



Ika Muzdalia, S.Kep. Ns., M.Kes. - Sri Darmawan, S.K.M., M.Kes.
La Sakka, S.Farm., Apt, M.Kes. - Prof. Dr. Muzakkir, S.St., S.Pd., M.Kes.

Belajar Promosi KESEHATAN



Ika Muzdalia, S.Kep. Ns., M.Kes. - Sri Darmawan, S.K.M., M.Kes.
La Sakka, S.Farm., Apt., M.Kes. - Prof. Dr. Muzakkir, S.St., S.Pd., M.Kes.

Belajar Promosi KESEHATAN



Belajar Promosi KESEHATAN

Hak Cipta 2022 oleh: Ika Muzdalia, S.Kep. Ns., M.Kes.
Sri Darmawan, S.K.M., M.Kes.
La Sakka, S.Farm., Apt., M.Kes.
Prof. Dr. Muzakkir, S.St., S.Pd., M.Kes.

Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang. Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

ISBN: 978-623-6754-53-5

Editor : Dr. A. Burchanuddin, S.Sos., M.Si.
Desain Grafis : Tim Kreatif Eksismedia
Penata Letak : Galih Angkasa Sobirin.
Perancang Sampul : M. Zaenal Muttaqin

Diterbitkan oleh: Eksismedia Grafisindo (Eksisgraf)
Anggota Ikapi
Kompleks Margahayu Raya (Metro),
Jln. Saturnus Tengah III, No. 11, Bandung 40286
Telp./WA : 0822 3311 8789
E-mail : eksisgraf@gmail.com

Cetakan Pertama, Februari 2022

Perpustakaan Nasional: Katalog dalam Terbitan (KDT)

Ika Muzdalia, dkk.

Belajar promosi kesehatan/

Penulis: Ika Muzdalia, dkk.; editor: A. Burchanuddin --

Bandung: Eksismedia Grafisindo, 2022

viii + 126 hlm.: 15,5 x 23 cm

ISBN 978-623-6754-53-5

1. Belajar promosi kesehatan. I. Judul.
 - II. A. Burchanuddin.
-
-



PRAKATA

Syukur *alhamdulillah*, atas izin Allah, shalawat dan salam tercurah kepada junjungan Nabi Muhammad saw., akhirnya penulis dapat menyelesaikan buku ini yang sangat sederhana dengan judul *Belajar Promosi Kesehatan*. Judul ini bukanlah sesuatu yang baru di kalangan dosen atau para pengajar, terutama yang mengampu Mata Kuliah Promosi Kesehatan, sudah sangat banyak referensi yang terkait dengan promosi kesehatan, hanya saja pada buku ini penulis mencoba lebih menyederhanakan, dengan berusaha menyesuaikan dengan silabus atau pokok bahasan yang tertera di kurikulum di setiap Institusi Penyelenggara Pendidikan yang di dalamnya ada Prodi Kesehatan.

Penulis mempunyai pemikiran bahwa sebaiknya setiap institusi Pendidikan Kesehatan yang mengajarkan materi atau konsep pelayanan Kesehatan hendaknya ada promosi kesehatan sekalipun ini punya lembaga khusus atau prodi khusus yaitu Prodi Promosi Kesehatan, akan tetapi hampir dipastikan bahwa tidak ada satupun pendekatan pelayanan Kesehatan yang di dalamnya tidak menghadirkan yang namanya promosi kesehatan.

Konsep pembelajaran tidak bisa terlepas dari promosi kesehatan oleh karena di dalamnya terjadi transaksi, transformasi, dan edukasi yang memerlukan penyampaian yang mudah dimengerti oleh sasaran, apakah itu komunikasi, metode atau cara, maupun media penyampaian menjadi satu dalam materi promosi kesehatan. Seorang pemberi pelayanan kesehatan, tidak akan pernah berhasil dengan baik dalam tugasnya apabila kurang menguasai ilmunya,

kurang memahami memahami cara berkomunikasi dengan baik, menyiapkan metode atau cara, memilih waktu yang tepat serta mempergunakan media penyampaiannya.

Penulis sadar bahwa buku ini pastilah penuh dengan kelemahan dan kekurangan, tetapi paling tidak bisa memudahkan para pengajar, khususnya yang mendapatkan materi Promosi Kesehatan, dapat dijadikan sebagai satu referensi.

Makassar, 1 Januari 2022

Tim Penulis,

Ika Muzdalia, S.Kep. Ns., M.Kes., dkk.



DAFTAR ISI

	Halaman
PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II PENGERTIAN PROMOSI KESEHATAN ...	3
BAB III KONSEP DAN PRINSIP PROMOSI KESEHATAN	7
A. Konsep dan Prinsip promosi kesehatan ..	7
B. Konsep Piagam Ottawa dalam Konferensi Internasional promosi kesehatan	10
C. Prinsip-Prinsip promosi kesehatan	13
BAB IV PARADIGMA PROMOSI KESEHATAN ...	15
A. Paradigma promosi kesehatan	15
B. Paradigma Baru Kesehatan	16
C. Faktor Pendorong Adanya Paradigma Sehat	18
BAB V MODEL DALAM PROMOSI KESEHATAN ..	21
A. Pengertian Penyuluhan Kesehatan	21
B. Penentuan Sasaran/Khalayak	24
C. Metode dalam Promosi Kesehatan	25
D. Metode dan Tujuan Penggunaannya	26

	G. Jenis-Jenis Metode dalam Promosi Kesehatan	26
BAB VI	KONSEP PENDIDIKAN DAN TEORI BELAJAR	35
BAB VII	DOMAIN DALAM KOMUNIKASI PEMBELAJARAN	45
	A. Domain Belajar	45
BAB VIII	IDENTIFIKASI KEBUTUHAN BELAJAR	53
	A. Identifikasi Kebutuhan Belajar Klien	53
	B. Konsep Kesehatan Individu	54
	C. Komponen Pengkajian Kesiapan Belajar	55
BAB IX	PRINSIP DAN STRATEGY PEMBELAJARAN DALAM PEMBELAJARAN KESEHATAN	61
BAB X	IMPLEMENTASI PENDIDIKAN KLINIK	69
BAB XI	FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN PENDIDIKAN DAN PROMOSI KESEHATAN	85
	A. Penyuluhan	86
	B. Pengetahuan	87
	C. Perilaku Kesehatan	89
	D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Pendidikan dan promosi kesehatan	90
BAB XII	PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN FARMASI	93
	A. Pekerjaan Kefarmasian	93
	B. Praktik Farmasi yang Baik bagi Apoteker	95

BAB XIII PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN	93
A. Peran Bidan dalam Meminimalisasi Angka Kematian Ibu	105
B. Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan ...	109
C. Peran Bidan sebagai Advokator	111
D. Peran Bidan sebagai Edukator	113
E. Peran Bidan sebagai Motivator	115
F. Peran Bidan sebagai Dedikator	118
DAFTAR PUSTAKA	123

BAB I

PENDAHULUAN

Promosi kesehatan merupakan serangkaian kegiatan yang ada di setiap bentuk pelayanan kesehatan. Tidak terkecuali di bidang pendidikan kesehatan, sebagai calon pemberi pelayanan kesehatan, salah satu kemampuan yang harus dimiliki adalah mempunyai dasar ilmu pengetahuan promosi kesehatan,

Di beberapa perguruan tinggi kesehatan, mahasiswa mendapatkan mata kuliah pada semester tertentu, memprogramkan mata kuliah promosi kesehatan, dengan harapan mahasiswa sejak dini dipersiapkan memiliki keterampilan dalam promosi kesehatan. Oleh karena hampir dipastikan semua bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan di dalamnya memerlukan promosi kesehatan.

Dalam buku ini dikemukakan beberapa pendapat tentang konsep dasar promosi kesehatan termasuk di dalamnya bentuk pelayanan promosi kesehatan di setiap jenis pelayanan, seperti: promosi kesehatan dalam tindakan keperawatan; promosi kesehatan pada pelayanan farmasi; promosi kesehatan pada pelayanan kebidanan dan pelayanan gizi.

Adapun referensi dari buku ini dikutip dari beberapa buku dan jurnal yang ditulis oleh pakar-pakar promosi kesehatan. Penulis mencoba menghubungkan, menyatukan, dan menyajikan dalam bentuk pemaparan strategi, terutama dalam model penyajian perkuliahan.

Istilah promosi kesehatan (*health promotion*), mulai diperbincangkan sekitar tahun 1986, di mana saat itu diselenggarakan konferensi internasional pertama tentang *Health Promotion*, tepatnya di Ottawa, Canada, dan pada konferensi tersebut dicanangkan The Ottawa Charter, yang melahirkan prinsip-prinsip dasar *health promotion*, istilah

Indonesianya 'promosi kesehatan'. Sekalipun pada masa itu di Indonesia sendiri belum populer istilah promosi kesehatan, yang lebih kental adalah penyuluhan kesehatan, lambat laun seiring dengan perkembangan pengetahuan, teknologi, dan komunikasi kesehatan, istilah promosi kesehatan mulai menggantikan posisi istilah penyuluhan kesehatan, termasuk munculnya istilah KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi), pemasaran sosial, (*social marketing*), *mobilisasi social*, dll.).

Pendidikan/penyuluhan menekankan pada pendekatan edukatif. Adapun pada promosi kesehatan, selain tetap menekankan kepada pentingnya pendekatan edukatif, perlu dibarengi juga dengan upaya advokasi. Hal ini terutama pada pembuat keputusan atau kebijakan. Penyuluhan/pendidikan kesehatan merupakan bagian penting (*core*), dari promosi kesehatan yang menekankan pada upaya perubahan/perbaikan perilaku di bidang kesehatan disertai dengan upaya mempengaruhi lingkungan atau hal lain yang sangat berpengaruh terhadap perbaikan perilaku dan kualitas kesehatan.

Kesadaran seseorang akan perubahan perilaku, sangat sulit untuk seketika dapat berubah, mengingat kebiasaan yang sudah terpola dalam kehidupannya sepanjang masa sehingga untuk mengubahnya diperlukan sebuah strategi atau langkah-langkah yang terencana guna memastikan dapat mengubah perilakunya. Di antara bab-bab berikutnya dijelaskan tentang konsep dasar promosi kesehatan yang bisa dijadikan referensi bagi mahasiswa yang memilih program studi ataupun memilih mata kuliah yang terkait dengan Promosi Kesehatan, termasuk petugas kesehatan dalam mengemban tugasnya sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Hal itu disebabkan di dalam memberikan pelayanan senantiasa disertai dengan Pendidikan Kesehatan. Untuk itu, sangat diperlukan strategi atau metode penyampaian agar penerima layanan dapat memahami atau mengerti tujuan dari apa yang dikemukakannya.

BAB II

PENGERTIAN PROMOSI KESEHATAN

Ada beberapa pendapat para ahli kesehatan tentang pengertian promosi kesehatan yaitu sebagai berikut.

- a. Green dan Kreuter (2005) menyatakan bahwa “Promosi kesehatan adalah kombinasi upaya-upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan dan kondisi-kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas”. Definisi/pengertian yang dikemukakan Green ini dapat dilihat sebagai operasionalisasi dari definisi WHO (hasil Ottawa Charter) yang lebih bersifat konseptual. Di dalam rumusan pengertian di atas terlihat dengan jelas aktivitas-aktivitas yang harus dilakukan dalam kerangka “promosi kesehatan” (Susilowati, 2016).
- b. Kementerian/Departemen Kesehatan Republik Indonesia merumuskan pengertian promosi kesehatan sebagai berikut: “Upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, nuntuk dan bersama masyarakat agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.” Hal tersebut

tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005 (Susilowati, 2016).

- c. Promosi kesehatan mempunyai pengertian dan arti yang sangat relevan. Pengertian promosi kesehatan adalah proses memberdayakan atau memandirikan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan, serta pengembangan lingkungan yang sehat. Promosi kesehatan mencakup aspek perilaku, yaitu upaya untuk memotivasi, mendorong dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2010).
- d. Menurut WHO dalam (Nurmala et al., 2018), promosi kesehatan sebagai “The process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health” (proses yang mengupayakan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya). Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan

meliputi lingkungan fisik-nonfisik, sosial-budaya, ekonomi, dan politik (Hulu et al., 2020).

- e. Menurut Novita dan Franciska (2011), Promosi kesehatan adalah proses peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan yang disertai dengan upaya memfasilitasi perubahan perilaku dan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa perbaikan atau perubahan dalam individu masyarakat dan lingkungan. Menurut Ottawa Charter, promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan diri sendiri (Hulu et al., 2020).
- f. Hal tersebut menekankan pengertian bahwa promosi kesehatan merupakan proses yang memiliki tujuan untuk memungkinkan masyarakat maupun individu dalam meningkatkan maupun mempertahankan derajat kesehatannya. Tujuan dari promosi kesehatan di rumah sakit melalui pendekatan medik adalah untuk memastikan pasien maupun klien sehat terbebas dari penyakit serta kecacatan (secara medik) seperti penyakit infeksi, kanker serta jantung. Nilai yang penting dari pendekatan medik upaya promosi kesehatan di rumah sakit adalah kepatuhan pasien terhadap prosedur pencegahan maupun kedokteran (pengobatan). Meskipun masih banyak orang yang berpikiran pelaksanaan upaya promosi kesehatan di rumah sakit dapat berdampak rugi pada rumah sakit baik dari segi tenaga, waktu, biaya serta memperkecil kunjungan namun sebenarnya promosi kesehatan di rumah sakit memberikan manfaat atau keuntungan

bagi rumah sakit. Keuntungan-keuntungan yang diperoleh rumah sakit dengan melaksanakan upaya promosi kesehatan di rumah sakit adalah rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit (Tiraihati, 2018).

BAB III

KONSEP DAN PRINSIP PROMOSI KESEHATAN

A. Konsep Promosi Kesehatan

Jika kita *flashback* sejenak, perkembangan promosi kesehatan tidak terlepas dari perkembangan sejarah kesehatan masyarakat di Indonesia dan dipengaruhi juga oleh perkembangan promosi kesehatan International yaitu dimulainya program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) pada tahun 1975 dan tingkat Internasional tahun 1978 Deklarasi Alma Ata tentang Primary Health Care tersebut sebagai tonggak sejarah cikal bakal promosi kesehatan (Departemen Kesehatan, 1994). Istilah *Health Promotion* (promosi kesehatan) sebenarnya sudah mulai dicetuskan setidaknya pada tahun 1986, ketikadiselenggarakannya Konferensi Internasional pertama tentang *Health Promotion* di Ottawa, Canada pada tahun 1986. Pada waktu itu dicanangkan "The Ottawa Charter", yang di dalamnya memuat definisi serta prinsip-prinsip dasar Promosi kesehatan. Namun istilah tersebut pada waktu itu di Indonesia belum terlalu populer seperti sekarang. Pada masa itu, istilah yang cukup terkenal hanyalah Penyuluhan Kesehatan, selain itu muncul pula istilah-istilah populer lain seperti KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi), *social marketing* (pemasaran sosial) dan mobilisasi sosial. Selanjutnya, perkembangan promosi kesehatan di Indonesia adalah seperti uraian berikut ini (Susilowati, 2016):

1. Sebelum Tahun 1965

Pada saat itu istilahnya adalah Pendidikan Kesehatan. Dalam program-program kesehatan, Pendidikan Kesehatan hanya

sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama pada saat terjadi keadaan kritis seperti wabah penyakit, bencana, dsb. Sasarannya perseorangan (individu), supaya sasaran program lebih kepada perubahan pengetahuan seseorang (Susilowati, 2016).

2. Periode Tahun 1965-1975

Pada periode ini sasaran program mulai perhatian kepada masyarakat. Saat itu juga dimulainya peningkatan tenaga profesional melalui program Health Educational Service (HES). Namun, intervensi program masih banyak yang bersifat individual walau sudah mulai aktif ke masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan (Susilowati, 2016).

3. Periode Tahun 1975-1985

Istilahnya mulai berubah menjadi Penyuluhan Kesehatan. Di tingkat Departemen Kesehatan ada Direktorat PKM. PKMD menjadi andalan program sebagai pendekatan Community Development. Saat itu mulai diperkenalkannya Dokter Kecil pada program UKS di SD. Departemen Kesehatan sudah mulai aktif membina dan memberdayakan masyarakat. Saat itulah Posyandu lahir sebagai pusat pemberdayaan dan mobilisasi masyarakat. Sasaran program adalah perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan pada era tahun 80-an menekankan pada pemberian informasi kesehatan melalui media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat dengan harapan masyarakat mau melakukan perilaku hidup sehat pendidikan kesehatan tersebut dengan menggunakan istilah promosi kesehatan. Promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Di samping itu, promosi kesehatan lebih menekankan pada peningkatan kemampuan hidup sehat bukan sekedar berperilaku sehat. (Susilowati, 2016).

4. Periode Tahun 1985-1995.

Dibentuklah Direktoral Peran Serta Masyarakat (PSM), yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktoral PKM berubah menjadi Pusat PKM, yang tugasnya penyebaran informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang kesehatan. Saat itu pula PKMD menjadi Posyandu. Tujuan dari PKM dan PSM saat itu adalah perubahan perilaku.

Pandangan (visi) mulai dipengaruhi oleh 'Ottawa Charter' tentang promosi kesehatan (Susilowati, 2016).

5. Periode Tahun 1995-Sekarang

Istilah PKM menjadi promosi kesehatan. Bukan saja pemberdayaan ke arah mobilisasi massa yang menjadi tujuan, tetapi juga kemitraan dan politik kesehatan (termasuk advokasi) sehingga sasaran promosi kesehatan tidak hanya perubahan perilaku, tetapi perubahan kebijakan atau perubahan menuju perubahan sistem atau faktor lingkungan kesehatan. Pada Tahun 1997 diadakan konvensi Internasional promosi kesehatan dengan tema "Health Promotion Towards The 21'st Century, Indonesian Policy for The Future" dengan melahirkan 'The Jakarta Declaration'. Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986) sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional promosi kesehatan Di Ottawa-Canada, menyatakan bahwa promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup dua dimensi yaitu kemauan dan kemampuan sehingga tujuan dari promosi kesehatan itu sendiri adalah memungkinkan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka dan menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Dengan demikian, penggunaan istilah promosi kesehatan di Indonesia tersebut dipicu oleh perkembangan dunia Internasional. Nama unit Health Education di WHO baik di Hoodquarter, Geneva maupun di SEARO India, juga sudah berubah menjadi unit Health Promotion. Nama organisasi profesi Internasional juga mengalami perubahan menjadi International Union For Health Promotion and Education (IUHPE). Istilah promosi kesehatan tersebut juga ternyata sesuai dengan perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia sendiri yang mengacu pada paradigma sehat. Salah satu tonggak promosi kesehatan ialah Deklarasi Jakarta, yang lahir dari Konferensi Internasional promosi kesehatan ke IV (Susilowati, 2016).

B. Konsep Piagam Ottawa dalam Konferensi Internasional promosi kesehatan

Piagam Ottawa adalah piagam kesepakatan yang dihasilkan pada Konferensi Internasional promosi kesehatan Pertama di Ottawa, Canada tahun 1986, telah membawa perubahan dalam pengertian dan praktek “health promotion” atau promosi kesehatan. Piagam ini mendefinisikan promosi kesehatan sebagai “Proses yang memungkinkan individu mengendalikan dan memperbaiki kesehatannya. Untuk mencapai kesehatan jasmani, rohani, dan sosial yang sempurna, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan, mampu mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan.” (Susilowati, 2016).

Piagam tersebut merumuskan upaya promosi kesehatan mencakup 5 butir.

1. Kebijakan berwawasan kesehatan (*Health Public Policy*). Ditujukan kepada *policy maker* agar mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang mendukung kesehatan.

2. Lingkungan yang mendukung (*supportive environment*). Ditujukan kepada para pengelola tempat umum termasuk pemerintah kota agar menyediakan prasarana sarana yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat.
3. Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health service*). Selama ini yang menjadi penyedia (*provider*) pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta sedangkan masyarakat adalah sebagai pengguna (*customers*) pelayanan kesehatan. Pemahaman ini harus diubah, bahwasanya masyarakat tidak sekedar pengguna tetapi bisa sebagai provider dalam batas-batas tertentu melalui upaya pemberdayaan.
4. Keterampilan individu (*personnel skill*). Kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu, keluarga, dan kelompok tersebut terwujud.
5. Gerakan masyarakat (*community action*). Adanya gerakan-gerakan atau kegiatankegiatan di masyarakat yang mendukung kesehatan agar terwujud perilaku yang kondusif dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Susilowati, 2016).

