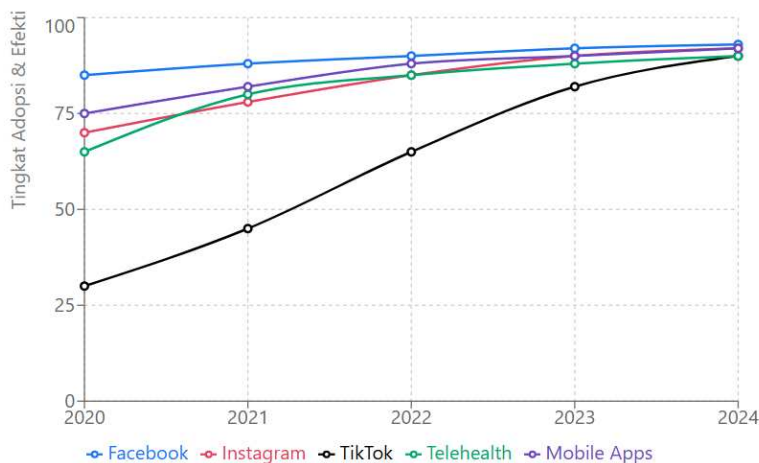
Dalam konteks kesehatan kronis seperti diabetes, media sosial telah menjadi alat yang efektif untuk intervensi kesehatan masyarakat yang partisipatif. Pendekatan terstruktur dalam penggunaan media sosial untuk kondisi kesehatan spesifik telah menunjukkan hasil yang menjanjikan. Intervensi promosi kesehatan melalui media sosial juga telah berhasil menjangkau kelompok-kelompok khusus seperti wanita usia reproduksi, dengan praktik-praktik terbaik dalam targetting dan personalisasi konten.

Integrasi berbagai platform digital telah menciptakan ekosistem promosi kesehatan yang komprehensif. Penggunaan teknologi, crowdsourcing, dan media sosial secara terpadu meningkatkan efektivitas promosi kesehatan secara keseluruhan. Studi pada organisasi nonprofit menunjukkan bahwa strategi media sosial yang efektif membutuhkan pendekatan yang terintegrasi dan terencana dengan baik.

Meskipun terdapat berbagai tantangan dan peluang dalam penerapan intervensi mobile phone dan media sosial, lingkungan digital dan media sosial telah menjadi setting penting untuk promosi kesehatan modern. Model kepercayaan kesehatan dan keterlibatan media sosial memainkan peran penting dalam strategi promosi kesehatan. Diseminasi informasi, interaksi antara organisasi dan audiens, serta pembangunan kepercayaan diri menjadi komponen kunci dalam promosi kesehatan melalui media sosial, (Jiang et al., 2024).

Efektivitas penggunaan teknologi digital dalam promosi kesehatan terus berkembang seiring dengan munculnya platform dan pendekatan baru. Namun, penting untuk mempertahankan pendekatan kritis dan etis dalam menggunakan platform digital untuk promosi kesehatan, mengingat adanya hubungan yang kompleks antara promosi kesehatan dan industri media sosial. Keberhasilan implementasi teknologi digital dalam promosi kesehatan bergantung pada kemampuan untuk mengintegrasikan

berbagai platform secara efektif sambil tetap memperhatikan aspek etika dan kebutuhan masyarakat.



Grafik 1. Tren Perkembangan Digital dalam Promosi Kesehatan (2020-2024).

Sumber: Berdasarkan analisis dari berbagai publikasi penelitian 2020-2024 termasuk: Stellefson (2020), Gabarron (2021), Jiang (2024), Raber (2024), Malloy (2024), dan lainnya.

B. Teknologi Digital dalam Promosi Kesehatan

1. Strategi Penggunaan Teknologi Digital

Era digital telah membawa transformasi signifikan dalam strategi promosi kesehatan modern. Integrasi teknologi digital telah menjadi kebutuhan strategis yang tidak dapat diabaikan, mengingat potensinya dalam memperluas jangkauan, meningkatkan interaktivitas, dan mengoptimalkan penyesuaian pesan dengan kebutuhan target audiens, (Stellefson, 2020). Kemampuan teknologi digital untuk menyampaikan informasi kesehatan secara lebih efektif dan terukur menjadikannya komponen vital dalam upaya promosi kesehatan kontemporer.

Pemahaman mendalam terhadap karakteristik dan kebutuhan target audiens menjadi fondasi utama keberhasilan program promosi kesehatan digital. Analisis komprehensif terhadap pola penyebaran informasi,

dinamika interaksi antara organisasi dan audiens, serta proses pembangunan kepercayaan diri masyarakat menjadi kunci dalam merancang program yang efektif. Program promosi kesehatan yang disesuaikan dengan karakteristik spesifik target audiens terbukti memiliki tingkat keberhasilan yang jauh lebih tinggi dibandingkan pendekatan generik.

Pemilihan pendekatan teknologi yang tepat merupakan langkah krusial setelah pemahaman target audiens terbentuk. Media sosial telah menunjukkan efektivitasnya dalam meningkatkan keterlibatan pengguna dalam program edukasi kesehatan dan promosi aktivitas fisik. Pendekatan sistematis dalam mengintegrasikan media sosial ke dalam strategi promosi kesehatan publik menjadi faktor penentu keberhasilan program.

Perencanaan program berbasis teknologi digital memerlukan strategi media sosial yang komprehensif. Keberhasilan program tidak hanya ditentukan oleh pemilihan platform yang tepat, tetapi juga oleh kesesuaian antara fitur platform dengan kebutuhan dan kapabilitas target audiens. Pengembangan konten digital yang efektif harus memperhatikan konteks lokal, selalu diperbarui sesuai perkembangan kesehatan terkini, dan didukung oleh bukti ilmiah yang kuat.

Integrasi antara teknologi digital dengan metode promosi kesehatan konvensional menghasilkan pendekatan yang lebih optimal. Kombinasi berbagai metode, termasuk teknologi, crowdsourcing, dan media sosial, memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan penggunaan metode secara terpisah. Monitoring dan evaluasi berkelanjutan menjadi komponen integral dalam memastikan keberhasilan program, dengan memperhatikan berbagai metrik seperti engagement, reach, dan conversion yang diintegrasikan dengan evaluasi dampak terhadap outcome kesehatan.

Implementasi teknologi digital dalam promosi kesehatan merupakan transformasi komprehensif yang memerlukan perencanaan matang. Berbagai tantangan dan peluang dalam penggunaan mobile phone dan media sosial perlu diidentifikasi dan diatasi. Keberhasilan implementasi sangat bergantung pada kemampuan untuk mengorkestrasikan berbagai elemen secara efektif dan berkelanjutan, memastikan bahwa teknologi digital benar-benar memberikan nilai tambah dalam upaya promosi kesehatan kepada masyarakat.

Evaluasi dampak program melalui analisis statistik dan pengukuran metrik digital menjadi bagian tak terpisahkan dari strategi promosi kesehatan modern. Data yang diperoleh dari evaluasi ini memungkinkan penyesuaian dan pengembangan program yang lebih tepat sasaran dan efektif dalam mencapai tujuan promosi kesehatan yang diinginkan.

Tabel 1. Strategi Implementasi Penggunaan Teknologi Digital

No	Aspek Strategis	Deskripsi
1.	Transformasi Digital	<ul style="list-style-type: none"> - Memperluas jangkauan promosi kesehatan - Meningkatkan interaktivitas - Mengoptimalkan penyesuaian pesan - Efektivitas penyampaian informasi
2.	Pemahaman Target Audiens	<ul style="list-style-type: none"> - Analisis karakteristik dan kebutuhan - Pola penyebaran informasi - Dinamika interaksi organisasi-audiens - Pembangunan kepercayaan masyarakat

3.	Pendekatan Teknologi	<ul style="list-style-type: none"> - Media sosial untuk edukasi kesehatan - Promosi aktivitas fisik - Integrasi sistematis dengan strategi kesehatan publik
4.	Perencanaan Program	<ul style="list-style-type: none"> - Strategi media sosial komprehensif - Pemilihan platform yang tepat - Kesesuaian fitur dengan kebutuhan - Pengembangan konten berbasis konteks lokal
5.	Integrasi Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Kombinasi teknologi digital dan konvensional - Crowdsourcing - Media sosial - Monitoring dan evaluasi berkelanjutan
6.	Implementasi	<ul style="list-style-type: none"> - Perencanaan matang - Identifikasi tantangan dan peluang - Orkestrasi elemen secara efektif - Nilai tambah promosi kesehatan
7.	Evaluasi Program	<ul style="list-style-type: none"> - Analisis statistik - Pengukuran metrik digital - Penyesuaian program - Pengembangan tepat sasaran

Sumber: Olahan Penulis

2. Evaluasi dan Pengukuran Efektifitas Promosi Kesehatan

Era digital telah memberikan dimensi baru dalam promosi kesehatan melalui transformasi cara informasi kesehatan dikomunikasikan dan diakses oleh masyarakat. Pengukuran efektivitas program promosi kesehatan di era digital membutuhkan pendekatan yang komprehensif,

menggabungkan metode tradisional dengan teknik pengukuran berbasis teknologi modern. Keberhasilan program promosi kesehatan digital bergantung pada tiga komponen utama yang saling terkait: efektivitas penyebaran informasi, kualitas interaksi antara organisasi dan audiens, serta kemampuan membangun kepercayaan diri audiens dalam mengambil tindakan kesehatan yang positif.

Pengukuran keterlibatan (engagement) merupakan indikator kunci dalam menilai efektivitas program digital. Tingkat keterlibatan pengguna dapat diukur melalui berbagai metrik digital seperti jumlah likes, shares, comments, serta durasi waktu yang dihabiskan pada konten kesehatan. Metode ini memberikan gambaran real-time tentang bagaimana audiens berinteraksi dengan pesan kesehatan yang disampaikan. Pendekatan co-design dalam pengembangan metrik evaluasi terbukti efektif untuk memastikan relevansi pengukuran dengan kebutuhan dan karakteristik target audiens.

Analisis data promosi kesehatan digital melibatkan berbagai aspek yang terintegrasi, termasuk pengukuran jangkauan (reach), impresi, tingkat keterlibatan, share of voice, analisis sentimen, dan tingkat konversi. Metrik-metrik ini memberikan gambaran komprehensif tentang efektivitas program, (Belfiore et al., 2020). Framework evaluasi efektivitas pesan kesehatan dikembangkan berdasarkan relevansi, ketepatan waktu, kredibilitas sumber, kejelasan informasi, dan daya tarik emosional.

Pengukuran dampak jangka panjang mencakup evaluasi perubahan pengetahuan kesehatan, modifikasi perilaku, peningkatan kesadaran kesehatan, adopsi gaya hidup sehat, dan keberlanjutan perubahan, (Roy et al., 2022). Implementasi sistem umpan balik yang efektif menjadi komponen krusial, melibatkan pengumpulan feedback melalui berbagai kanal seperti survei pengguna regular, analisis interaksi, dan evaluasi

partisipatif. Proses desain iteratif, pengujian A/B untuk konten, optimasi pesan berdasarkan data, dan penyesuaian strategi berdasarkan respons audiens juga menjadi elemen penting dalam evaluasi program.

Evaluasi berkala harus mencakup review performa program secara menyeluruh, analisis efektivitas intervensi, penilaian efektivitas biaya, dan identifikasi area yang membutuhkan perbaikan. Dalam implementasinya, promosi kesehatan digital menghadapi tantangan teknis seperti kompleksitas integrasi platform digital, manajemen data skala besar, keamanan dan privasi data, serta keterbatasan infrastruktur. Tantangan sosial-budaya meliputi kesenjangan digital, literasi kesehatan digital, resistensi terhadap perubahan, dan perbedaan preferensi antar generasi.

Solusi untuk mengatasi tantangan tersebut mencakup pengembangan kapasitas digital berkelanjutan, penguatan kolaborasi multi-stakeholder, implementasi pendekatan berbasis bukti, dan adaptasi program sesuai konteks local, (Schillinger, 2020). Keberhasilan implementasi bergantung pada kemampuan mengintegrasikan berbagai metode pengukuran, melakukan analisis data yang tepat, dan mengembangkan sistem perbaikan berkelanjutan yang efektif. Dengan penanganan berbagai tantangan yang ada, program promosi kesehatan digital dapat memberikan dampak positif yang signifikan bagi kesehatan masyarakat.

Melalui evaluasi dan pengukuran yang komprehensif, promosi kesehatan digital dapat terus berkembang dan beradaptasi dengan kebutuhan masyarakat. Pendekatan yang sistematis dan terstruktur dalam evaluasi program memastikan bahwa intervensi kesehatan digital tetap relevan, efektif, dan memberikan manfaat nyata bagi peningkatan kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Acha-Anyi, A. (2020). Social media for health promotion: A visual analysis of "B proof" South Africa's Facebook page. *Technology in Society*, 63, ISSN 0160-791X.
- Belfiore, P. (2020). New social media for health promotion management: a statistical analysis. *Soft Computing*, 24(18), 13853-13862, ISSN 1432-7643.
- Conrad, E.J. (2020). Improving Health Promotion Through the Integration of Technology, Crowdsourcing, and Social Media. *Health Promotion Practice*, 21(2), 228-237, ISSN 1524-8399.
- Gabarron, E. (2018). Social media for health promotion in diabetes: Study protocol for a participatory public health intervention design. *BMC Health Services Research*, 18(1), ISSN 1472-6963.
- Henderson, M.J. (2023). A scoping review of health promotion interventions delivered via social media to women of reproductive age. *Public Health Nutrition*, 26(12), 3173-3189, ISSN 1368-9800.
- Jiang, S. (2024). Social Media Health Promotion and Audience Engagement: The Roles of Information Dissemination, Organization-Audience Interaction, and Action Confidence Building. *Health Communication*, 39(1), 4-14, ISSN 1041-0236.
- Klassen, K.M. (2018). What people "like": Analysis of social media strategies used by food industry brands, lifestyle brands, and health promotion organizations on Facebook and Instagram. *Journal of Medical Internet Research*, 20(6), ISSN 1438-8871.
- Latha, K. (2020). Effective use of social media platforms for promotion of mental health awareness. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), ISSN 2277-9531.
- Luo, C. (2023). How did Chinese public health authorities promote COVID-19 vaccination on social media? A content analysis of the vaccination promotion posts. *Digital Health*, 9, ISSN 2055-2076.

