



**BUKU AJAR
PROMOSI KESEHATAN**

OLEH:

**PUTRA APRIADI SIREGAR
NIP. 198904162019031014**

**FAKULTAS KESEHATANMASYARAKAT
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
SUMATERA UTARA
MEDAN
2020**

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Swt. Alhamdulillah Rabbil 'Aalamin, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan modul ini. Shalawat dan salam dengan ucapan Allahumma sholli 'ala Muhammad wa 'ala ali Muhammad penulis sampaikan untuk junjungan kita Nabi besar Muhammad Saw.

Dikat Mata Kuliah Dasar Promosi Kesehatan ini disusun untuk memenuhi kebutuhan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan dalam menempuh mata kuliah Dasar Promosi Kesehatan. Modul ini disusun dengan kualifikasi merangkum semua materi teoritis. Teknik penyajiannya dilakukan pada setiap pertemuan sebanyak 2 sks.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa modul ini tentu punya banyak kekurangan. Untuk itu penulis dengan berlapang dada menerima masukan dan kritikan konstruktif dari berbagai pihak demi kesempurnaannya di masa yang akan datang. Akhirnya kepada Allah jualah penulis bermohon semoga semua ini menjadi amal saleh bagi penulis dan bermanfaat bagi pembaca.

Medan, Mei 2020

Penulis

Putra Apriadi Siregar, SKM, M.Kes

NIP. 198904162019031014

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB 1. SEJARAH PROMOSI KESEHATAN	1
1.1. Era Globalisasi dan Promosi Kesehatan	1
1.2. Profil Promosi Kesehatan	3
1.3. Unit PKM/Promosi Kesehatan di Daerah.....	5
BAB 2. KONSEP DASAR PENDIDIKAN KESEHATAN	7
2.1. Konsep Pendidikan.....	7
2.2. Batasan Pendidikan Kesehatan	8
2.3. Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	10
2.4. Proses Pendidikan Kesehatan	11
2.5. Teori Proses Belajar	14
BAB 3. MEDIA PROMOSI KESEHATAN	18
3.1. Media Promosi Kesehatan	18
3.2. Jenis Media Promosi Kesehatan.....	19
3.2. Dasar Pertimbangan Pemilihan Media	31
BAB 4. METODE PROMOSI KESEHATAN	
4.1. Metode Promosi Kesehatan	33
4.2. Pembagian Kelompok Besar dalam Promosi Kesehatan.....	34
4.3. Pembagian Kelompok Kecil dalam Promosi Kesehatan	36
4.4. Pembagian Kelompok Massa dalam Promosi Kesehatan.....	41
BAB 5. KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU KESEHATAN	
5.1. Batasan Perilaku	43
5.2. Perilaku Kesehatan	45
5.3. Domain Perilaku.....	48
5.4. Perubahan (Adopsi) Perilaku dan Indikatornya	59
BAB 6. DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU	
6.1. Konsep Umum	63
6.2. Teori Perubahan Perilaku	68
6.3. Bentuk – Bentuk Perubahan Perilaku.....	83
BAB 7. KOMUNIKASI KESEHATAN	
7.1. Komunikasi Kesehatan	85
7.2. Bentuk Komunikasi Interpersonal.....	87
7.3. Komunikasi Terapeutik	89
7.4. Komunikasi Persuasif	91
DAFTAR PUSTAKA	103

BAB 1

SEJARAH PROMOSI KESEHATAN

1.1. Era Globalisasi dan Promosi Kesehatan

Kurun waktu 2000 an ini juga merupakan era globalisasi. Batas – batas antar negara menjadi lebih longgar. Persoalan menjadi lebih terbuka. Berkaitan dengan era globalisasi ini dapat menimbulkan pengaruh baik positif maupun negatif. Di satu pihak arus informasi dan komunikasi mengalir sangat cepat. Ilmu pengetahuan dan teknologi berkembang pesat. Dunia menjadi lebih terpacu dan maju. Di Pihak lain penyakit menular yang ada di satu negara dapat menyebar secara cepat ke negara lain apabila negara dapat menyebar secara cepat ke negara lain apabila negara itu rentan atau rawan. Misalnya AIDS, masalah merokok, penyalahgunaan NAPZA, dll sudah menjadi persoalan dunia. Demikian pula budaya negatif di satu bangsa/negara dengan cepat juga dapat masuk dan mempengaruhi budaya bangsa/ negara lain.

Sementara itu khususnya di bidang Promosi Kesehatan, dalam era globalisasi ini indonesia memperoleh banyak masukan dan perbandingan dari banyak negara. Melalui berbagai pertemuan internasional yang diikuti, setidaknya para delegasi memperoleh inspirasi untuk mengembangkan Promosi Kesehatan di indonesia. Beberapa pertemuan adalah sebagai berikut¹ :

1. Konferensi Internasional Promosi Kesehatan. Konferensi ini bersifat resmi, para utusannya diundang oleh WHO dan mewakili negara. Selama kurun waktu 1995 – 2005 ada tiga kali konferensi internasional, yaitu : The 4th International Conference on Health Promotion, Jakarta, 1997, the 5th Internasional Conference on Health Promotion, Mexico City, 2000, dan the 6st Global Conference on Health Promotion, Bangkok, 2005. Pada pertemuan di Bangkok istilah International Conference diganti dengan Global Conference, a.l. Karena dengan istilah “global” tersebut menunjukkan bahwa sekat – sekat antar negara menjadi lebih tipis dan persoalan serta solusinya menjadi lebih mendunia. Menkes RI yang hadir pada konferensi di Jakarta adalah Prof. Dr. Suyudi yang juga menjadi pembicara kunci pada konferensi tersebut; di Mexico City : Dr. Achmad Suyudi, yang juga menjadi salah satu pembicara kunci dan bersama para menteri kesehatan dari negara negara lain ikut menandatangani “*Mexico Ministerial Statements on Health Promotion*”; dan yang hadir di Bangkok adalah Drs. Richard

¹ Dwi Susilowati, *Promosi Kesehatan(Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan)*, Cetakan pe (Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan., 2016).

Pajaitan, Staf Ahli yang mewakili Menteri Kesehatan yang harus berada di tanah air menjelang peringatan proklamasi kemerdekaan RI. Konferensi di Bangkok ini menghasilkan “*The Bangkok Charter*”. Ketiga konferensi tersebut baik proses maupun hasil – hasilnya memberikan sumbangan yang bermakna dalam perkembangan promosi kesehatan di Indonesia.

2. Konferensi Internasional Promosi dan Pendidikan Kesehatan. Konferensi ini bersifat keilmuan. Utusannya datang atas kemauan sendiri dengan atas kemauan sendiri dengan mendaftar lebih dahulu. Penyelenggaranya adalah Organisasi Profesi, yaitu *International Union for Health Promotion and Education*. Dalam kurun waktu ini sebenarnya ada empat kali pertemuan, tetapi Indonesia hanya hadir di tiga pertemuan yaitu di Ciba, Jepang, tahun 1995, di Paris, Perancis, tahun 2001, dan Melbourne, Australia, 2004. Indonesia tidak hadir pada pertemuan di Pourtorico, tahun 1998, karena situasi tanah air yang tidak memungkinkan untuk pergi. Dengan mengikuti konferensi seperti ini, selain menambah wawasan dan gagasan, juga menambah teman dan jaringan.
3. Pertemuan – pertemuan WHO tingkat regional dan internasional. Pertemuan seperti ini biasanya diikuti oleh kelompok terbatas, antara 20 – 30 orang. Sifatnya merupakan pertemuan konsultasi atau juga pertemuan tenaga ahli (*Expert*). Pesertanya adalah utusan yang mewakili unit Promosi Kesehatan di masing – masing negara, atau perorangan yang dianggap ahli, yang diundang oleh WHO. Dalam kurun waktu 1995 – 2005 beberapa kali diselenggarakan pertemuan konsultasi di New Delhi, India, di Bangkok, Thailand, di Jakarta, Indonesia, dan beberapa kali di Genewa, Swis, khususnya dalam kaitannya dengan *Mega Country Health Promotion Network*. Pertemuan – pertemuan seperti ini juga memicu perkembangan Promosi Kesehatan di Indonesia. Khusus dalam *Mega Country network* ini diupayakan penanggulangan penyakit tidak menular secara bersama melalui aktivitas fisik, makan gizi seimbang dan tidak merokok.
4. Pertemuan regional ASEAN. Pertemuan ini diselenggarakan oleh negara – negara ASEAN. Pertemuan seperti ini diselenggarakan beberapa kali, tetapi yang menyangkut Promosi Kesehatan diselenggarakan pada tahun 2002 di Vientiane, Laos. Pertemuan ini menghasilkan Deklarasi Vientiane atau kesepakatan Menteri Kesehatan ASEAN tentang “*Healthy ASEAN Lifestyle*” (antara lain ditandatangani oleh Dr. Achmad Suyudi selaku Menteri RI) yang pada pokoknya merupakan kesepakatan untuk mengintensifkan upaya – upaya regional untuk meningkatkan gaya hidup sehat penduduk ASEAN akan menuju kehidupan yang sehat, sesuai dengan nilai, kepercayaan dan lingkungannya.

5. Pertemuan – pertemuan internasional atau regional lainnya, seperti : *International Conference on Tobacco and Health* di Beijing, 1997; *International Conference on Working Together for better health* di Cardiff, UK, 1998; dan masih banyak pertemuan lainnya, misalnya tentang HIV/AIDS di Bangkok, Manila, dll.; Pertemuan tentang kesehatan lingkungan di Nepal; Pertemuan tentang *Health Promotion* di Bangkok, di Melbourne, dll. Ini semua memperkuat jaringan dan semakin memantapkan langkah di Indonesia.

Selain itu, Indonesia juga banyak menerima kunjungan persahabatan dari negara – negara sahabat, kebanyakan dari negara – negara yang sedang berkembang seperti dari Bangladesh, India, Myanmar, Sri Lanka, Maladewa (Maldives) dan beberapa negara di Afrika. Dalam kesempatan diskusi di kelas maupun kunjungan lapangan, mereka juga sering memberi masukan dan perbandingan tentang kegiatan Promosi Kesehatan.

1.2. Profil Promosi Kesehatan

Pada umumnya berbagai permasalahan kesehatan disebabkan oleh tiga faktor yang muncul secara bersamaan seperti (1) adanya bibit penyakit atau pengganggu lainnya, (2) lingkungan yang memungkinkan berkembangnya bibit penyakit (3) perilaku manusia yang cenderung tidak memperdulikan bibit penyakit dan lingkungan yang ada disekitarnya. Perilaku seorang manusia akan menentukan dirinya akan menderita sebuah sakit atau penyakit. Perubahan perilaku akan berkaitan erat dengan promosi kesehatan yang dilakukan, oleh karena itu peran promosi kesehatan sangat diperlukan dalam meningkatkan perilaku masyarakat agar terbebas dari permasalahan kesehatan.

Promosi Kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh untuk dan bersama masyarakat agar masyarakat dapat menolong diri sendiri dari terjadinya sebuah permasalahan kesehatan. Beberapa hal yang dapat dicatat sebagai profil Promosi Kesehatan secara ringkas dapat dilihat di buku : Profil Promosi Kesehatan secara garis besar adalah sebagai berikut ² :

1. Dalam upaya advokasi, telah dihasilkan beberapa keputusan yang menyangkut kebijakan yang berkaitan dengan : “*Social enforcement*” Garam beryodium, kawasan tanpa rokok, kabupaten/kota sehat, program langit biru, dll. Selain itu sekitar 20 provinsi juga telah mengeluarkan Surat keputusan atau Edaran yang berkaitan dengan PHBS, garam yodium, penanggulangan AIDS, Kawasan Tanpa Rokok, dll.

² Departemen Kesehatan RI., *Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan* (Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2005).