Istilah dan pengertian promosi kesehatan adalah merupakan pengembangan dari istilah pengertian yang sudah dikenal selama ini, seperti: Pendidikan Kesehatan, Penyuluhan Kesehatan, KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). Promosi kesehatan/pendidikan kesehatan merupakan cabang dari ilmu kesehatan yang bergerak bukan hanya dalam proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan semata, akan tetapi di dalamnya terdapat usaha untuk memfasilitasi dalam rangka perubahan perilaku masyarakat (Laverack, 2020). WHO merumuskan promosi kesehatan sebagai proses untuk

meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu, untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial masyarakat harus mampu mengenal, mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Lawrence Green mendefinisi promosi kesehatan sebagai berikut: Promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Green,1984) (Widyawati, 2020)

Dari batasan ini jelas, bahwa promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus, atau promosi kesehatan adalah lebih dari pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo, (2003) bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan tradisi sebagai faktor predisposisi di samping faktor pendukung seperti lingkungan fisik, prasarana dan faktor pendorong yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya (Widyawati, 2020).

Dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Menurut Green, promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Susilowati, 2016).

C. Prinsip-Prinsip promosi kesehatan

Sebagai seorang calon perawat profesional yang akan menjalani tugas-tugas kesehatan termasuk di dalamnya adalah promosi kesehatan, maka anda akan berhasil mengatasi keadaan jika menguasai sub bidang keilmuan yang terkait berikut ini, di antaranya:

1. Komunikasi
2. Dinamika Kelompok
3. Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat (PPM)
4. Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD)
5. Pemasaran Sosial (*Social Marketing*)
6. Pengembangan Organisasi
7. Pendidikan dan Pelatihan
8. Pengembangan Media (Teknologi Pendkes)
9. Perencanaan dan evaluasi.
10. Antropologi Kesehatan
11. Sosiologi Kesehatan
12. Psikologi Kesehatan, dll (Susilowati, 2016).

Selain itu, ada beberapa prinsip promosi kesehatan yang harus diperhatikan oleh kita sebagai calon/perawat profesional, seperti yang diuraikan berikut ini. Interaksi Perawat/petugas kesehatan dan Klien merupakan hubungan khusus yang ditandai dengan adanya saling berbagi pengalaman, serta memberi sokongan dan negosiasi saat memberikan pelayanan kesehatan. Pembelajaran yang efektif terjadi ketika klien dan perawat/petugas kesehatan sama-sama berpartisipasi dalam Proses Belajar Mengajar yang terjadi. Agar hubungan pembelajaran memiliki kualitas positif, baik secara individual, kelompok maupun masyarakat, hendaknya diperhatikan hal-hal sebagai berikut (Susilowati, 2016):

a) Berfokus pada Klien

Klien mempunyai nilai, keyakinan, kemampuan kognitif dan gaya belajar yang unik, yang dapat berpengaruh terhadap pembelajaran. Klien

dianjurkan untuk mengekspresikan perasaan dan pengalamannya kepada perawat, sehingga perawat lebih mengerti tentang keunikan klien dan dalam memberikan pelayanan dapat memenuhi kebutuhan klien secara individual.

b) Bersifat menyeluruh dan utuh (holistik)

Dalam memberikan promosi kesehatan harus dipertimbangkan klien secara keseluruhan, tidak hanya berfokus pada muatan spesifik.

c) Negosiasi

Perawat/Petugas kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui. Jika sudah ditentukan, buat perencanaan yang dikembangkan berdasarkan masukan tersebut. Jangan memutuskan sebelah pihak.

d) Interaktif

Kegiatan dalam promosi kesehatan adalah suatu proses dinamis dan interaktif yang melibatkan partisipasi perawat/ petugas kesehatan dan klien. Keduanya saling belajar. Untuk itu, maka perlu diperhatikan dan dipelajari pula prinsip-prinsip dalam Proses Belajar Mengajar (PBM).

Adapun faktor pendukung meliputi:

- a) Faktor-faktor pendukung (misalnya: motivasi, kesiapan, pelibatan aktif/*active involvement*, Umpan balik/*feedback*, memulai dari hal yang sederhana sampai kompleks, adanya pengulangan materi/*repetition*, waktu/*timing* dan lingkungan/*environment*)
- b) Penghambat belajar (seperti emosi, kejadian/ keadaan fisik dan psikologis yang sedang terganggu atau budaya)
- c) Fase-fase dalam PBM (mulai dari persiapan, pembuka, pelaksanaan dan penutup topik), serta karakteristik perilaku belajar (Susilowati, 2016).

BAB IV

PARADIGMA PROMOSI KESEHATAN

A. Paradigma Promosi Kesehatan

Dua paradigma ideal yang relevan dengan evaluasi promosi kesehatan adalah: positivis dan konstruktivis. Paradigma dapat didefinisikan sebagai pandangan dunia yang terdiri dari beberapa kategori keyakinan, yang utama di antaranya adalah anggapan ontologis, epistemologis, dan metodologis. Anggapan ontologis adalah tentang cara dunia berada, sifat realitas. Anggapan epistemologis adalah tentang apa yang dapat kita ketahui mengenai kenyataan tersebut. Anggapan metodologis adalah tentang bagaimana kita mengetahui bahwa realitas dan strategi yang kita gunakan untuk menemukan cara dunia berfungsi (Guba, 1990).

Paradigma promosi kesehatan konvensional dilambangkan sebagai pendekatan positivis. Ontologinya terdiri dari kepercayaan pada realitas tunggal, tidak tergantung pada pengamat apapun dan keyakinan bahwa kebenaran universal tidak tergantung pada waktu dan tempat berada dan dapat ditemukan. Epistemologinya terdiri dari keyakinan bahwa evaluator dapat dan harus menyelidiki suatu fenomena dengan cara yang tidak dikacaukan oleh nilai-nilai dan berbagai prasangka. Metodologi paradigma konvensional menyokong desain eksperimental untuk menguji hipotesis dan berkaitan dengan prediksi melalui bukti atau kepastian dan dengan ukuran tunggal realitas dan kebenaran (Labonte dan Robertson, 1996).

Pendekatan konstruktivis menyediakan kerangka kerja yang lebih luas yang mengakui 'kebenaran' dan 'fakta' karena

memiliki dimensi subjektif. Hal yang muncul dari proses ini adalah rencana perundingan berdasarkan masalah yang diangkat selama percakapan antara evaluator dan mereka yang terlibat dengan pihak di dalam proses evaluasi. Ontologinya adalah relativis, yang berarti bahwa realitas dibangun secara sosial. Realitas bersifat lokal dan spesifik, tergantung pada bentuk dan isinya serta pada orang yang memegangnya. Epistemologinya mengakui evaluator sebagai bagian dari kenyataan yang sedang dievaluasi dan temuan-temuannya adalah ciptaan proses pemeriksaan antara yang memeriksa dan yang diperiksa. Susunan individu diperoleh, disempurnakan, dibandingkan dan dikontraskan dengan tujuan menghasilkan satu atau lebih susunan yang memiliki persetujuan umum yang kuat. Dalam paradigma konstruktivis, kebenaran tidak mutlak, tetapi dipahami sebagai kebenaran yang paling tepat dan paling mutakhir yang dapat kita susun pada saat tertentu. Paradigma ini berusaha untuk mengetahui dengan cara memahami bagaimana dan apa yang orang alami dalam konteks mereka dan penerapannya dalam program promosi kesehatan (Labonte dan Robertson, 1996) (Laverack, 2020).

B. Paradigma Baru Kesehatan

Kesehatan bukanlah “statis”, bukan sesuatu yang dikotomi sehat dan sakit, tetapi dinamis, progresif dan kontinum. Hal ini telah disadari oleh WHO, yang akhirnya pada tahun 1988 merumuskan kembali definisi kesehatan. Kemudian rumusan WHO tersebut diangkat dalam UU.No.23/1992 yakni: “Kesehatan atau sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif baik secara ekonomi maupun sosial”. Hal ini berarti bahwa kesehatan tidak hanya mempunyai dimensi fisik, mental, dan sosial saja, tetapi juga mencakup

dimensi ekonomi. Oleh sebab itu agar pelayanan kesehatan relevan dengan peningkatan derajat kesehatan bangsa perlu kebijakan-kebijakan baru dalam pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain paradigma pelayanan kesehatan harus diubah. Orientasi pelayanan kesehatan harus digeser dari pelayanan kesehatan yang konvensional (paradigma sakit) ke pelayanan kesehatan yang sesuai dengan paradigma baru (paradigma sehat). Pelayanan Kesehatan Konvensional yang mempunyai karakteristik : (Konsorsium Ilmu Kesehatan Indonesia, 2003) (Laverack, 2020) sebagai berikut :

1. Sehat dan sakit dipandang sebagai dua hal seperti "hitam" dan "putih"
2. Pelayanan kesehatan diasosiasikan dengan pengobatan dan penyembuhan
3. Pelayanan kesehatan diidentikkan dengan rumah sakit dan poliklinik
4. Tujuan pelayanan kesehatan untuk meringankan penderitaan dan menghindarkan dari kesakitan dan kematian.
5. Tenaga pelayanan kesehatan utamanya dokter
6. Sasaran utama pelayanan kesehatan adalah individu yang sakit. Oleh sebab itu, program-program pelayanan kesehatan hanya untuk kelangsungan hidup saja (Health Programs for Survival), dan harus digeser ke Pelayanan Kesehatan Paradigma Baru atau Paradigma Sehat, yang mempunyai karakteristik:
 - 1) Sehat dan sakit bukan sesuatu yang hitam dan putih, sehat bukan berarti tidak sakit, dan sakit tidak berarti tidak sehat.
 - 2) Pelayanan kesehatan tidak hanya penyembuhan dan pemulihan, tetapi mencakup preventif dan promotif.
 - 3) Pelayanan kesehatan bukan hanya Rumah Sakit dan Poliklinik.

- 4) Tujuan pelayanan kesehatan utamanya peningkatan kesehatan (promotif), dan pencegahan penyakit (preventif).
- 5) Tenaga pelayanan kesehatan utamanya untuk kesehatan masyarakat.
- 6) Sasaran utama pelayanan adalah kelompok atau masyarakat yang sehat.

C. Faktor Pendorong Adanya Paradigma Sehat

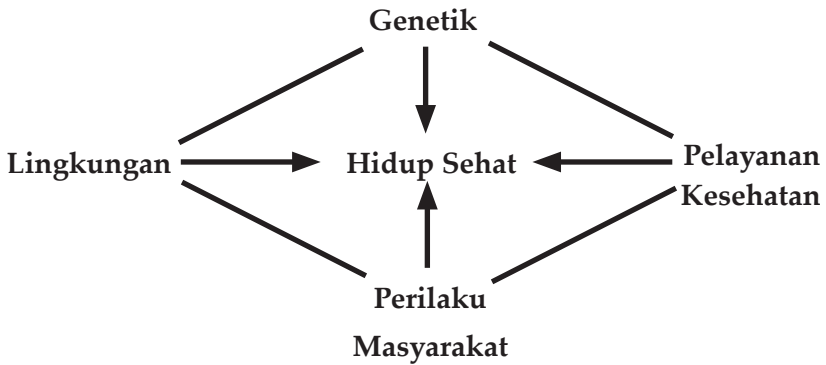
Faktor yang mendorong perlu adanya paradigma sehat antara lain :

1. Pelayanan kesehatan yang berfokus pada pelayanan orang sakit ternyata tidak efektif
2. Konsep sehat mengalami perubahan, di mana dalam arti sehat dimasukkan unsur sehat produktif sosial ekonomis
3. Adanya transisi epidemiologi dari penyakit infeksi ke penyakit kronik degeneratif
4. Adanya transisi demografi, meningkatnya Lansia yang memerlukan penanganan khusus
5. Makin jelasnya pemahaman tentang faktor yang mempengaruhi kesehatan penduduk

Dari pergeseran paradigma pelayanan kesehatan ini maka program-program kesehatan diarahkan kepada pengembangan sumber daya manusia (Health Programs for Human Development). Oleh sebab itu, indikator kesehatan juga harus dilihat dari perspektif “paradigma sehat”. Indikator kesehatan yang sesuai dengan paradigma sehat semestinya menggunakan indikator positif, bukan indikator negatif seperti yang selama ini digunakan. Indikator kesehatan harus digeser dari indikator negatif (kesakitan, cacat, kematian, dan sebagainya), ke indikator-indikator positif, antara lain ada tidaknya kelainan patofisiologis, kemampuan fisik,

misal : aerobik, ketahanan dan kelenturan sesuai umur, kebugaran. penilaian atas kesehatan sendiri Indeks Masa Tubuh (IMT) atau BMI (*Body Mass Index*), dan sebagainya (Widyawati, 2020).

Paradigma Hidup Sehat, H.L Blum :



BAB V

MODEL DALAM PROMOSI KESEHATAN

A. Pengertian Penyuluhan Kesehatan

Perubahan perilaku bisa dilakukan dengan berbagai macam strategi, yang didahului oleh perubahan pengetahuan dan sikap. Perubahan pengetahuan ini dilakukan salah satunya dengan metode penyuluhan kesehatan. Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan yang dilakukan menggunakan prinsip belajar sehingga masyarakat mendapatkan perubahan pengetahuan dan kemauan, baik untuk mencapai kondisi hidup yang diinginkan ataupun untuk mendapatkan cara mencapai kondisi tersebut, secara individu maupun bersama-sama (Sulihadkk., 2001). Sedangkan Depkes RI (2002) menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan merupakan peningkatan pengetahuan dan kemampuan yang bertujuan untuk perubahan perilaku hidup sehat pada individu, kelompok maupun masyarakat yang diberikan melalui pembelajaran atau instruksi.

Kegiatan penyuluhan dapat dilakukan dengan komunikasi dua arah di mana komunikator (penyuluh) memberikan kesempatan komunikasi untuk memberi feedback dari materi yang diberikan. Diskusi interaktif pada komunikasi dua arah ini diharapkan dapat memicu terjadinya perubahan perilaku yang diinginkan. Keberhasilan penyuluhan kesehatan ini tidak hanya ditentukan oleh materi yang disampaikan tetapi juga pada hubungan interpersonal antar komunikator dan

komunikasikan. Indikator keberhasilan penyuluhan yang dapat diukur secara cepat adalah adanya kesamaan arti atau pemahaman dari yang disampaikan oleh komunikator dan diterima oleh komunikan (Effendy, 2003).

Kegiatan penyuluhan menyampaikan pendidikan dan mengajak sasaran tentang ide baru yang diperkenalkan sehingga terjadi kesesuaian minat dan motivasi dalam memicu perubahan perilaku. (Notoatmodjo, 2007).

Penyuluhan kesehatan ini dilakukan tidak hanya untuk membentuk perilaku yang baru, tetapi juga memelihara perilaku sehat yang telah ada dari individu, kelompok dan masyarakat dalam lingkungan yang sehat untuk derajat kesehatan yang optimal. Perilaku sehat yang merupakan hasil dari penyuluhan kesehatan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian karena perilaku individu, kelompok dan masyarakat telah sesuai dengan konsep sehat, baik secara fisik, mental dan sosialnya (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Effendy (2003) terdapat dua metode dalam penyuluhan kesehatan, yaitu metode didaktik dan sokratik.

1. Metode didaktik adalah merupakan metode di mana penyuluhan dilakukan satu arah oleh pemateri kepada peserta yang mendengarkan tetapi tidak diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya.
2. Metode sokratik adalah merupakan metode yang memberikan kesempatan pada peserta untuk berpartisipasi aktif dalam mengemukakan pendapatnya.

Sementara itu, Notoatmodjo (2007) membedakan metode penyuluhan berdasarkan sasarannya menjadi dua, yaitu penyuluhan individual dan kelompok.

1. Penyuluhan individual, metode ini merupakan metode untuk mengubah perilaku individu yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan individu tersebut.
2. Penyuluhan kelompok

1. Kelompok Besar

Sebuah kelompok dikatakan besar ketika jumlah pesertanya melebihi 15 orang. Untuk kelompok besar ini, metode yang dapat digunakan misalnya adalah ceramah, seminar dan demonstrasi.

Ceramah, dilakukan kepada sasaran dengan memberikan informasi secara lisan dari narasumber disertai tanya jawab setelahnya. Ciri dari metode ceramah ini adalah adanya kelompok sasaran yang telah ditentukan, ada pesan yang akan disampaikan, adanya pertanyaan yang bisa diajukan walaupun dibatasi ceramah, serta adanya alat peraga jika kelompok sasarannya jumlahnya sangat banyak. Keuntungan dari metode ini adalah biaya yang dikeluarkan relatif tidak banyak dan mudah untuk dilakukan, waktu yang dibutuhkan juga dapat disesuaikan dengan kebutuhan sasaran dan bisa diterima dengan mudah oleh hampir semua kelompok masyarakat walaupun tidak bisa membaca dan menulis.

Metode seminar, dilakukan untuk membahas sebuah isu dengan dipandu oleh ahli di bidang tersebut.

Metode demonstrasi lebih mengutamakan pada peningkatan kemampuan (*skill*) yang dilakukan dengan menggunakan alat peraga.

2. Kelompok Kecil

Metode diskusi kelompok kecil merupakan diskusi 5–15 peserta yang dipimpin oleh satu orang membahas tentang suatu topik.

Metode curah pendapat digunakan untuk mencari solusi dari semua peserta diskusi dan sekaligus mengevaluasi bersama pendapat tersebut.

Metode Panel melibatkan minimal 3 orang panelis yang dihadirkan di depan khalayak sasaran menyangkut topik yang sudah ditentukan.

Metode Bermain peran digunakan untuk menggambarkan perilaku dari pihak-pihak yang terkait dengan isu tertentu dan digunakan sebagai bahan pemikiran kelompok sasaran.

B. Penentuan Sasaran/Khalayak

Effendy (2003) menyebutkan bahwa sasaran penyuluhan kesehatan terdiri dari empat unsur, antara lain

1. Individu
2. Keluarga
3. Kelompok sasaran khusus, seperti
 - 1) Kelompok berdasarkan pertumbuhan, mulai dari anak sampai manula;
 - 2) Kelompok yang memiliki perilaku merugikan kesehatan; dan
 - 3) Kelompok yang memiliki penyakit kronis. (Ramansyah, 2013).

C. Metode dalam Promosi Kesehatan

Metode (*method*), secara harfiah berarti cara. Selain itu metode atau metodik berasal dari bahasa Greeka, *metha*, (melalui atau melewati), dan *hodos* (jalan atau cara), jadi metode bisa berarti " jalan atau cara yang harus di lalui untuk mencapai tujuan tertentu".

Metode adalah cara teratur/sistematis yang digunakan untuk melaksanakan suatu pekerjaan agar tercapai tujuan sesuai dengan yang dikehendaki.

Dalam topik mengajar seorang guru/pendidik/pengajar tidak harus terpaku dalam menggunakan berbagai metode (variasi metode) agar proses belajar mengajar atau pengajaran berjalan tidak membosankan, tetapi bagaimana memikat perhatian peserta didik/sasaran. Namun, di sisi lain penggunaan berbagai metode akan sulit membawa keberuntungan atau manfaat dalam Topik mengajar, bila penggunaannya tidak sesuai dengan situasi dan kondisi yang mendukungnya, serta kondisi psikologi peserta didik. Maka dari itu disini pengajar/pendidik dituntut untuk pandai-pandai dalam memilih metode yang tepat. (Syaiful Bahri, D. 2002).

Berkaitan dengan penggunaan metode yang tepat, seorang pendidik/penyuluh/promotor kesehatan harus memperhatikan berbagai macam faktor dalam penggunaan metode, di antaranya yaitu:

1. Metode dan tujuan pendidikan
2. Metode dan bahan pengajaran
3. Metode dan tangga-tangga belajar
4. Metode dan tingkat perkembangan
5. Metode dan keadaan perseorangan

Selain itu, Prof Dr. Winarno S., mengatakan ada lima macam yang mempengaruhi penggunaan metode

mengajar, antara lain: tujuan berbagai jenis dan fungsinya, anak didik yang berbagai tingkat kematangannya, situasi yang berbagai macam keadaannya, fasilitas yang berbagai kualitasnya, pribadi guru serta kemampuan profesionalnya yang berbeda-beda.

D. Metode dan Tujuan Penggunaannya

Berikut ini merupakan contoh menentukan metode promosi kesehatan yang digunakan sesuai dengan tujuan pelaksanaan promosi kesehatannya:

Untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan: ceramah, kerja kelompok, mass media, seminar, kampanye.

Menambah pengetahuan. Menyediakan informasi: *One-to-one teaching* (mengajar per-seorangan/*private*), seminar, media massa, kampanye, *group teaching*.