- Malloy, J.A. (2024). Empowering Young Women: A Qualitative Co-Design Study of a Social Media Health Promotion Programme. *Nutrients*, 16(6), ISSN 2072-6643.
- Mao, Z. (2023). Health belief model and social media engagement: A cross-national study of health promotion strategies against COVID-19 in 2020. *Frontiers in Public Health*, 11, ISSN 2296-2565.
- Mehmet, M. (2020). Using digital and social media for health promotion: A social marketing approach for addressing co-morbid physical and mental health. *Australian Journal of Rural Health*, 28(2), 149-158, ISSN 1038-5282.
- Musso, M. (2020). Social Media to Improve Health Promotion and Health Literacy for Patients Engagement. *Lecture Notes in Information Systems and Organisation*, 40, 103-120, ISSN 2195-4968.
- Northcott, C. (2024). How Message Framing and Visual Cues Drive Health-Related Ad Effectiveness Consumer Response to Social and Mass Media Promotion for Pregnancy Screening Programs. *Journal of Advertising Research*, 64(1), 18-38, ISSN 0021-8499.
- Raber, M. (2024). Mediterranean Diet Information on TikTok and Implications for Digital Health Promotion Research: Social Media Content Analysis. *JMIR Formative Research*, 8, ISSN 2561-326X.
- Schillinger, D. (2020). From "Infodemics" to health promotion: A novel framework for the role of social media in public health. *American Journal of Public Health*, 110(9), 1393-1396, ISSN 0090-0036.
- Stellefson, M. (2020). Evolving role of social media in health promotion: Updated responsibilities for health education specialists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), ISSN 1661-7827.
- Vedel, I. (2020). Social media strategies for health promotion by nonprofit organizations: Multiple case study design. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), ISSN 1438-8871.

- Wishart, T.E. (2022). The self appreciation project: An exploratory study of social media for youth mental health promotion. *Mental Health and Prevention*, 28, ISSN 2212-6570.
- Wright, C.J.C. (2019). Barriers and opportunities in the translation of mobile phone and social media interventions between research and health promotion practice in Australia: A qualitative study of expert perspectives. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), ISSN 1478-4505.
- Yustikasari, Y. (2024). Social Media as a Catalyst: Exploring the Impact of Instagram on Health Promotion Practices in Private Hospitals of West Java. *Sociologia y Tecnociencia*, 14(2), 23-39, ISSN 1989-8487.
- Zenone, M. (2023). The Paradoxical Relationship Between Health Promotion and the Social Media Industry. *Health Promotion Practice*, 24(3), 571-574, ISSN 1524-8399.

BIODATA PENULIS



Meliana, S.E., M.M lahir di Lampung pada 15 Februari 1977. Menyelesaikan pendidikan S1 & S2 di Fakultas Ekonomi & Bisnis Prodi Manajemen Peminatan Sumber Daya Manusia di Universitas Muhammadiyah Jakarta, saat ini penulis sedang menempuh pendidikan S3 Ilmu Manajemen Sumber Daya Manusia di Universitas Negeri Jakarta. Penulis merupakan Dosen di Akademi Perekam Medis & Informasi Kesehatan (APIKES) Bhumi Husada Jakarta.

Semoga hasil karya yang tercantum dalam buku ini bisa memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara tercinta ini serta berguna bagi peneliti maupun penulis lainnya.

A. Pendahuluan

Penyakit kronis , dikenal juga sebagai penyakit tidak menular (*Non-communicable Disease/NCDs*), merupakan kelompok penyakit jangka Panjang yang cenderung berkembang secara bertahap dan bersifat persisten. Penyakit Kronis merupakan penyakit utama yang mengakibatkan kematian dan kecacatan diseluruh dunia. WHO menjelaskan bahwa penyakit kronis adalah suatu penyakit yang terjadi dalam kurun waktu yang panjang. Secara umum, adanya penyakit kronis akan berkembang dengan cukup lambat. (Mochammad, 2023).

Penyakit kronis masih menjadi persoalan kesehatan di negeri ini. Dari laporan tahunan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada 2022 menunjukkan sejumlah penyakit tak menular kategori katastrofik masih menjadi pembiayaan tertinggi pelayanan kesehatan di Indonesia. Posisi pertama ditempati oleh penyakit jantung dengan total biaya mencapai Rp12,14 triliun. Jumlah tersebut berasal dari sebanyak 15,5 juta kasus yang diklaim memakai BPJS Kesehatan (Kristantyo, 2024). Istilah “penyakit kronis” sendiri punya penyebutan yang bervariasi, misalnya penyakit tidak menular (PTM) oleh Kementerian Kesehatan dan *noncommunicable disease* (NCD) oleh WHO (Kemenkes RI,2024). Menurut data Kemenkes RI tahun 2020 diperkirakan 10,9 persen dari jumlah populasi dewasa di Indonesia menderita diabetes melitus (Kristantyo,2024).

Sebuah fakta menjelaskan jika 80 persen orang dewasa yang memasuki 65 tahun atau lebih tua setidaknya memiliki kondisi satu penyakit kronis. Sedangkan 68 persen lainnya akan memiliki dua atau lebih untuk penyakit kronis. Meski begitu, tak menutup kemungkinan jika penyakit kronis akan terjadi pada seseorang sejak usia mereka masih muda (Adinda, 2023). Tak hanya itu saja, terjadinya suatu penyakit kronis karena beberapa faktor. Mulai dari faktor genetik, fisiologis, lingkungan hingga perilaku. Pengidap penyakit kronis membutuhkan perawatan jangka panjang dan perubahan gaya hidup untuk mengelola penyakitnya. Penyakit kronis memiliki beberapa fase. Fase yang ditemukan pada saat di rumah adalah fase stabil, fase pulih dan fase penurunan. Pada fase stabil ditandai dengan tanda dan gejala terkontrol dan aktivitas sehari-hari tertangani. Fase pulih adalah keadaan pulih dan cara hidup yang diterima sesuai Batasan dari penyakit. Fase penurunan adalah wulansari-pengaruh dukungan pengambilan keputusan terhadap manajemen kesehatan tidak efektif perjalanan penyakit berkembang (Smeltzer & Bare, 2010).

Pendekatan terhadap penyakit kronik memerlukan perhatian lebih karena kompleksitasnya dalam hal manajemen dan perawatan jangka panjang. Hal ini melibatkan pendekatan yang tidak hanya fokus pada pengobatan medis, tetapi juga pada perubahan gaya hidup, pencegahan, serta dukungan psikososial bagi pasien. Model perawatan berbasis tim yang melibatkan berbagai profesi kesehatan juga semakin diakui sebagai strategi yang efektif dalam pengelolaan penyakit kronik. Selain itu, pendekatan holistik yang mencakup pencegahan, deteksi dini, dan pengelolaan kondisi yang berkelanjutan menjadi kunci untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi beban penyakit di masyarakat. Beragam upaya pencegahan dan pendekatan, misalnya dengan mengatur pola makan dan olah raga, membantu menurunkan risiko dan mengurangi dampak negatif dari penyakit menahun ini

B. Konsep Penyakit Kronis

1. Pengertian Penyakit kronis (*chronic disease*)

Penyakit kronis (*chronic disease*) adalah penyakit yang gejalanya terjadi secara bertahap dan berlangsung dalam jangka panjang atau lebih dari satu tahun (Kemenkes RI, 2024).

2. Penyebab Penyakit Kronis

Setiap penyakit kronis memiliki faktor penyebab yang berbeda. Berikut ini adalah beberapa faktor yang sering menjadi pemicu penyebab penyakit kronis dilansir dari Kumparan:

- a. Asap rokok dan polusi udara Asap rokok dan polusi mengandung banyak bahan kimia beracun dan bersifat karsinogenik yang mengakibatkan orang yang terpapar memiliki risiko kanker lebih tinggi, hingga mengakibatkan masalah pernapasan. Asap rokok dan polusi juga dapat memicu radang pembuluh darah yang bisa mengakibatkan munculnya gangguan jantung. Selain itu, kebiasaan merokok juga dapat mengakibatkan gangguan kesehatan.
- b. Gizi buruk Gizi buruk yang diakibatkan karena pola makan keliru juga dapat menyebabkan penyakit kronis. Kebiasaan mengonsumsi makanan yang berminyak serta mengandung kadar garam dan lemak yang tinggi bisa mengakibatkan munculnya berbagai penyakit kronis. Penyakit kronis yang sering muncul akibat gizi buruk dan pola makan yang salah adalah penyakit jantung koroner, diabetes, stroke, hipertensi, hingga dyslipidemia.
- c. Malas bergerak & jarang olahraga Gaya hidup yang buruk seperti malas bergerak dan jarang olahraga juga menjadi salah satu faktor pemicu utama munculnya penyakit kronis. Kebiasaan buruk ini dapat mengakibatkan berat badan naik, metabolisme melambat, insomnia, mudah lelah, hingga rentan terserang penyakit kronis.

3. Perbedaan Penyakit Kronis Dengan Penyakit Akut Banyak orang beranggapan jika penyakit kronis dengan penyakit akut adalah sebuah kondisi yang sama. Padahal keduanya memiliki kondisi yang berbeda. Jika mengacu pada kondisi medis, maka penyakit kronis adalah suatu penyakit yang akan berlangsung dalam kurun waktu lama. Penyakit kronis juga mampu berkembang secara perlahan. Penyakit kronis juga memiliki potensi menjadi sebuah penyakit serius yang cukup berbahaya ketika tidak ditangani dengan segera. Selain itu penyakit kronis juga bisa diartikan sebagai sebuah penyakit yang dapat timbul sewaktu-waktu, secara berulang, dalam kurun waktu hingga dapat bertambah parah dalamjangkauan waktu tertentu. Penyakit akut jika mengacu pada kondisi medis dapat berlangsung dalam kurun waktu cukup singkat. Meski begitu munculnya penyakit akut dapat menimbulkan serangan dalam kurun waktu yang cepat dan berbahaya. Penyakit akut juga bisa diartikan sebagai penyakit yang bisa terjadi secara mendadak, dalam waktu singkat dan kerap menjadi sebuah indikasi akan adanya penyakit serius (Adinda, 2023). Istilah kronis dan akut tidak bisa digunakan secara bersamaan. Lebih spesifik beberapa poin yang membedakan penyakit kronis dan akut adalah sebagai berikut.

Durasi: penyakit kronis terjadi dalam waktu lama atau lebih dari satu tahun, sedangkan penyakit akut berlangsung dalam hitungan hari, minggu, atau bulan.

Penyebab: penyakit kronis disebabkan oleh faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup, sedangkan penyakit akut disebabkan oleh infeksi, paparan racun, atau cedera.

Penanganan: penyakit kronis tidak sembuh sepenuhnya tetapi dapat dikelola dengan obat dan perubahan gaya hidup, sedangkan penyakit aku bisa disembuhkan dengan obat atau pembedahan (Kemenkes RI, 2024).

4. Jenis Penyakit Kronis

Beberapa contoh penyakit yang dapat digolongkan sebagai penyakit kronis, adalah (Irma, 2023).

a. Gagal jantung

Gagal jantung merupakan penyakit kronis pada jantung yang membuat jantung membengkak, sehingga mengganggu kinerja jantung dalam memompa darah.

Gejala utama gagal jantung adalah sesak napas, cepat lelah, serta pembengkakan pada tungkai dan pergelangan kaki. Gejala ini dapat berkembang secara bertahap atau terjadi secara tiba-tiba.

Pengobatan gagal jantung dilakukan untuk meredakan gejala dan meningkatkan kekuatan dan fungsi jantung. Untuk mengobati penyakit kronis ini, dokter dapat menyarankan penderita gagal jantung untuk membatasi aktivitasnya, mengurangi asupan cairan dan garam, serta memberikan obat-obatan.

b. Kanker

Kanker adalah jenis penyakit kronis dengan angka kematian yang cukup tinggi. Pasalnya, penyakit ini sering kali tidak menimbulkan gejala pada tahap awal, sehingga baru terdeteksi ketika kanker sudah memasuki tahap yang berat atau stadium lanjut.

Gejala kanker yang muncul tergantung pada jenis kanker dan organ tubuh yang terkena. Namun, secara umum, penderita kanker biasanya dapat mengalami beberapa tanda dan gejala berupa:

Muncul benjolan di bagian tubuh tertentu, nyeri di salah satu bagian tubuh, penurunan berat badan yang drastis tanpa sebab yang jelas, demam berkepanjangan, lemas dan mudah Lelah, batuk kronis, mudah memar atau sering mengalami perdarahan secara spontan, misalnya mimisan atau BAB berdarah

Penyakit kronis ini perlu dideteksi sejak dini dengan pemeriksaan skrining kanker. Jika seseorang terdiagnosis kanker, dokter akan mengobati penyakit

tersebut dengan kemoterapi, operasi, dan radioterapi. Penentuan jenis penanganan akan disesuaikan dengan kondisi penderita serta jenis dan stadium kanker.

5. Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit kronis yang dapat menyebabkan penyakit jantung dan stroke, jika tidak diobati. Penyakit kronis ini umumnya tidak bergejala.

Biasanya, gejala hipertensi baru muncul bila tekanan darah penderitanya sudah sangat tinggi. Gejala yang dapat muncul, yaitu sakit kepala, lemas, gangguan penglihatan, nyeri dada, dada berdebar, dan sesak napas.

Penyakit kronis ini bisa dicegah dan diatasi dengan cara menjalani pola gaya hidup sehat, mengurangi asupan garam, dan konsumsi obat antihipertensi sesuai resep dokter.

6. Diabetes

Diabetes adalah penyakit kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah. Penyakit kronis ini dapat menyebabkan penderitanya mengalami beberapa gejala berupa sering haus dan lapar, sering buang air kecil (terutama di malam hari), pandangan kabur, luka yang sulit sembuh, sering mengalami infeksi, kulit gatal, dan munculnya sensasi kesemutan, perih, atau mati rasa.

Penyakit ini bisa diobati dengan cara menjalani pola makan sehat, menggunakan obat diabetes, dan mempertahankan berat badan ideal.

7. Gagal ginjal kronis

Gagal ginjal kronis (GGK) adalah kondisi ketika fungsi ginjal menurun secara bertahap dan menetap. Gagal ginjal disebut kronis jika sudah terjadi dalam waktu berbulan-bulan atau bertahun-tahun. Kondisi ini bisa juga diawali dengan gagal ginjal akut yang tidak tertangani.

Gejala gagal ginjal kronis meliputi pembengkakan pada tungkai, nyeri dada, dan tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol. Secara umum, pengobatan gagal ginjal

kronis meliputi pemberian obat-obatan, cuci darah, dan transplantasi ginjal.

Penyakit dibedakan menjadi akut dan kronis berdasarkan lama perkembangan penyakitnya, bukan berdasarkan tingkat bahayanya. Baik penyakit akut maupun kronis sama-sama perlu diperiksa ke dokter dan ditangani dengan tepat, agar penyakit tersebut tidak bertambah parah dan menimbulkan komplikasi atau bahkan kematian, Kemenkes RI, (2024).