2. Dalam upaya bina suasana atau pembentukan opini masyarakat untuk membudayakan perilaku sehat telah dilakukan penyebaran informasi kesehatan, melalui media televisi, radio, media cetak, pameran, media luar ruang lainnya, penyuluhan melalui kelompok dan diskusi interaktif . Penyebaran informasi kesehatan itu dilakukan baik di Pusat maupun Daerah, tentang berbagai topik, masalah atau Promosi Kesehatan, seperti : GAKY, AIDS, Gaya Hidup Sehat, dll, termasuk kampanye tentang penanggulangan dampak pengurangan subsidi energi.
3. Dalam upaya pengembangan perilaku hidup sehat, 30 provinsi melaporkan telah mengembangkan PHBS di berbagai tatanan : jumlah kumulatifnya sebanyak 7,5 juta lebih di tatanan rumah tangga, 53 ribu lebih di tatanan sekolah (SD, SMP, SMU), 260 ribu lebih di tempat kerja (Kantor pemerintah, kantor swasta, pabrik), 26 ribu lebih di tatanan sarana kesehatan (Pemerintah dan Swasta).
4. Dalam upaya peningkatan kemitraan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi upaya Promosi Kesehatan, dilakukan berbagai kegiatan, seperti : reorientasi LSM termasuk di provinsi, sosialisasi Indonesia Sehat ke partai politik, organisasi kemasyarakatan dan wartawan, pertemuan – pertemuan lintas program dan lintas sektor, juga berbagai pertemuan bersama LSM, Sektor Swasta, Organisasi Profesi, Ormas Kemanusiaan, Ormas Wanita, Ormas Keagamaan, dll.
5. Pengembangan SDM Promosi Kesehatan, baik bagi pengelola program maupun pelaksana di lapangan. Dalam kaitan itu pada tahun 2002 tercatat ada 54 tenaga Promosi Kesehatan di Pusat dan beberapa daerah mengikuti pendidikan formal (D3, S1 dan S2). Sedangkan tenaga yang mengikuti pelatihan tentang pomkes dalam tahun 2002 tidak kurang dari 600 orang. Berasal dari pusat dan sedikitnya dari 20 provinsi. Selain itu juga telah ditetapkan sebanyak 856 orang tenaga jabatan profesional penyuluh kesehatan (98 orang ahli dan 758 orang terampil), baik di Pusat maupun Daerah.
6. Dalam upaya pengembangan metode dan teknik Promosi Kesehatan, antara lain, dihasilkan : Pomkes di perusahaan, Pomkes dalam era desentralisasi, Pomkes dalam pemberdayaan keluarga, Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok, Pomkes di pondok pesantren, Pengembangan Kota Sehat, Pemanfaatan Dana Sosial dan Keagamaan untuk kesehatan. Sesuatu yang perlu disebutkan disini adalah : Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Beresiko terpadu (Yang dipandang sebagai surveilans generasi kedua, setelah surveilans penyakit) dan Pengembangan Sistem Informasi PHBS di berbagai tatanan.

7. Pengembangan media dan sarana promkes, antara lain pengembangan studio mini dan mobil unit penyuluhan di Pusat dan 5 Provinsi proyek Kesehatan Keluarga dan Gizi beserta saranan kelengkapannya, serta berbagai prototype media di pusat untuk kemudian dikembangkan di daerah. Dikembangkan pula media interaksi baik melalui majalah tiga bulanan maupun melalui internet.
8. Pengembangan indrastruktur khususnya yang menyangkut organisasi dan kelembagaan, serta penganggaran, hasilnya mengalami pasang surut. Demikian pula yang terjadi di daerah, ada yang muncul dan ada yang terintegrasi dengan unit lain, sesuai dengan potensi, keadaan dan perkembangan di daerah. Di beberapa daerah juga dibentuk Badan Koordinasi Promosi Kesehatan Provinsi seperti yang terjadi di Sumatra Utara, Jawa Barat, DIY dan Lampung.

Selain itu dapat disampaikan bahwa pengembangan anggaran biaya untuk kegiatan Promosi Kesehatan ini mengalami fluktuasi. Pada awal Repelita I sampai VI tersedia dana melalui APBN termasuk bantuan luar negeri yang jumlahnya belum memadai. Namun belakangan ini pada masa reformasi terjadi peningkatan anggaran yang cukup besar, baik yang berasal dari APBN maupun APBD bagi daerah otonom.

1.3. Unit PKM/Promosi Kesehatan di Daerah

Keberadaan unit PKM dalam organisasi kesehatan di daerah (provinsi dan kabupaten/kota) sebenarnya sudah ada sejak dicanangkannya pembangunan nasional melalui Repelita I tahun 1969. Pada beberapa provinsi yang relatif maju, unit PKM sudah dibentuk sejak tahun 1967 setelah pemberlakuan struktur organisasi Depkes tahun 1967. Pada waktu itu kegiatan – kegiatannya masih terbatas pada dukungan terhadap upaya penanggulangan beberapa penyakit menular di daerah tersebut dengan metode dan sarana yang masih sangat terbatas. Tersedianya dana melalui APBN yang kemudian dituangkan dalam bentuk proyek di daerah, ternyata memberikan dukungan sangat berarti bagi kegiatan PKM di daerah, ternyata memberikan dukungan sangat berarti bagi kegiatan PKM di daerah. Hal ini semakin meningkat dan memperoleh momentum setelah pada sebagian besar provinsi ditempatkan tenaga spesialis Penyuluh Kesehatan (HES) ³.

Pada mulanya PKM berupa unit yang pada sebagian daerah berdiri sendiri atau menjadi bagian dari Direktorat Daerah yang merupakan cerminan dari struktur yang berlaku di tingkat Nasional. Kemudian sesuai dengan kewenangan otonomi daerah yang dimiliki oleh provinsi

³ Departemen Kesehatan RI, *Panduan Integrasi Promosi Kesehatan Dalam Program Kesehatan Di Kabupaten/Kota* (Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2006).

dan semakin dipahaminya arti penting PKM, maka status PKM menjadi Direktorat Daerah (eselon III) dalam struktur organisasi Inspektur/Dinas Kesehatan Provinsi. Ini terjadi sekitar tahun 1979 – an, dan ini juga tercermin pada struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten, yang menempatkan unit PKM pada seksi (eselon IV). Tenaga pengelola PKM di Kabupaten pada waktu itu pada umumnya adalah tenaga perawat atau sanitarian dengan keterampilan PKM yang terbatas. Pada waktu itu belum ada tenaga PKM di front terdepan yaitu Puskesmas. Itu karena dianut prinsip bahwa penyuluhan kesehatan adalah bagian yang terintegrasi dengan semua program di Puskesmas, dan penyuluhan kesehatan dapat dilakukan oleh siapa saja di Puskesmas. Akibatnya, kegiatan PKM menjadi tidak terarah dan dijalankan secara sambil lalu saja.

Dengan pembentukan Kantor Wilayah pada tahun 1985, sebagian tugas PKM yaitu pengembangan masyarakat dialihkan dan ditangani oleh Kantor Wilayah, yaitu oleh seksi Peran Serta Masyarakat. Sedangkan sebagian yang lain masih tetap berada di Dinas Kesehatan dan dikelola oleh Sub Dinas Penyuluhan Kesehatan Masyarakat. Hal ini juga tercermin di kabupaten/kota, yang tercermin dalam organisasi Konsep dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota . Pada waktu itu memang sering terjadi rivalitas antara kedua unit yang sama – sama mengurus penyuluhan/pemberdayaan masyarakat itu. Rivalitas itu ada yang berkembang positif dengan kerjasama yang baik, tetapi ada juga yang kurang berjalan baik.

Dengan diberlakukannya otonomi daerah secara penuh pada tahun 2001 melalui UU No. 22 Tahun 1999, maka kewenangan pembentukan organisasi daerah sepenuhnya berada dalam tangan pemerintah daerah kabupaten dan kota. Hal itu juga berimbas pada struktur organisasi dinas kesehatan, termasuk unit Promosi Kesehatan. Struktur organisasi Promosi Kesehatan menjadi sangat bervariasi. Ada daerah yang menempatkannya dalam sub dinas tersendiri, ada yang menjadi seksi/bagian dari subdinas lain, dan ada juga yang hanya menjadi program tanpa eselon. Bahkan ada pula yang hilang sama sekali dari peredaran. Hal ini menjadi renungan dan pemikiran untuk dicarikan solusinya yang terbaik.

BAB 2

KONSEP DASAR PENDIDIKAN KESEHATAN

2.1. Konsep Pendidikan

Pendidikan kesehatan sebagai bagian atau cabang ilmu dari kesehatan mempunyai dua sisi yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni yakni praktisi atau aplikasi pendidikan kesehatan adalah merupakan penunjang dari program – program kesehatan lain. Artinya setiap program kesehatan misalnya, pemberantasan penyakit, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, perlu dibantu oleh pendidikan kesehatan. Hal ini esensi karena masing – masing program tersebut mempunyai aspek perilaku masyarakat yang perlu dikondisikan dengan pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan yang diberikan akan memberikan proses perubahan sehingga terciptanya suatu perilaku yang baru⁴. Ali (2011) mengungkapkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan akan memberikan proses perubahan sehingga terciptanya suatu perilaku yang baru⁵. Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru. Pendidikan kesehatan dilakukan untuk membantu individu mengontrol kesehatannya secara mandiri dengan mempengaruhi, memungkinkan dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan yang mereka rencanakan.

Seseorang dapat dikatakan belajar apabila di dalam dirinya terjadi perubahan dari tidak tahu menjadi tahu atau dari tidak bisa mengerjakan sesuatu menjadi mampu mengerjakan sesuatu.

Kegiatan belajar atau pendidikan ini mempunyai 3 ciri yaitu:

1. Belajar adalah kegiatan yang mampu menghasilkan perubahan pada diri individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar baik itu secara aktual atau potensial.

⁴ Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya* (Jakarta: Rineka Cipta, 2014).

⁵ Z Ali, *Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat Dan Promosi Kesehatan* (Jakarta: Trans Info Media, 2011).

2. Perubahan didapatkan karena kemampuan baru yang berlaku dalam relatif waktu yang lama.
3. Perubahan yang terjadi karena usaha dan disadari bukan suatu kebetulan.

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai – nilai kesehatan menjadi tahu. Serta dari tidak mampu menangani masalah kesehatan menjadi mampu mengatasi masalah kesehatan.

2.2. Batasan Pendidikan Kesehatan

Dapat dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk rekayasa perilaku (*behavior engineering*) untuk hidup sehat.

Pendidikan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur – unsur pendidikan yaitu⁶ :

1. Input: sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).
2. Proses: upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
3. Output: melakukan apa yang diharapkan atau perubahan perilaku.

Luaran (output) yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan disini adalah perilaku kesehatan atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan atau dapat dikatakan perilaku yang kondusif.

Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi, antara lain:

1. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku adalah adanya perubahan yang terjadi dari tindakan yang dilakukan oleh masyarakat baik itu dari tindakan yang tidak berwawasan kesehatan menuju perubahan tindakan yang berwawasan kesehatan ataupun tindakan yang berwawasan kesehatan menuju perubahan tindakan yang tidak berwawasan kesehatan.

Perilaku – perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu dirubah. Misalnya: perilaku merokok, konsumsi narkoba, mabuk minuman keras, seks bebas , tidak berobat saat memiliki gejala sakit dan penyakit.

2. Pembinaan perilaku

⁶ Cahayatin Mubarak, *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan* (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2007).

Pembinaan disini ditujukan utamanya kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (healthy life style) tetap dilanjutkan atau dipertahankan. Misalnya: melakukan olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah ditempatnya, menjauhi perilaku merokok.

3. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini utamanya ditujukan dengan membiasakan hidup sehat bagi anak – anak. Perilaku sehat ini seyogyanya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orangtua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

Dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, nampaknya pendekatan edukasi (pendidikan kesehatan). Dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Agar intervensi atau upaya tersebut selektif maka sebelum dilakukan intervensi perlu dilakukan diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

Secara garis besar maka tujuan pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

1. Berdasarkan WHO tujuan pendidikan kesehatan untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat atau belum sehat menjadi perilaku sehat. Defenisi sehat menurut Undang – undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 yaitu suatu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
2. Mengubah perilaku yang kaitannya dengan budaya. Sikap dan perilaku merupakan bagian dari budaya. Kebudayaan adalah kebiasaan, adat isiadat, tata nilai atau norma.