Self-empowering

Meningkatkan kemampuan diri, mengambil keputusan Kerja kelompok, latihan (*training*), simulasi, metode pemecahan masalah, *peer teaching method*.

Mengubah kebiasaan: Mengubah gaya hidup individu Kerja kelompok, latihan keterampilan, training, metode debat.

Mengubah lingkungan, bekerja sama dengan pemerintah untuk membuat kebijakan berkaitan dengan kesehatan.(Ratmiwasi et al., 2017)

E. Jenis-Jenis Metode dalam promosi kesehatan

Pemikiran dasar promosi kesehatan pada hakikatnya ialah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Suatu proses promosi kesehatan yang menuju tercapainya

tujuan pendidikan kesehatan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya yaitu metode. Metode harus berbeda antara sasaran massa, kelompok atau sasaran individual.

1. Metode Individual (Perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya, seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) karena baru saja memperoleh/mendengarkan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil segera minta imunisasi, ia harus didekati secara perorangan. Perorangan disini tidak berarti harus hanya kepada ibu-ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga ibu tersebut.

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

Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

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

2. Interview (wawancara)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk mengetahui apakah klien memiliki kesadaran dan pengertian yang kuat tentang informasi yang diberikan (perubahan perilaku yang diharapkan), juga untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan yang disampaikan. Jika belum berubah, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

3. Metode Kelompok

Dalam memilih metode kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

4. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran pendidikan tinggi maupun rendah. Merupakan metode dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan secara lisan. Metode ini mudah dilaksanakan tetapi penerima informasi menjadi pasif dan kegiatan menjadi membosankan jika terlalu lama. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metoda ceramah:

Persiapan:

Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri.

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

Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound system, dan sebagainya.

Pelaksanaan:

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.
- b. Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- c. Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
- d. Berdiri di depan (di pertengahan), seyogianya tidak duduk.
- e. Menggunakan alat-alat bantu lihat-dengar (AVA) semaksimal mungkin.

5. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk pendidikan formal menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari seorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat.

Kelompok Kecil

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

Diskusi Kelompok

Metode yang dilaksanakan dalam bentuk diskusi antara pemberi dan penerima informasi, biasanya untuk mengatasi masalah. Metode ini mendorong penerima informasi berpikir kritis, mengekspresikan pendapatnya secara bebas, menyumbangkan pikirannya

untuk memecahkan masalah bersama, mengambil satu alternatif jawaban atau beberapa alternatif jawaban untuk memecahkan masalah berdasarkan pertimbangan yang seksama.

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk di antara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/ keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta. Kelemahan metode diskusi sebagai berikut.

- a. Tidak dapat dipakai dalam kelompok yang besar.
- b. Peserta diskusi mendapat informasi yang terbatas.
- c. Dapat dikuasai oleh orang-orang yang suka berbicara.
- d. Biasanya orang menghendaki pendekatan yang lebih formal. (Syaiful Bahri Djamarah, 2000)

6. Curah Pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok, yang diawali dengan pemberian kasus atau pemicu untuk menstimulasi tanggapan dari peserta. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu

masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari oleh siapa pun. Baru setelah semua anggota dikeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

1) *Bola Salju (Snow Balling)*

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

Kelompok-kelompok Kecil (Buzz Group)

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

2) *Role Play (Memainkan Peranan)*

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan, misalnya

bagaimana interaksi atau berkomunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

3) *Permainan Simulasi (Simulation Game)*

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

7. **Metode Massa**

Metode pendidikan kesehatan secara massa dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Dengan demikian cara yang paling tepat adalah pendekatan massa.

Oleh karena sasaran promosi ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut.

Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah awareness (kesadaran) masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya bentuk pendekatan (metode) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa.

Beberapa contoh metode pendidikan kesehatan secara massa ini, antara lain:

- a. *Ceramah umum (public speaking)*. Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato di hadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari KB juga merupakan salah satu bentuk pendekatan massa.
- b. *Pidato-pidato/diskusi* tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa.
- c. *Simulasi*, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- d. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.
- e. *Bill Board*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Contoh : billboard Ayo ke Posyandu

Metode-metode yang disebutkan di atas hanyalah beberapa dari banyak metode lainnya. Metode-metode tersebut dapat digabung atau dimodifikasi oleh tim promosi kesehatan disesuaikan dengan penerima pesan dan sarananya. Selain itu, metode yang digunakan juga disesuaikan dengan tujuan dari promosi kesehatan yang dilaksanakan (Shofiyah, 2018).

BAB VI

KONSEP PENDIDIKAN DAN TEORI BELAJAR

Sebelum istilah promosi kesehatan diperkenalkan, masyarakat lebih mengenal istilah pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan menurut Green (1980) adalah *“any combination of learning’s experiences designed to facilitate voluntary adaptations of behavior conducive to health”* (kombinasi dari pengalaman pembelajaran yang didesain untuk memfasilitasi adaptasi perilaku yang kondusif untuk kesehatan secara sukarela). Definisi pendidikan kesehatan tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tidak hanya sekedar memberikan informasi pada masyarakat melalui penyuluhan. Definisi pendidikan kesehatan tersebut menunjukkan bahwa pengalaman pembelajaran meliputi berbagai macam pengalaman individu yang harus dipertimbangkan untuk memfasilitasi perubahan perilaku yang diinginkan. Istilah pendidikan kesehatan tersebut seringkali disalahartikan hanya meliputi penyuluhan kesehatan saja sehingga istilah tersebut saat ini lebih populer diperkenalkan dengan istilah promosi kesehatan.

Tahun 1984, World Health Organization (WHO) mengubah istilah pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan. Perbedaan kedua istilah tersebut yaitu pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk mengubah perilaku sedangkan promosi kesehatan selain untuk mengubah perilaku juga mengubah lingkungan sebagai upaya untuk memfasilitasi ke arah perubahan perilaku tersebut. Istilah *Health Promotion* (promosi

kesehatan) ini secara resmi disampaikan pada Konferensi Internasional tentang *Health Promotion* di Ottawa, Kanada pada tahun 1986. Pada Konferensi tersebut health promotion didefinisikan sebagai “the process of enabling peoples to increase controls over, and to improved their health” yaitu proses yang memungkinkan seseorang untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan. Definisi ini mengandung pemahaman bahwa upaya promosi kesehatan membutuhkan adanya kegiatan visi, misi, dan strategi promosi kesehatan di Indonesia sudah sangat yang jelas sebagai suatu lembaga atau institusi atau suatu program. Melalui visi dan misi tersebut lembaga atau program memiliki arah dan tujuan yang akan dicapai. Oleh karena itu, visi promosi kesehatan di Indonesia tidak terlepas dari visi pembangunan kesehatan di Indonesia, seperti yang terdapat dalam Undang-Undang Kesehatan RI No. 366 Tahun 2009, yaitu:

“Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”.

Promosi kesehatan yang menjadi bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mampu mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia, sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan sebagai “Masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya”. Adapun visi promosi kesehatan menurut Fitriani (2011), yaitu:

1. Mau (*willingness*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya
2. Mampu (*ability*) memelihara dan meningkatkan kesehatannya

Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya.

Memelihara kesehatan artinya mau dan mampu dalam melakukan pencegahan penyakit serta melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan. Selain itu, kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan, baik individu, kelompok, maupun masyarakat itu bersifat dinamis 'tidak statis'.

Diperlukan upaya untuk mewujudkan visi promosi kesehatan tersebut agar masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Upaya-upaya yang harus dilakukan untuk mencapai visi tersebut disebut misi promosi kesehatan

Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik di dalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan meliputi lingkungan fisik-nonfisik, sosial-budaya, ekonomi, dan politik. Promosi kesehatan adalah perpaduan dari berbagai macam dukungan baik pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan (Mubarak dkk., 2007).

Upaya untuk mewujudkan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam promosi kesehatan sebagai penunjang dari program-program kesehatan yang lainnya, seperti

kesehatan lingkungan, peningkatan status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, pencegahan penyakit tidak menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak, serta pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan Piagam Ottawa (1984), misi promosi kesehatan dapat dilakukan menggunakan 3 strategi yang dijelaskan sebagai berikut.

1. Advokasi (advocate)

Kondisi politik, ekonomi, sosial, budaya, lingkungan, perilaku dan faktor biologis dapat memengaruhi kesehatan seseorang. Promosi kesehatan berupaya untuk mengubah kondisi tersebut sehingga menjadi kondusif untuk kesehatan masyarakat melalui advokasi. Kegiatan advokasi ini tidak hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, tetapi juga dapat dilakukan oleh masyarakat sasaran kepada para pemangku kebijakan dari berbagai tingkat atau sektor terkait dengan kesehatan. Tujuan kegiatan ini adalah untuk meyakinkan para pemangku kebijakan bahwa program kesehatan yang akan dijalankan tersebut penting dan membutuhkan dukungan kebijakan atau keputusan dari pejabat tersebut.

2. Mediasi (mediate)

Promosi kesehatan juga mempunyai misi sebagai mediator atau menjembatani antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra. Hal ini dikarenakan faktor yang memengaruhi kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja. Promosi kesehatan membutuhkan upaya bersama dari semua pihak baik dari pemerintah, sektor kesehatan, sektor ekonomi, lembaga nonprofit, industri, dan media. Dengan kata lain promosi kesehatan merupakan perekat kemitraan di bidang pelayanan kesehatan. Kemitraan sangat penting sebab tanpa kemitraan sektor kesehatan tidak akan mampu

menangani masalah kesehatan yang begitu kompleks dan luas. Promosi kesehatan di sini bertanggung jawab untuk memediasi berbagai kepentingan berbagai sektor yang terlibat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat sehingga, strategi dan program promosi kesehatan harus mempertimbangkan kebutuhan lokal dan memungkinkan berbagai sektor baik di lingkup regional, nasional maupun international untuk dapat terlibat di dalamnya.

3. Memampukan (enable)

Promosi kesehatan berfokus pada keadilan dan pemerataan sumber daya kesehatan untuk semua lapisan masyarakat. Hal ini mencakup memastikan setiap orang di masyarakat memiliki lingkungan yang kondusif untuk berperilaku sehat, memiliki akses pada informasi yang dibutuhkan untuk kesehatannya, dan memiliki keterampilan dalam membuat keputusan yang dapat meningkatkan status kesehatan mereka. Prinsip promosi kesehatan di sini adalah masyarakat mampu untuk memiliki control terhadap determinan yang dapat memengaruhi kesehatan mereka. Sesuai dengan visi promosi kesehatan yaitu mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya, promosi kesehatan mempunyai misi utama untuk memampukan masyarakat. Hal ini berarti, dalam kegiatan promosi kesehatan harus dapat memberikan keterampilan-keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu mandiri di bidang kesehatan baik secara langsung atau melalui tokoh-tokoh masyarakat. Telah diketahui bersama bahwa kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor dari luar kesehatan, seperti sosial, pendidikan, ekonomi, dan sebagainya. Oleh sebab itu, keterampilan masyarakat di bidang ekonomi (pertanian, peternakan, perkebunan), pendidikan dan

sosial lainnya juga perlu dikembangkan melalui promosi kesehatan dalam rangka memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan.

Strategi promosi kesehatan menurut WHO (1994) secara global terdiri dari 4 hal sebagai berikut.

1. Advokasi (advocacy)

Advokasi merupakan kegiatan membuat keputusan sebagai bentuk memberikan bantuan kepada masyarakat dari penentu kebijakan dalam bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat.

Advokasi adalah upaya untuk meyakinkan orang lain agar membantu atau mendukung terhadap tujuan yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkat sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan dapat berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi, dan sebagainya.

Kegiatan advokasi memiliki bermacam-macam bentuk, baik formal maupun informal. Advokasi dalam bentuk formal seperti penyajian atau presentasi dan seminar tentang usulan program yang diharapkan mendapat dukungan dari pejabat terkait. Sedangkan kegiatan advokasi dalam bentuk informal seperti mengunjungi pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, yang secara tidak langsung bermaksud untuk meminta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, dan/atau fasilitas lain. Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kegiatan untuk

mendapatkan dukungan dari para pejabat baik eksekutif dan legislatif di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan.

2. Dukungan sosial (social support)

Promosi kesehatan akan mudah dilakukan jika mendapat dukungan dari berbagai lapisan yang ada di masyarakat. Dukungan dari masyarakat dapat berasal dari unsur informal, seperti tokoh agama dan tokoh adat yang mempunyai pengaruh di masyarakat serta unsur formal, seperti petugas kesehatan dan pejabat pemerintah.

Tujuan utamanya agar para tokoh masyarakat sebagai perantara antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dan masyarakat sebagai penerima program kesehatan. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat pada dasarnya adalah untuk mensosialisasikan program-program kesehatan agar masyarakat menerima dan mau berpartisipasi terhadap program tersebut.

Oleh sebab itu, strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain: pelatihan-pelatihan tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, bimbingan kepada tokoh masyarakat dan sebagainya. Dengan demikian, sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat.

3. Pemberdayaan masyarakat (empowerment)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat secara langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi

kesehatan). Kegiatan pemberdayaan di masyarakat sering disebut gerakan masyarakat untuk kesehatan. Bentuk kegiatan pemberdayaan dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi atau pelatihan- pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (*incomes generating skill*). Dengan meningkatkan kemampuan ekonomi keluarga, akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan, sebagai contoh yaitu terbentuknya pos obat desa, terbentuknya dana sehat, berdirinya polindes, dan sebagainya. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat itu sendiri.

Strategi dalam melaksanakan upaya promosi kesehatan juga telah dirumuskan dalam Ottawa Charter 'Piagam Ottawa'. Dalam Piagam Ottawa tersebut disebutkan bahwa upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat dilakukan melalui kegiatan sebagai berikut.

4. Kebijakan berwawasan kesehatan (*healthy public policy*)

Kegiatan promosi kesehatan tidak hanya menyangkut kegiatan yang dilakukan oleh sektor kesehatan. Promosi kesehatan membutuhkan semua upaya yang ada untuk bermuara ke kesehatan. Dengan kata lain, arah kebijakan dalam bentuk peraturan, perundangan, maupun surat-surat keputusan yakni agar selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan masyarakat. Contohnya adalah adanya peraturan atau undang-undang yang mengatur adanya analisis dampak lingkungan untuk mendirikan perusahaan, rumah sakit, dan sebagainya. Setiap kebijakan yang dikeluarkan oleh pejabat publik harus memerhatikan dampaknya terhadap lingkungan kesehatan masyarakat.

Lingkungan yang mendukung (supporting environment)

Setiap aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat harus memerhatikan dampak pada lingkungan sekitar agar mempermudah pelaksanaan kegiatan promosi pemberdayaan masyarakat sebagai cara untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan baik perorangan maupun masyarakat.

Pada tahun 1994 Indonesia mendapat kunjungan dari Direktur Health Promotion WHO yaitu Dr. Ilona Kickbush. Kemudian Indonesia ditunjuk sebagai penyelenggara Konferensi Internasional Health Promotion yang keempat sehingga Depkes berupaya untuk menyamakan konsep dan prinsip tentang promosi kesehatan serta mengembangkan beberapa daerah menjadi daerah percontohan. Dengan demikian, penggunaan istilah promosi kesehatan di Indonesia pada dasarnya mengacu pada perkembangan dunia internasional. Konsep promosi kesehatan tersebut ternyata juga sesuai dengan perkembangan pembangunan kesehatan di Indonesia yaitu mengarah pada paradigma sehat (Nurianti, 2015).

BAB VII

DOMAIN DALAM KOMUNIKASI PEMBELAJARAN

A. Domain Belajar

Domain belajar atau sebutan lainnya, ranah, dapat diartikan sebagai cakupan dalam proses belajar. Domain belajar terbagi atas 3, antara lain :

1. Kognitif

Kognitif adalah aktivitas mental dalam mengenal dan mengetahui tentang dunia. Kognitif mencakup semua aspek intelektual yang terdiri dari kemampuan berpikir, menganalisa, evaluasi, serta pemahaman. Piaget berteori bahwa selama perkembangannya, manusia mengalami perubahan-perubahan dalam struktur berfikir, yaitu semakin terorganisasi, dan struktur berfikir selalu dibangun pada struktur dari tahap sebelumnya. Perkembangan manusia itu disebabkan oleh 4 faktor, yaitu kematangan fisik, pengalaman dengan objek-objek fisik, pengalaman sosial dan ekuilibrasi. Terdapat 5 cakupan dalam kognitif, yaitu:

- a. Knowledge, dengan pengetahuan maka akan didapatkan sebuah fakta dan informasi baru. Contohnya klien mengetahui tentang penyakit yang dideritanya
- b. Comprehension, pemahaman adalah kemampuan untuk memahami materi yang dipelajari. Contoh, klien mampu menguraikan secara spesifik bagaimana obat-obat yang baru diberikan untuknya akan dapat meningkatkan kesehatan fisiknya.
- c. Application,aplikai atau penerapan mencakup

penggunaan informasi yang baru diketahuinya untuk diterapkan dalam situasi yang tepat. Contoh, klien dapat mengatur jadwal makannya setelah diberi informasi oleh perawat.

- d. *Analysis*, konsep analisis di sini adalah mengaitkan gagasan yang satu dengan yang lain dengan cara-cara yang tepat. Contoh, klien mampu memisahkan informasi penting dan tidak penting pada penggunaan obat terutama menanggapi mitos yang berkembang di masyarakat.
- e. *Synthesis*, klien mampu menerapkan semua yang dia dapat selama berada di rumah sakit
- f. *Evaluation*, klien mampu menyadari kebutuhan akan informasi kesehatan.

2. Afektif

Afektif terdiri dari perilaku, sikap, minat, konsep diri, tanggung jawab, serta pengendalian diri, serta pembentukan karakter seseorang. Menurut Popham (1995), ranah afektif menentukan keberhasilan belajar seseorang. Terdapat 5 cakupan, yaitu :

a. *Receiving*

Pada tingkat *receiving* atau *attending*, peserta didik memiliki keinginan memperhatikan suatu fenomena khusus atau stimulus, misalnya kelas, kegiatan, musik, buku, dan sebagainya. Tugas pendidik mengarahkan perhatian peserta didik pada fenomena yang menjadi objek pembelajaran afektif. Misalnya pendidik mengarahkan peserta didik agar senang membaca buku, senang bekerjasama, dan sebagainya. Kesenangan ini akan menjadi kebiasaan, dan hal ini yang diharapkan, yaitu kebiasaan yang positif.

b. *Responding*

Responding merupakan partisipasi aktif peserta didik, yaitu sebagai bagian dari perilakunya. Pada tingkat ini peserta didik tidak saja memperhatikan fenomena khusus tetapi ia juga bereaksi. Hasil pembelajaran pada ranah ini menekankan pada pemerolehan respons, berkeinginan memberi respons, atau kepuasan dalam memberi respons. Tingkat yang tinggi pada kategori ini adalah minat, yaitu hal-hal yang menekankan pada pencarian hasil dan kesenangan pada aktivitas khusus. Misalnya senang membaca buku, senang bertanya, senang membantu teman, senang dengan kebersihan dan kerapian, dan sebagainya.

c. *Valueing*

Valueing melibatkan penentuan nilai, keyakinan atau sikap yang menunjukkan derajat internalisasi dan komitmen. Derajat rentangannya mulai dari menerima suatu nilai, misalnya keinginan untuk meningkatkan keterampilan, sampai pada tingkat komitmen. Valueing atau penilaian berbasis pada internalisasi dari seperangkat nilai yang spesifik. Hasil belajar pada tingkat ini berhubungan dengan perilaku yang konsisten dan stabil agar nilai dikenal secara jelas. Dalam tujuan pembelajaran, penilaian ini diklasifikasikan sebagai sikap dan apresiasi.

d. *Organizing*

Pada tingkat organization, nilai satu dengan nilai lain dikaitkan, konflik antar nilai diselesaikan, dan mulai membangun sistem nilai internal yang konsisten. Hasil pembelajaran pada tingkat ini berupa konseptualisasi nilai atau organisasi sistem nilai. Misalnya, pengembangan filsafat hidup.

e. *Characterizing*

Tingkat ranah afektif tertinggi adalah *characterization* nilai. Pada tingkat ini peserta didik memiliki sistem nilai yang mengendalikan perilaku sampai pada waktu tertentu hingga terbentuk gaya hidup. Hasil pembelajaran pada tingkat ini berkaitan dengan pribadi, emosi, dan sosial. (Ilmu et al., 2015)

Ada lima tipe karakteristik afektif yang penting, yaitu sikap, minat, konsep diri, nilai, dan moral.

a. Sikap

Menurut Fishbein dan Ajzen (1975) sikap adalah suatu predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara positif atau negatif terhadap suatu objek, situasi, konsep, atau orang. Sikap peserta didik terhadap objek misalnya sikap terhadap sekolah atau terhadap mata pelajaran. Sikap peserta didik ini penting untuk ditingkatkan (Popham, 1999). Untuk itu pendidik harus membuat rencana pembelajaran termasuk pengalaman belajar peserta didik yang membuat sikap peserta didik terhadap mata pelajaran menjadi lebih positif.

b. Minat

Menurut Getzel (1966), minat adalah suatu disposisi yang terorganisir melalui pengalaman yang mendorong seseorang untuk memperoleh objek khusus, aktivitas, pemahaman, dan keterampilan untuk tujuan perhatian atau pencapaian. Secara umum minat termasuk karakteristik afektif yang memiliki intensitas tinggi. Penilaian minat dapat digunakan untuk:

- a) Mengetahui minat peserta didik sehingga mudah untuk pengarahan dalam pembelajaran,
- b) Mengetahui bakat dan minat peserta didik yang sebenarnya,

- c) Pertimbangan penjurusan dan pelayanan individual peserta didik,
 - d) Menggambarkan keadaan langsung di lapangan/kelas,
 - e) Mengelompokkan peserta didik yang memiliki minat sama,
 - f) Acuan dalam menilai kemampuan peserta didik secara keseluruhan dan memilih metode yang tepat dalam penyampaian materi,
 - g) Mengetahui tingkat minat peserta didik terhadap pelajaran yang diberikan pendidik,
 - h) Bahan pertimbangan menentukan program sekolah,
 - i) Meningkatkan motivasi belajar peserta didik.
- c. Konsep Diri

Menurut Smith, konsep diri adalah evaluasi yang dilakukan individu terhadap kemampuan dan kelemahan yang dimiliki. Arah konsep diri bisa positif atau negatif, dan intensitasnya bisa dinyatakan dalam suatu daerah kontinum, yaitu mulai dari rendah sampai tinggi. Penilaian konsep diri dapat dilakukan dengan penilaian diri. Kelebihan dari penilaian diri adalah sebagai berikut.