8. Penyakit Paru Obstruktif Kronis atau PPOK

Penyakit Paru Obstruktif Kronis atau PPOK adalah sejumlah penyakit yang menyebabkan peradangan saluran pernapasan jangka Panjang. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) adalah peradangan pada organ paru-paru yang bersifat kronis progresif. Artinya, peradangan akan menyebabkan kerusakan pada paru yang akan memburuk seiring dengan berjalannya waktu. PPOK disebabkan oleh paparan asap rokok, paparan polusi, debu, asap kendaraan bermotor, maupun senyawa kimia yang berbahaya, kekurangan enzim alfa-1 antitripsin, penyalahgunaan narkoba, menderita HIV/AIDS, menderita penyakit autoimun

Berikut ini adalah sejumlah gejala penyakit paru obstruktif kronis yang sering dikeluhkan penderitanya: sesak napas yang terlihat sebagai napas tersengal-sengal, khususnya saat melakukan aktivitas fisik, mengi atau seperti bersiul saat bernapas, batuk kronis, atau batuk yang tidak kunjung sembuh selama lebih dari 3 bulan, dan mengeluarkan dahak yang berwarna bening, putih, kuning, atau kehijauan, dada terasa sesak, merasa sangat lelah dan tidak berenergi, berat badan turun tanpa direncanakan,, pembengkakan di pergelangan kaki, kaki, atau tungkai, kulit tampak kebiruan (sianosis), sering mengalami infeksi paru berulang, jari tabuh (*clubbing finger*) WHO, (2023).

9. Pendekatan Penyakit Kronis

Dalam konteks ini, ada beberapa prinsip dasar dan pendekatan yang digunakan oleh para profesional medis dan psikologis untuk membantu pasien mengelola kondisi kronis mereka secara lebih efektif:

a. Pengelolaan Stres

Penyakit kronis sering kali disertai dengan peningkatan tingkat stres yang dapat memperburuk kondisi medis. Pendekatan berbasis perilaku membantu individu untuk mengidentifikasi sumber stres dan mengajarkan teknik pengelolaan stres, seperti relaksasi, meditasi, atau latihan pernapasan.

b. Perubahan Perilaku

Perubahan gaya hidup, seperti mengadopsi pola makan sehat, berolahraga secara teratur, dan berhenti merokok, sering kali penting dalam pengelolaan penyakit kronis. Pendekatan ini melibatkan pemberian dukungan untuk membantu pasien mengubah kebiasaan buruk dan mengembangkan kebiasaan yang lebih sehat. Teknik yang digunakan mencakup terapi perilaku kognitif (CBT) untuk mengubah pola pikir negatif atau kebiasaan yang tidak sehat.

c. Peningkatan Kepatuhan Terhadap Pengobatan

Kepatuhan terhadap pengobatan adalah tantangan utama dalam pengelolaan penyakit kronis. Pendekatan medis perilaku berfokus pada memotivasi pasien untuk mengikuti rencana perawatan mereka, dengan memberikan pendidikan tentang pentingnya terapi, serta mencari solusi untuk mengatasi hambatan yang ada (misalnya, efek samping obat, kesulitan finansial, atau masalah logistik).

d. Dukungan Sosial

Penyakit kronis dapat menimbulkan perasaan kesepian atau terisolasi. Pendekatan ini mendorong pasien untuk mencari dan menerima dukungan sosial, baik melalui keluarga, teman, atau kelompok

dukungan, yang dapat meningkatkan kualitas hidup mereka.

e. Mengatasi Masalah Emosional dan Psikologis

Penyakit kronis sering dikaitkan dengan masalah emosional seperti depresi dan kecemasan. Pendekatan perilaku medis melibatkan terapi psikologis untuk mengatasi masalah emosional ini, sehingga membantu pasien mengatasi tantangan yang mereka hadapi dalam menjalani hidup dengan penyakit kronis. Terapi yang digunakan bisa meliputi terapi perilaku kognitif (CBT), terapi penerimaan dan komitmen (ACT), atau intervensi psikososial lainnya.

f. Pendidikan Pasien dan Keluarga

Memberikan edukasi tentang penyakit kronis, pengobatannya, dan cara-cara untuk merawat diri sendiri sangat penting. Pendidikan ini bisa membantu pasien dan keluarga mereka lebih memahami kondisi yang dihadapi dan cara terbaik untuk mengelola kehidupan sehari-hari.

g. Intervensi Multidisipliner

Pendekatan medis perilaku sering melibatkan tim yang terdiri dari berbagai profesional, seperti dokter, psikolog, ahli gizi, perawat, fisioterapis, dan konselor, yang bekerja sama untuk merancang rencana perawatan yang holistik bagi pasien dengan penyakit kronis. Kolaborasi ini sangat penting untuk mendukung pasien dalam berbagai aspek kesehatan termasuk gaya hidup, pola makan, aktivitas fisik, dan pengobatan.

h. Pencegahan dan Pemeliharaan Kesehatan

Fokus pada pencegahan adalah aspek kunci dalam pendekatan ini, dengan mengajarkan individu cara mengurangi faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit kronis atau memperburuk kondisi yang sudah ada. Ini termasuk promosi gaya hidup sehat, seperti diet yang seimbang, olahraga, pengelolaan berat

badan, dan penghindaran konsumsi zat berbahaya seperti alkohol dan rokok/tembakau.

Pendekatan ini bertujuan untuk tidak hanya mengobati penyakit kronis itu sendiri, tetapi juga untuk meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan melalui perubahan perilaku yang positif, pengelolaan stres, dukungan emosional, dan pendidikan yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adinda Rizki, (2023) Penyakit Kronis Adalah: Pengertian dan Jenisnya. https://www.gramedia.com/literasi/penyakit-kronis-adalah-pengertian-dan-jenisnya/?srsltid=AfmBOopHDnLMZESrwFDH3XT_lhwQXYdEqd1VJPqhxd4kQy0gzmezcPcQ#Pengertian_Penyakit_Kronis
- Irma Lidia, (2024) Jenis-Jenis Penyakit Kronis <https://lifepack.id/jenis-jenis-penyakit-kronis-gejala-dan-pengobatannya/>
- Kemendes RI, (2024) Memahami Perbedaan Akut dan Kronis pada Penyakit. <https://www.alodokter.com/memahami-perbedaan-akut-dan-kronis-pada-penyakit>
- Kristanty Wisnubroto, (2024) Pelayanan Penyakit Kronis Terus Diperluas. <https://indonesia.go.id/kategori/editorial/7908/pelayanan-penyakit-kronis-terus-diperluas?lang=1>
- Kumparan (2023) Penyakit Kronis: Pengertian, Contoh, dan Faktor Penyebabnya <https://kumparan.com/artikel-kesehatan/penyakit-kronis-pengertian-contoh-dan-faktor-penyebabnya-1yROCIPfPdO/full>
- Mochamad Robby dkk (2023) Gizi dan Penyakit Kronis https://www.google.co.id/books/edition/Gizi_Penyakit_Kronis/pu3kEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=penyakit+kronis&pg=PA94&printsec=frontcover
- Satria (2023), 7 Penyakit Kronis yang Umum Mengintai Pria dan Wanita <https://hellosehat.com/sehat/gejala-umum/beda-penyakit-kronis-pria-dan-wanita/>
- Smeltzer, S, & Bare (2010). Brunner & Suddarths. Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia : Lippin cot Dalam penelitian wulansari (2020) tentang Pengaruh Intervensi Dukungan Pengambilan Keputusan Terhadap Masalah Manajemen Kesehatan Tidak Efektif Pada Keluarga Dengan Penyakit Kronis

Stefanie, Cara Mencegah Penyakit Kronis dengan Gaya Hidup Sehat, <https://lifepack.id/cara-mencegah-penyakit-kronis-stroke-dan-kolesterol/>

WHO (2023) Chronic obstructive pulmonary Disease (COPD). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

BIODATA PENULIS



Rosmeri br bukit, SKM, M.Biomed lahir di Dolat Rakyat, pada 04 Juli 1971. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara (USU) dan S2 di Fakultas Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Universitas Andalas (Unand) Padang Sumatera Barat Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Prima Medan

A. Pendahuluan

Promosi kesehatan berperan penting di tingkat global dalam menghadapi tantangan besar dalam bidang kesehatan dan akses layanan.

Dampak global memberi gambaran keterkaitan dan ketergantungan antar bangsa dan antar manusia di seluruh dunia melalui perdagangan, investasi, perjalanan, budaya dan bentuk interaksi lainnya. (Dreher, 2008) Proses integrasi ekonomi, politik, dan sosial di seluruh dunia yang menghasilkan hubungan yang lebih erat antara negara-negara. proses ini didorong oleh kemajuan teknologi informasi dan komunikasi yang memungkinkan interaksi global yang lebih intensif.

Era globalisasi dapat memicu mobilitas penyakit baik ke dalam maupun ke luar Indonesia, bahkan dapat menimbulkan penyakit baru. Hal tersebut dapat diakibatkan karena adanya peningkatan frekuensi dan jumlah perjalanan antar negara dan peningkatan risiko masalah kesehatan. Indonesia merupakan negara kepulauan dengan 17.001 pulau. (Statistik Indonesia 2024). Indonesia memiliki posisi strategis terhadap lalu lintas dan perdagangan Internasional serta mempunyai banyak pintu masuk negara. Kemunculan penyakit baru dan muncul kembali penyakit lama menjadi tantangan bagi Pemerintah Indonesia terutama Kementerian Kesehatan.

Penyebab kemunculan penyakit baru dan muncul kembalinya penyakit lama berkaitan dengan gaya hidup,

mobilitas, teknologi, dan populasi kepadatan habitat. Selain itu berhubungan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang saling terkait dengan keragaman geografis Tantangan global bidang kesehatan meliputi penyakit tidak menular (PTM) yaitu stroke, hipertensi, diabetes, kanker, penyakit paru obstruktif, ketidak-tepatan penggunaan antibiotik, perubahan lingkungan, dan infeksi (Safora Dorri, 2020).

Globalisasi telah membawa perubahan yang signifikan dalam berbagai aspek kehidupan manusia, termasuk dalam bidang kesehatan. Sementara globalisasi dapat memberikan manfaat seperti akses terhadap teknologi medis mutakhir dan pertukaran pengetahuan antar negara, namun juga membawa tantangan bagi promosi kesehatan. Dalam konteks ini, promosi kesehatan menjadi semakin penting untuk menghadapi dampak negatif globalisasi terhadap kesehatan masyarakat (Sanjif, dkk 2022).

Penelitian para ahli mengatakan tentang intervensi berbasis internet untuk menurunkan berat badan, penghentian kebiasaan merokok, dan menggalakkan aktivitas fisik adalah studi yang berhasil mengidentifikasi serta memberikan bukti mengenai dampak nyata promosi kesehatan berbasis digital. sejumlah meta-analisis menunjukkan intervensi yang berdampak positif terhadap peningkatan pengetahuan pengguna, dukungan sosial, perilaku kesehatan, dan status kesehatan. (Safoura Dorri, 2020)

Masalah terbesar dalam melaksanakan promosi kesehatan. pola pikir masyarakat yang dekat dengan mitos, sering membuat masyarakat sulit penerima pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. merubah budaya tidak bisa secara revolusioner namun harus perlahan. sehingga perlu saat ini bagi tenaga kesehatan untuk menciptakan sebuah metode pendidikan kesehatan yang dikolaborasi dengan kepercayaan msayarakat sehingga lebih mudah diterima penjelasan mengenai pendidikan kesehatan.

Menghadapi masalah kesehatan dan tantangan tenolo;logi informasi dan komunikasi yang semakin pesat

berdampak pada pentingnya petugas promosi kesehatan membuat strategi perubahan perilaku dalam konteks global

Strategi komunikasi menentukan perubahan perilaku seseorang sehingga perlu pendekatan yang sistematis dan interaktif agar mudah mengubah perilaku spesifik dari suatu kelompok sasaran. Dalam konteks global strategi perubahan perilaku dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain teknologi, pergeseran nilai-nilai sosial, isu-isu lingkungan.

B. Strategi Perubahan Perilaku dalam Konteks Global

Strategi perubahan perilaku seseorang perlu pendekatan yang sistematis dan interaktif agar mudah mengubah perilaku yang spesifik dari seseorang atau masyarakat

Perilaku seseorang merupakan salah satu elemen penting yang menentukan arah dan strategi di pasar global. Dalam beberapa dekade terakhir, perubahan signifikan dalam teknologi, budaya, dan ekonomi telah mempengaruhi perilaku seseorang membuat keputusan untuk berperilaku sehat

1. Peran Teknologi dalam Mengubah Perilaku seseorang dalam konteks Global

Teknologi telah menjadi salah satu pendorong utama perubahan perilaku individu di seluruh dunia. Kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, khususnya internet dan perangkat seluler, telah mengubah cara individu mencari informasi, berinteraksi dengan petugas kesehatan dan pencarian pelayanan kesehatan. Model informasi saat ini yang mengikuti tren dunia modern menggunakan teknologi media sosial misalnya Hp yang ada internet untuk mendapatkan informasi kesehatan yang terupdate dan akses pelayanan kesehatan yang mudah, nyaman dan berkualitas. Teknologi informasi media sosial merupakan salah satu alat strategi merubah perilaku seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan

a. Peningkatan Aksesibilitas Informasi

Adanya internet, seseorang dengan mudah memiliki akses tak terbatas sebagai individu dan masyarakat tentang produk dan layanan. Sebelum

membuat keputusan seseorang menentukan perilaku yang diinginkan dengan mudah mencari penjelasan informasi tentang informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan,, termasuk layanan kesehatan pemerintah di bandingkan dengan layanan kesehatan swasta lainnya misalnya individu dapat memilih tempat layanan yang sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami dan biaya yang di butuhkan untuk mengakses layanan kesehatan tersebut. Individu dapat membandingkan biaya, dan mengevaluasi berbagai pilihan RS yang tersedia. Hal ini memacu tempat layanan bagi PKM atau RS untuk meningkatkan kualitas layanan yang menjadi harapan dari individu dan masyarakat sebagai pengguna layanan

- b. E-commerce dan Pelayanan kesehatan akses Online
Perkembangan teknologi online telah mengubah seseorang untuk berperilaku menggunakan pelayanan kesehatan. cara seseorang menggunakan layanan kesehatan secara online memberikan kenyamanan, kecepatan, dan fleksibilitas yang tidak bisa ditandingi dengan pelayanan di tempat yang lain dengan akses yang sulit dan tidak mudah terjangkau. Individu dapat dengan mudah mengakses informasi kesehatan dan layanan kesehatan kapan saja dan dimana saja tanpa harus terbatas oleh jam operasional atau lokasi geografis.
- c. Pengaruh Media Sosial
Media sosial telah menjadi platform penting di mana individu dapat berinteraksi dengan petugas kesehatan dan berbagi pengalaman mereka. Pengaruh media sosial terhadap perilaku individu dalam mendapatkan informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan sangat besar pengaruhnya.
Terutama melalui influencer media social promosi kesehatan, di mana individu dengan pengaruh besar di media sosial mempromosikan layanan

kesehatan kepada masyarakat. Media sosial juga memungkinkan individu untuk mendapatkan rekomendasi dari teman dan keluarga, yang sering kali lebih dipercaya dari pada informasi penyampaian pesan secara tradisional atau non online

2. Dampak Pergeseran Demografi pada Tren di Pasar Global

Demografi global juga mengalami perubahan yang signifikan, yang pada gilirannya mempengaruhi perilaku individu. Pergeseran demografi seperti penuaan populasi, meningkatnya populasi milenial dan Gen Z, serta perubahan struktur keluarga memainkan peran penting individu mengambil keputusan dalam pencarian pelayanan kesehatan

a. Penuaan Populasi

Di banyak negara, populasi yang menua telah menciptakan segmen konsumen yang lebih tua dengan kebutuhan dan preferensi yang berbeda. Individu yang lebih tua cenderung mencari layanan yang mudah diakses lewat informasi kesehatan yang di bantu oleh generasi milenial. Petugas promosi kesehatan mempromosikan kesehatan, kenyamanan, dan keamanan bagi populasi menua. Penduduk lanjut usia lebih konservatif dalam pengeluaran dan lebih setia pada produk layanan kesehatan yang telah mereka percayai selama bertahun-tahun. Penyesuaian strategi pemasaran produk layanan kesehatan sangat berpengaruh dalam meningkatkan kualitas hidup lanjut usia untuk memenuhi kebutuhan kesehatan bagi para menua

b. Meningkatnya Populasi Milenial dan Gen Z

Milenial dan Gen Z kini menjadi kelompok yang dominan di banyak pasar global. Kelompok ini dikenal dengan karakteristik mereka yang terhubung secara digital, lebih peduli terhadap isu-isu sosial dan lingkungan, serta lebih tertarik pada pengalaman daripada produk material. Mereka cenderung lebih

skeptis terhadap iklan tradisional dan lebih mempercayai rekomendasi dari teman, keluarga, atau influencer di media sosial. Untuk menarik perhatian kelompok ini, merek harus fokus pada keaslian, transparansi, dan dampak sosial dari produk layanan kesehatan bagi mereka.