Untuk tujuan perilaku sehat tersebut tidaklah mudah. Sebagai contoh kebiasaan bersikat gigi umumnya hanya pada waktu mandi, pagi dan sore. Mereka tidak menyadari bahwa setiap habis makan, mulut dikotori oleh zat makanan yang dimakan. Menurut teori bakteri akan aktif berkembang biak 30 menit setelah makan. Oleh karena itu sehabis makan maka haruslah bergosok gigi dan kebiasaan tersebut itu tidak mudah.

Ahli sosial mengartikan konsep kebudayaan dalam arti yang amat luas yaitu seluruh dari total pemikiran, karya dan hasil karya manusia yang tidak berakar pada naluri dan yang

terjadi melalui proses belajar⁷. Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan itu adalah mengubah perilaku yang belum sehat menjadi perilaku yang sehat, namun perilaku tersebut cakupannya amat luas.

Azwar (1983) membagi 3 perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu⁸:

- a. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai dimasyarakat. Contohnya kader kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap penyuluhan dan pengarahan kepada keadaan dalam cara hidup sehat menjadi suatu kebiasaan masyarakat.
- b. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat didalam kelompok. Contoh program PKMD adalah posyandu yang akan diarahkan kepada upaya pencegahan penyakit.
- c. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Contoh ada sebagian masyarakat yang secara berlebihan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan adapula yang sudah benar – benar sakit tetapi tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2.3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah :

1. Masyarakat umum. Masyarakat umum adalah seluruh masyarakat yang berada disuatu tempat secara umum yang mendapatkan pendidikan kesehatan, contoh: terjadinya kasus endemis fillariasis di sebuah desa maka seluruh masyarakat di desa tersebut harus mendapatkan pendidikan kesehatan dan pengobatan terkait eliminasi fillariasis.
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, remaja dan anak-anak. Kelompok tertentu menjadi sasaran pendidikan kesehatan karena rentan terhadap permasalahan kesehatan. Wanita sangat rentan memiliki permasalahan kesehatan terutama wanita hamil dan wanita menyusui karena pada periode tersebut mereka memiliki kebutuhan gizi yang lebih tinggi dan membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang lebih tinggi dari wanita biasa, contoh: seorang wanita hamil dan menyusui harus mendapatkan konseling oleh bidan atau dokter terkait permasalahan kesehatan yang dialami atau pemeliharaan kesehatan selama masa kehamilan dan nifas.

⁷ Koentjaraningrat, *Pengantar Ilmu Antropologi* (Jakarta: Rineka Cipta, 2009).

⁸ Arul. Azwar, *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*, Cetakan Ke (Jakarta: Mutiara, 1983).

Anak-anak dan remaja menjadi kelompok sasaran pendidikan kesehatan secara khusus, hal ini dikarenakan anak-anak memiliki imunitas yang jauh lebih rendah dibandingkan orang dewasa sehingga memiliki resiko terkena permasalahan kesehatan yang lebih tinggi dan pengetahuan yang kurang baik sehingga meningkatkan resiko terjadinya permasalahan kesehatan, contoh anak-anak yang terkena diare karena konsumsi jajanan sembarangan .

3. Sasaran individu dengan tehnik pendidikan kesehatan individual. Sasaran pendidikan kesehatan kepada individu dilakukan karena terdapat individu yang mengalami permasalahan kesehatan secara khusus sehingga memerlukan pendidikan kesehatan agar permasalahan kesehatannya tidak semakin parah atau permasalahannya tidak menular kepada orang lain, contoh: individu yang terkena penyakit AIDS maka akan disarankan untuk mendapatkan konseling demi meningkatkan status kesehatan penderita AIDS tersebut.

2.4. Proses Pendidikan Kesehatan

Di dalam kegiatan terdapat tiga persoalan pokok, yakni masukan (input), proses, dan keluaran (output). Persoalan masukan menyangkut subjek atau sasaran belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada diri pada subjek belajar. Prinsip pokok dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar.

Dalam proses belajar ini terdapat beberapa persoalan pokok, yaitu ⁹ :

1. Persoalan masukan (input)

Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya seperti umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan dan keterampilan yang dimiliki setiap orang akan berbeda.

2. Persoalan proses

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator), metode, tehnik belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

⁹ Fitriani, Sinta, Promosi Kesehatan (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011)

3. Persoalan keluaran (output)

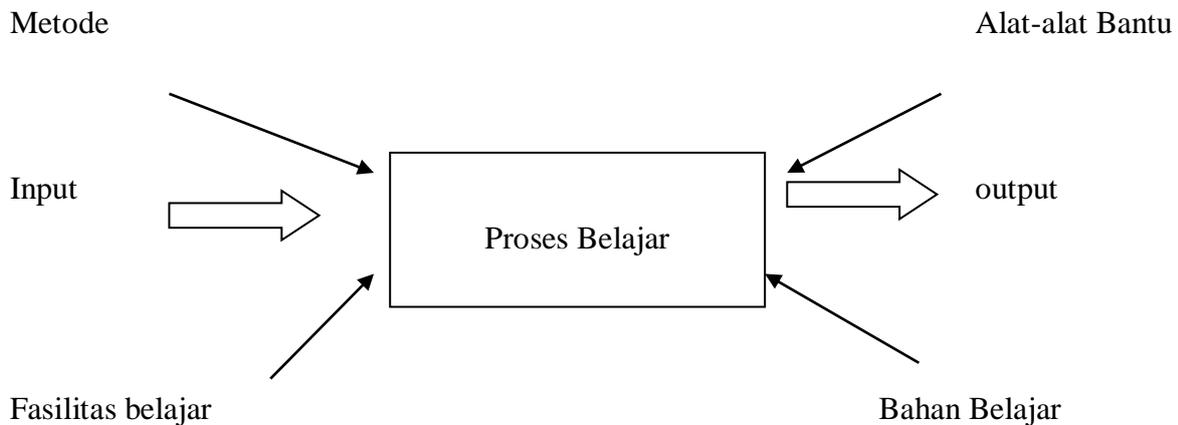
Merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar yang telah mendapatkan pengajaran.

4. Instrumental input

Merupakan alat yang digunakan untuk proses belajar yang terdiri dari program pengajaran, bahan pengajaran, tenaga pengajar, sarana, fasilitas dan media pembelajaran

5. Environmental input

Lingkungan belajar baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial



Gambar 2.1. Proses Belajar

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

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

Dalam proses belajar terdapat beberapa prinsip yaitu :

Prinsip 1

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

Prinsip 2

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

Prinsip 3

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

Prinsip 4

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

Prinsip 5

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

Prinsip 6

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

Prinsip 7

Belajar adalah proses emosional dan intelektual. Belajar dipengaruhi oleh keadaan individu atau si pelajar secara keseluruhan. Belajar bukan hanya proses intelektual, tetapi emosi juga turut menentukan.

Prinsip 8

Belajar bersifat individual dan unik. Setiap orang mempunyai gaya belajar dan keunikan sendiri dalam belajar. Untuk itu kita harus menyediakan media belajar yang

bermacam-macam sehingga tiap individu dapat memperoleh pengalaman belajar sesuai dengan keunikan gaya masing-masing.

2.5. Teori Proses Belajar

1. Teori Belajar Gestalt

Teori belajar gestalt berdasarkan teori belajar pada psikologi gestalt beranggapan bahwa setiap fenomena terdiri dari suatu kesatuan esensial yang melebihi jumlah dari unsur-unsurnya. Didalam peristiwa belajar, keseluruhan situasi belajar itu amat penting karena belajar merupakan interaksi antara subjek belajar dengan lingkungannya. Para ahli psikologi gestalt tersebut menyimpulkan bahwa seseorang dikatakan belajara apabila ia memperoleh pemahaman (insight) dalam situasi yang problematis. Pemahaman tersebut ditandai dengan adanya ¹⁰:

- a) Suatu perubahan yang tiba-tiba dari keadaan yang tak berdaya menjadi keadaan yang mampu menguasai atau memecahkan masalah atau problema.
- b) Adanya retensi yang baik
- c) Adanya peristiwa transfer.

2. Teori Belajar Menghapal dan Mental Disiplin

a. Teori menghapal

Belajar adalah menghapal, dan menghapal adalah usaha mengumpulkan pengetahuan melalui pembeohan untuk kemudian digunakan bilamana diperlukan. Orang yang sedang belajar disepertikan seperti burung beo. Tugas pengajar adalah memberikan pengertian yang sebanyak-banyaknya tanpa mempertimbangkan subjek belajar, maupun fungsi dari pengetahuan tersebut .

b. Teori mental disiplin

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

Dalam melatih daya pikir ada dua faktor penting.

1. Faktor asah otak

¹⁰ S.W. Sarwono, *Psikologi Sosial* (Jakarta: Salemba Humanika, 2009).

Gambara yang ekstrim tentang latihan daya pikir ini ibarat pisau yang perlu selalu diasah supaya tetap tajam, sehingga siap dipergunakan sewaktu-waktu. Demikian pula hasil latihan daya pikir dalam berbagai bidang studi buka saja untuk menguasai bidang studi itu an sich, tetapi daya yang sudah terlatih itu dapat dipergunakan untuk memecahkan masalah apa saja yang ditemukan dalam segala bidang kehidupan.

2. Faktor transfer

Dalam kehidupan sehari-hari faktor transfer sering dijumpai di dalam belajar tentang suatu keterampilan/pengetahuan yang lain. Contohnya seseorang yang sudah ahli mengendarai motor dan mempunyai sim C, tidaklah akan sulit untuk belajar mengendarai mobil, bila dibanding dengan orang yang belum dapat mengendarai motor. Hal ini disebabkan adanya faktor transfer (peralihan) yang berjalan searah di dalam diri orang tersebut. Karena ini pengetahuan dan atau keterampilan yang diberikan kepada subjek belajar hendaknya dapat ditransfer oleh mereka dalam kehidupan atau pekerjaannya sehari-hari. Konsekuensi dari hal ini adalah bahwa kurikulum atau apa yang akan diajarkan harus berorientasi kepada subjek belajar dan masyarakat (student oriented-community oriented).

3. Teori Asosiasi

Teori ini berasal dari hasil ilmu jiwa asosiasi yang dirintis oleh John Lock dan Herbart. Menurut teori ini belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menggabungkan tanggapan dengan jalan mengulang-ulang. Tanggapan merupakan suatu lukisan yang timbul dalam jiwa sesudah diadakan pengamatan atau penginderaan. Tanggapan yang telah ada saling berhubungan, sedangkan yang baru bertemu dengan cara bergabung (mengasosiasikan diri) dengan tanggapan lama. Penggabungan ini menyebabkan adanya penarikan dari tanggapan-tanggapan yang sudah ada¹¹.

Jadi, belajar ialah mengulang-ulang di dalam mengasosiasikan tanggapan-tanggapan, sehingga reproduksi yang satu dapat menyebabkan reproduksi yang lain dalam ingatan kita. Tujuan belajar ialah mereproduksi gabungan tanggapan dengan cepat dan dapat dipercaya. Konsekuensi dari teori ini ialah bahwa pengajar harus sebanyak mungkin memberikan stimulus (S) kepada subjek belajar untuk menimbulkan respons (R). Semakin banyak terjalin S dan R, maka makin mendalam orang mempelajari sesuatu, dan makin banyak S maka makin banyak R. Ada 3 macam tingkah laku tiruan.

- a. Tingkah laku sama
- b. Tingkah laku tergantung

¹¹ S.W Sarwono, *Pengantar Psikologi Umum* (Jakarta: Rajawali, 2009).

- c. Tingkah laku salinan

4. Teori-teori Belajar Sosial (Social Learning)

Untuk melangsungkan hidupnya, manusia perlu belajar. Dalam hal ini ada dua macam belajar, yaitu belajar secara fisik, misalnya menari, olahraga, mengendarai mobil, dan sebagainya dan belajar psikis. Teori tentang tingkah laku tiruan yang penting disajikan disini adalah teori dari NE. Miller, dan J.Dollard serta teori A.Bandura dan RH. Walters.