- a) Pendidik mampu mengenal kelebihan dan kekurangan peserta didik.
- b) Peserta didik mampu merefleksikan kompetensi yang sudah dicapai.
- c) Pernyataan yang dibuat sesuai dengan keinginan penanya.
- d) Memberikan motivasi diri dalam hal penilaian kegiatan peserta didik.
- e) Peserta didik lebih aktif dan berpartisipasi dalam proses pembelajaran.
- f) Dapat digunakan untuk acuan menyusun bahan ajar dan mengetahui standar input peserta didik.

- g) Peserta didik dapat mengukur kemampuan untuk mengikuti pembelajaran.
- h) Peserta didik dapat mengetahui ketuntasan belajarnya.
- i) Melatih kejujuran dan kemandirian peserta didik.
- j) Peserta didik mengetahui bagian yang harus diperbaiki.
- k) Peserta didik memahami kemampuan dirinya.
- l) Pendidik memperoleh masukan objektif tentang daya serap peserta didik.
- m) Mempermudah pendidik untuk melaksanakan remedial, hasilnya dapat untuk instropeksi pembelajaran yang dilakukan.
- n) Peserta didik belajar terbuka dengan orang lain.
- o) Peserta didik mampu menilai dirinya.
- p) Peserta didik dapat mencari materi sendiri.
- q) Peserta didik dapat berkomunikasi dengan temannya.

d. Nilai

Nilai menurut Rokeach (1968), nilai merupakan suatu keyakinan tentang perbuatan, tindakan, atau perilaku yang dianggap baik dan yang dianggap buruk. Selanjutnya dijelaskan bahwa sikap mengacu pada suatu organisasi sejumlah keyakinan sekitar objek spesifik atau situasi, sedangkan nilai mengacu pada keyakinan.

e. Moral

Moral berkaitan dengan perasaan salah atau benar terhadap kebahagiaan orang lain atau perasaan terhadap tindakan yang dilakukan diri sendiri. Misalnya menipu orang lain, membohongi orang lain, atau melukai orang lain baik fisik maupun psikis. Moral juga sering dikaitkan dengan keyakinan agama seseorang, yaitu keyakinan akan perbuatan

yang berdosa dan berpahala. Jadi moral berkaitan dengan prinsip, nilai, dan keyakinan seseorang.

3. Psikomotor

Psikomotor terdiri dari praktik, fisik, keterampilan serta motorik. Pengajaran psikomotor, keterampilan, penerapan, serta penggabungan aktivitas mental dan fisik. Terdapat tujuh cakupan, yaitu:

- a. Persepsi, berkaitan dengan pemahaman. Keadaan yang menyadari suatu objek atau kualitas penggunaan seluruh organ indra. Seseorang merasakan adanya rangangan sebagai tanda untuk melakukan tugas tertentu. Misalnya, setelah mendengarkan bunyi mobil ambulans, orang tersebut akan menyetir mobilnya ke tepi untuk menghindari kecelakaan.
- b. Set, mengeset kesiapan otak untuk menjalankan tindakan psikomotor, yang diset adalah mental, fisik, dan emosi. Ada tiga perangkat, mental, fisik, dan emosi. Sebagai contoh, seseorang menggunakan penilaian untuk menentukan cara terbaik untuk melakukan tindakan motorik. Sebelum melakukan tindakan, seperti bangun dari kursi roda, seseorang berada pada bentuk dan posisi tubuh yang sesuai. Klien mungkin membuat komitmen untuk menjalankan latihan tertentu secara teratur.
- c. Respons terbimbing, Akan kinerja suatu tindakan, di bawah bimbingan seorang instructor. Hal ini merupakan tindakan meniru dari tindakan yang didemonstrasikan. Sebagai contoh, klien menyiapkan injeksi insulin setelah memperhatikan contoh dari perawat dan mencoba untuk menirunya dengan benar.

- d. Mekanisme, mekanisme merupakan tingkat perilaku yang lebih tinggi di mana seseorang telah memiliki kepercayaan diri dan ketrampilan dalam melakukan perilaku tertentu. Biasanya ketrampilan menjadi lebih kompleks dan mencakup lebih dari
- e. Beberapa tahapan daripada ketrampilan terbimbing. Sebagai contoh, klien mampu mengeluarkan sejumlah insulin dengan jarum suntik dari dosis yang berbeda.
- f. Respons kompleks terbuka, mencakup yang terdiri dari pola gerakan yang kompleks.. seseorang memperlihatkan ketrampilan secara halus dan benar tanpa ragu-ragu. Sebagai contoh, klien dapat menyuntikkan insulin secara mandiri pada berbagai tempat penyuntikkan.
- g. Adaptasi, terjadi bila seseorang mampu mengubah respon motorik ketika muncul masalah yang tidak diduga. Sebagai contoh, ketika perawat menyuntik, munculnya darah dalam alat suntikan karena diaspirasi mengakibatkan perubahan cara memegang alat suntik.
- h. Keaslian, merupakan aktivitas motorik yang paling kompleks yang mencakup penciptaan pola gerakan yang baru. Seseorang bertindak berdasarkan kemampuan dan Keaslian ketrampilan psikomotor yang ada. Sebagai contoh, seorang perawat menggunakan metode yang lain untuk penusukan vena pada klien yang mengalami pembengkakan tangan.

Semua domain belajar merupakan aspek yang harus berjalan secara terintegrasi. Ada kalanya seseorang hanya mahir atau sanggup menjalani salah satu dari ketiganya. Akan tetapi, berusaha untuk seimbang adalah pilihan yang jauh lebih baik.(Shofiyah, 2018)

BAB VIII

IDENTIFIKASI KEBUTUHAN BELAJAR

A. Identifikasi Kebutuhan Belajar Klien

Pengkajian dapat dimanfaatkan untuk lebih mengenal gaya belajar suatu populasi, dengan mengukur mengenal gaya belajar menggunakan *multiple intelligences of learning* (Bensley, Robert J, 2008). Pengkajian tipe ini membantu penyaji memahami metode pilihan seseorang dalam belajar seperti gerakan, lisan, visual, intrapersonal, matematis logika, dengan musik atau secara natural. Tujuan dari pengkajian ini adalah diperolehnya informasi dari individu, keluarga atau kelompok tentang kondisi kesehatan, dan berbagai hal yang dapat mempengaruhi proses pelaksanaan pendidikan kesehatan (Efendi, 2009). Metode yang dapat dilakukan dengan pengamatan langsung, wawancara dan mempelajari data yang telah ada (Efendi, 2009). Setelah itu, aspek yang dikaji adalah riwayat keperawatan, faktor budaya, faktor ekonomi, dan gaya belajar. (Identifikasi, 2018)

Promosi kesehatan didefinisikan sebagai perilaku klien menuju kesejahteraan dan mewujudkan potensi kesehatan manusia (Kozier, 2011). Pengkajian yang menyeluruh terhadap status kesehatan individu merupakan dasar promosi kesehatan. Seiring peningkatan otonomi perawat dalam memberi asuhan kepada klien, diperlukan keterampilan pengkajian yang lebih luas untuk memberikan data bermakna yang dibutuhkan untuk perencanaan kesehatan. Pada LTM ini penulis akan membahas mengenai komponen pengkajian kesiapan belajar individu serta teori motivasi belajar yang mendasari kesiapan individu dalam menerima pendidikan kesehatan.

B. Konsep Kesehatan Individu

Perawatan individu meningkat ketika perawat memahami konsep individualitas, holisme, homeostasis, kebutuhan manusia dan teori sistem. Dimensi individualitas mencakup karakter total, identitas diri dan persepsi seseorang. Karakter total seseorang terdiri atas perilaku, status emosi, sikap, perilaku, nilai, motif, kemampuan, kebiasaan dan penampilan. Identitas diri seseorang mencakup persepsi terhadap diri sebagai ansietas yang unik dan berbeda baik sendirian maupun dalam interaksi dengan orang lain. Persepsi seseorang mencakup cara seseorang mengintepretasikan lingkungan atau situasi yang secara langsung mempengaruhi cara orang tersebut berpikir, merasakan dan bertindak pada situasi tertentu.

Upaya membantu klien mencapai, mempertahankan atau mendapatkan kembali derajat kesehatan yang optimal, perawat perlu memahami klien sebagai seorang individu. Tiap individu merupakan makhluk yang unik yang berbeda dari manusia lain didunia dengan perbedaan kombinasi genetik, pengalaman hidup dan interaksi lingkungan. Ketika memberi asuhan, perawat harus berfokus pada konteks asuhan individual di mana perawat mengenal klien sebagai seorang individu, merujuk pada prinsip asuhan total dan menggunakan prinsip yang dapat diterapkan saat ini pada individu tersebut.

Perawat menganggap individu sebagai manusia utuh, menyeluruh atau holistik, bukan sebagai kumpulan bagian dan proses. Ketika diterapkan dalam keperawatan, konsep holisme menekankan bahwa perawat harus mengingat seseorang secara menyeluruh dan berusaha untuk memahami bagaimana satu area perhatian berhubungan dengan orang tersebut secara keseluruhan. Perawat juga

harus mempertimbangkan hubungan individu dengan lingkungan eksternal dan dengan orang lain. Canon dalam (Kozier, 2011) memandang makhluk hidup sebagai bagian yang terpisah dari lingkungan eksternal dan secara konstan berusaha mempertahankan ekuilibrium fisiologis atau keseimbangan, melalui adaptasi dengan lingkungan tersebut. Homeostasis kemudian merupakan kecenderungan tubuh untuk mempertahankan keadaan keseimbangan atau ekuilibrium sambil terus berubah.

C. Komponen Pengkajian Kesiapan Belajar

Komponen pengkajian ini adalah riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik, pengkajian kebugaran fisik, pengkajian gaya hidup, pengkajian spiritual, pengkajian sistem dukungan sosial, pengkajian risiko kesehatan, pengkajian kepercayaan kesehatan dan pengkajian tekanan hidup (Kozier, 2011)

1. Riwayat Kesehatan dan Pemeriksaan Fisik

Sebagian besar individu membutuhkan penjelasan mengenai pemeriksaan fisik. Perawat harus menjelaskan kapan dan di mana pemeriksaan fisik akan dilakukan, mengapa tindakan tersebut penting, dan apa yang terjadi saat pemeriksaan. Usia individu harus dipertimbangkan ketika mengumpulkan data. Saat melakukan pemeriksaan fisik pada individu dewasa, perawat perlu menyadari bahwa individu dengan usia yang sama memiliki perbedaan yang mencolok. Apabila klien berusia lanjut akan bijaksana jika perawat merencanakan beberapa sesi pemeriksaan fisik agar tidak terlalu melelahkan klien. Pemeriksaan fisik pada anak selalu dimulai dari tindakan yang kurang invasif atau tidak terlalu mengganggu ke tindakan yang invasif.

2. Pengkajian Gaya Hidup

Pengkajian gaya hidup berfokus pada gaya hidup personal dan kebiasaan klien, karena kedua hal tersebut mempengaruhi kesehatan. Kategori gaya hidup yang umumnya dikaji adalah aktivitas fisik, praktik nutrisi, manajemen stres dan kebiasaan seperti merokok, konsumsi alkohol dan penggunaan obat-obatan. Tujuan instrumen pengkajian gaya hidup adalah memberikan kesempatan kepada klien untuk mengkaji dampak gaya hidup mereka saat ini terhadap kesehatan dan sebagai landasan untuk membuat keputusan terkait perubahan perilaku dan gaya hidup.

3. Pengkajian Kesehatan Spiritual

Kesehatan spiritual adalah kemampuan untuk mengembangkan kondisi spiritual seseorang hingga mencapai potensi tertinggi, termasuk kemampuan untuk menemukan dan mengartikulasi tujuan dasar hidup seseorang, belajar cara merasakan cinta, kesenangan, kedamaian dan kepuasan serta cara membantu diri kita dan orang lain mencapai potensi tertinggi mereka (Pender et al., 2002 hlm 132) dalam (Kozier, 2011). Keyakinan spiritual seseorang dapat mempengaruhi interpretasi mereka terhadap kejadian dalam kehidupan mereka sehingga pengkajian kesejahteraan spiritual merupakan bagian dari evaluasi kesehatan umum seseorang.

4. Pengkajian Sistem Dukungan Sosial

Pemahaman terhadap konteks sosial tempat seseorang hidup dan bekerja sangat penting dalam promosi kesehatan. Individu dan kelompok melalui hubungan interpersonal, dapat memberikan kenyamanan, bantuan, dorongan dan informasi. Dukungan sosial membantu keberhasilan coping dan meningkatkan hidup yang memuaskan dan efektif (Pender et al., 2002 hlm 238) dalam (Kozier, 2011).

Sistem dukungan sosial berkontribusi terhadap kesehatan dengan menciptakan lingkungan yang mendorong perilaku sehat, meningkatkan rasa percaya diri dan kesejahteraan, memberikan umpan balik sehingga tindakan individu menciptakan hasil yang diharapkan. Contoh sistem dukungan sosial termasuk keluarga, kelompok pendukung sebaya, sistem pendukung religius yang dikelola oleh komunitas misalnya gereja. Fitur pemberian asuhan yang kompeten sesuai budaya menyuguhkan aspek dukungan sosial dalam konteks budaya.

Menurut Pender et al (2002) dalam (Kozier, 2011) perawat memulai pengkajian sistem dukungan sosial dengan meminta klien melakukan tugas berikut:

- a. Membuat daftar orang-orang yang memberikan dukungan personal
- b. Menyebutkan hubungan masing-masing orang, contohnya: anggota keluarga, teman kerja atau kuliah, kenalan
- c. Menidentifikasi individu yang telah menjadi sumber dukungan selama 5 tahun atau lebih.

Pengkajian tersebut memungkinkan perawat dan klien untuk membahas dan mengevaluasi kecukupan sistem dukungan klien bersama-sama dan apabila diperlukan merencanakan berbagai pilihan untuk meningkatkan sistem pendukung.

5. Pengkajian Kepercayaan Kesehatan

Kepercayaan kesehatan klien perlu diklarifikasi, terutama kepercayaan yang menentukan cara mereka mempersepsikan kendali terhadap status kesehatan mereka sendiri. Pengkajian kepercayaan kesehatan klien memberikan perawat indikasi seberapa besar klien percaya mereka dapat mempengaruhi atau mengontrol kesehatan

melalui perilaku personal. Apabila seseorang meyakini bahwa ia tidak memiliki kontrol terhadap hasil, akan sulit untuk memberikan motivasi untuk membuat perubahan yang diperlukan. Menyadari berbagai perbedaan ini dapat memberikan indikasi yang lebih baik kesiapan dan motivasi klien untuk terlibat dalam perilaku sehat.

Proses pembentukan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain: susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi dan belajar persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dsb. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak dalam mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku (Notoatmodjo, 2003).

Teori motivasi Abraham Maslow (1943-1970) dalam (Potter, 2011) mengemukakan bahwa pada dasarnya semua manusia memiliki kebutuhan pokok. Ia menunjukkannya dalam 5 tingkatan yang berbentuk piramid, orang memulai dorongan dari tingkatan terbawah. Lima tingkat kebutuhan itu dikenal dengan sebutan Hirarki kebutuhan Maslow, dimulai dari kebutuhan biologis dasar sampai motif psikologis yang lebih kompleks, yang hanya akan penting setelah kebutuhan dasar terpenuhi. Kebutuhan pada suatu peringkat paling tidak harus terpenuhi sebagian sebelum kebutuhan pada peringkat berikutnya menjadi penentu tindakan yang penting.

- a. Kebutuhan fisiologis (rasa lapar, haus, dsb)
- b. Kebutuhan rasa aman (merasa aman dan erlindung, jauh dari bahaya)
- c. Kebutuhan akan rasa cinta dan rasa memiliki (berafiliasi dengan orang lain, diterima, memiliki)

- d. Kebutuhan akan penghargaan (berprestasi, berkompetensi dan mendapatkan dukungan serta pengakuan)
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (kebutuhan kognitif, mengetahui, memahami dan menjelajahi, kebutuhan estetik, mendapatkan kepuasan diri dan menyadari potensinya)

Bila makanan dan rasa aman sulit diperoleh, pemenuhan kebutuhan tersebut akan mendominasi tindakan seseorang dan motif-motif yang lebih tinggi akan menjadi kurang signifikan. Orang hanya akan mempunyai waktu dan energi untuk menekuni minat estetika dan intelektual, jika kebutuhan dasarnya sudah dapat dipenuhi dengan mudah. Karya seni dan karya ilmiah tidak akan tumbuh subur dalam masyarakat yang anggotanya masih harus bersusah payah mencari makan, perlindungan dan rasa aman.

Berdasarkan pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa pengkajian yang lengkap dan akurat terhadap status kesehatan individu merupakan landasan promosi kesehatan. Instrumen pengkajian gaya hidup memberikan klien kesempatan untuk mengkaji dampak perilaku gaya hidup mereka saat ini terhadap kesehatan mereka dan untuk membuat keputusan mengenai perubahan gaya hidup tertentu. Penilaian resiko kesehatan memberi data yang dapat memengaruhi individu mengadopsi perilaku hidup sehat. Motivasi individu menjadi kunci domain perubahan perilaku seseorang, di mana jika seseorang sudah terpenuhi kebutuhan dasar manusianya, mereka dapat lebih mudah menerima informasi baru dan mengadopsinya dalam kehidupan sehari-hari (Laverack, 2020).

BAB IX

PRINSIP DAN STRATEGI PEMBELAJARAN DALAM PEMBELAJARAN KESEHATAN

A. Prinsip dalam Pembelajaran Kesehatan

Prinsip-prinsip pendidikan kesehatan menurut Mubarak & Chayatin (2009) adalah:

1. Belajar mengajar berfokus pada klien, pendidikan klien adalah hubungan klien yang berfokus pada kebutuhan klien yang spesifik.
2. Belajar mengajar bersifat menyeluruh, artinya dalam memberikan pendidikan kesehatan harus dipertimbangkan klien secara kesehatan tidak hanya berfokus pada muatan spesifik saja.
- 3) Belajar mengajar negoisasi. Dimana petugas kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui.
3. Belajar mengajar yang interaktif, di mana proses belajar-mengajar adalah suatu proses yang dinamis dan interaktif, yang melibatkan partisipasi dari petugas kesehatan dan klien
4. Pertimbangan usia dalam pendidikan kesehatan, untuk menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga perlu dipertimbangkan usia klien dan hubungan dengan proses belajar mengajar (Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, 2014).