3. Globalisasi Budaya: Pengaruhnya terhadap Perubahan Perilaku

Globalisasi telah menyatukan berbagai budaya di seluruh dunia, menciptakan kelompok individu yang lebih homogen namun tetap mempertahankan karakteristik lokal. Ini memengaruhi cara individu di berbagai negara mengadopsi produk layanan kesehatan dan tren global, serta bagaimana menyeimbangkan antara pengaruh global dan nilai-nilai budaya lokal. Budaya global yang berpengaruh pada individu dalam mendapatkan informasi kesehatan dan pencarian kesehatan telah berubah dengan adanya pengaruh budaya dari luar sehingga seseorang berperilaku kesehatan sesuai kebutuhan

a. Penyebaran Tren Global

Dengan bantuan internet dan media sosial, tren global kini lebih cepat menyebar dan diadopsi oleh individu di berbagai belahan dunia. Misalnya, tren fashion, gaya hidup, dan teknologi yang bermula di satu negara dapat dengan cepat menjadi populer di negara lain, meskipun ada homogenisasi dalam beberapa aspek perilaku individu, adaptasi lokal tetap penting. Individu yang sukses adalah mereka yang mampu menyesuaikan dan menerima pesan informasi kesehatan untuk mencerminkan nilai-nilai dan preferensi lokal, sambil tetap menawarkan keunggulan dari tren global.

b. Pengaruh Budaya Lokal

Globalisasi mempengaruhi perilaku kesehatan individu dan ternyata budaya lokal tetap memiliki pengaruh yang kuat. Setiap berbagai negara memiliki

preferensi, kebiasaan, dan norma yang berbeda, yang mempengaruhi cara mereka membuat keputusan pencarian pelayanan kesehatan. Hal ini sangat penting bagi petugas kesehatan untuk memahami nuansa budaya lokal dan bagaimana hal itu memengaruhi perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Misalnya, strategi pelayanan kesehatan saat ini yang sudah semakin canggih diberikan fasilitas oleh Negara yang sudah maju, perlu di adopsi oleh petugas kesehatan di Indonesia agar norma budaya tetap dipertahankan dengan tidak mengabaikan kualitas layanan kesehatan yang canggih di Negara lain. Contoh juga makanan atau produk yang populer di satu negara mungkin perlu disesuaikan agar sesuai dengan selera dan norma budaya di negara lain.

c. Global dengan Sentuhan Lokal

Globalisasi telah berhasil menyeimbangkan antara kehadiran global dalam hal ini teknologi dan informasi yang semakin mudah di akses sesuai kebutuhan individu dan masyarakat dan mereka dapat menyesuaikan dengan preferensi local yang di miliki oleh masyarakat tersebut. Layanan kesehatan global menyesuaikan produk layanan kesehatan pemasaran sosial, dan distribusi untuk memenuhi kebutuhan dan preferensi kebutuhan layanan kesehatan lokal. Strategi ini memungkinkan individu dan masyarakat memanfaatkan skala global sambil tetap relevan di tingkat lokal.

4. Strategi Promosi Kesehatan dalam Merespons Perubahan Perilaku Global

Dengan memahami perubahan perilaku kesehatan, seseorang dapat menyesuaikan strategi mereka untuk tetap relevan dan kompetitif di pasar global. Berikut adalah beberapa langkah yang dapat diambil untuk merespons perubahan perilaku :

a. Adaptasi dan Inovasi Produk layanan

Pelayanan kesehatan harus terus berinovasi dan menyesuaikan dengan kemajuan pasar global agar sesuai dengan kebutuhan dan preferensi individu yang terus berubah. Hal ini mungkin petugas kesehatan dapat mengadopsi informasi yang terkini untuk menerapkan pada masyarakat tentang nilai-nilai social yang dapat melibatkan masyarakat dalam pengembangan produk layanan yang lebih ramah lingkungan, lebih sesuai dengan nilai-nilai sosial, atau lebih disesuaikan dengan selera lokal.

b. Pemasaran social yang Berfokus pada individu sebagai Konsumen

Pemasaran social sebagai salah satu strategi perubahan perilaku bagi masyarakat dengan berfokus pada individu sebagai konsumen sesuai kebutuhan mereka. Individu dan masyarakat sebagai target dalam memasarkan produk informasi kesehatan lebih baik melalui analisa pasar, data analitik, dan umpan balik respon individu terhadap layanan kesehatan. Target perubahan capaian promosi kesehatan dapat menyeluruh dan dirasakan oleh masyarakat pada umumnya. Pemasaran digital, terutama melalui media sosial, dapat digunakan untuk mencapai audiens yang lebih luas dan membangun hubungan yang lebih personal dengan individu sebagai konsumen.

c. Mengadopsi Teknologi Digital

Petugas promosi kesehatan mengadopsi teknologi digital untuk meningkatkan efisiensi operasional, memperbaiki pengalaman individu, dan membuka saluran distribusi baru. E-commerce, analitik data, dan AI adalah beberapa alat yang dapat membantu tenaga promosi kesehatan untuk lebih memahami dan memenuhi kebutuhan individu dan masyarakat di pasar global.

5. Pengaruh Global Terhadap Promosi Kesehatan

Pengaruh globalisasi terhadap promosi kesehatan memiliki dampak positif dan negatif (Ronald, 2017)

Dampak positif dari globalisasi terhadap promosi kesehatan mencakup peningkatan akses terhadap informasi tentang gaya hidup sehat, pengembangan teknologi medis canggih, dan kolaborasi internasional dalam menangani masalah-masalah kesehatan global. sebagai contoh, melalui arus informasi yang cepat dan luas di era digital saat ini, individu dapat dengan mudah mengakses informasi tentang cara hidup sehat dan program-program pencegahan penyakit.

Dampak negatif bagi promosi kesehatan. perubahan pola konsumsi makanan akibat penetrasi pasar produk-produk makanan cepat saji atau minuman bersoda secara massal dapat meningkatkan risiko obesitas dan penyakit kronis lainnya. selain itu, perdagangan bebas dapat mempercepat penyebaran penyakit menular karena mobilitas manusia yang tinggi.

Tantangan promosi kesehatan di era globalisasi ada beberapa tantangan utama yang dihadapi pembuat kebijakan dan praktisi promosi kesehatan :

- a. Kesenjangan akses layanan kesehatan: meskipun adanya kemajuan teknologi medika, tidak semua orang di seluruh dunia memiliki akses yang sama terhadap pelayanan atau fasilitas kesehatan berkualitas tinggi. Dibanyak Negara berkembang masih terdapat kendala yang signifikan dalam mengakses layanan kesehatan yang memadai. Globalisasi ekonomi sering kali mengarahkan pada kesenjangan yang semakin tajam antara Negara kaya dan miskin dalam hal akses terhadap inovasi medis dan pelayanan Kesehatan (Rosemary, et al, 2023).
- b. Penyebab-penyebab baru penyakit: akibat perubahan pola konsumsi makanan dan merokok menjadi lebih diterima secara budaya pada beberapa komunitas sebagai dampak dari proses transformasi sosial ekonomi akibat globalisasi berpotensi membuat penyebaran penyakit kronis semakin meningkat,

Pergeseran gaya hidup masyarakat ke arah yang tidak sehat seperti kurang aktifitas fisik, konsumsi makanan cepat saji yang tinggi lemak dan gula, serta meningkatkan kebiasaan merokok, hal ini meningkatkan resiko penyakit tidak menular (ChristineS,2022).

- c. Penipisan budaya local (Andika, 2021): pengaruh global berdampak mengikis budaya local yang dianggap kuno dan tidak modern, padahal budaya lokal sangat kaya akan nilai kearifan serta memiliki prinsip universal

Globalisasi telah membawa masuk berbagai jenis makanan olahan ke Indonesia. Misalnya Iklan makanan cepat saji yang masif melalui media sosial dan televisi telah mengubah pola konsumsi makanan remaja. Akibatnya, kasus obesitas pada remaja semakin meningkat.

- a. Dampak Globalisasi:

- 1) Ketersediaan Makanan Olahan: Meningkatnya jumlah restoran cepat saji dan minimarket membuat makanan olahan mudah diakses dan terjangkau.
- 2) Pengaruh Budaya Populer: Gaya hidup Barat yang identik dengan konsumsi makanan cepat saji menjadi tren di kalangan remaja.
- 3) Iklan yang Menarik: Iklan makanan olahan seringkali menampilkan makanan yang lezat dan bergizi, padahal kandungan gizi sebenarnya rendah.

- b. Tantangan Promosi Kesehatan:

- 1) Perubahan Perilaku: Mengubah kebiasaan makan yang sudah tertanam sulit dilakukan.
- 2) Tekanan Teman Sebaya: Remaja cenderung mengikuti tren makanan yang populer di kalangan teman.
- 3) Kurangnya Edukasi Gizi: Banyak remaja kurang memahami pentingnya gizi seimbang.

6. Strategi perubahan perilaku dalam promosi kesehatan meliputi : advokasi, dukungan social dan pemberdayaan
 - a. Perubahan perilaku masyarakat. Perubahan perilaku masyarakat menjadi kunci efektifitas kepatuhan dalam menerapkan protocol kesehatan.
 - b. Determinan perilaku . factor yang mempengaruhi perilaku kesehatan meliputi factor predisposing(pengetahuan, sikap, kepercayaan) factor pemungkin (ketersediaan sumber daya, fasilitas sarana prasarana) dan factor penguat (dukungan dari lingkungan sekitar)
 - c. Pentingnya promosi kesehtan memberdayakan kesehatan masyarakat. Untuk memelihara meningkatkan dan melindungi kesehatan mereka melalui peningkatan kesadaran, kemauan, kemampuan serta pengembangan lingkungan yang sehat
 - d. Kebijakan promosi kesehatan di Indonesia. Diselenggarakan dalam rangka desentralisasi kearah otonomi daerah dibidang kesehatan terpadu dengan program-program kesehatan dari gars depan Kabupaten/ Kota, propinsi, dan nasional
7. Strategi global yang efektif dalam perubahan perilaku masyarakat melibatkan beberapa pendekatan
 - a. Advokasi untuk mendukung kebijakan kesehatan, dan dukungan social untuk menciptakan lingkungan yang kondusif dan pemberdayaan masyarakat agar mereka dapat mengendalikan kesehatan mereka sendiri
 - b. Fokus pada respon efikasi, pesan kesehatan harus berfokus pada respon efikasi, meningkatkan efikasi diri dan mempromosikan kepercayaan pada respon pemerintah.
 - c. Adaptasi dan inovasi produk bisnis terus berinovasi dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi konsumen yang terus berubah, termasuk pengembangan produk yang lebih ramah lingkungan atau sesuai dengan nilai-nilai social

- d. Pemasaran yang berfokus pada konsumen. Pemasaran social harus lebih berfokus pada masyarakat sebagai pengguna layanan sesuai kebutuhan pasar, memahami audien, target melalui penelitian pasar, analisis pasar, dan umpan balik pelanggan
- e. Pemasaran digital, terutama melalui media social dapat digunakan untuk mencapai audiens yang lebih luas dan membangun hubungan yang lebih personal dengan konsumen sebagai pengguna layanan kesehatan
- f. Adopsi teknologi digital. Memanfaatkan teknologi digital untuk meningkatkan efisiensi operasional, memperbaiki pengalaman individu dan membuka saluran distribusi baru

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus, Merta Jaya, Mahendra, 2019, Buku Ajar Promosi kesehatan, Universitas kristen indonesia, jakarta
- Andika, 2021, Dampak Globalisasi terhadap Eksistensi Budaya , Vol. 2 No. 1 Tahun 2021 <http://jurnal>
- Dreher, A., Gaston, N. and Martens, P. (2008) Measuring Globalisation – Gauging. Its Consequences. Springer, New York.
- Christiane Stock, 2022, Grand Challenges For Public Health Education And Promotion, Specialty Grand Challenge. Published: 27 June 2022, Doi: 10.3389/Fpubh.2022.917685
- Glanz, K., Rimer, B. k., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (Fifth Edit). Jossey Bass Wiley.
- Hariawan, H. (2020). CERDIK Meningkatkan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Indonesia: Tunas-Tunas Riset Kesehatan, 10(1), 16–20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/2trik9104>
- Heryana, Ade. (2020). Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. https://lmsparalel.esaunggul.ac.id/pluginfile.php?file=/102825/mod_resource/content/1/13_7298_KMA366_122018.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Penyakit Tidak Menular Kini Ancam Usia Muda. Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat. <https://www.kemkes.go.id/article/view/20070400003/penyakit-tidak-menularkini-ancam-usia-muda.html>
- <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/semnaskat/article/view/14554>
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2022). *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs* (8th Editio). Jones & Bartlett Learning. https://www.google.co.id/books/edition/Planning_Implementing_and_Evaluatin/g_Hea/1hh1EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Rahman, et al. (2021). Promosi Kesehatan untuk Meningkatkan