1. Teori Belajar Sosial dan Tiruan dari NE. Miller dan J. Dollard

Pandangan NE. Miller dan J.Dollard berintik-tolak dari teori Hull yang kemudian dikembangkan menjadi teori tersendiri. Mereka berpendapat bahwa tingkah laku manusia merupakan hasil belajar. Oleh karena itu untuk memahami tingkah laku sosial dan proses belajar sosial, kita harus mengetahui prinsip-prinsip psikologi belajar. Dorongan adalah rangsangan yang sangat kuat terhadap organisme (manusia) untuk bertingkah laku. Isyarat adalah rangsangan yang menentukan bila dan dimana suatu respon akan timbul dan terjadi. Ganjaran adalah rangsangan yang menetapkan apakah tingkah laku balas diulang atau tidak dalam kesempatan yang lain. Menurut Miller dan Dollard, ada dua reward atau ganjaran, yakni ganjaran primer yang memenuhi dorongan primer yang memenuhi dorongan primer¹². Lebih lanjut mereka membedakan adanya 3 macam mekanisme tingkah laku tiruan.

- a. Tingkah laku sama (same behavior). Tingkah laku ini terjadi apabila dua orang yang bertingkah laku balas (berespon) sama terhadap rangsangan atau isyarat yang sama.
- b. Tingkah laku tergantung (matched dependend behavior). RPM

Tingkah laku ini timbul dalam berinteraksi antara dua pihak. Salah satu pihak mempunyai kelebihan dari pihak yang lain.

- a. Tingkah laku salinan (copying behavior)

Seperti tingkah laku tergantung, pada tingkah laku salinan, peniru bertingkah laku atas dasar isyarat yang berupa tingkah laku yang diberikan oleh model.

5. Teori Belajar Sosial dari A. Bandura dan RH. Walter

Teori belajar yang dikemukakan oleh Bandura dan Walter ini disebut teori proses pengganti. Teori ini menyatakan bahwa tingkah laku tiruan adalah suatu bentuk asosiasi dari rangsang lainnya. Aplikasi teori ini adalah bahwa apabila seseorang melihat suatu rangsangan dan ia melihat model bereaksi secara tertentu terhadap rangsangan itu, maka

¹² S.W. Sarwono, *Psikologi Sosial* (Jakarta: Salemba Humanika, 2009)S.W Sarwono.

dalam khayalan atau imajinasi orang tersebut rangkaian simbol-simbol yang menggambarkan rangsang dari tingkah laku tersebut.

Hal yang penting disini adalah pengaruh tingkah laku pada tingkah laku peniru. Menurut A. Bandura dan RH. Walter, pengaruh tingkah peniru ini dibedakan menjadi tiga macam.

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

Akhirnya A. Bandura dan RH. Walter menyatakan bahwa teori proses pengganti ini dapat pula menerangkan gejala timbul emosi pada peniru dengan emosi yang pada model. Contohnya, seseorang yang mendengar atau melihat gambar tentang kecelakaan yang mengerikan, maka ia mendesis, menyeringai, bahkan sampai menangis karna ikut merasakan penderitaan tersebut.

BAB 3

MEDIA PROMOSI KESEHATAN

3.1. Media Promosi Kesehatan

Kata media berasal dari bahasa latin yang merupakan bentuk jamak dari kata *medium*. Secara harfiah, media berarti perantara, yaitu perantara antara sumber pesan (*a source*) dengan penerima pesan (*a receiver*). Beberapa hal yang termasuk ke dalam media adalah film, televisi, diagram, media cetak (*printe materials*), komputer, instruktur, dan lain sebagainya.

Media merupakan sarana untuk menyampaikan pesan kepada sasaran sehingga mudah dimengerti oleh sasaran/pihak yang dituju. Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatannya. Media menjadi alat (sarana) komunikasi seperti koran, majalah, radio, televisi, film, poster, dan spanduk. Media pendidikan adalah alat dan bahan yang digunakan dalam proses pengajaran atau pembelajaran. Media pembelajaran adalah media yang digunakan dalam pembelajaran, yaitu meliputi alat bantu guru dalam mengajar serta sarana pembawa pesan dari sumber belajar ke penerimaan pesan belajar (peserta didik).

Semakin banyak pancaindra yang digunakan, semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan alat peraga dimaksudkan mengerahkan indera sebanyak mungkin pada suatu objek sehingga memudahkan pemahaman. Menurut penelitian para ahli, pancaindra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke otak adalah mata (kurang lebih 75% sampai 87%), sedangkan 13% sampai 25% pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui indera lainnya.

Alat peraga atau media mempunyai intensitas yang berbeda dalam membantu permasalahan seseorang. Dale menggambarkan intensitas setiap alat peraga dalam suatu kerucut. Berturut-turut intensitas alat peraga mulai dari yang paling rendah sampai paling tinggi adalah kata-kata, tulisan, rekaman/radio, film, televisi, pameran, *field trip*, demonstrasi, sandiwara, benda tiruan, benda asli.

3.2. Jenis Media Promosi Kesehatan

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan – pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi tiga, yakni media cetak, media elektronik dan media papan.

a. Media Cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat. Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan – pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain sebagai berikut:

1. *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan – pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar. *Booklet* digunakan sebagai media untuk promosi kesehatan sehingga tenaga kesehatan tidak perlu repot lagi melakukan penjelasan secara berturut atau berulang-ulang tentang kesehatan dikarenakan pesan kesehatan tersebut sudah ada pada *booklet*. Bila ada masyarakat yang menanyakan tentang kesehatan, maka tenaga kesehatan bisa memberikan *booklet* sehingga masyarakat bisa membaca pesan kesehatan yang ada didalam *booklet*.

Faktor-faktor yang memengaruhi hasil belajar dengan *booklet* ada beberapa halaman antara lain *booklet* itu sendiri, faktor-faktor atau kondisi lingkungan juga kondisi individual penderita. Oleh karena itu dalam pemakaiannya perlu mempertimbangkan kemampuan membaca seseorang, kondisi fisik maupun psikologis penderita dan juga faktor lingkungan dimana penderita itu berada. Masyarakat akan membacanya sendiri tentang permasalahan kesehatan dan solusi kesehatan yang diinginkan.

Secara umum manfaat *booklet* adalah untuk promosi dan *booklet* memiliki manfaat yang banyak terutama bagi tenaga kesehatan dan masyarakat. Berikut ini merupakan manfaat *booklet* bagi tenaga kesehatan.

- Harga Terjangkau

Pembuatan media *booklet* tidak membutuhkan biaya yang mahal sehingga tenaga kesehatan yang ingin membuat *booklet* sebagai media promosi kesehatan tidak perlu mengeluarkan uang yang besar namun akan memberikan manfaat semakin besar. Harga terjangkau dapat terjadi karena pembuatan *booklet* tidak memerlukan kertas yang mahal sehingga biaya produksi *booklet* juga menjadi kecil. Terjangkaunya harga pembuatan *booklet*

akan membuat tenaga kesehatan dapat melakukan pencetakan booklet dalam jumlah yang besar untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

- Informasi lengkap

Booklet sebagai media promosi kesehatan dapat dicetak dalam bentuk ukuran kecil dan sedang. Pemberian informasi kesehatan dapat dilakukan secara lengkap sesuai dengan kebutuhan dan keinginan tenaga kesehatan yang ingin memberikan promosi kesehatan bahkan tenaga kesehatan juga bisa menuliskan segala prosedur atau langkah-langkah dalam melakukan sebuah perilaku gaya hidup sehat (gerakan masyarakat hidup sehat) dan kelebihan melakukan sebuah perilaku gaya hidup sehat (gerakan masyarakat hidup sehat).

- Desain Menarik dan mudah dipahami masyarakat

Booklet sebagai media promosi kesehatan dapat di desain semenarik mungkin sesuai dengan kelompok sasaran promosi kesehatan. Desain dari sebuah media akan berperan penting untuk menarik perhatian masyarakat sebagai calon konsumen yang akan mendapatkan informasi kesehatan. Masyarakat yang tertarik dari desain sebuah media akan menimbulkan rasa penasaran untuk membaca media tersebut hingga akan mengambil booklet tersebut untuk dibawa kerumah dan diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.

Kata-kata yang digunakan pada booklet tidak berbeli-belit dan sangat sederhana. Masyarakat dengan cepat akan memahami isi dari booklet. Kata-kata yang mudah dipahami akan membuat masyarakat akan mudah menerima informasi yang disampaikan sehingga akan semakin besar terjadi perubahan perilaku yang semakin baik.

- Membentuk Keyakinan

Kelengkapan isi serta informasi yang sangat detail didalam booklet akan membuat persepsi masyarakat terhadap kesehatan menjadi lebih positif. Masyarakat akan lebih yakin dengan promosi kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Akhirnya masyarakat akan percaya bahwa perubahan perilaku yang ditawarkan oleh tenaga kesehatan tersebut sangat baik untuk masyarakat dan dibutuhkan oleh masyarakat.

- Promosi masyarakat ke masyarakat lainnya

Memberikan booklet kepada salah satu masyarakat akan dapat menarik perhatian masyarakat lainnya. Masyarakat yang membaca informasi didalam booklet dapat menyebarkan informasi yang didupakannya dari booklet kepada teman atau keluarganya dengan membawa booklet yang telah dibacanya. Pada saat kebingungan tentang pesan yang ada didalam booklet, maka masyarakat bisa berkonsultasi kepada teman atau keluarga lainnya tentang pesan yang terdupat didalam booklet.

Booklet sebagai media promosi kesehatan juga memiliki kelemahan dibandingkan media promosi kesehatan lainnya yaitu :

- Booklet tidak bisa menyebar ke seluruh masyarakat, karena disebabkan keterbatasan penyebaran booklet
- Umpan balik dari obyek kepada penyampai pesan tidak secara langsung tertunda, karena proses penyampaiannya juga tidak dilakukan secara langsung
- Memerlukan banyak orang dalam penyebarannya
- Tidak dapat menstimulir efek suara

Efek gerak dan mudah terlipat (rusak/koyak).



Gambar 3.1. Booklet GERMAS Promkes Kemkes RI.

2. *Leaflet*, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi. Pada umumnya penyampaian pendidikan kesehatan yang menggunakan metode ceramah akan dibarengi dengan pemberian leaflet, dimana leaflet tersebut berisi pesan-pesan yang diberikan saat pendidikan kesehatan menggunakan ceramah. *Leaflet* digunakan untuk memberikan keterangan singkat tentang suatu masalah, misalnya deskripsi pengolahan air di tingkat rumah tangga, deskripsi tentang TB paru dan pencegahannya, dan lain-lain

Ukuran leaflet biasanya 20 x 30 cm yang berisi tulisan 200-400 kata dan disajikan secara berlipat. Isi yang ada didalam leaflet harus dapat dibaca sekali pandang. *Leaflet* dapat diberikan atau disebarakan pada saat pertemuan-pertemuan dilakukan seperti pertemuan FGD, pertemuan Posyandu, kunjungan rumah, dan lain-lain. *Leaflet* dapat dibuat sendiri dengan perbanyakkan sederhana seperti di photo copy..



Gambar 3.2. Leaflet pemberian Air Susu Ibu (ASI).

Sebelum menyampaikan promosi kesehatan menggunakan media leaflet maka terdapat beberapa hal yang harus di perhatikan dalam membuat leaflet yaitu : Tentukan kelompok sasaran yang ingin dicapai; Tulisan yang terdapat didalam leaflet dan tujuan pembuatan leaflet; Tentukan isi singkat hal-hal yang mau ditulis dalam leaflet. Kumpulkan tentang subjek yang akan disampaikan; Buat garis-garis besar cara penyajian pesan, termasuk didalamnya bagaimana; bentuk tulisan gambar serta tata letaknya; Buat konsepnya.