B. Strategi dalam Pembelajaran Kesehatan

Strategi pendidikan kesehatan menurut Soekidjo (2003) untuk mencapai tujuan dan sasaran pendidikan kesehatan dilakukan strategi kegiatan sebagai berikut:

1. Penyebarluasan Informasi Kesehatan Kegiatan ini meliputi pengkajian sosial budaya kesehatan, sistem komunikasi dan teknologi yang tepat dalam pengembangan masyarakat. Pengembangan penciptaan dan penyebarluasan bahan pendidikan kesehatan melalui media massa agar pesan kesehatan menjadi bagian yang terpadu dengan pesan pembangunan nasional.
2. Pengembangan Potensi Swadaya Masyarakat di Bidang Kesehatan Kegiatan ini meliputi pengembangan sikap, kemampuan dan motivasi LSM dan organisasi kemasyarakatan lainnya dalam pembudayaan hidup sehat dan penyebarluasan metodologi pengembangan masyarakat melalui ormas dan kelompok potensial lainnya. Pengembanagan kerja sama yang paling menguntungkan antara pemerintah dan masyarakat berprestasi tinggi guna menopang kesehatan masyarakat miskin serta mengembangkan kelompok keluarga mandiri sebagai teladan.
3. Pengembangan Penyelenggaraan Penyuluhan Di selenggarakan melalui pengembanagan sikap, kemampuan dan motivasi petugas kesehatan baik pemerintah maupun swasta di bidang penyuluhan, institusi pendidikan dan litbang serta pembentukan kemitraan antara pemerintah, kelompok profesi dan masyarakat dalam penyelenggaraan penyuluhan.

Pengertian Strategi promosi kesehatan Untuk mewujudkan atau mencapai visi dan misi promosi kesehatan secara efektif dan efisien, diperlukan cara dan pendekatan yang strategis. Cara ini sering disebut 'strategi', yakni teknik atau cara bagaimana mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan tersebut secara berhasil guna dan berdaya guna. Strategi promosi kesehatan berdasarkan rumusan WHO (1994) secara global ini terdiri dari tiga hal, yaitu:

1. Advokasi (Advocacy) Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain agar orang lain tersebut membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor, dan di berbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan tersebut dapat berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi, dan sebagainya. Kegiatan advokasi ini ada bermacam-macam bentuk, baik secara formal maupun informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat yang terkait. Kegiatan advokasi secara informal misalnya sowan kepada para pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal meminta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, atau mungkin dalam bentuk dana atau fasilitaslain. Dari uraian 4 dapat disimpulkan bahwa sasaran advokasi adalah para pejabat baik eksekutif maupun legislatif, di berbagai tingkat dan sektor, yang terkait dengan masalah kesehatan

- (sasaran tertier).
2. Dukungan Sosial (*Social support*) Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat (penerima program) kesehatan. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui toma pada dasarnya adalah mensosialisasikan program-program kesehatan agar masyarakat mau menerima dan mau berpartisipasi terhadap program-program tersebut Oleh sebab itu, strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya bina suasana, atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial ini antara lain: pelatihan-pelatihan paratoma, seminar, lokakarya, bimbingan kepada toma, dan sebagainya. Dengan demikian maka sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat (sasaran sekunder).
 3. Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*) Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan pada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antarlain: penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya: koperasi, pelatihan-pelatihan untuk

kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (income generating skill). Dengan meningkatnya kemampuan ekonomi keluarga akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka, misalnya: terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes, dan sebagainya. Kegiatan-kegiatan semacam ini di masyarakat sering disebut gerakan masyarakat untuk kesehatan. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat.

Strategi promosi kesehatan menurut Piagam Ottawa Konferensi Internasional promosi kesehatan di Ottawa ± Canada pada tahun 1986 menghasilkan piagam Ottawa (Ottawa Charter). Di dalam piagam Ottawa tersebut dirumuskan pula strategi baru promosi kesehatan, yang mencakup 5 butir, yaitu:

1. Kebijakan berwawasan kebijakan (*health public policy*) Adalah suatu strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada para penentu atau pembuat kebijakan agar mereka mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan kesehatan. Dengan perkataan lain agar kebijakan-kebijakan dalam bentuk peraturan, perundangan, surat-surat keputusan dan sebagainya, selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan public. Misalnya, ada peraturan atau undang-undang yang mengatur adanya analisis dampak lingkungan untuk mendirikan pabrik, perusahaan, rumah sakit, dan sebagainya. Dengan kata lain, setiap kebijakan yang dikeluarkan oleh pejabat publik, harus memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan (kesehatan masyarakat).

2. Lingkungan yang mendukung (*supportive environment*). Strategi ini ditujukan kepada para pengelola tempat umum, termasuk pemerintah kota agar mereka menyediakan sarana-prasarana atau fasilitas yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat, atau sekurang-kurangnya pengunjung tempat-tempat umum tersebut. Lingkungan yang mendukung kesehatan bagi tempat-tempat umum lainnya: tersedianya tempat sampah, tersedianya tempat buang air besar/kecil, tersedianya air bersih, tersedianya ruangan bagi perokok dan non-perokok, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, para pengelola tempat-tempat umum, pasar, terminal, stasiun kereta api, bandara, pelabuhan, *mall*, dan sebagainya, harus menyediakan sarana dan prasarana untuk mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya.
3. Reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health service*). Sudah menjadi pemahaman masyarakat pada umumnya bahwa dalam pelayanan kesehatan itu ada 3 *provider*' dan 3 *consumer*'. Penyelenggara (penyedia) pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta, dan masyarakat adalah sebagai pemakai atau pengguna pelayanan kesehatan. Pemahaman semacam ini harus diubah, harus diorientasikan lagi, bahwa masyarakat bukan sekedar pengguna atau penerima pelayanan kesehatan, tetapi sekaligus juga sebagai penyelenggara, dalam batas-batas tertentu. Realisasida riereontitas pelayanan kesehatan ini, adalah para penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintrah maupun swasta harus melibatkan, bahkan

memberdayakan masyarakat agar mereka juga dapat berperan bukan hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan, tetapi juga sekaligus sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan. Dalam meorientasikan pelayanan kesehatan ini peran promosi kesehatan sangat penting.

4. Keterampilan individu (*personnel skill*). Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat yang terdiri dari individu, keluarga, dan kelompok-kelompok. Oleh sebab itu, kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu-individu, keluarga-keluarga dan kelompok-kelompok tersebut terwujud. Oleh sebab itu, strategi untuk mewujudkan keterampilan individu-individu (*personnel skill*) dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah sangat penting. Langkah awal dari peningkatan keterampilan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka ini adalah memberikan pemahaman kepada anggota masyarakat tentang cara-cara memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan profesional, meningkatkan kesehatan, dan sebagainya. Metode dan teknik pemberian pemahaman ini lebih bersifat individu daripada massa.
5. Gerakan masyarakat (*community action*). Untuk mendukung perwujudan masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya seperti tersebut dalam visi promosi kesehatan ini, maka di dalam masyarakat itu sendiri harus ada gerakan atau kegiatan-kegiatan untuk kesehatan. Oleh karena itu, promosi kesehatan harus mendorong dan memacu kegiatan-kegiatan

di masyarakat dalam mewujudkan kesehatan mereka. Tanpa adanya kegiatan masyarakat di bidang kesehatan, niscaya terwujud perilaku yang kondusif untuk kesehatan atau masyarakat yang mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka (Lisa, 2018).

BAB X

IMPLEMENTASI PENDIDIKAN KLINIK

Pembelajaran klinik keperawatan merupakan salah satu proses pendidikan keperawatan professional yang mengandung proses pendidikan akademik dan proses pendidikan profesional. Pembelajaran klinik keperawatan adalah sebuah perwujudan dari penjabaran pelaksanaan kurikulum pendidikan keperawatan guna membekali peserta didik untuk dapat mengaplikasikan ilmunya di masyarakat berdasarkan kompetensi yang dimiliki. (1) Pembelajaran klinik berupaya memberikan kesempatan pada peserta didik untuk menerapkan ilmu yang dipelajari di kelas ke dalam keadaan nyata guna mendapatkan pengalaman nyata untuk mencapai kemampuan profesional (intelektual, teknikal, dan interpersonal). (2) Selain itu, pembelajaran klinik juga berupaya untuk mengembangkan sikap-sikap dan ketrampilan sesuai dengan lingkup praktek keperawatan. Pembelajaran klinik keperawatan bertujuan untuk memantapkan peran dan fungsi mahasiswa keperawatan sebagai perawat pendidik, pelaksana, pengelola, dan peneliti di bidang keperawatan yang bertujuan untuk menghasilkan tenaga profesional yang dapat mengimbangi kemajuan dan ilmu pengetahuan terutama di bidang kedokteran.

Selain hal tersebut di atas, proses pembelajaran klinik juga bertujuan memandirikan peserta didik sebagai komunitas belajar untuk mencapai tujuan kompetensi yang diharapkan di mana kompetensi yang dibangun dalam pembelajaran klinik ini telah disesuaikan dengan tuntutan perkembangan dan kebutuhan daya saing, melengkapi sumber daya pendidikan terutama staf akademik, rumah sakit pendidikan, dan lahan praktik keperawatan serta

laboratorium pendidikan. Pengelolaan pembelajaran klinik keperawatan yang baik akan menjamin mahasiswa untuk memperoleh pengalaman nyata di tatanan sesuai dengan tujuan pembelajaran dan pencapaian kompetensi yang diharapkan.

Terciptanya perawat yang professional akan didukung oleh keberadaan pembimbing klinik yang menjalankan peran dan fungsinya, pemilihan metode pembelajaran yang tepat, rumah sakit pendidikan yang memadai, serta perawat rumah sakit yang mengembangkan budaya komunitas professional keperawatan, akan menjadi fasilitas utama dalam penyelenggaraan pembelajaran klinik. Proses pembelajaran klinik berfungsi untuk meningkatkan pelayanan keperawatan professional. Hal ini memungkinkan terjadinya transformasi perilaku peserta didik dari mahasiswa keperawatan menjadi perawat professional. Proses pembelajaran klinik harus dilaksanakan dengan baik di pusat pelayanan keperawatan (nursing center) sebagai pusat pelayanan kesehatan. Proses pembelajaran klinik ini harus mendukung proses profesionalisasi keperawatan, membina asuhan keperawatan profesional, membina sistem pendidikan tinggi keperawatan, membina kehidupan profesi keperawatan, dan memberi konsultasi keperawatan professional.

Metode pembelajaran mempunyai andil yang cukup besar dalam proses pembelajaran. Pemilihan metode pembelajaran yang tepat dapat menumbuhkan minat peserta didik untuk mengikuti kegiatan belajar-mengajar. Metode pembelajaran berfungsi sebagai cara untuk menghantarkan bahan pelajaran agar sampai kepada peserta didik untuk mencapai kompetensi yang diharapkan. Kompetensi tersebut dapat dicapai dengan menggunakan metode pembelajaran yang efektif. Metode pembelajaran ini merupakan metode dalam bentuk teori, praktik, maupun dalam tatanan

nyata praktik di klinik. Metode pembelajaran klinik keperawatan merupakan suatu metode untuk mendidik yang memungkinkan pembimbing klinik memilih dan menerapkan cara mendidik yang sesuai dengan tujuan dan karakteristik individu peserta didik berdasarkan kerangka konsep pembelajaran dalam ilmu keperawatan. Jenis metode pembelajaran klinik/lapangan meliputi metode pengalaman, metode pemecahan masalah, konferensi/kelompok diskusi, observasi, *bedside teaching*, *nursing care study*, dan Ronde Keperawatan. Metode pembelajaran klinik ini sangat mempengaruhi hasil pencapaian belajar mahasiswa selama menjalani proses pembelajaran klinik.

Metode pembelajaran klinik merupakan suatu metode untuk mendidik mahasiswa di klinik yang memungkinkan dosen/pembimbing klinik untuk memilih dan menerapkan cara mendidik yang sesuai dengan tujuan dan karakteristik individual mahasiswa berdasarkan kerangka konsep pembelajaran.

Menurut Schweekang Gebbie, praktik klinik merupakan "*the heart of the total curriculum plan*". Pendapat ini menunjukkan bahwa unsur penting dalam pendidikan keperawatan adalah bagaimana proses pembelajaran di klinik. Proses pembelajaran dipengaruhi oleh mahasiswa dan dosen. Pembelajaran klinik merupakan suatu bentuk belajar profesional yang menyokong terjadinya belajar yang berfokus pada pasien dan situasi yang nyata yaitu interaksi antara pengajar, peserta didik, dan pasien. Sedangkan menurut Swheer, metode pembelajaran klinik adalah suatu sarana yang dapat memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk menerapkan pengetahuan teori ke dalam pembelajaran dengan menerapkan beberapa ketrampilan intelektual dan psikomotor yang diperlukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas

pada pasien. Tujuan dari pembelajaran klinik tersebut antara lain:

1. Meningkatkan pemahaman peserta didik tentang ilmu pengetahuan dan masalah keperawatan.
2. Menumbuhkan dan membina sikap serta ketrampilan profesional sebagai perawat.
3. Mengadakan adaptasi atau penyesuaian profesional di lingkungan di mana mereka kelak akan bekerja.

Pengalaman belajar lapangan dan pengalaman belajar klinik bukan mempekerjakan mahasiswa di Rumah Sakit atau lapangan akan tetapi menjadikannya sebagai pengalaman belajar dalam pengertian sebagai bagian dari proses pendidikan. Pengalaman tersebut antara lain mahasiswa akan berhadapan dengan pasien dan penyakitnya langsung, memberikan tindakan keperawatan dan melaporkan hasil kelolaan kasus kepada pembimbing klinik yang merupakan rutinitas sehari-hari saat praktek klinik. Selain pengalaman-pengalaman tersebut mahasiswa yang pertama kali praktek klinik kadang-kadang juga merasa takut dan sering beranggapan bahwa perawat senior bersifat galak dan suka menyuruh. Anggapan tersebut akan hilang setelah praktek klinik yang selanjutnya. Dalam menentukan pembelajaran klinik, maka harus memenuhi syarat sebagai berikut:

1. Metode harus sesuai dengan kemampuan pengalaman dan karakteristik peserta
2. Metode harus sesuai dengan tujuan pembelajaran yang telah dirancang
3. Metode harus sesuai dengan kemampuan pembimbing terhadap kerangka konsep proses pembelajaran.
4. Metode harus sesuai dengan sumber-sumber dan keterbatasan lahan praktek.
5. Metode harus sesuai dengan filosofi keperawatan
6. Metode harus sesuai dengan kompetensi yang ada.

Jenis Metode Pembelajaran Klinik Dosen/ pembimbing klinik bertanggung jawab menentukan metode pembelajaran di klinik untuk mendukung tujuan pembelajaran keperawatan. Beberapa metode klinik yang biasa digunakan adalah metode eksperensial, pemecahan masalah, konferensi, observasi, multimedia, *self directed*, *preceptorship*, *demonstrasi*, *bed side teaching*, *nursing clinic*.

Metode Eksperensial (Penugasan)

Metode eksperensial merupakan metode berupa penugasan untuk membuat catatan dan laporan secara tertulis, dilahan praktek. Metode pengajaran ini memberikan pengalaman langsung dari kejadian yang didasarkan pada konsep pembelajaran fenomenologik. Metode ini juga menyediakan interaksi di antara mahasiswa dengan lingkungan yang menjadi tempat pembelajaran. Metode eksperensial merupakan suatu metode yang dipergunakan pembimbing akademik dalam membantu peserta didik dalam menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan terhadap kasus yang terjadi dengan pasien atau keluarga pasien. Proses Insiden dalam esperensial membantu peserta didik mengembangkan keterampilan reflektif berdasarkan kejadian klinik/insiden, insiden berasal dari pengalaman praktik aktual atau dikembangkan secara hipotetikan, dan dapat dalam bentuk insiden terkait klien, staf atau tatanan praktik.

Metode eksperensial meliputi situasi penyelesaian masalah yang dapat membantu peserta didik meningkatkan sikap profesional, mampu menerapkan masalah konseptual keperawatan dalam kurikulum berdasarkan masalah aktual, menggambarkan secara tertulis kejadian atau peristiwa klinik dan situasi pengambilan keputusan berupa pengujian data yang

ada, pengidentifikasian alternatif tindakan, penentuan prioritas tindakan, serta pembuatan keputusan. Metode eksperensial meliputi penugasan klinik, penugasan tertulis, simulasi dan permainan. Contoh penugasan klinik yaitu mahasiswa melakukan ketrampilan psikomotor dan pengembangan ketrampilan penyelesaian masalah dalam pengambilan keputusan, berdasarkan moral dan etik. Contoh penugasan tertulis yaitu menulis rencana keperawatan, studi kasus, perencanaan pendidikan kesehatan, proses pencatatan, membuat laporan kunjungan, pembuatan makalah dan catatan kerja peserta didik tentang hasil observasi di lapangan serta pengalaman prakteknya. Contoh simulasi dan permainan yaitu menggunakan model boneka dalam melakukan keterampilan misalnya pemeriksaan payudara, kateterisasi urine, serta pemberian injeksi.

Peran pembimbing akademik dalam metode eksperensial yaitu dengan membantu peserta didik menganalisis situasi klinik melalui pengidentifikasian masalah, menentukan tindakan yang akan diambil, mengimplementasikan pengetahuan dalam masalah klinik, menekankan hubungan antara pengalaman belajar lalu dan pengalaman terhadap masalah lalu, berasal dari teori kognitif yang dipadukan dengan teori proses informasi dan teori pengambilan keputusan. Kegunaan dari metode eksperensial adalah membantu peserta didik menganalisis situasi klinik melalui proses identifikasi masalah, menentukan tindakan yang akan diambil, mengimplementasikan pengetahuan ke dalam masalah klinik, serta menekankan hubungan antara pengalaman belajar yang lalu dengan pengalaman masa lalu.

Metode Pemecahan Masalah

Metode pemecahan masalah membantu mahasiswa dalam menganalisis situasi klinis yang bertujuan untuk

menjelaskan masalah yang akan diselesaikan, memutuskan tindakan yang akan diambil, menerapkan pengetahuan untuk memecahkan suatu masalah klinis, memperjelas keyakinan dan nilai seseorang. Metode pemecahan masalah mempunyai kelebihan dan kelemahan. Metode pemecahan masalah mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode pemecahan masalah adalah mahasiswa belajar untuk berpikir kritis untuk memecahkan masalah, mahasiswa dituntut harus menguasai materi pembelajaran agar mendapatkan solusi yang tepat untuk masalah klien, serta mahasiswa dapat menerapkan asuhan keperawatan yang tepat. Sedangkan kelemahan metode pemecahan masalah antara lain pembimbing klinik harus memberikan perhatian yang maksimal kepada mahasiswa dan mahasiswa yang tidak menguasai materi akan mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan.

Metode Konferensi

Jenis metode konferensi meliputi konferensi praklinik (*preconference*) dan konferensi pascaklinik (*postconference*). Konferensi praklinik merupakan kegiatan berdiskusi kelompok tentang praktik klinik yang akan didiagnosis keperawatan hari pertama masih berlaku; apakah diagnosis atau masalah keperawatan yang ditemukan berdasarkan pengkajian akurasi; apa rencana dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada hari ini, sedangkan konferensi pascaklinik dilakukan segera setelah praktik dilaksanakan. Tujuan dari konferensi pascaklinik antara lain untuk menilai kemampuan peserta didik dalam mengevaluasi perkembangan klien, menilai kemampuan peserta didik dalam menyiapkan praktik pada hari tersebut, menilai perkembangan kemampuan menulis diagnosis keperawatan pada hari tersebut.

Pelaksanaan metode konferensi pra praktik meliputi konferen hari pertama dan hari ke dua serta seterusnya. Konferen pra praktik klinik hari pertama di mana Pembimbing menjelaskan tentang karakteristik ruang rawat, staf dan tim pelayanan kesehatan lain di mana para peserta didik akan ditempatkan. Pembimbing mengkaji kembali persiapan peserta didik untuk menghadapi dan memberikan asuhan keperawatan dengan klien secara baik. mengingatkan peserta didik untuk membawa perlengkapan dasar, sedangkan konferensi paska praktik klinik di mana pembimbing melakukan diskusi dengan peserta didik untuk membahas tentang klien, pembimbing memberikan kesempatan untuk peserta didik dalam mengutarakan pendapat, diskusi dilakukan ditempat khusus atau terpisah. Adapun konferen hari ke dua dan selanjutnya merupakan konferen pra praktik klinik di mana pembimbing membahas tentang perkembangan klien dan rencana tinakan di hari kedua dan selanjutnya, menyiapkan kasus lain apabila kondisi klien tidak mungkin untuk diintervensi.