- Peran Aktif Masyarakat dalam Pencegahan Penyakit Tidak Menular. [article.php \(kemdikbud.go.id](http://article.php(kemdikbud.go.id)
- Rosemary M. Caron, Kimberly Noel, Rachael N. Reed, Jamie Sibel, Hunter J. Smith, 2023, Health Promotion, Health Protection, and Disease Prevention: Challenges and Opportunities in a Dynamic Landscape, Published online 2023 Nov 8. doi: 10.1016/j.focus.2023.100167
- Ronald Labonte (2015) Globalization and Health , University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada, This article is a revision of the previous edition article by B. Chalmers, volume 9, pp. 6258–6261
- Sanjiv Kumar and GS Preetha; (2022) Health Promotion: An Effective Tool for Global Health, Indian Journal of Community Medicine,
- Safoura Dorri, Azar Abedi, Nooredin Mohammadi , (2020) Nursing education in the path of globalization: Promotion or challenge, Journal of Education and Health Promotion | Published by Wolters Kluwer – Medknow, Volume 9 | October, page 1-8
- Luszczynska A, Schwarzer R. (2020) Changing behavior using social cognitive theory. In: Hagger MS, Cameron LD, Hamilton K, Hankonen N, Lintunen T, editors. The Handbook of Behavior Change. New York, NY, US: Cambridge University Press; (2020). p. 32–45. (Cambridge handbooks in psychology). [[Google Scholar](#)][[Ref list](#)]

BIODATA PENULIS



Jane A. Kolompoy, SKM, MKes lahir di Minahasa, pada 29 April 1965. Pendidikan awal di Akademi keperawatan Manado, lulus tahun 1986 dan melanjutkan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 1994, serta melanjutkan pendidikan di Pasca Sarjana Magister Perilaku Promosi Kesehatan di Universitas Gadjra Mada Jogyaakarta tahun 2000, Mengajar di Akademi keperawatan sejak tahun 1994 dan terjadi perubahan nama Institusi pendidikan menjadi Poltekkes kemenkes Manado. Memiliki pengalaman mengajar sebagai dosen pengajar Mata Kuliah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Gerontik, Metode penelitian Penelitian Keperawatan, Promosi Kesehatan, Etika Keperawatan, Perencanaan Program Promosi Kesehatan, Implementasi Program Promosi Kesehatan.

BAB 16

Teori Dalam Konteks Praktik Kesehatan

* Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes. *

A. Pendahuluan

Praktik kesehatan yang efektif didasarkan pada pemahaman yang mendalam tentang teori-teori yang mendasarinya. Teori-teori ini memberikan kerangka kerja untuk memahami perilaku kesehatan individu dan masyarakat, serta untuk mengembangkan intervensi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Teori dalam Praktik dapat dikatakan sebagai jembatan menuju pelayanan kesehatan yang berkualitas.

B. Teori Perilaku Kesehatan

Beberapa teori perilaku kesehatan yang umum digunakan dalam praktik kesehatan antara lain:

1. Teori Kognitif Sosial (Social Cognitive Theory): Teori ini menekankan peran kognisi, keyakinan, dan harapan individu dalam mempengaruhi perilaku kesehatan mereka.
2. Teori Perencanaan Perilaku (Theory of Planned Behavior): Teori ini menjelaskan bahwa niat untuk melakukan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dipersepsikan.
3. Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model): Model ini menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kerentanan terhadap penyakit, keparahan penyakit, manfaat tindakan pencegahan, dan hambatan untuk melakukan tindakan pencegahan.

C. Teori Perubahan Perilaku

Selain teori perilaku kesehatan, teori perubahan perilaku juga penting dalam praktik kesehatan. Teori-teori ini memberikan panduan tentang bagaimana membantu individu dan masyarakat untuk mengubah perilaku kesehatan mereka. Beberapa teori perubahan perilaku yang umum digunakan antara lain:

1. Model Tahapan Perubahan (Transtheoretical Model): Model ini menjelaskan bahwa perubahan perilaku terjadi melalui beberapa tahapan, yaitu pra-kontemplasi, kontemplasi, persiapan, aksi, dan pemeliharaan.
2. Proses Aksi Kesehatan: Pendekatan untuk Perencanaan dan Evaluasi (Precede-Proceed Model): Model ini merupakan kerangka kerja komprehensif untuk merencanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan.

D. Pentingnya Teori sebagai Landasan dalam Praktik Kesehatan

Teori adalah kerangka berpikir yang sistematis dan logis yang memandu kita dalam memahami fenomena kesehatan, menganalisis masalah, serta merancang intervensi yang efektif. Dalam konteks praktik kesehatan, teori berperan sebagai kompas yang menuntun kita dalam memberikan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas dan berpusat pada pasien.

Pentingnya Teori dalam Praktik Kesehatan :

1. Panduan Aksi: Teori memberikan pedoman tentang tindakan yang tepat dalam berbagai situasi klinis. Misalnya, teori kebutuhan dasar manusia dalam keperawatan membantu perawat mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan pasien secara holistik.
2. Pemahaman Mendalam: Teori memungkinkan kita menggali lebih dalam mengenai penyebab suatu masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Dengan pemahaman yang mendalam, kita dapat merancang solusi yang lebih tepat sasaran.
3. Evaluasi Kritis: Teori menjadi dasar untuk mengevaluasi efektivitas suatu intervensi. Dengan membandingkan hasil

yang diperoleh dengan prediksi teori, kita dapat mengidentifikasi area yang perlu perbaikan.

4. Inovasi: Teori mendorong pengembangan praktik kesehatan yang baru dan inovatif. Dengan mengadaptasi teori yang ada atau mengembangkan teori baru, kita dapat menemukan cara-cara yang lebih baik untuk mengatasi masalah kesehatan.
5. Komunikasi: Teori menyediakan bahasa yang umum untuk berkomunikasi dengan sesama profesional kesehatan. Hal ini memudahkan dalam kolaborasi dan pertukaran pengetahuan.

Contoh Aplikasi Teori dalam Praktik Kesehatan

- a. Teori Keperawatan: Teori seperti model keperawatan Orem digunakan untuk merencanakan asuhan keperawatan yang memenuhi kebutuhan pasien secara komprehensif.
- b. Teori Psikologi: Teori kognitif-behavioral digunakan dalam terapi untuk mengubah pola pikir dan perilaku yang tidak sehat.
- c. Teori Kesehatan Masyarakat: Teori model kesehatan umum digunakan untuk merancang program promosi kesehatan.

1. Tantangan dalam Penerapan Teori

- a. Kompleksitas Praktik: Praktik kesehatan seringkali lebih kompleks daripada yang dapat dijelaskan oleh satu teori saja.
- b. Perkembangan Teori: Teori terus berkembang, sehingga perlu terus diperbarui.
- c. Keterbatasan Penelitian: Tidak semua teori telah didukung oleh bukti empiris yang kuat.

E. Hubungan Antara Teori dan Praktik

Teori dan praktik merupakan dua sisi mata uang yang saling melengkapi dalam berbagai bidang, termasuk kesehatan. Teori memberikan kerangka berpikir yang sistematis dan logis, sementara praktik adalah penerapan teori

dalam dunia nyata. Hubungan antara keduanya sangat dinamis dan saling mempengaruhi.

Bagaimana Teori dan Praktik Saling Berhubungan?

1. **Teori sebagai Landasan Praktik:**

- a. Teori memberikan dasar pengetahuan dan pemahaman yang mendalam tentang suatu fenomena.
- b. Teori menyajikan prinsip-prinsip umum yang dapat diterapkan dalam berbagai situasi.
- c. Teori membantu dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah.

2. **Praktik sebagai Uji Coba Teori:**

- a. Praktik memberikan kesempatan untuk menguji kebenaran dan relevansi suatu teori.
- b. Melalui praktik, teori dapat disempurnakan atau bahkan dimodifikasi.
- c. Praktik menghasilkan data empiris yang dapat memperkaya teori.

3. **Interaksi yang Dinamis:**

- a. Teori mempengaruhi praktik, dan praktik juga dapat mempengaruhi perkembangan teori.
- b. Terdapat proses yang berkelanjutan antara teori dan praktik, di mana keduanya saling memperkaya.

Contoh Hubungan Teori dan Praktik dalam Kesehatan

- a. **Teori Keperawatan:** Teori seperti model keperawatan Orem digunakan untuk merencanakan asuhan keperawatan yang memenuhi kebutuhan pasien. Dalam praktik, perawat menerapkan teori ini dalam memberikan perawatan sehari-hari.
- b. **Teori Psikologi:** Teori kognitif-behavioral digunakan untuk mengembangkan teknik terapi yang efektif dalam mengatasi masalah psikologis.
- c. **Teori Kesehatan Masyarakat:** Teori model kesehatan umum digunakan untuk merancang program promosi kesehatan yang efektif.

Pentingnya Keseimbangan antara Teori dan Praktik

- a. Teori tanpa praktik: Teori akan menjadi pengetahuan yang abstrak dan tidak berguna.
- b. Praktik tanpa teori: Praktik akan menjadi tindakan yang dilakukan secara coba-coba dan tidak efektif.

Keduanya harus berjalan seiring untuk mencapai hasil yang optimal.

F. Gambaran Umum Perkembangan Teori dalam Kesehatan

Teori dalam bidang kesehatan telah mengalami evolusi yang signifikan seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dari pendekatan biologis murni, teori kesehatan kini semakin kompleks, melibatkan aspek sosial, psikologis, dan lingkungan.

Tahapan Perkembangan Teori Kesehatan

1. Era Medis Tradisional:

- a. **Fokus:** Penyebab penyakit dilihat sebagai kekuatan mistis atau ketidakseimbangan dalam tubuh.
- b. **Teori:** Teori humoral (Yunani Kuno) yang mengaitkan kesehatan dengan keseimbangan empat cairan tubuh.

2. Era Bakteriologi:

- a. **Fokus:** Penemuan mikroorganisme sebagai penyebab penyakit.
- b. **Teori:** Teori kuman penyakit (Germ Theory) oleh Louis Pasteur dan Robert Koch.

3. Era Biomedis:

- a. **Fokus:** Penekanan pada proses biologis dalam tubuh sebagai penyebab penyakit.
- b. **Teori:** Teori genetika, imunologi, dan fisiologi.

4. Era Biopsikososiokultural:

- a. **Fokus:** Pengakuan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan sosial.
- b. **Teori:** Model kesehatan umum, teori stres, teori kognitif-perilaku.

5. Era Kesehatan Global:

- a. **Fokus:** Kesehatan sebagai isu global yang dipengaruhi oleh faktor ekonomi, politik, dan lingkungan.

- b. **Teori:** Teori ekologi, teori sistem sosial-ekologi.

G. Tren Perkembangan Teori Kesehatan Modern

1. **Holistic Approach:** Pendekatan holistik yang mempertimbangkan seluruh aspek kehidupan individu.
2. **Partisipasi Masyarakat:** Pengakuan pentingnya peran masyarakat dalam menjaga kesehatan.
3. **Prediksi dan Pencegahan:** Fokus pada pencegahan penyakit daripada hanya pengobatan.
4. **Teknologi Kesehatan:** Penggunaan teknologi untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan.

Implikasi bagi Praktik Kesehatan

1. **Pentingnya Pendekatan Holistik:** Perawat dan tenaga kesehatan lainnya perlu mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, dan sosial dalam memberikan asuhan.
2. **Kolaborasi Antar Disiplin:** Kolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu diperlukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang kompleks.
3. **Pengembangan Program Pencegahan:** Fokus pada upaya pencegahan penyakit melalui promosi kesehatan dan perlindungan kesehatan.
4. **Adaptasi terhadap Perubahan:** Tenaga kesehatan perlu terus belajar dan beradaptasi dengan perkembangan teori dan praktik kesehatan.

Teori-Teori Relevan dalam Praktik Kesehatan:

1. Teori keperawatan: Teori kebutuhan dasar manusia, teori adaptasi, teori asuhan keperawatan komprehensif, dll.
2. Teori psikologi: Teori motivasi, teori belajar, teori kepribadian, dll.
3. Teori sosiologi: Teori peran sosial, teori sistem sosial, dll.
4. Teori manajemen: Teori kepemimpinan, teori organisasi, dll.
5. Teori kesehatan masyarakat: Teori epidemiologi, teori promosi kesehatan, dll.

Aplikasi Teori dalam Praktik Kesehatan:

1. Proses pengambilan keputusan: Bagaimana teori membantu dalam pengambilan keputusan klinis.

2. Perencanaan program: Penggunaan teori dalam perencanaan program kesehatan.
3. Evaluasi program: Peran teori dalam mengevaluasi efektivitas program kesehatan.
4. Pengembangan kebijakan: Kontribusi teori dalam pengembangan kebijakan kesehatan.

Tantangan dan Isu Kontemporer:

1. Kesulitan dalam mengaplikasikan teori dalam praktik yang kompleks.
2. Perkembangan teori yang cepat dan dinamis.
3. Perlunya integrasi antara berbagai teori.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandura, A.** (2019). *Social cognitive theory: An agentic perspective* (2nd ed.). Guilford Publications.
- In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of health psychology* (pp. 255-272). Elsevier
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Leininger, M. M.** (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Meleis, A. I.** (2017). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- National Cancer Institute. (2010). *Theory at a glance: A guide for health promotion & planning*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Potter, P. A., & Perry, A. G.** (2019). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). Mosby
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Smith, J. M. (2018). Applying social cognitive theory to health behavior change. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of health psychology* (pp. 255-272). Elsevier.

BIODATA PENULIS



Selfie P.J. Ulaen, S.Pd., S.Si., M.Kes. lahir di Manado, pada 01 September 1973. Menyelesaikan Pendidikan S1 Administrasi Pendidikan & Akta Mengajar IV di FIP IKIP Manado, S1 Farmasi di Universitas Kristen Indonesia Tomohon dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Samratulangi Manado. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Farmasi Poltekkes Kemenkes Manado.

A. Pendahuluan

Kesehatan mental merupakan salah satu aspek vital dalam mencapai kesejahteraan individu secara menyeluruh. Menurut World Health Organization (WHO), kesehatan mental adalah keadaan kesejahteraan di mana individu mampu menyadari potensi dirinya, mengatasi tekanan hidup, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitasnya. Promosi kesehatan mental berbasis perilaku bertujuan untuk memperkuat kemampuan individu dan masyarakat dalam mencegah gangguan mental dan meningkatkan kualitas hidup melalui perubahan perilaku yang positif.