Leaflet memiliki kelebihan dan kekurangan jika dibandingkan dengan media promosi kesehatan lainnya yaitu :

- Kelebihan leaflet sebagai media promosi kesehatan: kelebihan dari *leaflet* adalah sederhana dan sangat murah, klien dapat menyesuaikan dan belajar mandiri, pengguna

dapat melihat isinya pada saat santai, informasi dapat dibagikan dengan keluarga dan teman. *Leaflet* juga dapat memberikan detail (misalnya statistik) yang tidak mungkin bila disampaikan lisan. Media leaflet dapat mempermudah masyarakat untuk mengingat kembali tentang hal-hal yang telah diajarkan atau dikomunikasikan. Masyarakat dan pengajar dapat mempelajari informasi yang rumit bersama-sama. Berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh anggota kelompok sasaran sehingga bisa didiskusikan dan dapat memberikan informasi yang detail yang mana tidak dapat diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak, dan diperbaiki serta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran. Sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat. Sangat efektif untuk memperkenalkan ide-ide baru kepada orang banyak.

- Kelemahan leaflet sebagai media promosi kesehatan: *Leaflet* profesional sangat mahal, materi yang diproduksi massal dirancang untuk sasaran pada umumnya dan tidak cocok untuk setiap orang, serta terdapat materi komersial berisi iklan. Bila cetakannya tidak menarik, orang enggan menyimpannya. Kebanyakan orang enggan membacanya, apalagi bila hurufnya terlalu kecil dan susunannya tidak menarik. *Leaflet* juga tidak tahan lama dan mudah hilang, dapat menjadi kertas percuma kecuali pengajar secara aktif melibatkan klien dalam membaca dan menggunakan materi. Leaflet tidak bisa digunakan oleh individu yang kurang lancar membaca atau buta huruf. Leaflet harus dilakukan uji coba terlebih dahulu sebelum digunakan.
3. Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok – tembok, ditempat – tempat umum atau dikendaraan umum. Poster adalah lembaran kertas yang besar, sering berukuran 60 cm lebar dan 90 cm tinggi dengan kata-kata dan gambar atau simbol untuk penyampaian suatu pesan. Poster biasa dipakai secara luas oleh perusahaan dagang untuk mengiklankan produknya serta memperkuat pesan yang telah disampaikan melalui media massa lain. Sadiman (2006) mengungkapkan poster tidak saja penting untuk menyampaikan kesan-kesan tertentu tetapi dia mampu pula untuk mempengaruhi dan memotivasi tingkah laku orang yang melihatnya¹³.

Secara umum poster yang baik hendaklah sederhana, dapat menyajikan satu ide untuk mencapai satu tujuan pokok, berwarna dan tulisannya jelas. Selain itu, slogan pada poster harus ringkas dan jitu, motif yang digunakan juga bervariasi. Poster dapat dipakai

¹³ Rahardjo Sadiman, *Media Pendidikan Pengertian, Pengembangan Dan Pemanfaatannya* (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2006).

secara efektif untuk tiga tujuan, yaitu untuk memberi informasi dan nasihat, memberikan arah dan petunjuk, serta mengumumkan peristiwa dan program yang penting.

Adapun syarat penempatan poster antara lain, yaitu poster dipajang di tempat yang diperkirakan akan banyak dilalui orang (daerah pasar, ruang pertemuan), meminta izin sebelum memasang poster di rumah atau bangunan. Beberapa tempat, gedung, batuan, atau pohon dapat merupakan tempat yang khusus atau mempunyai nilai tertentu. Oleh karena itu jangan menaruh poster di tempat yang demikian karena akan membuat penduduk marah sehingga mereka tidak mau belajar dari poster tersebut. Selain itu, jangan membiarkan poster lebih dari sebulan, sehingga orang akan menjadi bosan dan mengacuhkannya.



Gambar 3.3. Poster Stress Kemenkes RI

Sejumlah aturan harus diikuti untuk pembuatan poster, seperti semua kata yang digunakan harus dalam bahasa setempat. Kata-kata harus sedikit dan sederhana, penggunaan simbol juga harus yang dapat dimengerti oleh orang buta huruf. Isi poster hendaknya hanya memampatkan satu gagasan pada satu poster karena terlalu banyak gagasan akan membuat semerawut dan membingungkan orang. Poster harus cukup besar

agar dapat dilihat orang dengan jelas. Apabila poster digunakan untuk satu kelompok, pastikan bahwa orang di belakang dapat melihatnya dengan jelas.

Menurut Simnett dan Ewles (1994), kelebihan poster antara lain dapat meningkatkan kesadaran terhadap kesehatan dan merangsang kepercayaan, sikap dan perilaku. Poster dapat menyampaikan informasi, mengarahkan orang melihat sumber lain (alamat, nomor telepon, mengambil leaflet). Poster juga dapat dibuat di rumah dengan murah¹⁴.

Kelebihan poster dari media yang lainnya adalah tahan lama, mencakup banyak orang, biaya tidak tinggi, tidak perlu listrik, dapat dibawa ke mana-mana, dapat mengungkit rasa keindahan, mempermudah pemahaman, dan meningkatkan gairah belajar. Kelemahannya adalah media ini tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak dan mudah terlipat.

Poster memiliki kelemahan karena penggunaannya untuk audiens terbatas (kecuali poster komersil yang besar), mudah rusak, dan diacuhkan, materi berkualitas tinggi memerlukan ahli grafis dan peralatan cetak yang baik, dan ini sangat mahal. Selain itu, biasanya poster dibeli dengan biaya relatif mahal. Uji coba dengan kelompok pengguna sangat disarankan.

4. *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat. Pada umumnya flyer digunakan dalam suatu acara untuk menyampaikan pesan kepada pengunjung agar pengunjung tidak bertanya banyak hal kepada si pembuat acara.
5. *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana setiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
6. Slide

Slide memiliki keunggulan sebagai media promosi kesehatan:

- Memberikan realita meskipun terbatas
- Memberikan informasi, mengangkat masalah, memperlihatkan keterampilan
- Dapat memacu diskusi mengenai sikap dan perilaku
- Cocok untuk sasaran dalam jumlah besar sekalipun
- Relatif murah dan mudah dibuat
- Dibeli murah

¹⁴ Ewles, L., *Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis.*, Edisi Kedu (Yogyakarta: UGM Press, 1994).

- Set *slide* dapat diedit sesuai sasarannya
- Dapat untuk belajar mandiri, memungkinkan penyesuaian
- Peralatan ringan dan mudah dipindahkan
- Peralatan mudah digunakan

Slide memiliki kelemahan sebagai media promosi kesehatan:

- Listrik dan peralatan mahal
- Alat bisa rusak (tetapi kemungkinan relatif kecil)
- Memerlukan ruang sedikit gelap (kecuali bila tersedia layar khusus)

7. Rubrik atau tulisan – tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan atau hal – hal yang berkaitan dengan kesehatan.

8. Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Foto akan menyampaikan pesan-pesan yang tergambar dalam visualisasi gambar. Tidak semua orang bisa memahami pesan-pesan yang terkandung di dalam foto tersebut bahkan bisa saja pesan yang disampaikan di dalam foto dipahami berbeda oleh audiens sehingga menimbulkan persepsi yang berbeda antara audiens dan penyampai pesan dalam foto

Media cetak memiliki beberapa kelebihan yaitu tahan lama, mencakup banyak orang, biaya tidak tinggi, tidak perlu listrik, dapat dibawa kemana-mana dan mempermudah pemahaman. Media cetak juga memiliki beberapa kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak serta mudah terlipat, media cetak tidak efektif pada audiens yang memiliki permasalahan dengan indera penglihatan, media cetak akan sulit diterima oleh audiens yang memiliki kelemahan dalam membaca.

b. Media Elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan – pesan atau informasi kesehatan berbeda – beda jenisnya. Antara lain:

- Televisi

Penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato (ceramah), TV Spot, kuis atau cerdas cermat dan sebagainya. Media televisi menjadi alat bantu yang sangat efektif untuk menyampaikan pesan kepada masyarakat karena televisi akan menampilkan gambar bergerak beserta suara sehingga akan mempermudah audiens dalam menerima pesan yang disampaikan.

Kelebihan televisi antara lain yaitu sifatnya langsung dan nyata, merupakan medium yang menarik, dapat perhatian penonton. Sedangkan kelemahan televisi antara lain: harga televisi relatif mahal, sifat komunikasinya hanya satu arah, jadwal siaran dan jadwal pelajaran sekolah sulit disesuaikan, program diluar kontrol orangtua dan guru, dan besarnya gambar relatif kecil.

- Radio

Radio merupakan media yang digunakan untuk menyampaikan pesan kepada orang banyak yang mengandalkan audio atau suara. Penyampaian menggunakan radio sangat efektif untuk informasi yang sifatnya himbauan dan pemberitahuan karena audiens tidak akan bisa melakukan umpanbalik terhadap pesan yang diterimanya. Beberapa radio saat ini sudah memiliki satu acara tersendiri terkait pembahasan tentang kesehatan sehingga media radio menjadi salah satu media yang sudah mulai dilirik oleh penggiat kesehatan untuk menyampaikan pesan kesehatan. Penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan melalui radio juga dapat bermacam – macam bentuknya, antara lain obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot dan sebagainya.

Kelebihan media radio antara lain harga relatif murah, mudah dipindahkan, program dapat direkam dan diputar lagi sesuka kita, mengembangkan daya imajinasi, merangsang partisipasi aktif pendengar. Sedangkan kelemahan radio antara lain komunikasi satu arah, penjadwalan pelajaran dan siaran sering menimbulkan masalah.

- Video

Penyampaian informasi atau pesan – pesan kesehatan dapat melalui video. Pembuatan video memiliki tujuan yaitu cerita video yang bertujuan untuk memaparkan cerita, Dokumenter video yang bertujuan merekam sebuah kejadian atau peristiwa dalam kehidupan, presentasi video yang bertujuan untuk mengomunikasikan ide atau gagasan. Video Analog merupakan produk dari industri pertelevisian dan oleh sebab itu dijadikan sebagai standar televisi. Video Digital adalah produk dari industri computer dan oleh sebab itu dijadikan standar data digital.

Video sebagai media promosi kesehatan memiliki kelebihan dan kelemahan. Video memiliki kelebihan yaitu :

- Dapat menarik perhatian untuk periode – periode yang singkat dari rangsangan luar lainnya, dapat memacu diskusi mengenai sikap dan perilaku.
- Memberikan informasi, mengangkat masalah, memperlihatkan keterampilan
- Dengan alat perekam pita video sejumlah besar penonton dapat memperoleh informasi dari ahli – ahli / spesialis.
- Cocok untuk sasaran dalam jumlah sedang dan kecil
- Dapat untuk belajar mandiri dan memungkinkan penyesuaian klien
- Demonstrasi yang sulit bisa dipersiapkan dan direkam sebelumnya, sehingga pada waktu mengajar guru bisa memusatkan perhatian pada penyajiannya
- Kontrol sepenuhnya ditangan pemberi materi didalam video, menghemat waktu dan rekaman dapat diputar berulang – ulang
- Keras lemah suara yang ada bisa diatur dan disesuaikan bila akan disisipi komentar yang akan didengar .

Video sebagai media promosi kesehatan memiliki kelebihan dan kelemahan. Video memiliki kelemahan yaitu

- Perhatian penonton sulit dikuasai, partisipasi mereka jarang dipraktikkan
- Sifat komunikasinya yang bersifat satu arah haruslah diimbangi dengan pencarian bentuk umpan balik yang lain
- Kurang mampu menampilkan detail dari objek yang disajikan secara sempurna
- Memerlukan peralatan yang mahal dan kompleks
- Listrik dan peralatan mahal
- Ada masalah kesesuaian jenis video dan peralatan yang berbeda-beda
- Aturan perekaman program TV video tidak selalu jelas dan dapat sangat terbatas
- Layar yang kecil membatasi jumlah audiens

- *Slide*

Slide juga dapat digunakan untuk penyampaian pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media *slide* adalah media visual yang diproyeksikan melalui alat yang disebut dengan proyektor *slide*. Ada empat kelebihan dari media *slide* ini. *Pertama*, membantu menimbulkan pengertian dan ingatan yang kuat pada pesan yang disampaikan serta dapat dipadukan dengan unsur suara. *Kedua*, merangsang minat dan perhatian siswa dengan

warna dan gambar yang konkret. *Ketiga*, program *slide* direvisi sesuai dengan kebutuhan karena filmnya terpisah-pisah. *Keempat*, penyimpanannya mudah karena ukurannya kecil.