Pelaksanaan konferen pasca praktik klinik dilakukan segera setelah praktik. Konferen ini berguna untuk memperoleh kejelasan tentang asuhan yang telah diberikan, membagi pengalaman antar peseta didik, dan mengenali kualitas keterlibatan peserta didik. Kegunaan metode konferensi yang dirancang melalui diskusi kelompok dapat meningkatkan pembelajaran penyelesaian masalah dalam kelompok melalui analisis kritikal, pemilihan alternative pemecahan maslah, dan pendekatan kreatif; memberi kesempatan mengemukakan pendapat dalam penyelesaian masalah; menerima umpan balik dari kelompok atau pengajar; memberi kesempatan terjadinya peer review, diskusi

kepedulian, isu, dan penyelesaian masalah oleh disiplin ilmu lain; berinteraksi dan menggunakan orang lain sebagai narasumber; meningkatkan kemampuan memformulasikan ide; adanya kemampuan peserta didik untuk berkontribusi; meningkatkan rasa percaya diri dalam berinteraksi dengan kelompok; kemampuan menggali perasaan, sikap, dan nilai-nilai yang memengaruhi praktik; mengembangkan keterampilan berargumentasi; serta mengembangkan keterampilan kepemimpinan.

Metode Observasi

Metode observasi yaitu metode yang bertujuan untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dengan mengembangkan perilaku baru untuk pembelajaran masa mendatang. Metode ini meliputi:

1. *Observasi lapangan*. Observasi lapangan dilakukan untuk memperoleh pengalaman masa mendatang dan perspektif tentang asuhan keperawatan, melihat perilaku orang lain serta observasi situasi klinik.
2. *Field trip (karya wisata)*. Field trip dilakukan di luar tatanan praktek dengan mengkaji pengalaman yang tidak terdapat di lahan utama.
3. *Ronde keperawatan*. Ronde keperawatan merupakan metode observasi secara langsung dengan mengkaji asuhan keperawatan dan informasi dari klien. Pembimbing memperkenalkan klien dan berdiskusi dengan klien, hasil diskusi observasi terhadap klien dilakukan di luar lingkungan klien. Ronde keperawatan merupakan metode pembelajaran klinik yang memungkinkan peserta didik mentransfer dan mengaplikasikan pengetahuan teoritis ke dalam praktik keperawatan secara langsung. Tujuan ronde keperawatan adalah menumbuhkan cara berpikir kritis (*problem based learning-PBL*), menumbuhkan pemikiran

bahwa tindakan keperawatan berasal dari masalah klien, meningkatkan pola pikir sistematis, meningkatkan validitas data klien, menilai kemampuan menentukan diagnosis keperawatan, meningkatkan kemampuan membuat justifikasi, menilai hasil kerja, dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan (renpra). Karakteristik ronde keperawatan adalah klien dilibatkan langsung, klien merupakan fokus kegiatan peserta didik, peserta didik dan pembimbing melakukan diskusi, pembimbing memfasilitasi kreaktifitas peserta didik adanya ide-ide baru, serta klinik membantu mengembangkan kemampuan peserta didik untuk meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah. Tugas peserta didik dalam ronde keparawatan meliputi menjelaskan data demografi, menjelaskan masalah keperawatan utama, menjelaskan intervensi yang dilakukan, menjelaskan hasil yang didapat, menentukan tindakan selanjutnya, serta menjelaskan alasan ilmiah tindakan yang diambil. Peran pembimbing dalam metode ronde keperawatan meliputi membantu peserta didik untuk belajar; mendukung dalam proses pembelajaran, memberikan justifikasi; memberikan Reinforcement; menilai kebenaran dari masalah dan intervensi keperawatan serta rasional tindakan, mengarahkan dan mengoreksi; serta mengintegrasikan teori dan konsep yang telah dipelajari. Masalah dalam metode ronde keperawatan akan menjadi kendala yang menyebabkan hasil tidak maksimal. Masalah-masalah ini meliputi berorientasi pada prosedur keperawatan, persiapan sebelum praktik kurang memadai, belum ada keseragaman tentang hasil ronde keperawatan, dan belum ada kesepakatan tentang rmodel ronde keperawatan.

4. *Metode demonstrasi.* Metode demonstrasi merupakan metode pembelajaran dengan cara memperagakan sesuatu prosedur dan menggunakan alat dengan disertai suatu penjelasan. Metode ini sering digunakan pada pendidikan keperawatan dalam materi prosedur keperawatan, metode ini dilaksanakan di rumah sakit, dan laboratorium keperawatan. Praktek metode demonstrasi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Cara tidak langsung dilakukan oleh tenaga perawat yang disaksikan oleh peserta didik dalam tugas sehari-hari, secara langsung adalah apa yang dipersiapkan secara teliti dan disajikan oleh peserta dengan keahliannya dibantu pembimbing tentang bagaimana melakukan suatu prosedur keperawatan.
5. *Multimedia.* Multimedia memberikan pembelajaran yang multisensorik. Pada umumnya, semakin banyak indera yang digunakan maka pesan yang disampaikan lebih dikonseptualkan. Metode pembelajaran visual memberikan peningkatan pemahaman secara visual mahasiswa dalam pemecahan masalah, metode secara auditori mengoptimalkan pendengaran mahasiswa untuk memusatkan perhatian, metode psikomotor meningkatkan keterampilan peragaan yang dilakukan oleh mahasiswa. Metode multimedia mempunyai kelebihan dan kelemahan. beberapa kelebihan metode multimedia adalah meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam pemecahan masalah, mengambil keputusan dan berpikir kritis, mendorong mahasiswa untuk mengevaluasi tindakan sendiri, membantu mahasiswa untuk menerapkan konsep keperawatan yang nyata di klinik. Sedangkan

kelemahan metode multimedia yaitu fasilitas yang tidak lengkap akan menghambat pengajaran, pembimbing klinik yang kurang menggunakan variasi media akan membuat mahasiswa kurang memahami pengajaran yang diberikan, serta keterbatasan media akan menghambat mahasiswa untuk memaksimalkan pelaksanaan konsep keperawatan.

6. *Self Directed Metode*. *Self Directed* memberi kemampuan mahasiswa untuk dapat membuat pilihan dan keputusan sendiri dalam pembelajaran. Metode ini berusaha memperlihatkan perbedaan dan kebutuhan individual mahasiswa. Mahasiswa diberikan kebebasan untuk dapat menambah pengetahuannya dengan mencari pembelajaran dari sumber – sumber yang dapat menunjang pembelajarannya misalnya majalah, internet, film, video, jurnal penelitian, dll. Metode ini dapat membantu mahasiswa untuk menghadapi kegiatan praktik klinis, mencapai keterampilan yang maksimal. Ada beberapa metode pengajaran self directed yaitu kontrak pembelajaran, belajar sendiri dan modul kecepatan diatur sendiri. Metode *Self Directed* mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode self directed adalah memperlihatkan tanggung jawab mereka terhadap hasil yang didapatkan, memberikan kebebasan untuk mengatur belajarnya sendiri tanpa prosedur negosiasi kontrak pembelajaran, serta memperbaharui keterampilan dan pengetahuan klinis. Sedangkan beberapa kelemahan metode self directed adalah mahasiswa sering mengabaikan tugas belajarnya, belajar tambahan, mahasiswa sering tidak mendapatkan

tujuan belajar yang diharapkan karena tidak bisa mengatur waktu belajar dengan baik.

7. *Preceptorship Metode*. *Preceptorship* didasarkan pada konsep modeling. Mahasiswa memperoleh atau memodifikasi perilaku dengan cara mengobservasi sendiri suatu model yang memiliki perilaku yang dibutuhkan mahasiswa dan mereka juga memperoleh kesempatan untuk mempraktikkan perilaku tersebut. Pembimbing klinik membimbing mahasiswa untuk mempermudah transisi peran mahasiswa yang akan lulus dan mempermudah jalan masuk ke lingkungan kerja. Kriteria *preceptorship* antara lain harus berpengalaman dalam bidangnya, profesional, berjiwa pemimpin, memahami konsep dan asuhan keperawatan. Selain itu, seorang *preceptorship* juga harus mampu mengadakan perubahan, mampu menjadi role model, berminat dalam bidang keperawatan. Pembimbing klinik berperan memberikan bimbingan mahasiswa dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk perawatan klien dan mempelajari peran dan tanggung jawab perawat di lahan praktik, memperbaiki kemampuan mahasiswa jika melakukan kesalahan untuk mendukung perencanaan dan tindakan keperawatan, melakukan orientasi dan sosialisasi terkait tentang prosedur-prosedur dan kebijakan di lahan klinik, melakukan evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan oleh mahasiswa selama di lahan klinik, memberikan pendelegasian untuk menjaga hal-hal yang tidak diinginkan selama tidak mendampingi mahasiswa selama pengajaran klinik. Metode *preceptorship* mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode *preceptorship* yaitu mahasiswa

dapat menunjukkan perilaku menjadi teladan serta pembimbing klinik memberikan pengaruh yang positif kepada mahasiswa sehingga perilaku yang negatif dapat dibatasi, sedangkan beberapa kelemahan metode *preceptorship* adalah pembimbing klinik yang tidak menunjukkan perilaku teladan akan menimbulkan konflik dalam diri mahasiswa dan mahasiswa sering melakukan metode ini secara subjektif bukan objektif.

8. *Bed-side teaching*. *Bed-side teaching* merupakan metode pengajaran peserta didik yang dilakukan di samping tempat tidur klien, meliputi kegiatan mempelajari kondisi klien dan asuhan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien. Manfaat dari metode *bed-side teaching* adalah agar pembimbing klinik dapat mengajarkan dan mendidik peserta didik untuk menguasai keterampilan prosedural, menumbuhkan sikap profesional, mempelajari perkembangan biologis/fisik, melakukan komunikasi melalui pengamatan langsung. Prinsip pelaksanaan *bed-side teaching* meliputi sikap fisik maupun psikologis dari pembimbing klinik, peserta didik, dan klien; jumlah peserta didik dibatasi, yaitu 5-6 orang; diskusi pada awal dan pasca demonstrasi di depan klien seminimal mungkin; pembelajaran dilanjutkan dengan demonstrasi ulang; evaluasi pemahaman peserta didik dilakukan sesegera mungkin; kegiatan yang didemonstrasikan adalah sesuatu yang belum pernah diperoleh peserta sebelumnya atau kesulitan yang dihadapi peserta; sebelum melakukan pembelajaran, peserta dan pembimbing klinik perlu melakukan persiapan persiapan fisik maupun psikologi. Pelaksanaan *bed-side teaching* perlu persiapan sebaik mungkin.

Hal yang perlu dipersiapkan sebelum melakukan bed-side teaching yaitu mahasiswa mendapatkan kasus yang dapat memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk menerapkan keterampilan teknik prosedural dan interpersonal. Selain itu koordinasi dengan staff di klinik agar tidak mengganggu jalannya rutinitas perawatan klien, serta melengkapi peralatan atau fasilitas yang akan digunakan juga perlu dilakukan sebelum melakukan proses bed-side teaching.

9. *Nursing Clinic Metode*. *Nursing clinic* adalah metode penyajian pasien dengan menggunakan kehadiran seorang pasien yang dipilih sebagai fokus diskusi kelompok dengan tujuan dapat memberikan pengalaman langsung dalam pembahasan prinsip-prinsip dan prosedur perawatan dari pasien, metode ini sering digunakan di lahan praktek khususnya di rumah sakit. Pembimbing klinik memberikan penjelasan mengenai prosedur untuk membahas kondisi seorang pasien. Metode *Nursing Clinic* mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode nursing clinic yaitu mahasiswa dapat lebih meningkatkan keterampilan secara mandiri, mahasiswa dapat belajar menggali perasaan klien, serta mahasiswa dapat belajar menerapkan etika keperawatan dengan prinsip menjaga kerahasiaan informasi klien. Sedang kelemahan metode nursing clinic di antaranya mahasiswa yang kurang terampil akan sulit melaksanakan konsep keperawatan yang baik serta perilaku mahasiswa yang tidak profesional akan membuat klien tidak nyaman. (Ismainar, 2015)

Faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan Menurut Notoatmojo (2012), ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan di antaranya yaitu:

1. Promosi kesehatan dalam faktor predisposisi Promosi kesehatan bertujuan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakatnya. Di samping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan, pameran, iklan layanan kesehatan, dan sebagainya.
2. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor *enabling* (penguat). Bentuk promosi kesehatan dilakukan agar dapat memberdayakan masyarakat dan mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara bantuan teknik memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana. c) Promosi kesehatan dalam faktor reinforcing (pemungkin) promosi kesehatan ini ditujukan untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

A. Penyuluhan

Pada dasarnya penyuluhan kesehatan identik dengan pendidikan kesehatan, karena keduanya berorientasi terhadap perubahan perilaku yang diharapkan, yaitu perilaku sehat sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompoknya dalam meningkatkan kesehatannya. Penyuluhan kesehatan yaitu kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan serta menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan dapat melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan penyuluhan kesehatan, di antaranya tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, adat istiadat, kepercayaan masyarakat, ketersediaan waktu dari masyarakat.

Faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan penyuluhan yaitu faktor penyuluh, sasaran penyuluhan dan proses dalam pelaksanaan penyuluhan. Faktor penyuluh misalnya kurang persiapan, kurang menguasai materi yang akan dijelaskan, penampilan kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran karena terlalu banyak menggunakan istilah-istilah asing, suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar, penyampaian materi penyuluhan terlalu monoton sehingga membosankan. Faktor sasaran misalnya tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit menerima pesan yang disampaikan, tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan, karena lebih memikirkan kebutuhan-kebutuhan lain yang lebih mendesak, kepercayaan dan adat kebiasaan yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubah misalnya, makan ikan dapat menimbulkan cacingan, makan telur

dapat menimbulkan cacangan, kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku. misalnya masyarakat yang tinggal di daerah tandus yang sulit air akan sangat sukar untuk memberikan penyuluhan tentang hygiene dan sanitasi. Faktor proses dalam penyuluhan contohnya waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, tempat penyuluhan dilakukan dekat tempat keramaian sehingga mengganggu proses penyuluhan kesehatan yang dilakukan, jumlah sasaran yang mendengarkan penyuluhan terlalu banyak sehingga sulit untuk menarik perhatian dalam memberikan penyuluhan, alat peraga dalam memberikan penyuluhan kurang ditunjang oleh alat peraga yang dapat mempermudah pemahaman sasaran, metode yang dipergunakan kurang tepat sehingga membosankan sasaran untuk mendengarkan penyuluhan yang disampaikan, bahasa yang dipergunakan sulit dimengerti oleh sasaran karena tidak menggunakan bahasa yang biasa digunakan dalam keseharian sasaran.

B. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, pengetahuan terjadi setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, yakni meliputi indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Suatu perbuatan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perbuatan yang tidak didasari oleh pengetahuan, dan orang yang mengadopsi perbuatan dalam diri seseorang tersebut akan terjadi proses sebagai berikut: kesadaran (*awareness*) seseorang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek), merasa tertarik (*interest*) terhadap obyek atau

stimulus tertentu. Di sini sudah mulai timbul sikap subyek, menimbang-nimbang (evaluation) terhadap baik dan tidaknya stimulus yang dimaksud bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi, mencoba (*trial*), di mana subyek mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, adopsi (adoption), di mana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran serta sikapnya terhadap stimulus.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi jasmani, di antaranya adalah kesehatan indera seseorang, rohani yang di antaranya adalah kesehatan psikis, intelektual, psikomotor, serta kondisi afektif serta kognitif individu. Faktor eksternal meliputi pendidikan, tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respons terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respons yang lebih rasional terhadap informasi yang datang, dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut; paparan media massa, melalui berbagai media, baik cetak maupun elektronik. Berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamflet, dan lain-lain) akan memperoleh informasi lebih banyak jika dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media. Hal ini berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang; ekonomi.

Dalam memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder, keluarga dengan status ekonomi yang baik akan lebih mudah tercukupi dibanding keluarga dengan status ekonomi yang lebih rendah, hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan akan informasi pengetahuan yang termasuk kebutuhan sekunder; hubungan sosial, manusia adalah makhluk sosial, sehingga dalam kehidupan saling

berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara kontinyu akan lebih besar terpapar informasi, sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikan untuk menerima pesan menurut model komunikasi media; pengalaman, pengalaman seseorang tentang berbagai hal dapat diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, misalnya seseorang mengikuti kegiatan-kegiatan yang mendidik, seperti seminar dan berorganisasi, sehingga dapat memperluas pengalamannya, karena dari berbagai kegiatan-kegiatan tersebut, informasi tentang suatu hal dapat diperoleh.

C. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap suatu stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Perilaku memiliki batasan yang terdiri dua unsur pokok, yaitu respons dan stimulus. Respons memiliki dua sifat yaitu pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap), aktif (tindakan yang nyata atau *practice*). Adapun stimulus yaitu terdiri dari 4 unsur pokok yaitu: sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan antara lain yang pertama yaitu predisposing factor (faktor predisposisi) yang terwujud dalam sikap, pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya; yang kedua yaitu enabling factor (faktor pendukung), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya; yang terakhir yaitu reinforcing factor (faktor pendorong), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (Rizqiani, 2016).

D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Pendidikan dan promosi kesehatan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan menurut Notoatmojo (2012), di antaranya yaitu:

1. *Promosi kesehatan dalam faktor predisposisi.* Promosi kesehatan bertujuan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakatnya. Di samping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan, pameran, iklan layanan kesehatan, dan sebagainya.
2. *Promosi kesehatan dalam faktor-faktor enabling (penguat)* Bentuk promosi kesehatan dilakukan agar dapat memberdayakan masyarakat dan mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara - cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.
3. Promosi kesehatan dalam faktor *reinforcing* (pemungkin) Promosi kesehatan ini ditujukan untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat. Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Saragih, 2010), yaitu:
 - 1) Tingkat Pendidikan Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya.

Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya

- 2) *Tingkat sosial ekonomi.* Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.
- 3) *Adat-istiadat masyarakat* kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan
- 4) *Kepercayaan masyarakat* lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.
- 5) *Ketersediaan waktu di masyarakat.* Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan. (Sari & A. Ulfa. I. M dan Daulay, 2005), Beberapa hal yang hendaknya mendapat perhatian antara lain:

(1) *Predisposing Factors (Faktor Disposisi)*

Faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Yang termasuk dalam kelompok faktor predisposisi:

- Pengetahuan
- Sikap
- nilai-nilai budaya
- persepsi Faktor predisposisi juga dipengaruhi beberapa karakteristik individu:
 - umur
 - jenis kelamin

- tingkat pendidikan
- pekerjaan

(2) *Reinforcing Factor (Faktor Penguat)*

Faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tersebut. Atau bisa diartikan sebagai faktor penguat bagi seseorang untuk mengubah perilaku seperti tokoh masyarakat, undang-undang, peraturan-peraturan dan surat keputusan. Kelompok faktor penguat meliputi

- Pendapat
- dukungan sosial
- pengaruh teman
- kritik baik dari teman-teman sekerja atau lingkungan bahkan juga saran
- umpan balik dari petugas kesehatan

(3) *Enabling Factors (Faktor Pemungkin)*

Faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu atau menungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin:

- Ketersediaan pelayanan kesehatan
- Aksesibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun biaya dan sosial
- Adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut.

Contoh: ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat seperti, puskesmas, rumah sakit, poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta (Widyawati, 2020).

BAB XII

PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN FARMASI

A. Pekerjaan Kefarmasian

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian antara lain disebutkan pekerjaan kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional. Pekerjaan kefarmasian dalam pengadaan, produksi, distribusi atau penyaluran, dan pelayanan sediaan farmasi harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu. Dalam hal ini menunjukkan bahwa tenaga yang kompeten dalam pekerjaan kefarmasian adalah apoteker dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian (TTK).

Pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan kefarmasian meliputi dua kegiatan yaitu yang bersifat manajerial berupa pengelolaan sediaan farmasi dan kegiatan pelayanan farmasi klinik yang harus didukung oleh sumber daya manusia, sarana dan peralatan dalam rangka meningkatkan outcome terapi dan meminimalkan risiko terjadi efek samping obat untuk keselamatan pasien. Kegiatan pengelolaan merupakan suatu siklus kegiatan yang berkesinambungan dimulai dari perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian,

pelayanan, dan administrasi yang dibutuhkan bagi kegiatan pelayanan kefarmasian. Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan langsung yang diberikan oleh apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan outcome terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping yang meliputi pengkajian dan pelayanan resep, penelusuran riwayat penggunaan obat, rekonsiliasi obat, Pelayanan Informasi Obat (PIO), konseling, visite, Pemantauan Terapi Obat (PTO), Monitoring Efek Samping Obat (MESO), Evaluasi Penggunaan Obat (EPO), dispensing sediaan steril, dan Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD).