1. Konsep Dasar Promosi Kesehatan Mental

Promosi kesehatan mental berbasis perilaku mengacu pada penerapan prinsip-prinsip ilmu perilaku dalam menciptakan intervensi yang efektif. Pendekatan ini menekankan pada:

a. Penguatan Faktor Protektif:

Dukungan sosial, keterampilan coping, dan kemampuan resolusi konflik.

b. Pengurangan Faktor Risiko:

Mengurangi stigma, meningkatkan literasi kesehatan mental, dan mengurangi paparan stresor lingkungan.

c. Peningkatan Aksesibilitas:

Memastikan individu memiliki akses terhadap layanan kesehatan mental yang terjangkau dan berkualitas.

2. Kerangka Teori dan Model Perubahan Perilaku
 - a. Teori Perilaku Terencana (Theory of Planned Behavior)

Teori ini menekankan pada tiga determinan utama perilaku:

 - 1) Sikap terhadap perilaku.
 - 2) Norma subjektif.
 - 3) Persepsi kontrol terhadap perilaku.
3. Model Transteoretis (Stages of Change)

Model ini menjelaskan proses perubahan perilaku melalui lima tahap:

 - a. Pra-kontemplasi
 - b. Kontemplasi
 - c. Persiapan
 - d. Aksi
 - e. Pemeliharaan
4. Teori Belajar Sosial (Social Learning Theory)

Teori ini menyoroti pentingnya pengaruh lingkungan dan pembelajaran observasional dalam membentuk perilaku.
5. Strategi Promosi Kesehatan Mental Berbasis Perilaku
 - a. Pendidikan Kesehatan Mental :

Program edukasi yang dirancang untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental dan cara mengelolanya. Contoh: seminar, lokakarya, dan kampanye media sosial.
 - b. Intervensi Berbasis Komunitas :

Pendekatan ini melibatkan komunitas dalam desain dan pelaksanaan program promosi kesehatan mental. Contoh: kelompok pendukung komunitas (support groups).
 - c. Penerapan Teknologi Digital :

Aplikasi kesehatan mental dan platform online dapat membantu individu dalam memantau kesehatan mental mereka, menawarkan pelatihan keterampilan coping, dan menyediakan layanan konsultasi daring.

6. Implementasi Program Berbasis Perilaku
 - a. Identifikasi Masalah dan Kebutuhan :

Menggunakan survei dan wawancara untuk mengidentifikasi isu kesehatan mental utama dalam masyarakat.
 - b. Pengembangan Materi dan Metode :

Menyusun materi edukasi yang relevan dan mudah dipahami dengan memanfaatkan teknologi interaktif.
 - c. Pelaksanaan Program :

Program dilaksanakan melalui pendekatan berbasis komunitas, seperti kegiatan penyuluhan atau pelatihan praktis.
 - d. Evaluasi Efektivitas Program :

Menggunakan alat ukur seperti kuesioner dan wawancara mendalam untuk menilai dampak intervensi terhadap perubahan perilaku dan kualitas hidup peserta.
 - e. Tantangan dan Solusi
 - 1) Stigma terhadap Kesehatan Mental Solusi:

Melibatkan tokoh masyarakat dan influencer dalam kampanye literasi kesehatan mental.
 - 2) Kurangnya Sumber Daya Solusi:

Bermitra dengan organisasi lokal dan internasional untuk mendanai program promosi kesehatan mental.
 - f. Keterbatasan Akses Teknologi Solusi:

Mengembangkan intervensi berbasis offline yang mudah diterapkan di komunitas terpencil.
7. Studi Kasus: Program "Sehat Jiwa Bersama" di Indonesia

Program ini dirancang untuk meningkatkan literasi kesehatan mental di kalangan remaja melalui:

 - a. Workshop tentang manajemen stres.
 - b. Pelatihan keterampilan coping.
 - c. Aplikasi mobile yang menyediakan informasi dan sumber daya terkait kesehatan mental. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan signifikan dalam

pemahaman remaja tentang kesehatan mental dan penurunan tingkat kecemasan.

B. Konsep Dasar Ilmu Perilaku Kesehatan

1. Definisi dan Ruang Lingkup Ilmu Perilaku Kesehatan

Ilmu Perilaku Kesehatan adalah cabang ilmu yang mempelajari berbagai faktor psikologis, sosial, budaya, dan lingkungan yang memengaruhi perilaku individu maupun kelompok dalam kaitannya dengan kesehatan. Ilmu ini bertujuan untuk memahami pola perilaku kesehatan, menganalisis faktor yang mempengaruhinya, serta mengembangkan strategi intervensi guna meningkatkan kesehatan masyarakat.

Ilmu perilaku kesehatan memiliki cakupan yang luas, mencakup berbagai aspek yang berperan dalam membentuk dan mengubah perilaku kesehatan seseorang maupun komunitas. Ruang lingkup utama ilmu ini meliputi:

- a. Faktor Individu Pengetahuan, sikap, keyakinan, dan persepsi individu terhadap kesehatan.
- b. Motivasi dan kesiapan untuk berubah menuju perilaku yang lebih sehat.
2. Faktor Sosial dan Budaya
 - a. Pengaruh keluarga, teman, dan komunitas dalam pembentukan kebiasaan kesehatan.
 - b. Norma sosial dan budaya yang mempengaruhi keputusan terkait kesehatan.
3. Faktor Lingkungan
 - a. Akses terhadap layanan kesehatan, fasilitas sanitasi, dan lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat.
 - b. Kebijakan kesehatan masyarakat yang dapat mendorong atau menghambat perubahan perilaku kesehatan.
4. Strategi Intervensi dan Promosi Kesehatan
 - a. Edukasi kesehatan dan kampanye kesadaran masyarakat.

- b. Penggunaan media dan teknologi untuk mendukung perubahan perilaku.
 - c. Implementasi kebijakan berbasis bukti untuk meningkatkan perilaku sehat.
5. Teori dan Model Perilaku Kesehatan
- Beberapa teori yang digunakan dalam ilmu perilaku kesehatan antara lain:

a. **Health Belief Model (HBM):**

Model ini menjelaskan bahwa individu akan mengadopsi perilaku kesehatan berdasarkan persepsi mereka tentang kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan.

b. **Theory of Planned Behavior (TPB):**

Menekankan pada niat individu dalam berperilaku yang dipengaruhi oleh sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan.

c. **Transtheoretical Model (TTM):**

Model yang menjelaskan tahapan perubahan perilaku dari prekontemplasi hingga pemeliharaan.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. **Faktor individu:**

Pengetahuan, sikap, dan persepsi risiko terhadap penyakit.

2. **Faktor sosial:**

Dukungan keluarga, teman, dan komunitas.

3. **Faktor lingkungan:**

Ketersediaan fasilitas kesehatan dan akses informasi.

a) **Faktor Internal**

1) **Pengetahuan:**

Pemahaman seseorang tentang kesehatan sangat berpengaruh terhadap perilakunya. Semakin tinggi pengetahuan, semakin besar kemungkinan menerapkan perilaku sehat.

2) Sikap:

Persepsi dan keyakinan individu tentang kesehatan akan memengaruhi cara mereka bertindak.

3) Motivasi:

Keinginan untuk hidup sehat atau menghindari penyakit dapat menjadi dorongan kuat dalam membentuk perilaku kesehatan.

4) Kepercayaan dan Nilai:

Faktor budaya, agama, atau nilai pribadi dapat menentukan bagaimana seseorang melihat kesehatan dan kesejahteraan.

Genetik dan Biologis: Kondisi bawaan atau faktor keturunan dapat berpengaruh terhadap kecenderungan seseorang untuk mengalami penyakit tertentu dan bagaimana mereka meresponsnya.

b) Faktor Eksternal

1) Lingkungan Sosial:

Keluarga, teman, dan komunitas dapat berperan dalam membentuk kebiasaan dan perilaku kesehatan seseorang.

2) Lingkungan Fisik:

Ketersediaan fasilitas kesehatan, akses terhadap makanan sehat, dan kondisi lingkungan tempat tinggal berpengaruh terhadap perilaku kesehatan.

3) Faktor Ekonomi:

Pendapatan dan status ekonomi memengaruhi kemampuan seseorang dalam mendapatkan layanan kesehatan dan menerapkan gaya hidup sehat.

4) Kebijakan dan Regulasi:

Peraturan pemerintah, seperti program imunisasi, pajak rokok, atau aturan mengenai makanan sehat,

dapat mendorong atau membatasi perilaku kesehatan masyarakat.

5) Media dan Teknologi:

Informasi dari media sosial, internet, dan kampanye kesehatan dapat membentuk kesadaran dan keputusan seseorang terhadap kesehatannya.

Faktor-faktor ini saling berinteraksi dalam membentuk perilaku kesehatan seseorang. Bagaimana perilaku tersebut berkembang tergantung pada keseimbangan antara faktor pendukung dan penghambat dalam kehidupan individu.

Perilaku kesehatan sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya dan norma sosial yang berlaku dalam masyarakat. Keyakinan dan praktik tradisional sering kali berperan dalam menentukan pilihan kesehatan seseorang.

D. Perubahan Perilaku untuk Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran individu terhadap kesehatan mereka melalui edukasi dan kampanye kesehatan. Perubahan perilaku dalam promosi kesehatan bertujuan untuk mendorong individu atau kelompok agar mengadopsi kebiasaan sehat guna meningkatkan kualitas hidup dan mencegah penyakit. Proses perubahan ini dipengaruhi oleh berbagai teori dan pendekatan. Beberapa pendekatan yang digunakan antara lain:

- Penyuluhan kesehatan
- Kampanye media massa
- Intervensi berbasis komunitas

1. **Teori Perubahan Perilaku dalam Promosi Kesehatan**

Beberapa teori yang sering digunakan dalam promosi kesehatan meliputi:

- a. Health Belief Model (HBM): Menjelaskan bahwa seseorang akan mengubah perilaku kesehatan jika mereka merasa berisiko terkena penyakit, memahami manfaat perubahan, dan memiliki sedikit hambatan dalam mengadopsi perilaku baru.
- b. Theory of Planned Behavior (TPB): Menekankan bahwa niat seseorang untuk berubah dipengaruhi oleh sikap

pribadi, norma sosial, dan persepsi terhadap kontrol atas perilaku tersebut.

- c. Transtheoretical Model (TTM) atau Stages of Change Model: Menggambarkan perubahan perilaku dalam beberapa tahap, yaitu prekontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan.

Strategi Perubahan Perilaku dalam Promosi Kesehatan

Untuk mendorong perubahan perilaku, berbagai strategi dapat digunakan, seperti:

- a. Edukasi Kesehatan: Memberikan informasi yang jelas dan akurat mengenai manfaat perilaku sehat dan risiko dari perilaku tidak sehat.
- b. Penguatan Sosial: Menggunakan dukungan dari keluarga, teman, atau komunitas untuk membantu individu dalam mengadopsi kebiasaan sehat.
- c. Regulasi dan Kebijakan: Pemerintah dapat menerapkan aturan, seperti larangan merokok di tempat umum atau kampanye imunisasi wajib, untuk mendorong perubahan perilaku di tingkat populasi.
- d. Kampanye Media: Menggunakan media sosial, iklan, atau kampanye publik untuk menyebarkan pesan kesehatan yang efektif.
- e. Pendekatan Behavioral: Memberikan insentif bagi individu yang menerapkan perilaku sehat, seperti program penghargaan bagi peserta yang berhasil berhenti merokok.

Tantangan dalam Perubahan Perilaku

- a. Ketahanan terhadap perubahan: Beberapa individu sulit mengubah kebiasaannya karena faktor budaya, sosial, atau ekonomi.
- b. Kurangnya akses terhadap sumber daya kesehatan: Tidak semua orang memiliki akses yang sama terhadap informasi, layanan kesehatan, atau lingkungan yang mendukung perubahan perilaku sehat.

Pengaruh media dan iklan komersial: Promosi makanan tidak sehat, alkohol, atau rokok dapat menghambat perubahan perilaku kesehatan yang diinginkan.

a. Strategi Intervensi Perilaku Kesehatan

Strategi perubahan perilaku melibatkan pendekatan seperti:

1) Pendekatan edukatif:

Memberikan informasi yang relevan kepada masyarakat.

2) Pendekatan regulatif:

Penerapan kebijakan dan regulasi kesehatan.

3) Pendekatan lingkungan:

Meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan yang mendukung perilaku sehat.

b. Studi Kasus Perubahan Perilaku Kesehatan

Beberapa contoh perubahan perilaku yang berhasil diterapkan:

1) Kampanye anti-merokok di berbagai negara.

2) Program peningkatan kebiasaan cuci tangan di sekolah-sekolah.

3) Intervensi berbasis komunitas dalam pencegahan penyakit menular.

Merokok merupakan salah satu faktor risiko utama berbagai penyakit kronis, seperti kanker paru, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan. Di Indonesia, prevalensi perokok masih tinggi, terutama di kalangan laki-laki dewasa. Pemerintah dan berbagai organisasi kesehatan telah melakukan berbagai intervensi untuk mengurangi kebiasaan merokok di masyarakat.

c. Metode Intervensi untuk Perubahan Perilaku

Pendekatan yang digunakan dalam promosi kesehatan untuk mengurangi kebiasaan merokok melibatkan beberapa strategi berbasis teori perubahan perilaku, antara lain:

Peningkatan Kesadaran melalui Kampanye Media Pemerintah meluncurkan kampanye "Merdeka Tanpa Rokok" yang menampilkan bahaya merokok melalui iklan TV, media sosial, dan poster di tempat umum.

Gambar peringatan bahaya merokok pada bungkus rokok dibuat lebih besar dan lebih mencolok.

d. Peran Tenaga Kesehatan dalam Modifikasi Perilaku

Tenaga kesehatan memiliki peran kunci dalam membimbing dan mendukung perubahan perilaku melalui:

- 1) Konseling individu dan kelompok
- 2) Pendekatan berbasis komunitas
- 3) Penerapan teknologi kesehatan digital

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (2021). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(1), 34-49.
- Bandura, A. (2022). *Social learning theory and mental health interventions*. *Journal of Behavioral Psychology*, 10(2), 123-135.
- Bandura, A. (2023). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2019). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. Wiley.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2020). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 6th Edition. Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2021). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 6th ed. Jossey-Bass.
- National Institute of Mental Health. (2022). *Mental health resources and interventions*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov>
- Notoatmojo, S(2014) *Promosi Kesehahatan :Teori dan aplikasi*. Jakarta PTRaja Grafindo persada
- Nutbeam, D., & Bauman, A. (2019). *Evaluation in a Nutshell: A Practical Guide to the Evaluation of Health Promotion Programs*. McGraw-Hill Education.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2020). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(5), 105-120.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2022). "Stages of Change Model: A Review of Its Applications in Health Promotion." *Annual Review of Public Health*, 43, 267-289.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2023). *Stages of change model in mental health promotion*. *Behavioral Health Journal*, 15(4), 201-215.

- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (2020). The Health Belief Model and health behavior change: A decade later. *Health Education & Behavior*, 47(3), 343-351.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (2021). "Social Learning Theory and the Health Belief Model: A Comparative Analysis." *Health Education Quarterly*, 48(2), 153-172.
- World Health Organization. (2022). *Behavioral insights and public health: A review*. WHO Publications.
- World Health Organization. (2023). *Mental health action plan 2023–2030*. Geneva: WHO.

BIODATA PENULIS



A.Bungawati, SKM., M.Si Lahir di Tonronge 30 April 1966. Penulis memiliki ketertarikan menulis buku yang berhubungan dengan Kesehatan. lingkungan karena sejak awal sudah menekuni bidang ilmu Kesehatan Lingkungan dengan menempuh pendidikan Kesehatan Lingkungan pada Akademik Penilik Kesehatan Purwokerto Tahun 1992, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin Makassar tahun 1998 hingga melanjutkan Program Pendidikan Pascasarjana (S2) pada Universitas Gadjah Mada dengan peminatan Psikologi Kesehatan pada tahun 2004. Penulis mulai berkarir sebagai pengajar pada Sekolah Pembantu Penilik Hygiene Departemen Kesehatan sejak tahun 1993 dan selanjutnya sebagai dosen Tetap pada Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Palu sejak tahun 2002 hingga saat ini. Penulis pernah menulis Buku tentang Tata Graha, STTU, Psikologi Perkembangan Pencemaran Udara, Kesehatan LingkunganEmail Penulis: andibungawati638@yahoo.co.id

A. Pendahuluan

Perilaku kesehatan masyarakat memiliki peran penting dalam menentukan tingkat kesehatan individu, keluarga, dan komunitas. Di Indonesia, perilaku kesehatan masyarakat masih menghadapi berbagai tantangan yang menghambat upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Permasalahan ini mencakup rendahnya kesadaran akan pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), kurangnya akses terhadap informasi kesehatan yang akurat, dan kesenjangan dalam akses layanan kesehatan.

Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa hanya 35,2% masyarakat Indonesia yang memiliki kesadaran tinggi terhadap pentingnya PHBS di rumah tangga. Selain itu, laporan Kementerian Kesehatan RI tahun 2022 mengungkapkan bahwa hanya 60% rumah tangga memiliki fasilitas mencuci tangan dengan sabun, sementara 40% lainnya masih belum memiliki akses yang memadai. Kesadaran akan pentingnya gizi seimbang juga masih rendah, terbukti dengan meningkatnya prevalensi obesitas pada penduduk dewasa yang mencapai 21,8% (Riskesdas, 2018). Selain itu, perilaku merokok masih menjadi kebiasaan yang sulit dihilangkan, dengan prevalensi perokok aktif sebesar 33,8% pada penduduk usia di atas 15 tahun (Riskesdas, 2018).

B. Konsep Perilaku Kesehatan Masyarakat Indonesia

1. Pengertian Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan didefinisikan sebagai serangkaian tindakan yang diambil oleh individu atau kelompok untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan mereka, mencegah penyakit, dan memperbaiki kualitas hidup (Notoatmodjo, 2018). Pada model PRECEDE-PROCEED, menurut Green & Kreuter (2005), perilaku kesehatan terdiri dari:

Perilaku preventif: berupa tindakan pencegahan seperti vaksinasi, olahraga, dan konsumsi makanan sehat. Perilaku promotif: berupa kegiatan untuk meningkatkan kesehatan seperti kampanye kesehatan dan edukasi masyarakat. Perilaku kuratif: berupa tindakan untuk mengobati penyakit, seperti kepatuhan minum obat dan berobat ke fasilitas kesehatan. Perilaku rehabilitatif: berupa upaya pemulihan setelah sakit, seperti terapi fisik dan psikososial.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku Kesehatan

Menurut Glanz, Rimer, & Viswanath (2015), perilaku kesehatan masyarakat Indonesia dipengaruhi oleh beberapa faktor utama:

a. Faktor Individu

Faktor individu meliputi tingkat pengetahuan, sikap, dan kebiasaan seseorang mengenai kesehatan (Notoatmodjo, 2018). Misalnya, individu yang memiliki pengetahuan tentang bahaya rokok cenderung lebih sadar untuk berhenti merokok.

b. Faktor Sosial dan Budaya

Budaya memiliki pengaruh yang besar terhadap perilaku kesehatan. Misalnya, masyarakat Indonesia di beberapa daerah masih mengandalkan pengobatan tradisional sebelum mencari bantuan medis (Kartasasmita, 2017).

- c. Faktor Ekonomi

Kondisi ekonomi menentukan akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan. Studi oleh Supriyanto (2019) menunjukkan bahwa masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah cenderung memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan berkualitas.
 - d. Faktor Lingkungan

Lingkungan fisik, seperti sanitasi dan ketersediaan air bersih, sangat memengaruhi kesehatan masyarakat. Penelitian oleh Kementerian Kesehatan RI (2020) menunjukkan bahwa kurangnya akses air bersih meningkatkan risiko penyakit menular.
 - e. Faktor Kebijakan

Kebijakan pemerintah juga berperan dalam mengubah perilaku kesehatan. Program-program seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) telah terbukti meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).
3. Perubahan Perilaku Kesehatan di Indonesia
- Perubahan perilaku kesehatan membutuhkan pendekatan edukatif dan partisipatif. Menurut Rosenstock (1974) dalam *Health Belief Model*, individu lebih mungkin mengadopsi perilaku sehat jika mereka:
- a. Menyadari risiko penyakit
 - b. Percaya bahwa tindakan tertentu dapat mencegah penyakit
 - c. Tidak mengalami hambatan besar dalam mengakses layanan Kesehatan
 - d. Pendidikan kesehatan menjadi salah satu strategi utama dalam mengubah perilaku masyarakat (Glanz et al., 2015).
4. Pengertian Perilaku Kesehatan Masyarakat
- Perilaku kesehatan masyarakat merujuk pada pola atau tindakan yang dilakukan oleh individu atau kelompok dalam upaya menjaga, meningkatkan, atau merawat kesehatan diri

mereka dan masyarakat secara keseluruhan. Dalam konteks Indonesia, perilaku ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti budaya, pendidikan, ekonomi, lingkungan, dan kebijakan kesehatan (Notoatmodjo, 2018).

5. Perilaku Kesehatan Masyarakat Indonesia dalam Konteks Program Kesehatan

Beberapa program kesehatan nasional yang bertujuan untuk mengubah perilaku kesehatan masyarakat meliputi:

a. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

Program ini menekankan pendekatan berbasis keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

b. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Program ini berfokus pada kebiasaan seperti mencuci tangan dengan sabun, mengonsumsi makanan bergizi, dan menjaga kebersihan lingkungan (Kemenkes RI, 2020).

c. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JKN bertujuan memberikan layanan kesehatan yang lebih merata dan meningkatkan perilaku masyarakat dalam mencari layanan medis (Kartasasmita, 2017).

6. Masalah Yang Masih Sering Dihadapi Di Masyarakat

a. Kurangnya Kebiasaan Hidup Bersih dan Sehat

Banyak masyarakat Indonesia masih kurang mempraktikkan perilaku hidup bersih, seperti mencuci tangan dengan sabun. Data dari Kementerian Kesehatan RI (2022) menunjukkan bahwa hanya 60% rumah tangga di Indonesia yang memiliki fasilitas mencuci tangan dengan sabun (Kemenkes RI, 2022).

b. Pola Makan Tidak Sehat

Kebiasaan konsumsi makanan tinggi gula, garam, dan lemak (GGL) masih menjadi masalah umum. Berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi obesitas pada penduduk dewasa meningkat menjadi 21,8%, menunjukkan pola makan yang tidak sehat di masyarakat (Riskesdas, 2018).

- c. Kurangnya Aktivitas Fisik
Aktivitas fisik yang rendah juga menjadi masalah utama. Menurut Riskesdas 2018, sekitar 33,5% penduduk Indonesia tergolong kurang aktivitas fisik, yang meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi (Riskesdas, 2018).
 - d. Praktik Kesehatan Tradisional Tanpa Pendampingan
Meskipun pengobatan tradisional merupakan bagian dari budaya Indonesia, penggunaan metode yang tidak teruji secara ilmiah masih terjadi, yang dapat membahayakan kesehatan (Sudirman et al., 2020).
7. Faktor Penyebab Perilaku di Masyarakat
- a. Kurangnya Edukasi dan Literasi Kesehatan
Rendahnya pendidikan formal dan akses informasi kesehatan menyebabkan masyarakat sulit memahami pentingnya perilaku sehat (Harahap, 2019).
 - b. Faktor Budaya dan Tradisi
Kepercayaan terhadap praktik kesehatan tradisional dan stigma terhadap layanan kesehatan modern sering menghambat adopsi perilaku sehat (Wulandari et al., 2020).
 - c. Kesenjangan Ekonomi dan Sosial
Ketimpangan pendapatan membuat kelompok masyarakat kurang mampu cenderung memiliki akses terbatas terhadap fasilitas kesehatan, sanitasi, dan nutrisi yang memadai (Badan Litbang Kesehatan, 2020).
 - d. Keterbatasan Infrastruktur dan Layanan Kesehatan
Daerah terpencil sering mengalami kekurangan tenaga medis, fasilitas kesehatan, dan pasokan obat-obatan (Kemenkes RI, 2021).
8. Dampak Perilaku Masyarakat yang Kurang Baik
- a. Meningkatnya Beban Penyakit
Perilaku tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol, dan pola makan buruk meningkatkan prevalensi penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan

kanker. Data Riskesdas (2018) mencatat bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 34,1 % (Riskesdas, 2018).

- b. **Angka Kematian yang Tinggi**
Perilaku tidak sehat dan kurangnya kesadaran akan pencegahan penyakit berkontribusi pada angka kematian yang tinggi akibat penyakit menular seperti tuberkulosis (TB) dan diare, terutama pada anak-anak (Kemenkes RI, 2022).
 - c. **Beban Ekonomi pada Rumah Tangga**
Biaya perawatan kesehatan yang tinggi akibat penyakit yang dapat dicegah memberikan dampak ekonomi besar pada keluarga (Wulandari et al., 2020).
9. **Bagaimana Seharusnya Perilaku Masyarakat**
- a. **Menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**
Melakukan kebiasaan sederhana seperti mencuci tangan dengan sabun, mengelola sampah dengan baik, dan menjaga kebersihan lingkungan (Kemenkes RI, 2022).
 - b. **Meningkatkan Literasi Kesehatan: Edukasi masyarakat**
tentang pentingnya pola makan sehat, aktivitas fisik, dan pencegahan penyakit harus ditingkatkan melalui kampanye yang mudah dipahami (Harahap, 2019).
 - c. **Mengakses Layanan Kesehatan yang Tepat: Masyarakat**
perlu didorong untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia dan mengurangi ketergantungan pada metode pengobatan yang tidak teruji (Badan Litbang Kesehatan, 2020).
 - d. **Meningkatkan Kesadaran Akan Pencegahan Penyakit:**
Pemerintah dan organisasi kesehatan perlu mempromosikan imunisasi, pemeriksaan kesehatan berkala, dan kampanye pencegahan penyakit (Kemenkes RI, 2021).

Dengan mengatasi masalah-masalah yang ada dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya perilaku sehat, Indonesia dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Pendekatan holistik yang melibatkan pemerintah, organisasi masyarakat, dan individu diperlukan

untuk mendorong perubahan positif dalam perilaku kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Litbang Kesehatan. (2020). *Laporan Penelitian Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill
- Harahap, R. (2019). *Literasi Kesehatan dan Perilaku Masyarakat Indonesia*. Yogyakarta: Pustaka Medika.
- Kartasasmita, G. (2017). *Penyuluhan Kesehatan di Indonesia: Perspektif dan Implementasi Program Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Laporan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386
- Sudirman, A., et al. (2020). *Budaya dan Kesehatan Masyarakat Indonesia*. Bandung: Pustaka Nusantara
- Supriyanto, H. (2019). *Perilaku Kesehatan Masyarakat Indonesia*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 23(4), 120-130
- Wulandari, E., et al. (2020). *Sosioekonomi dan Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Gramedia Medika

BIODATA PENULIS



Dr. Siti Asiyah, S.Kep.Ns, M.Kes, lahir di Nganjuk, Jawa Timur, pada 8 Juli 1971. Beliau menyelesaikan pendidikan terakhir pada Program Doktorat (S3) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2019, setelah sebelumnya lulus dari Program Magister Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas yang sama (UNAIR) pada tahun 2008. Sedangkan S1 diselesaikan dari Program Studi Ilmu Keperawatan FK UNAIR, begitu juga untuk Program Ners nya. Saat ini beliau bekerja sebagai Dosen Tetap di Jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang. Penelitian dan Pengabdian Masyarakat yang beliau tekuni banyak berkaitan dengan pemberdayaan masyarakat dan perilaku di masyarakat. Selain sebagai dosen, beliau juga tercatat sebagai pemegang sertifikasi instruktur pertama dan Trainer dari BNSP, serta Sebagai Master CTC (Creative Trauma Cleansing).

BAB 19

Pendekatan Edukasi dalam Perilaku Kesehatan

Drg. Anie Kristiani, M.Pd

A. Pendahuluan

Edukasi dalam promosi kesehatan diperlukan agar masyarakat memahami pentingnya kesehatan serta dapat berperilaku yang menunjang kesehatan. Edukasi kesehatan diharapkan dapat mengubah perilaku masyarakat dari yang kurang baik menjadi baik. Informasi kesehatan tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan saja karena terbatasnya jumlah tenaga kesehatan sebagai sumber daya manusia tetapi dapat juga dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat.

Tujuan edukasi kesehatan adalah terciptanya sikap positif terkait kesehatan, terbentuknya pengetahuan dan kecakapan dalam berperilaku sehat, timbulnya kebiasaan yang menunjang kesehatan, adanya motivasi untuk mengetahui lebih lanjut tentang hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.

Beberapa tujuan edukasi kesehatan adalah untuk mengubah pola pikir masyarakat bahwa kesehatan merupakan hal yang penting, untuk membantu masyarakat mengontrol kesehatannya secara mandiri, meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengakses informasi Kesehatan, serta membantu masyarakat memahami petunjuk medis.

Pendekatan edukasi dalam perilaku kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Pendekatan ini bertujuan untuk mendorong perubahan perilaku yang lebih sehat. Edukasi kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan

kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Prinsip edukasi dalam perilaku kesehatan adalah penguasaan materi oleh pengedukasi, memahami siapa yang diberi edukasi, edukasi lebih dari sekedar informasi, lebih berhasil apabila peserta aktif dan sesuai kebutuhan, semakin banyak rangsangan indera akan semakin mudah diterima.