- Film Strip

Film strip juga dapat digunakan untuk penyampaian pesan – pesan kesehatan. Film strip adalah media visual proyeksi diam, yang pada dasarnya hampir sama dengan media slide. Hanya saja media ini terdiri atas beberapa film yang merupakan satu kesatuan, dimana ujung satunya dengan ujung lainnya bersatu membentuk rangkaian

Media elektronik memiliki beberapa kelebihan yaitu sudah dikenal masyarakat, mengikutsertakan panca indera pendengaran dan penglihatan, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak, penyajian dapat dikendalikan, jangkauan relatif besar, dan sebagai alat diskusi serta dapat diulang-ulang. Media elektronik juga memiliki kelemahan yaitu biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik, perlu alat canggih untuk produksinya dan perlu terampil dalam pengoperasian.

c. Media Luar Ruang

Media luar ruang merupakan media yang menyampaikan pesannya di luar ruang. Media luar ruang bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar, *umbul-umbul*, yang berisi pesan, slogan atau logo.

Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikutsertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Menurut Depkes (2004), alat-alat peraga dapat dibagi dalam 4 kelompok besar¹⁵:

- a. Benda asli, yaitu benda yang sesungguhnya baik hidup maupun mati merupakan alat peraga yang paling baik karena mudah serta cepat dikenal, mempunyai bentuk serta ukuran yang tepat. Tetapi alat peraga ini kelemahannya tidak selalu mudah dibawa ke mana-mana sebagai alat bantu mengajar.
- b. Benda tiruan, yang ukurannya lain dari benda sesungguhnya. Benda tiruan bisa digunakan sebagai media atau alat peraga dalam promosi kesehatan. Hal ini

¹⁵ Departemen Kesehatan RI, *Panduan Penggunaan Media Penyuluhan* (Jakarta: Dirjen PPM dan PL Departemen Kesehatan RI, 2003).

dikarenakan menggunakan benda asli tidak memungkinkan, misal ukuran benda asli yang terlalu besar, terlalu berat, dan lain-lain. Benda tiruan dapat dibuat dari bermacam-macam bahan seperti tanah, kayu, semen, plastik, dan lain-lain.

- c. Gambar/Media grafis, seperti poster, leaflet, gambar karikatur, lukisan, dan lain-lain.
- d. Gambar Optik, seperti photo, slide, *film*, dan lain-lain

Media luar ruang memiliki beberapa

- a. Papan reklame yaitu poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum di perjalanan
- b. Spanduk yaitu suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar-gambar yang dibuat dalam secarik kain dengan ukuran tergantung kebutuhan dan dipasang di suatu tempat strategis agar dapat dilihat oleh semua orang.
- c. Pameran
- d. *Banner*
- e. TV layar lebar

Kelebihan TV layar lebar sebagai media luar ruang untuk promosi kesehatan yaitu:

- Sebagai informasi umum dan hiburan
- Mengikutsertakan semua panca indera
- Lebih mudah dipahami
- Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak
- Bertatap muka
- Penyajian dapat dikendalikan
- Jangkauan relatif lebih besar
- Dapat menjadi tempat bertanya lebih detail
- Dapat langsung menggunakan semua panca indera secara langsung

Kelemahan TV layar lebar sebagai media luar ruang untuk promosi kesehatan yaitu:

- Biaya lebih tinggi
- Sedikit rumit
- Ada yang memerlukan listrik
- Ada yang memerlukan alat canggih untuk produksinya
- Perlu persiapan matang
- Peralatan selalu berkembang dan berubah
- Perlu keterampilan penyimpanan
- Perlu keterampilan dalam pengoperasian

3.3 Dasar Pertimbangan Pemilihan Media

Media sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan yang akan disampaikan dalam pendidikan kesehatan harus dipertimbangkan dengan baik dan benar. Pemilihan media sebagai alat bantu pendidikan kesehatan akan ikut berdampak terhadap keberhasilan pendidikan kesehatan. Beberapa penyebab orang memilih media antara lain adalah ¹⁶ :

- a. Bermaksud mendemonstrasikannya
- b. Merasa sudah akrab dengan media tersebut
- c. Ingin memberi gambaran atau penjelasan yang lebih konkret
- d. Merasa bahwa media dapat berbuat lebih dari yang biasa dilakukan

Beberapa hal yang menjadi dasar pertimbangan untuk memilih suatu media sangatlah sederhana, yaitu dapat memenuhi kebutuhan atau mencapai tujuan yang diinginkan atau tidak. Jika sebuah media itu sesuai pakailah, "*If the medium fits, Use it*". Hal yang menjadi sebuah pertanyaan lanjutan adalah terkait ukuran atau kriteria kesesuaian tersebut. Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan misalnya adalah tujuan yang ingin dicapai, karakteristik sasaran, jenis rangsangan yang diinginkan, keadaan latar atau lingkungan, kondisi setempat, dan luasnya jangkauan yang ingin dilayani. Faktor tersebut akhirnya diterjemahkan dalam keputusan pemilihan.

1. Membuat Materi yang Baik

Kebanyakan materi, khususnya poster, *leaflet* dan materi audiovisual sudah dalam bentuk jadi, tetapi kita dapat membuat sendiri dengan pertimbangan sebagai berikut :

- a. Singkat dan lugas.

Jangan mencantumkan materi yang tidak relevan karena hanya akan mengganggu pesan utama

- b. Tekankan pada hal-hal penting dengan mengubah besar huruf, *style* atau warnanya. Letakkan tepat di tengah atas *display* yang mempunyai dampak visual maksimum.
- c. Gunakan bahasa yang dimengerti sasaran

Pesan dalam media promosi kesehatan harus dipahami oleh kelompok sasaran. Pesan didalam media promosi kesehatan harus dipahami oleh kelompok sasaran dalam bentuk gambar dan katakata. Cobalah pada beberapa orang untuk meyakinkan bahwa pesan anda dipahami (misalnya apakah ungkapan "menyerang penyakit ginjal" diartikan sebagai

¹⁶ Sadiman, Rahardjo, Media Pendidikan Pengertian, Pengembangan Dan Pemanfatannya (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2006)

informasi tentang cara menghindari penyakit ginjal atau sebagai informasi tentang masalah kesehatan yang menyerang penyakit ginjal.

d. Cukup besar kata-kata, dan gambarnya

e. Gunakan warna

Warna dapat menciptakan kesinambungan, misalnya pengulangan warna latar dapat mengikat sebuah seri poster. Warna dapat dipakai untuk mengidentifikasi bagian diagram atau menonjolkan informasi penting. Pilihlah warna dengan seksama karena warna mempengaruhi respons emosional, misalnya biru terkesan dingin, hijau lembut, dan karena warna dapat dikaitkan dengan beberapa maksud, gambaran dan tempat tertentu, misalnya merah berarti marah/ keberanian, ungu untuk kematian, putih untuk kebersihan klinik, warna kuning berarti cemburu. Warna berperan dalam hal kepribadian, faktor psikologis dan lain-lain.

BAB 4

METODE PROMOSI KESEHATAN

4.1. Metode Promosi Kesehatan

Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan suatu pendidikan kesehatan adalah pemilihan metode pelatihan yang tepat. Pemilihan metode belajar dapat diidentifikasi melalui besarnya kelompok peserta. Membagi metode pendidikan menjadi tiga yakni metode pendidikan individu, kelompok, dan masa. Pemilihan metode pelatihan tergantung pada tujuan, Kemampuan pelatih/pengajar, besar kelompok sasaran, kapan/waktu pengajaran berlangsung dan fasilitas yang tersedia ¹⁷.

Berikut ini diuraikan beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan.

1. Metode Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya membina seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh/mendengar kan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil tersebut segera minta di imunisasi adalah dengan pendekatan secara perorangan. Perorangan disini tidak hanya 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 serta dapat membantunya maka perlu menggunakan metode atau cara ini. Bentuk pendekatannya antara lain ¹⁸:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut atau berperilaku baru.

¹⁷ Notoatmodjo.

¹⁸ Sinta Fitriani, *Promosi Kesehatan* (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011).

b. Wawancara (*Interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan. Juga untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

4.2. Pembagian Kelompok Besar dalam Promosi Kesehatan

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

a. Kelompok Besar

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

1. Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung atau pendengar. Metode ini dipergunakan jika berada dalam kondisi seperti waktu penyampaian informasi terbatas, orang yang mendengarkan sudah termotivasi, pembicara menggunakan gambar dalam kata-kata, kelompok terlalu besar untuk memakai metode lain, ingin menambahkan atau menekankan apa apa yang sudah dipelajari dan mengulangi, memperkenalkan atau mengantarkan apa yang sudah dicapai

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Metode Ceramah yaitu cara penyampaian informasi secara lisan yang dilakukan oleh sumber belajar kepada warga belajar. Metode ini merupakan yang paling banyak digunakan dalam kesempatan penyampaian informasi dalam kegiatan-kegiatan pembelajaran. Hal ini diakibatkan adanya kemampuan setiap orang untuk berkomunikasi atau menyampaikan pesan kepada orang lain.

Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah.

a. Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah menguasai materi yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

- 1) Mempelajari materi dengan sisematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- 2) Mempersiapkan alat – alat bantu, misalnya makalah singkat, *slide*, transparan, *sound sistem* dan sebagainya.

b. Waktu dan tempat

Dalam pelaksanaan penyuluhan kadang-kadang persiapan yang dilakukan oleh penyuluh menjadi berantakan disebabkan karena hal-hal yang dianggap sepele yaitu waktu dan tempat penyuluhan yang tidak tepat. Biasanya kelompok sasaran dikumpulkan di ruangan tertutup. Kegiatan dilakukan pada umumnya mulai pagi hari hingga siang hari, oleh karena itu seorang penyuluh sebaiknya tahu kapan kelompok sasaran mempunyai waktu yang luang dan kapan mereka dapat berkumpul bersama. Maka jadwal kegiatan sehari-hari kader perlu untuk diketahui sehingga pada saat diadakan penyuluhan tidak terkesan mengganggu atau merugikan kelompok sasaran.

c. Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk itu penceramah dapat melakukan hal – hal sebagai berikut.

- 1) Sikap dan penampilan yang menyakinkan, tidak boleh bersikap ragu – ragu dan gelisah.
- 2) Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- 3) Pandangan harus tertuju keseluruh peserta ceramah.
- 4) Berdiri di depan (pertengahan). Tidak boleh duduk.
- 5) Menggunakan alat – alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

d. Evaluasi kegiatan

Penilaian (evaluasi) adalah proses menentukan nilai atau keberhasilan dalam mencapai tujuan yang sudah ditentukan sebelumnya yang digunakan untuk menilai sejauh mana keberhasilan dari suatu kegiatan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam evaluasi adalah apakah dalam tujuan penyuluhan sudah jelas dijabarkan dan sesuai dengan tujuan program, apakah indikator/kriteria yang akan dipakai dalam penilaian, kegiatan penyuluhan yang mana yang akan di evaluasi, metode apa yang digunakan dalam evaluasi, instrumen apa yang digunakan dalam evaluasi, siapa yang melaksanakan evaluasi, sarana-sarana apa yang dipergunakan untuk evaluasi, apakah ada fasilitas dan

kesempatan untuk mempersiapkan tenaga yang melaksanakan evaluasi dan bagaimana cara untuk memberikan umpan balik hasil evaluasi.

2. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap hangat di masyarakat. Pendidikan kesehatan menggunakan metode seminar akan berlangsung secara satu arah.

4.3. Pembagian Kelompok Kecil dalam Promosi Kesehatan

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

1) Diskusi kelompok

Agar semua kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap – hadapan atau saling memandangi satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pemimpin diskusi juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa berada 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 jalannya diskusi sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara dan tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

2) Curah pendapat (*Brain storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Tujuan curah pendapat adalah untuk membuat kompilasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda. Hasilnya kemudian dijadikan peta informasi, peta pengalaman, atau peta gagasan (*mindmap*) untuk menjadi pembelajaran bersama.