Pelayanan kefarmasian bukanlah suatu konsep baru dalam pelayanan kesehatan, namun pengenalan dan pengembangan pelayanan kefarmasian di pelayanan kesehatan primer, dalam hal ini puskesmas memiliki tantangan tersendiri.

Kebijakan yang mendukung pelaksanaannya sudah beberapa kali mengalami perubahan untuk mendukung standar pelayanan yang ideal. Standar pelayanan kefarmasian di puskesmas telah beberapa kali diubah, Permenkes Nomor 30 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas masih belum memenuhi kebutuhan hukum di masyarakat terkait sistem pengawasan pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian di puskesmas, sehingga dilakukan perubahan dengan Permenkes Nomor 36 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. Peraturan tersebut terakhir diperbaharui dengan Permenkes Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.

Pelayanan kefarmasian secara bertahap telah mulai diterapkan di pelayanan kesehatan dasar, baik dalam kewajiban pengelolaan farmasi maupun pelayanan farmasi klinis (Susyanty et al., 2020)

B. Praktik Farmasi yang Baik bagi Apoteker

Badan Kesehatan dunia bersama asosiasi apoteker/farmasis internasional telah mempublikasikan standar praktek farmasi melalui *Good Pharmacy Practice* (GPP) yang merupakan panduan cara melakukan praktek farmasi yang baik bagi apoteker yang ada di komunitas maupun yang ada di rumah sakit. Panduan ini didesain bagi apoteker untuk secara bertahap memenuhi kebutuhan apoteker untuk dapat melakukan asuhan kefarmasian bagi pasien.

Melalui pelaksanaan asuhan kefarmasian yang bertanggungjawab, pasien diharapkan dapat memperoleh manfaat yang paling optimal dari pengobatan yang sedang mereka jalani. Obat merupakan bagian yang penting dan kritis dalam pelayanan kesehatan. Obat merupakan komponen yang esensial dalam penanganan penyakit. Manfaat potensial dari obat sering tidak terealisasi. Ada gap antara efikasi yang terlihat dalam pengujian klinis obat dengan keefektifan aktual dalam praktek klinis. Alasan munculnya gap ini termasuk masalah dengan pemilihan obat dan dosis, pemberian obat yang tidak tepat, serta kurangnya kepatuhan pasien terhadap obat yang telah diresepkan serta interaksi obat-obat/obat-makanan.

Di samping masalah klinis yang terkait dengan masalah terkait obat (*Drug Related Problem/DRP*), terdapat juga masalah biaya. Masyarakat kita sebagian besar masih termasuk kedalam masyarakat yang sensitif terhadap harga. Terdapat masyarakat yang terpaksa menghentikan pengobatannya dikarenakan ketidakcukupan biaya untuk mendapatkan obat yang mereka butuhkan. Permasalahan yang sebetulnya dapat di atasi atau diminimalisir dengan kehadiran apoteker pada apotek. Masalah lain yang

juga terjadi adalah adanya obat ilegal, obat substandar serta obat palsu yang beredar di tengah masyarakat seperti kasus vaksin palsu yang belakangan ini menjadi pembicaraan ramai di tengah masyarakat baik di tingkat lokal maupun pada tingkat nasional. Apoteker merupakan profesional kesehatan yang terdidik dan terlatih dengan khusus yang disertifikasi oleh otoritas negara. Apoteker memiliki peran dalam manajemen distribusi obat kepada konsumen dan bertugas dalam upaya-upaya yang tepat untuk memastikan penggunaannya yang aman dan berkhasiat. Dewasa ini terjadi peningkatan pemahaman bahwa peran apoteker dalam hal penyediaan obat saja pada masyarakat atau pasien tidak cukup.

Diperlukan peran lebih dari apoteker agar pasien mendapatkan manfaat terbaik dari tujuan pengobatan. Untuk menjawab kebutuhan terkait dengan obat ini, apoteker memiliki tanggung jawab yang lebih besar untuk mendapatkan *outcome* penggunaan obat. Sebagai profesional kesehatan, apoteker memegang peranan yang penting dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap kesehatan dalam mempersempit gap antara benefit potensial obat dan benefit aktualnya. Dengan bertambah kompleks dan beragamnya peran apoteker dalam sistem kesehatan dan kesehatan masyarakat, maka diperlukan penjagaan berkelanjutan terhadap kompetensi apoteker yang selalu mengupdate/memperbaharui keterampilan dan keahliannya.

Ada enam komponen yang terdapat dalam misi mulia praktek kefarmasian yang tercantum dalam GPP yang perlu dipahami dan tentunya dilaksanakan oleh apoteker agar kehadiran profesi ini dapat berkontribusi terhadap peningkatan kesehatan dan membantu pasien dengan masalah kesehatan yang sedang mereka hadapi

dengan menggunakan obat dengan cara yang terbaik. Keenam komponen tersebut adalah:

1. Selalu ada bagi pasien dengan atau tanpa membuat janji terlebih dahulu
2. Mengidentifikasi dan mengelola masalah terkait kesehatan;
3. Promosi kesehatan;
4. Menjamin keefektifan pengobatan;
5. Mencegah efek berbahaya dari obat;
6. Penggunaan yang bertanggung jawab terhadap sumber daya kesehatan yang terbatas.

Dalam setting farmasi komunitas, apoteker harus memiliki pengetahuan sebagai profesional kesehatan di mana pasien dapat berkonsultasi mengenai masalah kesehatannya. Karena produk dan jasa perawatan kesehatan tersedia dari apoteker, beberapa masalah dapat ditangani di sini. Masalah yang membutuhkan keterampilan diagnosis tambahan atau penanganan yang tidak tersedia dari apoteker dapat dirujuk ke profesi kesehatan atau sarana yang tepat seperti rumah sakit. Hal ini harus dilakukan dalam kolaborasi yang baik di antara pemberi layanan kesehatan.

Untuk meningkatkan penggunaan obat, apoteker memiliki tanggung jawab dalam banyak aspek proses penggunaan obat, masing-masing aspek penting dalam upaya memperoleh outcome yang baik dari pengobatan. Ini dimulai dengan jaminan integritas rantai suplai obat. Juga termasuk jaminan peresepan obat yang tepat sehingga regimen dosis dan sediaan tepat; instruksi penggunaan jelas, interaksi obat-obat/obat-makanan dicegah; menghindai reaksi obat yang tidak diinginkan yang diketahui dan diprediksi, termasuk alergi dan kontraindikasi lain; meminimalkan pengobatan yang tidak

diperlukan dan mempertimbangkan biaya kesehatan. Komponen penting lain dalam misi ini adalah membantu pasien untuk mengerti akan pentingnya menggunakan obat secara benar, termasuk waktu yang tepat untuk minum obat, makanan atau obat lain yang harus dihindari ketika minum suatu obat dan harapan apa yang dimiliki ketika menggunakan suatu obat. Monitoring pengobatan untuk menilai keefektifan dan efek obat yang tidak diinginkan juga merupakan hal yang penting dari proses penggunaan obat (Saibi, 2015).

1. Standar Praktik Profesi Apoteker di Indonesia

Kementrian kesehatan Republik Indonesia telah membuat standar bagi pelaksanaan pelayanan kefarmasi di komunitas/apotek. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian ini diterbitkan guna menjawab kebutuhan perkembangan pelayanan kefarmasian. 11 Standar ini menyempurnakan standar yang pernah diterbitkan sepuluh tahun sebelumnya yakni keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 1027/Menkes/SK/IX/2004. Dalam standar pelayanan kefarmasian yang terakhir diterbitkan ini disebutkan bahwa pelayanan kefarmasian di apotek meliputi dua hal, yakni: kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai serta pelayanan farmasi klinis. Bila dijabarkan lebih lanjut, kedua peran tersebut dapat dirinci sebagai berikut:

- a. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai meliputi;
 - a) Perencanaan,
 - b) Pengadaan,
 - c) Penerimaan,

- d) Penyimpanan,
 - e) Pemusnahan,
 - f) Pengendalian,
 - g) Pencatatan dan pelaporan.
- b. Pelayanan farmasi klinik meliputi:
- a) Pengkajian resep,
 - b) Dispensing,
 - c) Pelayanan informasi obat (PIO)
 - d) Konseling,
 - e) Pelayanan kefarmasian di rumah (*home pharmacy care*),
 - f) Pemantauan terapi obat (PTO),
 - g) Monitorng efek samping oat (MESO).

Pelayanan farmasi klinik di apotek merupakan bagian dari pelayanan kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Peran apoteker komunitas dalam swamedikasi dan penyakit ringan Swamedikasi atau self medication didefinisikan sebagai pemilihan dan penggunaan obat oleh seseorang untuk mengobati penyakit atau gejala-gejala penyakit yang dikenali sendiri. Sedangkan penyakit ringan (minor ailment) merupakan masalah/keluhan kesehatan dengan tindakan sederhana, pasien biasanya dapat menangani dengan cara mereka sendiri atau dengan saran dari profesional layanan kesehatan, salah satunya adalah apoteker.

Seiring dengan meningkatnya taraf hidup serta perbaikan dalam tingkat pendidikan, maka kesadaran masyarakat untuk menjaga kesehatannyapun semakin meningkat. Peningkatan kesadaran yang juga diiringi oleh meledaknya informasi terkait dengan produk-

produk kesehatan dari berbagai sumber seperti internet, media massa cetak dan elektronik, mengakibatkan kecenderungan swamedikasi juga semakin meningkat. Apoteker sebagai salah satu sarana layanan kesehatan yang paling mudah dijangkau oleh masyarakat menjadi tempat yang mereka harapkan dapat membantu mereka dalam menyelesaikan masalah kesehatan mereka. Dengan keberadaan apoteker di apoteker setiap saat, tentunya profesi ini dapat memberikan kontribusi profesionalnya terhadap masyarakat yang sedang melakukan swamedikasi.

Data riset kesehatan dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa angka swamedikasi yang dilakukan masyarakat Indonesia termasuk tinggi yakni sebesar 35,2%. Rerata sediaan obat yang disimpan hampir 3 macam. Dari 35,2% rumah tangga yang menyimpan obat, proporsi rumah tangga yang menyimpan obat keras 35,7% dan antibiotika 27,8%. Adanya obat keras dan antibiotika untuk swamedikasi menunjukkan bahwa penggunaan obat yang tidak rasional.

2. Peran Apoteker dalam Mengedukasi Masyarakat

Apoteker dapat mengambil peran dalam memberi edukasi kepada masyarakat tentang penggunaan obat secara rasional. Apoteker punya tanggung jawab untuk melindungi masyarakat dari bahaya penggunaan obat keras dan antibiotika yang tidak tepat. Dalam menghadapi masyarakat yang memerlukan saran untuk mengatasi minor ailment yang sedang mereka alami, seyogyanya apoteker komunitas menjadi profesi kesehatan yang paling mudah ditemui sebagaimana yang terjadi di beberapa negara maju di mana eksistensi apoteker dalam kaitannya dengan minor ailment sudah sangat diakui. Di beberapa negara bagian Kanada

misalnya, apoteker sudah eksis membantu pasien dalam pengobatan penyakit ringan tersebut. Beberapa penyakit yang dikategorikan ke dalam minor ailment tersebut antara lain: alergi rinitis, dermatitis alergi kontak, ketombe, dismenorea, dispepsia, infeksi jamur pada kulit, herpes simpleks, akne ringan, sakit kepala ringan, eksema ringan sampai sedang, urtikaria ringan, nyeri sendi ringan, nyeri otot ringan, gangguan tidur ringan, hidung tersumbat, mual, kandidiasis vagina, dan lain-lain.

Dengan mempertimbangkan bahwa obat di samping memiliki manfaat dalam membantu kesembuhan penyakit, obat juga dapat menimbulkan efek samping baik yang ringan, sedang sampai berat profesional, maka penggunaan obat memerlukan kehati-hatian dan pengawasan dari tenaga. Apoteker dalam hal ini apoteker komunitas sebagai tenaga profesional kesehatan yang fokusnya adalah obat memiliki tanggung jawab besar agar obat yang digunakan oleh masyarakat dapat membawa kesembuhan bagi mereka. Apoteker sangat diharapkan andilnya dalam melindungi masyarakat dari efek merugikan yang dapat timbul dari penggunaan obat yang tidak benar. Peran apoteker komunitas perlu ditingkatkan dari waktu ke waktu. Pengawasan dari instansi pemerintah yang berwenang perlu ditingkatkan agar apoteker komunitas dapat melaksanakan fungsinya secara benar dan bertanggung jawab.

Bagi tenaga farmasi, mempelajari dan memahami obat dari segala sudut merupakan hal yang biasa. Mulai dari proses penelitian dan pengembangan suatu obat, teknologi farmasi, ilmu farmakologi termasuk farmakokinetik dan farmakodinamik, kimia farmasi, analisis farmasi, farmakognosi, dan sebagainya, merupakan ilmu yang

wajib diketahui oleh seorang tenaga farmasi, terutama apoteker atau farmasis. Akan tetapi bagi masyarakat awam kesehatan maupun profesi lain, termasuk tenaga kesehatan non farmasi, belum tentu ilmu farmasi dapat dipahami dengan mudah. Hal ini merupakan gambaran adanya ketidakseimbangan informasi (*asymetri information*) antara pasien dengan tenaga kesehatan. Padahal, obat merupakan suatu produk yang dikonsumsi hampir semua orang sejak lahir hingga dewasa (Gusnellyanti, 2017). Seringkali pada saat (terpaksa) mengonsumsi obat, seseorang akan “pasrah” terhadap obat apapun yang diresepkan oleh dokter atau dengan pengetahuan minim, masyarakat akan membeli dan menggunakan obat bebas dengan “dipandu” oleh iklan atau promosi obat di berbagai media. Perkembangan teknologi saat ini bahkan memudahkan masyarakat dalam memperoleh obat melalui sistem online (Gusnellyanti, 2017).

Di lain pihak, semakin mudahnya masyarakat dalam memperoleh obat juga meningkatkan dilakukannya swamedikasi oleh masyarakat. Swamedikasi menjadi alternatif yang diambil masyarakat untuk meningkatkan keterjangkauan pengobatan. Dalam pelaksanaannya swamedikasi dapat menjadi sumber terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) karena keterbatasan pengetahuan masyarakat (Departemen Kesehatan RI, 2007). Swamedikasi yang dilakukan secara tidak tepat dan tidak disertai informasi yang memadai, dapat menyebabkan tujuan pengobatan tidak tercapai (Germas Dinkes Kalbar Kemenkes RI, 2019). Hal inilah yang belakangan mulai meresahkan kalangan farmasi dan kesehatan, termasuk pemerintah.

Terlepas dari kemudahan akses masyarakat terhadap obat, maraknya penjualan obat melalui online ini dapat menjadi masalah. Bukan saja kemungkinan beredarnya

obat ilegal atau obat keras tanpa resep dokter, tetapi juga minimnya informasi yang diperoleh masyarakat karena tidak adanya keterlibatan tenaga kesehatan terutama apoteker dalam pelayanan (Gusnellyanti, 2017).

Berdasarkan uraian tersebut di atas, dirasa perlu dilakukan edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam menggunakan obat secara benar. Hal ini dianggap perlu mengingat kurang meratanya tenaga farmasi di daerah yang notabene dapat melakukan komunikasi, edukasi dan informasi pada masyarakat khususnya di area pedesaan. Salah satu upaya penyebaran informasi yang lazim digunakan adalah kegiatan promosi kesehatan. Melalui promosi kesehatan “Tanya Lima O” diharapkan masyarakat lebih aktif lagi mencari informasi tentang obat, baik kepada tenaga kesehatan khususnya tenaga farmasi, maupun dari sumber informasi lainnya yang valid dan terpercaya, seperti kemasan obat sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang penggunaan obat yang benar dan rasional (Mardiati et al., 2020).

Pharmaceutical care (PC) adalah program layanan kefarmasian yang berorientasi kepada pasien di mana apoteker bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya dalam menyelenggarakan promosi kesehatan, mencegah penyakit, menilai, memonitor, merencanakan dan memodifikasi pengobatan untuk menjamin rejimen terapi yang aman dan efektif. Tujuan dari PC adalah mengoptimalkan kualitas hidup pasien dan mencapai hasil klinik yang baik. Dalam praktek PC diperlukan apoteker yang berkualitas dan mampu membina hubungan yang baik dengan tenaga kesehatan lainnya dalam merawat pasien

- a. Kolaborasi apoteker dengan tenaga kesehatan lainnya sangat penting terutama dalam menangani pasien penyakit kronis.
- b. . Pelayanan farmasi klinis merupakan bagian yang penting dalam meningkatkan kualitas terapi dengan biaya yang paling murah.
- c. Apoteker yang langsung melayani pasien merupakan solusi yang nyata dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di Amerika (Ayu & Syaripuddin, 2019).

BAB XIII

PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN

A. Peran Bidan dalam Meminimalisasi Angka Kematian Ibu

Salah satu upaya percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) adalah pelayanan antenatal. Pengawasan antenatal merupakan cara untuk mendukung kesehatan ibu hamil, dan dapat mendeteksi secara dini tanda bahaya pada kehamilan. Peran bidan pada saat pelayanan antenatal adalah melakukan promosi kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan, dengan adanya promosi kesehatan diharapkan akan mempengaruhi masyarakat, baik individu maupun kelompok untuk berperilaku hidup sehat, dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota Asia Tenggara. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibanding dengan 1 dari 1.100 di Thailand. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan, eklamsia, partus lama, komplikasi aborsi dan infeksi. Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain Kurang Energi Kronis (KEK) pada kehamilan (37%) dan anemia dalam kehamilan (40%), Penyebab tidak langsung lainnya yaitu rendahnya tingkat pendidikan ibu, keadaan sosial ekonomi yang rendah, sosial budaya yang tidak mendukung, juga karena terbatasnya akses ibu yang tinggal di pedesaan memperoleh pelayanan kesehatan.

Saat ini Angka Kematian Ibu di Indonesia menurut Survey data kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 mencapai

228 per 100.000 kelahiran, Millenium Development Goals (MDGs) atau sasaran pembangunan milenium menargetkan penurunan AKI di Indonesia pada tahun 2015 menurun menjadi 102/100.000 kelahiran dengan meningkatkan kesehatan ibu. Berbagai upaya untuk menurunkan AKI sudah dimulai sejak akhir tahun 1980 dengan program Safe Motherhood Initiative yang mendapat perhatian besar serta dukungan dari berbagai pihak baik dalam maupun luar negeri. Pada tahun 2000 di canangkan upaya menurunkan kematian ibu melalui Making Pregnancy Safer (MPS), salah satunya dengan meningkatkan surveilans, pembiayaan, monitoring dan informasi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Data dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, AKI menurut data program kesehatan keluarga (Kesga) Dinas Kesehatan Provinsi yang bersumber dari laporan Kabupaten/kota pada tahun 2004 yaitu 75 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 sebesar 69 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2006 sebesar 58 kematian per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2007 sebesar 59 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2008 sebesar 50 kematian per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2010 69 kematian ibu dan pada tahun 2011 sebesar 71 kematian ibu atau 186/100.000 kematian ibu. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan (42%), eklamsia (15%), infeksi (8%) dan lain-lain 35%. Salah satu upaya percepatan penurunan AKI adalah pelayanan antenatal.