Salah satu pendekatan dalam promosi kesehatan adalah melalui pendekatan perubahan perilaku. Pendekatan ini dilakukan dengan mendorong seseorang untuk menjalankan perilaku kesehatan dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk mengubah sikap dan perilaku individu Masyarakat ke arah gaya hidup sehat, misalnya mengajak orang untuk makan makanan sehat dan gizi seimbang, mandi dua kali sehari, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur malam, berolah raga serta tidak merokok.

B. Perilaku Kesehatan

1. Pengertian Perilaku

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi, dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Sering tidak disadari, interaksi sangat kompleks sehingga kadang-kadang kita tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu. Sangatlah penting untuk dapat menelaah alasan dibalik perilaku individu sehingga ia mampu mengubah perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Kita dapat menarik kesimpulan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan yang dapat diamati baik langsung maupun tidak langsung oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010).

2. Tiga faktor yang menyebabkan terbentuknya perilaku yaitu; (Notoatmodjo, 2010)

- a. Faktor predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat pelindung diri, dan sebagainya.
- c. Faktor pendukung, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, perilaku dari orang tua dan orang yang ada di sekitarnya.

3. Pembagian Perilaku Manusia

- a. Menurut Notoatmodjo (2012) perilaku manusia dibagi ke dalam tiga domain atau ranah/kawasan yaitu;
 - 1) ranah kognitif (cognitive domain)
 - 2) ranah afektif (affective domain)
 - 3) ranah psikomotor (psychomotor domain)meskipun ranah tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas.
- b. Menurut Skinner (1938) dalam (Notoatmodjo, 2010) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Berdasarkan rumus teori Skinner tersebut maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu:
 - 1) Perilaku Tertutup (Covert behavior)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan.
 - 2) Perilaku Terbuka

Perilaku terbuka ini terjadi nilai respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau observable behavior.

4. Proses Adopsi Perilaku

Pengalaman dan penelitian telah membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2010). Menurut penelitian (Rogers, 1986 dalam buku Suryani, 2013) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu tahapan AIETA (Awereness, Interest, Evaluation, Trial, Adoption) sebagai berikut:

- a. Tahap Awereness (kesadaran)
pada tahap ini orang mengetahui adanya ide-ide baru, tetapi info yang diterima sangat terbatas. Jadi, orang tersebut menyadari dalam arti mengalami stimulus (obyek) terlebih dahulu.
- b. Tahap Interest (menaruh minat)
pada tahap ini orang mulai menaruh minat terhadap inovasi dan mencari informasi lebih banyak tentang motivasi tersebut. Konsumen akan mencari informasi di media yang biasa digunakan sehari-hari sehingga pada tahap ini orang mulai tertarik pada stimulus.
- c. Tahap Evaluation (penilaian)
pada tahap ini orang melakukan penilaian terhadap produk baru berdasarkan pada informasi yang diperolehnya dan mencoba mengaitkannya dengan kondisinya (kebutuhan dan harapannya) sebelum memutuskan untuk mencoba produk. Orang juga akan membandingkan produk baru ini dengan produk yang ada dipasaran, sehingga akan timbul keputusan apakah akan mencoba produk tersebut.
- d. Tahap Trial (percobaan)
pada tahap ini orang menggunakan atau mencoba inovasi (produk baru) untuk memastikan kegunaannya dan kemampuan produk dalam memenuhi harapannya. Disini seseorang telah memulai mencoba perilaku baru.

- e. Tahap Adaption (penerimaan)
pada tahap ini orang berdasarkan evaluasi selama mencoba produk dan merasakan hasilnya sehingga orang tersebut akan memutuskan untuk menggunakan produk jika ternyata produk baru dinilai sesuai dengan harapan dan keinginannya sehingga seseorang telah berperilaku baik sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahapan tersebut. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan langgeng (long lasting). Sebaliknya apabila perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

5. Proses Pembentukan Perilaku

Perilaku manusia terbentuk karena adanya kebutuhan. Menurut (Abraham H. Maslow) manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu:

- a. Kebutuhan Fisiologi atau Biologis yang merupakan kebutuhan pokok utama yaitu O₂, H₂O, cairan elektrolit, makanan dan seks. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan terjadi ketidak seimbangan fisiologis. Misalnya, kekurangan O₂ yang menimbulkan sesak nafas dan kekurangan H₂O dan elektrolit yang menyebabkan dehidrasi.
- b. Kebutuhan rasa aman, misalnya:
 - 1) Rasa aman terhindar dari pencurian, penodongan, perampokan dan kejahatan lain.
 - 2) Rasa aman terhindar dari konflik, tawuran, kerusuhan, peperangan dan lain-lain.
 - 3) Rasa aman terhindar dari sakit dan penyakit.
 - 4) Rasa aman memperoleh perlindungan hukum.

- c. Kebutuhan mencintai dan dicintai, misalnya:
 - 1) Mendambakan kasih sayang/cinta kasih orang lain baik dari orang tua, saudara, teman, kekasih, dan lain-lain.
 - 2) Ingin dicintai/mencintai orang lain.
 - 3) Ingin diterima oleh kelompok tempat ia berada.
- d. Kebutuhan harga diri, misalnya:
 - 1) Ingin dihargai dan menghargai orang lain.
 - 2) Toleransi atau saling menghargai. berdampingan. dalam hidup
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, misalnya:
 - 1) ingin dipuja atau disanjung oleh orang lain.
 - 2) ingin sukses atau berhasil dalam mencapai cita-cita.
 - 3) ingin menonjol dan lebih dari orang lain, baik dalam karier, usaha, kekayaan, dan lain-lain.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

- a. Faktor Endogen atau dalam Individu
 - 1) Faktor Biologis

Terlibat dalam seluruh kegiatan manusia, bahkan berpadu dengan faktor-faktor sosiopsikologis. Menurut Wilson, perilaku sosial dibimbing oleh aturan-aturan yang sudah di program secara genetis dalam jiwa manusia.
 - 2) Faktor Sosiopsikologis

Dapat diklasifikasikan ke dalam tiga komponen, yaitu:

 - a) Komponen afektif, merupakan aspek emosional dari faktor sosiopsikologis, didahulukan karena erat kaitannya dengan pembicaraan sebelumnya.
 - b) Komponen kognitif, aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui manusia.
 - c) Komponen konatif, aspek volisional yang berhubungan dengan kebiasaan dan kemauan bertindak.

b. Faktor Eksogen atau Luar Individu

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku manusia adalah faktor eksogen. Kaum behaviorisme percaya sekali bahwa lingkungan sangat berpengaruh terhadap bentuk perilaku seseorang. Menurut pendekatan ini, perilaku manusia dipengaruhi oleh lingkungan/situasi. Faktor-faktor eksogen meliputi:

- 1) Faktor-faktor Ekologis
Kondisi alam (geografis) dan iklim (temperatur) dapat mempengaruhi perilaku manusia.
- 2) Faktor rancangan dan arsitektural
contoh pengaruh rancangan dan arsitektural terhadap perilaku manusia dapat dilihat pada penataan rumah.
- 3) Faktor temporal
Suasana emosi dan bentuk perilaku dipengaruhi oleh faktor waktu (temporal). Misalnya, suasana emosi pagi hari tentu berbeda dengan suasana emosi siang hari dan malam hari.
- 4) Faktor teknologi
Jenis teknologi yang digunakan masyarakat dapat mempengaruhi pola-pola komunikasi masyarakat baik pola pikir maupun pola tindakannya.
- 5) Faktor suasana perilaku
Dalam public speaking banyak sekali pembahasan tentang bagaimana suatu bentuk penyampaian pesan harus disesuaikan dengan suasana perilaku pesertanya.
- 6) Faktor-faktor Sosial
Ada tiga hal yang dibahas pada faktor ini, yaitu: sistem peran, struktur sosial dan karakteristik individu.
- 7) Stimuli yang mendorong dan memperteguh perilaku
Pada dasarnya ada sejumlah situasi yang memberi keleluasaan untuk bertindak dan sejumlah lain membatasinya. Jika kita menganggap bahwa pada

situasi tertentu kita diperbolehkan/dianggap wajar melakukan perilaku tertentu, maka kita akan terdorong melakukannya.

8) Lingkungan Psikososial

Lingkungan psikososial diartikan sebagai persepsi terhadap lingkungan.

7. Syarat Edukasi Kesehatan yang Baik

- a. Partisipatif, yaitu melibatkan peserta secara aktif dalam proses pembelajaran
- b. Relevan, yaitu disesuaikan dengan kebutuhan dan konteks spesifik masyarakat atau individu
- c. Berfokus pada perilaku positif, yaitu menekankan perilaku yang mendukung kesehatan
- d. Berkesinambungan, yaitu tidak hanya menjadi peristiwa tunggal
- e. Menggunakan media dan teknologi modern
- f. Melakukan evaluasi dan penyesuaian

8. Pendekatan Promosi Kesehatan

Dalam promosi kesehatan, tidak ada satu pun tujuan dan pendekatan atau serangkaian kegiatan yang benar. Hal terpenting adalah bahwa kita harus mempertimbangkan tujuan dan kegiatan yang kita miliki, sesuai dengan nilai-nilai dan penilaian kita terhadap kebutuhan klien. Hal ini berarti sebagai promotor kesehatan dan kebutuhan klien harus berada dalam suatu kesamaan persepsi agar tujuan dan kegiatan yang dilakukan dapat berfungsi optimal. Berbagai model promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan adalah alat analisis yang berguna, yang dapat membantu memperjelas tujuan dan nilai-nilai yang dianut.

Menurut Ewles dan Simnett (1994) dalam Maulana (2009) menyatakan ada 5 pendekatan promosi kesehatan yaitu:

a. Pendekatan medik

Tujuan pendekatan medik adalah membebaskan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik seperti penyakit infeksi, kanker dan penyakit jantung.

Pendekatan ini melibatkan intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin dengan menggunakan persuasi atau paternalistik (misalnya memberi tahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan KB). Pendekatan ini memberikan arti penting terhadap tindakan pencegahan medik dan tanggung jawab profesi kedokteran membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan,

b. Perubahan perilaku

Perilaku merupakan hasil pengamatan dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Pendekatan perubahan perilaku bertujuan mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat sehingga mereka mengadopsi gaya hidup sehat.

c. Pendidikan

Pendekatan pendidikan lebih dikenal dengan pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perilaku kesehatan dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Pendekatan ini menyajikan informasi mengenai kesehatan dan membantu individu menggali nilai dan sikap dan membuat keputusan mereka sendiri. Misalnya program pendidikan kesehatan sekolah menekankan upaya membantu murid mempelajari keterampilan sehat tidak hanya memperoleh pengetahuan saja.

d. Pendekatan berpusat pada klien

Tujuan pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka. Promotor berperan sebagai fasilitator,

membantu individu mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan supaya memungkinkan terjadi perubahan.

e. Perubahan sosial

Menurut Ogburn (1992) dalam Maulana (2009) ruang lingkup perubahan sosial meliputi pengaruh besar unsur-unsur kebudayaan material terhadap unsur-unsur imaterial. Kecenderungan terjadi perubahan-perubahan sosial merupakan gejala wajar yang timbul dari pergaulan hidup manusia. Tujuan pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, sosial dan ekonomi dalam upaya membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat, bukan perilaku setiap individu.

9. Model Promosi Kesehatan

Keefektifan sebuah program promosi kesehatan tergantung pada teori kesehatan yang digunakan. Karena teori adalah penjelasan umum mengapa seseorang melakukan atau tidak melakukan untuk memelihara dan atau untuk meningkatkan kesehatan mereka, keluarga mereka, organisasi dan komunitas. Jika gagal memahami teori-teori tersebut maka promosi Kesehatan yang dilakukan tidak akan berhasil karena salah mengasumsikan kemungkinan keberhasilan perubahan perilaku peserta yang diteliti. Teori yang digunakan dalam bidang promosi kesehatan merupakan teori dari multidisiplin termasuk di dalamnya ilmu pendidikan, sosiologi, psikologi, antropologi, dan publik kesehatan. Meskipun teori-teori dapat menjelaskan alasan individu berhasil atau gagal berperilaku, untuk memahami teori-teori tersebut dalam sebuah kerangka program perencanaan memerlukan model. Selain itu, model-model tersebut memandu proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sebuah program. Bayangkan seseorang diberikan tugas mengimplementasikan program berhenti

merokok. Ia tidak memahami teori-teori perubahan perilaku namun ia membuat sebuah rencana untuk mengumpulkan perokok dan meyakinkan mereka bahwa merokok dapat merusak kesehatan mereka. Dia yakin dengan membekali para perokok dengan pengetahuan bahwa merokok dapat merusak kesehatan mereka akan membuat para perokok berhenti merokok.

DAFTAR PUSTAKA

- Department of Health and Human Services-USA. 2005. Theory at A Glance: A Guide For Health Promotion Practice. USA: National Institute Of Health
- Effendy, N. (1998). Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.
- Ekasari, M. F. dkk. (2008). Keperawatan Komunitas Upaya Memandirikan masyarakat untuk Hidup Sehat. Jakarta: Trans info Media.
- Kholid, A. 2015. Promosi Kesehatan Dengan pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya. Jakarta: Rajawali Pers.
- Komasari, D & Helmi, F.A. Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja. Jurnal Psikologi No. 1, 37-47, 2000.
- Maulana, H. D. J. (2009). Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2010). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2014). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Safarino, E. P. & Smith, T. W. (2011). Health psychology: Biopsychosocial interaction (7th ed.). Danvers: John Wiley & Sons, Inc.
- Sarwono, S. (2007). Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Sirait, M.,L., dan Sarumpaet, S. Hubungan Komponen Health Belief Model (HBM) Dengan Penggunaan Kondom Pada Anak Buah Kapal (ABK) Di Pelabuhan Be-lawan. Jurnal Precure Tahun 1 Volume 1, April, 2013.
- Snelling, A. 2014. Introduction To Health Promotion. United States of America: Jossey Bass.
- Taylor, S. E. (2012). Health psychology (9 th ed.). New York: McGraw-Hill.

BIODATA PENULIS



drg. Anie Kristiani, M.Pd lahir di Bandung pada tanggal 23 Agustus 1964. Tercatat sebagai lulusan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran Bandung tahun 1992, lulus AKTA IV yang diselenggarakan IKIP (UPI) Bandung tahun 1996 serta lulus Pasca Sarjana Universitas Siliwangi Tasikmalaya tahun 2002. Anie Kristiani mulai mengajar sejak tahun 1993 di Sekolah Pengatur Rawat Gigi Tasikmalaya lalu diangkat menjadi dosen dengan jabatan fungsional Lektor di Akademi Kesehatan Gigi Tasikmalaya tahun 2001. Mulai 1 Januari 2011 mempunyai jabatan fungsional Lektor Kepala dan saat ini masih aktif mengajar di Program Studi DIII Kesehatan Gigi serta Program Studi Sarjana Terapan Terapi Gigi Jurusan Kesehatan Gigi Politeknik Kesehatan Kemenkes Tasikmalaya.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