Brainstorming adalah suatu teknik atau cara mengajar yang dilaksanakan oleh pemateri di dalam tempat promosi kesehatan, dengan cara melontarkan suatu masalah oleh pemateri, kemudian kelompok sasaran menjawab atau menyatakan pendapat, atau komentar sehingga mungkin masalah tersebut berkembang menjadi masalah baru, atau

dapat diartikan pula sebagai satu cara untuk mendapatkan ide dari sekelompok manusia dalam waktu singkat.

Prinsip curah pendapat sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban – 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 diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari dan akhirnya terjadi diskusi.

Metode brainstorming memiliki banyak keunggulan, antara lain yaitu:

- a. Kelompok sasaran aktif untuk menyatakan pendapat.
- b. Melatih kelompok sasaran berpikir dengan cepat dan tersusun logis.
- c. Merangsang kelompok sasaran untuk selalu siap berpendapat yang berhubungan dengan masalah yang diberikan oleh pemateri.
- d. Meningkatkan partisipasi kelompok sasaran dalam menerima pelajaran.
- e. Kelompok sasaran yang kurang aktif mendapat bantuan dari temannya yang pandai atau dari pemateri.
- f. Terjadi persaingan sehat diantara kelompok sasaran.
- g. Suasana demokrasi dan disiplin dapat ditumbuhkan

Metode brainstorming juga memiliki beberapa kelemahan, yaitu:

- a. pemateri kurang memberi waktu yang cukup kepada kelompok sasaran untuk berfikir.
- b. Kadang-kadang pembicaraan didominasi kelompok sasaran yang pandai saja.
- c. Pemateri yang hanya menampung ide dan tidak dapat menyimpulkannya, sehingga kelompok sasaran tidak segera mengetahui mana yang benar dan yang salah.
- d. Terkadang masalah yang dilontarkan menjadi melebar bahkan memunculkan masalah baru.

Adapun langkah-langkah dalam penerapan metode Brainstorming adalah sebagai berikut:

- a. Pemberian informasi dan motivasi. Pada tahap ini guru menjelaskan masalah yang akan dibahas dan latar belakangnya, kemudian mengajak peserta didik agar aktif untuk memberikan tanggapannya.

- b. Identifikasi. Peserta didik diajak memberikan sumbang saran pemikiran sebanyak-banyaknya. Semua saran yang diberikan peserta didik ditampung, ditulis dan jangan dikritik. Pemimpin kelompok dan peserta dibolehkan mengajukan pertanyaan hanya untuk meminta penjelasan.
- c. Klasifikasi. Mengklasifikasi berdasarkan kriteria yang dibuat dan disepakati oleh kelompok. Klasifikasi bisa juga berdasarkan struktur/faktor-faktor lain.
- d. Verifikasi. Kelompok secara bersama meninjau kembali sumbang saran yang telah diklasifikasikan. Setiap sumbang saran diuji relevansinya dengan permasalahan yang dibahas. Apabila terdapat kesamaan maka yang diambil adalah salah satunya dan yang tidak relevan dicoret. Namun kepada pemberi sumbang saran bisa dimintai argumentasinya.
- e. Konklusi (Penyepakatan). Guru/pimpinan kelompok beserta peserta lain mencoba menyimpulkan butir-butir alternatif pemecahan masalah yang disetujui. Setelah semua puas, maka diambil kesepakatan terakhir cara pemecahan masalah yang dianggap paling tepat.

3) Bola salju (*snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan – pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya.

Kemudian tiap – tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

4) 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 dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5) Bermain Peran (Role-Play)

Bermain peran merupakan teknik untuk ‘menghadirkan’ peran-peran yang ada dalam dunia nyata ke dalam suatu ‘pertunjukan peran’ di dalam kelas/pertemuan, yang kemudian dijadikan sebagai bahan refleksi agar peserta memberikan penilaian terhadap peran tersebut. Misalnya: menilai keunggulan maupun kelemahan masing-masing peran

tersebut, dan kemudian memberikan saran/alternatif pendapat bagi pengembangan peran-peran tersebut. Teknik ini lebih menekankan terhadap masalah yang diangkat dalam ‘pertunjukan’, dan bukan pada kemampuan pemain dalam melakukan permainan peran

6) Demonstrasi

Demonstrasi merupakan teknik yang digunakan untuk membelajarkan peserta dengan cara menceritakan dan memperagakan suatu langkah-langkah pengerjaan sesuatu. Demonstrasi merupakan praktek yang diperagakan kepada peserta. Karena itu, demonstrasi dapat dibagi menjadi dua tujuan: demonstrasi proses untuk memahami langkah demi langkah; dan demonstrasi hasil untuk memperlihatkan atau memperagakan hasil dari sebuah proses. Biasanya, setelah demonstrasi dilanjutkan dengan praktek oleh peserta sendiri. Sebagai hasil, peserta akan memperoleh pengalaman belajar langsung setelah melihat, melakukan, dan merasakan sendiri. Tujuan dari demonstrasi yang dikombinasikan dengan praktek adalah membuat perubahan pada ranah keterampilan.

7) Bermain peran (*Role play*)

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/komunikasi sehari – hari dalam melaksanakan tugas.

8) Permainan (Games)

Karakteristik permainan yaitu menciptakan suasana belajar yang menyenangkan (*fun*) bagi peserta dengan prinsip serius tapi santai. Permainan juga kerap dipergunakan untuk menciptakan suasana belajar dari pasif agar menjadi lebih aktif, dari kaku menjadi gerak (*akrab*), dan dari jenuh menjadi riang (*segar*).

Metode permainan pada umumnya dipergunakan untuk tujuan belajar agar menjadi efisien dan efektif dalam suasana gembira meskipun sedang membahas tema yang sulit atau berat. Permainan sebaiknya dipergunakan sebagai bagian dari proses belajar, bukan hanya untuk mengisi waktu kosong atau sekedar pemanasan (*ice-breaker*) atau penyegaran (*energizer*). Permainan sebaiknya dirancang menjadi suatu ‘aksi’ atau kejadian yang dialami sendiri oleh peserta, kemudian dibuat menjadi sebuah

pembahasan dalam bentuk refleksi dan hikmah yang mendalam (prinsip, nilai, atau pelajaran-pelajaran). Wilayah perubahan yang dipengaruhi adalah ranah sikap-nilai.

9) Permainan simulasi (Simulation game)

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi 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 bebreran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

Tujuan metode simulasi adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan akselerasi pemikiran dan perasaan dengan sikap dan psikomotorik pembelajar, kemampuan pembelajar ditingkatkan dalam keterampilan berkomunikasi sederhana dan kepekaan terhadap aksi orang lain agar terbentuk sikap peduli terhadap lingkungan sekitarnya
- b. Menghayati berbagai masalah yang mungkin dihadapi oleh peran yang dimainkan
- c. Menggunakan pengalaman perannya dalam simulasi untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi
- d. Memperoleh persepsi, pandangan ataupun mengalami perasaan kejiwaan dan batin tertentu
- e. Menanamkan disiplin dan sikap berhati-hati
- f. Memberi kesempatan berlatih menguasai keterampilan tertentu melalui situasi buatan, sehingga pembelajar terbebas dari resiko pekerjaan berbahaya.

Kelebihan dan kekurangan dari metode simulasi adalah sebagai berikut:

Kelebihan

- Menguasai keterampilan tanpa membahayakan dirinya atau orang lain dan tanpa menanggung kerugian
- Melibatkan pembelajar secara aktif dan memberikan kesempatan kepada pembelajar terlibat secara langsung dalam kegiatan belajar dan melakukan eksperimen tanpa takut-takut terhadap akibat yang mungkin timbul di dalam lingkungan yang sesungguhnya.
- Meningkatkan berfikir secara kritis, karena pembelajar dilibatkan secara aktif dalam proses pembelajaran
- Belajar memahami suatu kegiatan tertentu
- Dapat meningkatkan motivasi pembelajar

- Bermanfaat untuk tugas-tugas yang memerlukan praktek tetapi lahan praktek tidak memadai
 - Memberi kesempatan berlatih mengambil keputusan yang mungkin tidak dapat dilakukan dalam situasi nyata
 - Dapat membentuk kemampuan menilai situasi dan membuat pertimbangan berdasarkan kemungkinan yang muncul
 - Dapat meningkatkan disiplin dan meningkatkan sikap kehati-hatian
- Kekurangan dari metode promosi kesehatan ini adalah:
- Kurang efektif untuk menyampaikan informasi umum
 - Kurang efektif untuk kelas yang besar, karena umumnya kurang efektif bila dilakukan untuk perorangan atau group yang kecil
 - Memerlukan fasilitas khusus yang mungkin sulit untuk disediakan di tempat latihan, karena diperlukan alat bantu
 - Dibutuhkan waktu yang lama, bila semua pembelajaran harus melakukannya
 - Media berlatih yang merupakan situasi buatan tidak selalu sama dengan situasi sebelumnya, baik dalam kecanggihan alat, lingkungan dan sebagainya
 - Memerlukan biaya yang lebih banyak

4.4. Pembagian Kelompok Massa dalam Promosi Kesehatan

Metode (pendekatan) massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan – pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran 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 kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi *awareness*, 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 (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa. Berikut ini akan dijelaskan beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa.

- a. Ceramah umum (*public speaking*)
 Pada cara – cara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional menteri kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan – pesan kesehatan.
- b. Berbincang – bincang (*talk show*) tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan disuatu media massa juga merupakan pendekatan massa.
- d. Acara Dokter OZ dalam acara TV pada tahun 2000– an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan massa.
- e. Tulisan – tulisan dimajalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan dan penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- f. *Billboard*, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa. Contoh : *Billboard “Ayo ke Posyandu”*.

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

1. Untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan : ceramah, kerja kelompok, mass media, seminar, kampanye.
2. Menambah pengetahuan. Menyediakan informasi: *One-to-one teaching* (mengajar perseorangan / private), seminar, media massa, kampanye, group teaching.
3. *Self-empowering*. Meningkatkan kemampuan diri, mengambil keputusan Kerja kelompok, latihan (training), simulasi, metode pemecahan masalah, peer teaching method.
4. Mengubah kebiasaan : :Mengubah gaya hidup individu Kerja kelompok, latihan keterampilan, training, metode debat.
5. Mengubah lingkungan, Bekerja sama dengan pemerintah untuk membuat kebijakan berkaitan dengan kesehatan.

BAB 5

KONSEP PERILAKU DAN PERILAKU KESEHATAN

5.1. Batasan Perilaku

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

Skinner merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons. Maka teori Skinner ini disebut “S-O-R” atau *Stimulus Organisme Respons*. Skinner membedakan adanya dua respons¹⁹:

1. *Respondent response* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan – rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons – respons yang relatif tetap. Misalnya: makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan dengan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.
2. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respons terhadap uraian tugasnya atau job skripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

¹⁹ B. F Skinner, *Science and Human Behaviour* (New York: McMillan, 1996).

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

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya memeriksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seks, dan sebagainya. Bentuk perilaku tertutup lainnya adalah sikap, yakni penilaian terhadap objek.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik (*practice*). Misal: seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur, dan sebagainya.

Seperti telah disebutkan di atas, sebagian besar perilaku manusia adalah *operant respons*. Oleh sebab itu, untuk membentuk jenis respon atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning* ini menurut Skinner adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan identifikasi tentang hal – hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah – hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
- b. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen – komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen – komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- c. Menggunakan secara urut komponen – komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing – masing komponen tersebut.
- d. Melakukan pembentukan dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering

dilakukan. Kalau ini sudah terbentuk maka dilakukan komponen (perilaku) yang kedua kemudian diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi). Demikian berulang – ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

Sebagai ilustrasi, misalnya dikehendaki agar anak mempunyai kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur. Untuk berperilaku seperti ini maka anak tersebut harus:

- Pergi ke kamar mandi sebelum tidur,
- Mengambil sikat gigi dan odol,
- Mengambil air dan berkumur,
- Melaksanakan sikat gigi,
- Menyimpan sikat gigi dan odol,
- Pergi ke kamar tidur.