Pengawasan antenatal merupakan cara untuk mendukung kesehatan ibu hamil, dan dapat mendeteksi secara dini tanda bahaya pada kehamilan. Peran bidan pada saat pelayanan antenatal adalah melakukan promosi kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan, dengan adanya promosi kesehatan diharapkan akan mempengaruhi masyarakat, baik individu maupun

kelompok untuk berperilaku hidup sehat, dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal sehingga dapat membantu mengatasi masalah, selain itu kehamilan, dapat di jalani dengan lancar yang akhirnya siap menjalani persalinan, suami bahagia dan keluarga senang,

Pendidikan kesehatan juga merupakan suatu bentuk intervensi yang mandiri untuk membantu klien baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui pemberian informasi secara langsung tentang pengaruh pelaksanaan kelas ibu hamil terhadap pengetahuan tentang persiapan persalinan telah membawa hasil pada peningkatan pengetahuan ibu hamil. Salah satu strategi untuk memperoleh perubahan perilaku menurut WHO dengan pemberian informasi melalui penyuluhan, Buku KIA sebagai sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menimbulkan kesadaran dan dapat dilakukan dengan pelaksanaan kelas ibu hamil.. Pengetahuan adalah hasil dari tahu manusia yang terdiri dari sejumlah faktor dan teori yang memungkinkan seseorang dapat memecahkan masalah yang dihadapinya pengetahuan diperoleh dari masyarakat langsung maupun pengalaman dari orang lain.(Tombakan et al., 2016)

Istilah Health Promotion (promosi kesehatan) sebenarnya sudah mulai dicetuskan setidaknya pada tahun 1986, ketika diselenggarakannya Konferensi Internasional pertama tentang Health Promotion di Ottawa, Canada pada tahun 1986. Pada waktu itu dicanangkan "the Ottawa Charter", yang di dalamnya memuat definisi serta prinsip-prinsip dasar Promosi kesehatan. Namun istilah tersebut pada waktu itu di Indonesia belum terlalu populer seperti sekarang.

Pada masa itu, istilah yang cukup terkenal hanyalah Penyuluhan Kesehatan, selain itu muncul pula istilah-istilah populer lain seperti KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), *Social Marketing* (Pemasaran Sosial) dan Mobilisasi Sosial. Selanjutnya perkembangan promosi kesehatan di Indonesia adalah seperti uraian berikut ini: Sebelum Tahun 1965 Pada saat itu istilahnya adalah Pendidikan Kesehatan. Dalam program-program kesehatan, Pendidikan Kesehatan hanya sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama pada saat terjadi keadaan kritis seperti wabah penyakit, bencana, dsb. Sasarannya perseorangan (individu), supaya sasaran program lebih kepada perubahan pengetahuan seseorang.

Periode Tahun 1965-1975

Pada periode ini sasaran program mulai perhatian kepada masyarakat. Saat itu juga dimulainya peningkatan tenaga profesional melalui program Health Educational Service (HES). Tetapi intervensi program masih banyak yang bersifat individual walau sudah mulai aktif ke masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan, Periode Tahun 1975-1985. Istilahnya mulai berubah menjadi Penyuluhan Kesehatan. Di tingkat Departemen Kesehatan ada Direktorat PKM. PKMD menjadi andalan program sebagai pendekatan Community Development. Saat itu mulai diperkenalkannya Dokter Kecil pada program UKS di SD.

Periode Tahun 1985-1995.

Dibentuklah Direktoral Peran Serta Masyarakat (PSM), yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktoral PKM berubah menjadi Pusat PKM, yang tugasnya penyebaran informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang kesehatan. Saat itu pula

PKMD menjadi Posyandu. Tujuan dari PKM dan PSM saat itu adalah perubahan perilaku. Pandangan (visi) mulai dipengaruhi oleh "Ottawa Charter" tentang promosi kesehatan.

Periode Tahun 1995 -

Sekarang istilah PKM menjadi promosi kesehatan. Bukan saja pemberdayaan ke arah mobilisasi massa yang menjadi tujuan, melainkan juga kemitraan dan politik kesehatan (termasuk advokasi) sehingga sasaran promosi kesehatan tidak hanya perubahan perilaku tetapi perubahan kebijakan atau perubahan menuju perubahan sistem atau faktor lingkungan kesehatan. Pada Tahun 1997 diadakan konvensi Internasional promosi kesehatan dengan tema "Health Promotion Towards The 21st Century Indonesian Policy for The Future" dengan melahirkan „The Jakarta Declaration". Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986) sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional promosi kesehatan Di Ottawa-Canada, menyatakan bahwa promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup dua dimensi yaitu kemauan dan kemampuan sehingga tujuan dari promosi kesehatan itu sendiri adalah memungkinkan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka dan menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

B. Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan

Peranan bidan yang tampak nyata adalah sebagai role model masyarakat, sebagai anggota masyarakat, motivator, fasilitator, tentunya kompetensi seperti ini yang akan

dikembangkan lebih lanjut melalui pendidikan dan pelatihan bagi para bidan. Peranan yang harus di lihat sebagai “main idea” untuk membentuk sebuah peradaban dan tatanan sebuah pelayanan kesehatan. Tuntutan professional diseimbangkan dengan kesejahteraan bidan daerah terpencil. Pemerintah telah mencanangkan mengangkat bidan sebagai PNS. Suatu langkah aktif dalam rangka menyongsong peningkatan pelayanan di daerah terpencil. Peran bidan mengacu pada keputusan Menkes RI no. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktik bidan. Bidan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, khususnya ibu hamil, melahirkan dan senantiasa berupaya mempersiapkan ibu hamil sejak kontak pertama saat pemeriksaan kehamilan memberikan penyuluhan tentang manfaat pemberian ASI secara berkesinambungan sehingga ibu hamil memahami dan siap menyusui anaknya.

Definisi bidan menurut International Confederation Of Midwives (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan Federation of International Gynecologist Obstetrition (FIGO). Definisi tersebut secara berkala di review dalam pertemuan Internasional/Kongres ICM. Definisi terakhir disusun melalui kongres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut.

Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan, menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan

kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Ikatan Bidan Indonesia:

Bidan diakui sebagai tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

Bidan dapat praktik di berbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

C. Peran Bidan sebagai Advokator

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

Target Advokasi:

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

Persyaratan Advokasi :

1. *Credible*, artinya program yang ditawarkan harus dapat meyakinkan para penentu kebijakan.
2. *Feasible*, artinya program tersebut harus baik secara teknis, politik, maupun ekonomi
3. *Relevant*, artinya program tersebut harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat - Urgent, artinya program tersebut memiliki tingkat urgensi yang tinggi
4. *High priority*, artinya program tersebut memiliki prioritas yang tinggi Upaya pembangunan keluarga sejahtera dan pemberdayaan bidan tidak bisa dipisahkan. Bidan adalah ujung tombak pembangunan keluarga sejahtera dari sudut kesehatan dan pemberdayaan lainnya. Bidan menempati posisi yang strategis karena biasanya di tingkat desa merupakan kelompok profesional yang jarang ada tandingannya. Masyarakat dan keluarga Indonesia di desa, dalam keadaan hampir tidak siap tempur, menghadapi ledakan generasi muda yang sangat dahsyat. Bidan dapat mengambil peran yang sangat penting dalam membantu keluarga Indonesia mengantar anak-anak dan remaja tumbuh kembang untuk berjuang membangun diri dan nusa bangsanya.

Berkat upaya gerakan KB dan Kesehatan di masa lalu, yang gegap gempita, anak-anak di bawah usia 15 tahun jumlahnya dapat dikendalikan. Sejak tahun 1970 jumlah anak-anak tersebut belum pernah melebihi

60-65 juta. Tetapi, sebaliknya, anak-anak usia remaja, yaitu 15-29 tahun, bahkan usia 30-60 atau 15-65 tahun jumlahnya meningkat dalam kelipatan yang berada di luar perhitungan banyak pihak. Phenomena tersebut, biarpun bisa dilihat secara nyata setiap hari, belum banyak menggugah perhatian, kecuali kalau terjadi kecelakaan dalam proses kehidupan anak muda itu.

Kesempatan hamil dan melahirkan bertambah jarang, pengalaman keluarga merawat ibu hamil, ibu melahirkan, dan anak balita, atau anak usia tiga tahun, dalam suatu keluarga, juga bertambah jarang. Kalau terjadi peristiwa kehamilan atau kelahiran dalam suatu keluarga, hampir pasti kemampuan dan mutu anggota keluarga merawat anggotanya yang sedang hamil atau melahirkan juga menjadi kurang cekatan dan mutunya rendah. Padahal keluarga masa kini, yang bertambah modern dan urban, menuntut kualitas pelayanan yang bermutu tinggi. Keluarga masa kini juga menuntut hidup tetap sehat dalam waktu yang sangat lama karena usia harapan hidup yang bertambah tinggi. Karena itu, sebagai ujung tombak dalam bidang kesehatan.

D. Peran Bidan sebagai Edukator

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

Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien. Bidan memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat) tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, mencakup:

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

Berpartisipasi dalam Tim

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

1. Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien bentuk konsultasi, rujukan & tindak lanjut.
2. Membina hubungan baik dengan dukun bayi, kader kesehatan, PLKB dan masyarakat
- 3.. Membina kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

E. Peran Bidan sebagai Motivator

Sebagai Motivator, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan. Tugas mandiri, Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu: Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, mencakup:

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

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

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

Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, mencakup:

1. Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil.
2. Menentukan diagnosis kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien.
3. Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
5. Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien Membuat rencana tindak lanjut asuhan yang telah diberikan bersama klien.
6. Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien
7. Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan

Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:

1. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan
- 2.. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan
- 3.. Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
- 5.. Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan bersama klien.
6. Membuat rencana tindakan pada ibu selama masa persalinan sesuai dengan prioritas. - Membuat asuhan kebidanan.

Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, mencakup:

1. Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga.
2. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- 3.. Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat
- 5.. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
6. Membuat rencana tindak lanjut.
7. Membuat rencana pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan

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

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

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

1. Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada pus (pasangan usia subur).

2. Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan.
3. Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
4. Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat
- 5.. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
6. Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien.
7. Membuat pencatatan dan laporan.

F. Peran Bidan sebagai Dedikator

Ada dua peran bidan sebagai dedikator yaitu sebagai berikut.

1. Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause, mencakup:
 - 1) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien.
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis, prioritas, dan kebutuhan asuhan.
 - 3) Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
 - 5) Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan kebidanan yang telahdiberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut bersama klien.
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.
2. Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga, mencakup:

- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan sesuai dengan tumbuh kembang bayi/balita. - Menentukan diagnosis dan prioritas masalah.
- 2) Menyusun rencana asuhan sesuai dengan rencana.
- 3) Melaksanakan asuhan sesuai dengan prioritas masalah.
- 4) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan
- 5). Membuat rencana tindak lanjut.
- 6) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan. (Indrayani & Syafar, 2020)

Berikut ini dijelaskan kembali secara ringkas sebagian tentang peran bidan dalam promosi kesehatan.

1. Peran Bidan

- a. Gizi Masyarakat
- b. Sistem Kesehatan Nasional
- c. Akses Kespro dan KB
- d. Sanitasi dan air bersih

2. Bidan

- a. Sumber daya kesehatan dan ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat
- b. Bidan dituntut profesional dan dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat
- c. Peran dan fungsi Bidan

3. Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan

- a. Bidan sebagai Advocator
Advokasi adalah suatu pendekatan kepada seseorang/badan organisasi yang mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program

atau kelancaran suatu kegiatan. Advokasi dapat dilakukan thd pengambil keputusan dari program atau sektor terkait masalah kesehatan maternal neonatal. Bidan melakukan upaya agar pembuat keputusan mempercayai dan meyakini bahwa program yang ditawarkan perlu mendapatkan dukungan melalui suatu kebijakan.

Target:

- a) pembuat keputusan,
 - b) pembuat kebijakan
 - c) tokoh masyarakat,
 - d) pimpinan agama
 - e) LSM, media, dan lain – lain
- b. Persyaratan Program Advokasi
- a) *Credible*, dapat meyakinkan para penentu kebijakan.
 - b) *Feasible*, baik secara teknis, politik, maupun ekonomi.
 - c) *Relevant*, sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
 - d) *Urgent*, memiliki tingkat urgensi yang tinggi
 - e) *High priority*, memiliki prioritas yang tinggi.
- c. Kegiatan Bidan sebagai Advokator
- a) Advokasi dan strategi pemberdayaan wanitadalam mempromosikan hak-haknya yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal
 - b) Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman.
- d. Bidan sebagai Educator
- a) Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien.
 - b) Melatih dan membimbing kader
 - c) Mentorship dan preceptorsip bagi calon tenaga

kesehatan dan bidan baru. Informasi yang disampaikan:

- e. Berkaitan dengan daur hidup wanita:
 - a) Masa Hamil
 - b) Bersalin
 - c) Nifas
 - d) BBL
 - e) Tum-Bang
 - f) Masa Reproduksi Sehat
 - g) Menopause dan Klimakterium
- f. Bidan sebagai Fasilitator

Peran bidan sebagai fasilitator adalah peranan yang berkaitan dengan upaya dalam menstimulasi dan mendukung upaya-upaya masyarakat sehingga mempermudah kegiatan yang dilakukan masyarakat dalam bidang kesehatan. Istilah "fasilitator" berasal dari kata "fasilitasi" yang berarti sarana. Maka "memfasilitasi" berarti memberikan sarana agar tercapai tujuan. Sarana tersebut biasanya untuk memperlancar proses kegiatan, seperti memfasilitasi proses agar kegiatan berjalan lancar. Keberhasilan pelaku pemberdayaan dalam memfasilitasi proses pemberdayaan juga dapat diwujudkan melalui peningkatan partisipasi aktif masyarakat. Fasilitator harus terampil mengintegritaskan tiga hal penting:

- a) optimalisasi fasilitasi,
- b) waktu yang disediakan, dan
- c) optimalisasi partisipasi masyarakat.

Masyarakat pada saat menjelang batas waktu harus diberi kesempatan agar siap melanjutkan program pembangunan secara mandiri. Sebaliknya,

fasilitator harus mulai mengurangi campur tangan secara perlahan. Menjadi penghubung antara masyarakat dengan sarana pelayanan kesehatan. Ex: Fasilitator membantu tenaga kesehatan dalam pelaksanaan Desa Siaga di wilayahnya. Fasilitator dalam pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif, antara lain:

- a) Bidan desa dan petugas puskesmas
- b) Fasilitator PNPM Mandiri
- c) Kader pembangunan Masyarakat
- d) Petugas Lapangan KB (PLKB)
- e) Organisasi Kemasyarakatan/LSM
- f) Tokoh Masyarakat

g. Bidan sebagai Motivator

- a) Sebagai motivator, bidan berperan untuk menumbuhkan dan mengembangkan kepercayaan diri masyarakat dalam hal kesehatan.
- b) Bidan memotivasi masyarakat untuk melakukan aktivitas guna mencapai tujuan yang direncanakan. Contoh Kegiatan Motivasi;
 - (a) Bidan memberikan motivasi pada ibu hamil untuk mengkonsumsi nutrisi yang baik.
 - (b) Memotivasi untuk melakukan persalinan yang bersih dan aman.
 - (c) Memotivasi dalam pemberian ASI eksklusif.



DAFTAR PUSTAKA

- Ayu, G. A., & Syaripuddin, M. 2019. "Peranan Apoteker dalam Pelayanan Kefarmasian pada Penderita Hipertensi." *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. 15(1), 10. <https://doi.org/10.24853/jkk.15.1.10-21>
- Hulu, V. T., Pane, H. W., Zuhriyatun, T. F., Munthe, S. A., Salman, S. H., Sulfianti, Hidayati, W., Hasnidar, Sianturi, E., Pattola, & Mustar. 2020. *promosi kesehatan Masyarakat*. In Yayasan Kita Menulis.
- Identifikasi, A. 2018. *Pengkajian Kebutuhan Belajar*. 1–10.
- Ilmu, F., Universitas, P., & Semarang, N. 2015. "Keefektivan Manajemen Pendidikan Karakter Pilar Konservasi Budaya Melalui Strategi Pembelajaran Inkuiri Sosial Bagi Mahasiswa Jurusan Pendidikan Luar Sekolah Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang." *Journal of Nonformal Education*, 1(1). <https://doi.org/10.24914/pnf.v1i1.3980>
- Indrayani, T., & Syafar, M. 2020. *promosi kesehatan Untuk Bidan*. In book.
- Ismainar. 2015. No Title?__. Ekp, 13(3), 1576–1580.
- Laverack, G. 2020. *promosi kesehatan*. In Health Promotion.
- Lisa. 2018. *Pelaksanaan program Pendidikan Kesehatan*. Fkmui, 2005, 25–52.
- Mardiati, N., Nurrahma, I. M., & Nazarudin, M. 2020. "promosi kesehatan "Tanya Lima O" Di Desa Beruntung Jaya, Sungai Tiung, Cempaka,

Banjarbaru, Kalimantan Selatan." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Khatulistiwa*, 3(1), 41–45. <https://doi.org/10.31932/jpmk.v3i1.679>

Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, A. 2014. No Title No Title No Title. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents, 6–40.

Ramansyah, W. 2013. *Pengembangan Bahan Ajar Mata Kuliah Strategi Pembelajaran untuk Mahasiswa Pendidikan Guru Sekolah Dasar*. Widyagogik, 1(1), 17–27.

Ratmiwasi, C., Utami, S., & Agritubella, S. M. 2017. "Pengaruh promosi kesehatan Mobilisasi Dini Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Ibu Postpartum Sc Di Rspb Pekanbaru." *Jurnal Endurance*, 2(3), 346. <https://doi.org/10.22216/jen.v2i3.1640>

Rizqiani, A. (2016). "Pengaruh Pendidikan Kesehatan First Aid Box terhadap Tingkat Pengetahuan Orang Tua dalam Penanganan Cedera Anak Toodler di Rumah." *Umy*, 2002, 1–24.

Saibi, Y. bin. 2015. "Peran Apoteker Komunitas dalam Peningkatan Derajat Kesehatan Indonesia." *Jmi*, 12(1), 128–137.

Sari & A. Ulfa. I. M dan Daulay. 2005. Bab Ii Tinjauan Pustaka Aplikasi. Hilos Tensados, 1, 1–476. [http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/758/5/BAB II.pdf](http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/758/5/BAB%20II.pdf)

Shofiyah, S. 2018. "Prinsip-Prinsip Pengembangan Kurikulum dalam Upaya Meningkatkan Kualitas Pembelajaran. Edureligia." *Jurnal Pendidikan Agama Islam*, 2(2), 122–130. <https://doi.org/10.33650/edureligia.v2i2.464>

Susilowati, D. 2016. PROMOSI KESEHATAN. In Modul Pembelajaran (Vol. 148, pp. 148–162).

- Susyanty, A. L., Yuniar, Y., J. Herman, M., & Prihartini, N. 2020. Kesesuaian Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 30(1), 65–74. <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i1.2062>
- Tiraihati, Z. W. 2018. "Analisis promosi kesehatan Berdasarkan Ottawa Charter Di Rs Onkologi Surabaya." *Jurnal PROMKES*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.20473/jpk.v5.i1.2017.1-12>
- Tombakan, S., Bokau, J. N., & Tuju, S. O. 2016. "Pengaruh promosi kesehatan tentang tanda bahaya kehamilan." *Jurnal Ilmu Bidan*, 4(1), 38–43.
- Widyawati. 2020. *Buku Ajar promosi kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan*.

Belajar Promosi KESEHATAN



Ika Muzdalia, S.Kep., Ns., M.Kes., lahir di Ujungpandang, 31 Maret 1989. Menamatkan pendidikan jenjang S-1 pada Prodi Keperawatan, Sekolah Kesehatan Panakkukang Makassar (2007), dan melanjutkan Pendidikan Profesi, selesai tahun 2008. Pada tahun 2016 melanjutkan Program Magister, Prodi Gizi, di Universitas Hasanuddin Makassar, selesai tahun 2018.

Saat ini bekerja sebagai staf dan dosen Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, di Universitas Sulawesi Barat (2014 s.d. sekarang)



Sri Darmawan, S.K.M., M.Kes., lahir di Pangkajene-Sidrap, 23 Agustus 1977. Menamatkan pendidikan: jenjang S-1 pada Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin Makassar (2003); dan jenjang S-2 pada Prodi Promosi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin Makassar (2010). Saat ini menjabat sebagai Ketua Stikes Nani Hasanuddin Makassar.



La Sakka, S.Farm., Apt., M.Kes., lahir di Amparita, 07 September 1988. Menyelesaikan Pendidikan: jenjang S-1 Prodi Farmasi, Universitas Indonesia Timur (2011); dan jenjang S-2 Prodi Promkes, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tamalate Makassar (2016).

Dari tahun 2013 s.d. 2022 menjadi Koordinator 1 Program Studi D-3 Farmasi Stikes Nani Hasanuddin Makassar.



Prof. Dr. Muzakkir, S.St., S.Pd., M.Kes., lahir di Tarere, 31 Desember 1960. Menyelesaikan pendidikan: S-1 di IKIP Makassar (1995); D-IV Perawat Pendidik pada Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin Makassar (2000), S-2 Promkes, Prodi Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin Makassar (2003); S-3 Sosiologi, Prodi Sosiologi Pasca Sarjana, Universitas Negeri Makassar (2014).

Saat ini bekerja sebagai staf Stikes Nani Hasanuddin Makassar sejak tahun 2008 s.d. sekarang, dan diperbantukan serbagai Dekan pada Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sulawesi Barat, dari tahun 2014 s.d. sekarang.