Kalau dapat diidentifikasi hadiah – hadiah (tidak berupa uang) bagi masing – masing komponen perilaku tersebut (komponen 1 – 6), maka akan dapat dilakukan pembentukan kebiasaan tersebut.

Contoh diatas adalah suatu penyederhaan prosedur pembentukan perilaku melalui *operant conditioning*. Di dalam kenyataannya prosedur itu banyak dan bervariasi sekali dan lebih kompleks daripada contoh diatas. Teori Skinner ini sangat besar pengaruhnya, terutama di Amerika Serikat. Konsep – konsep *behavior control*, *behavior therapy*, dan *behavior modification* yang dewasa ini berkembang adalah bersumber pada teori ini.

5.2 Perilaku Kesehatan

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

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha – usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek, yaitu:

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.

- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan disini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.
- c. Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*Health seeking behavior*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*), pengobatan alternatif, pengobatan kesehatan tradisional sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatan sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Misalnya bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

Seorang ahli lain (Becker, 1979) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan ini:

a. Perilaku hidup sehat (*healthy life style*)

Adalah perilaku – perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya atau pola/ gaya hidup sehat (*healthy life style*).

Perilaku ini mencakup antara lain:

- 1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*). Menu seimbang disini dalam arti kualitas (mengandung zat – zat gizi yang diperlukan tubuh), dan kuantitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang tetapi juga tidak lebih). Secara kualitas mungkin di Indonesia dikenal dengan ungkapan empat sehat lima sempurna.

- 2) Olahraga teratur, juga mencakup kualitas (gerakan), dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga. Dengan sendirinya kedua aspek ini akan tergantung dari usia, dan status kesehatan yang bersangkutan.
 - 3) Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. Ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia, seolah – olah sudah membudaya. Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok. Bahkan dari hasil suatu penelitian, sekitar 15% remaja kita telah merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.
 - 4) Tidak minum minuman keras dan narkoba. Kebiasaan minum miras dan mengkonsumsi narkoba (narkotika dan bahan – bahan berbahaya lainnya) juga cenderung meningkatkan. Sekitar 1% penduduk Indonesia dewasa diperkirakan sudah mempunyai kebiasaan minum miras ini.
 - 5) Istirahat yang cukup. Dengan meningkatnya kebutuhan hidup akibat tuntutan untuk penyesuaian dengan lingkungan modern, mengharuskan orang untuk bekerja keras dan berlebihan, sehingga waktu istirahat berkurang. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.
 - 6) Mengendalikan stres. Stres akan terjadi pada siapa saja dan akibatnya bermacam – macam bagi kesehatan. Lebih – lebih sebagian akibat dari tuntutan hidup yang keras seperti diuraikan diatas. Kecenderungan stres akan meningkat pada setiap orang. Stres tidak dapat kita hindari, yang penting dijaga agar stres tidak menyebabkan gangguan kesehatan, kita harus dapat mengendalikan atau mengelola stres dengan kegiatan – kegiatan yang positif.
 - 7) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan. Misalnya: tidak berganti – ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri kita dengan lingkungan, dan sebagainya.
- b. Perilaku sakit (*illness behavior*)
- Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang: penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.
- c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)
- Dari segi sosiologi, orang sakit (mempunyai peran yang mencakup hak – hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus

diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*). Perilaku ini meliputi:

- 1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan,
- 2) Mengenal, mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan/penyembuhan penyakit yang layak,
- 3) Mengetahui hak (misalnya: hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dan sebagainya).

5.3. Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor – faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap – tiap orang berbeda. Faktor – faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian di atas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau resultant antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain, sesuai dengan tujuan pendidikan. Bloom menyebutnya ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Pengetahuan terdapat berbagai jenis yaitu :

1. Pengetahuan Faktual (*Factual knowledge*)

Pengetahuan yang berupa potongan - potongan informasi yang terpisah-pisah atau unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pengetahuan faktual pada umumnya merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam pengetahuan faktual yaitu pengetahuan tentang terminologi (*knowledge of terminology*) mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu baik yang bersifat verbal maupun non verbal dan pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (*knowledge of specific details and element*) mencakup pengetahuan tentang kejadian, orang, waktu dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik.

Contoh: masyarakat yang mengetahui bahwa merokok dapat menyebabkan kesakitan karena beberapa orang disekitar mereka yang merokok menderita penyakit kanker paru-paru.

2. Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya berfungsi bersama - sama. Pengetahuan konseptual mencakup skema, model pemikiran, dan teori baik yang implisit maupun eksplisit. Ada tiga macam pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi, dan pengetahuan tentang teori, model, dan struktur.

Contoh : Masyarakat yang mengetahui bahwa perilaku merokok menjadi salah satu penyebab penyakit kanker paru-paru dan mengapa orang yang merokok bisa terkena penyakit kanker paru-paru

3. Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik yang bersifat rutin maupun yang baru. Seringkali pengetahuan prosedural berisi langkah-langkah atau tahapan yang harus diikuti dalam mengerjakan suatu hal tertentu.

Contoh: masyarakat yang mengetahui secara baik dan benar langkah-langkah yang harus dilakukan perokok untuk berhenti merokok. Masyarakat yang mengetahui langkah-langkah

yang harus dilakukan untuk pengobatan TB dengan mengkonsumsi obat TB sesuai ketentuan yang ada.

4. Pengetahuan Metakognitif

Mencakup pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri. Penelitian-penelitian tentang metakognitif menunjukkan bahwa seiring dengan perkembangannya audiens menjadi semakin sadar akan pikirannya dan semakin banyak tahu tentang kognisi, dan apabila audiens bisa mencapai hal ini maka mereka akan lebih baik lagi dalam belajar.

Contoh: masyarakat yang ingin melakukan pemberantasan penyakit DBD di lingkungan rumah dan masyarakat sudah mengetahui penyebab DBD, penanggulangan DBD dan tata cara serta langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pemberantasan DBD di lingkungan mereka.

Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

Contoh: seorang remaja yang bisa menyebutkan tanda-tanda puber melalui perubahan secara fisik . Seorang ibu yang bisa menyebutkan jenis-jenis alat kontrasepsi.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagian suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan , menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari. Contoh: seorang remaja yang bisa menjelaskan mengapa terjadi perubahan secara fisik pada remaja saat pubertas. Seorang ibu yang bisa menjelaskan jenis-jenis alat kontrasepsi dan kegunaannya masing-masing.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan – perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip – prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulai – formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan – rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian – penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab – sebab mengapa ibu – ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya.

Dimensi proses kognitif dalam taksonomi yang baru yaitu:

1. Menghafal (*Remember*)

Menarik kembali informasi yang tersimpan dalam memori jangka panjang. Mengingat merupakan proses kognitif yang paling rendah tingkatannya. Untuk mengkondisikan agar “mengingat” bisa menjadi bagian belajar bermakna, tugas mengingat hendaknya selalu

dikaitkan dengan aspek pengetahuan yang lebih luas dan bukan sebagai suatu yang lepas dan terisolasi. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif: mengenali (*recognizing*) dan mengingat (*recalling*).

2. Memahami (*Understand*)

Mengkonstruksi makna atau pengertian berdasarkan pengetahuan awal yang dimiliki, mengaitkan informasi yang baru dengan pengetahuan yang telah dimiliki, atau mengintegrasikan pengetahuan yang baru ke dalam skema yang telah ada dalam pemikiran siswa. Karena penyusunan skema adalah konsep, maka pengetahuan konseptual merupakan dasar pemahaman. Kategori memahami mencakup tujuh proses kognitif: menafsirkan (*interpreting*), memberikan contoh (*exemplifying*), mengklasifikasikan (*classifying*), meringkas (*summarizing*), menarik inferensi (*inferring*), membandingkan (*comparing*), dan menjelaskan (*explaining*).

3. Mengaplikasikan (*Applying*)

Mencakup penggunaan suatu prosedur guna menyelesaikan masalah atau mengerjakan tugas. Oleh karena itu mengaplikasikan berkaitan erat dengan pengetahuan prosedural. Namun tidak berarti bahwa kategori ini hanya sesuai untuk pengetahuan prosedural saja. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif: menjalankan (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).

4. Menganalisis (*Analyzing*)

Menguraikan suatu permasalahan atau obyek ke unsur-unsurnya dan menentukan bagaimana saling keterkaitan antar unsur-unsur tersebut dan struktur besarnya. Ada tiga macam proses kognitif yang tercakup dalam menganalisis: membedakan (*differentiating*), mengorganisir (*organizing*), dan menemukan pesan tersirat (*attributing*).

5. Mengevaluasi

Membuat suatu pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar yang ada. Ada dua macam proses kognitif yang tercakup dalam kategori ini: memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*).

6. Membuat (*create*)

Menggabungkan beberapa unsur menjadi suatu bentuk kesatuan. Ada tiga macam proses kognitif yang tergolong dalam kategori ini, yaitu: membuat (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*).

Seseorang bisa mendapatkan informasi dari berbagai tempat, berbagai cara sehingga menjadi sebuah pengetahuan yang akan dapat digunakan dalam kehidupan. Dari berbagai

macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1) Cara Tradisional untuk Memperoleh Pengetahuan

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum dikemukakannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis. Cara – cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi:

a) Cara Coba-Salah (*Trial and Error*)

Cara yang paling tradisional, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba – coba atau dengan kata yang lebih dikenal “trial and error”. Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya peradaban. Cara coba – coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba kembali dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat terpecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode trial (coba) and error (gagal atau salah) atau metode coba – salah/coba – coba.

Metode ini telah digunakan orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan sampai sekarang pun metode ini masih sering digunakan, terutama oleh mereka yang belum atau tidak mengetahui suatu cara tertentu dalam memecahkan masalah yang dihadapi.

b) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari – hari, banyak sekali kebiasaan – kebiasaan dan tradisi – tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan – kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Misalnya, mengapa harus ada upacara selapanan dan turun tanah pada bayi pada beberapa etnis, mengapa ibu yang sedang menyusui harus minum jamu, mengapa anak tidak boleh makan telur, dan sebagainya.

Kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Kebiasaan-kebiasaan ini seolah-olah diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak. Sumber pengetahuan tersebut dapat berupa pemimpin–pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintahan dan sebagainya. Dengan kata lain, pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan

pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan yang dimiliki individu sehingga mereka mendapatkan informasi sehingga menjadi pengetahuan.

c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru terbaik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang dihadapi, maka untuk memecahkan masalah lain yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut. Tetapi bila gagal menggunakan cara tersebut, ia tidak akan mengulangi cara itu, dan berusaha untuk mencari cara yang lain, sehingga dapat berhasil memecahkannya.

d) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

Induksi dan deduksi pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan – pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan – pernyataan umum kepada yang khusus.

2) Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah”, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (research methodology). Cara ini mula – mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia adalah seorang tokoh yang mengembangkan metode berpikir induktif. Mula-mula ia mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan. Kemudian hasil pengamatannya tersebut dikumpulkan dan diklasifikasikan dan akhirnya diambil kesimpulan umum. Kemudian metode berpikir induktif

yang dikembangkan oleh Bacon ini dilanjutkan oleh Deobold van Dallen. Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan – pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamatinya. Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok yakni:

- a. Segala sesuatu yang positif yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- b. Segala sesuatu yang negatif yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c. Gejala – gejala yang muncul secara bervariasi yaitu gejala – gejala yang berubah – ubah pada kondisi – kondisi tertentu.

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Dari batasan – batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari – hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Nemcomb, salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek²⁰.

a. Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain Alport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok:

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

Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya, seorang ibu telah mendengar tentang penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini

²⁰ Saifuddin Azwar, *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya*, Edisi Kedu (Yogyakarta: PT Pustaka Pelajar, 2012).

akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena polio. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat mengimunisasikan anaknya untuk mencegah supaya anaknya tidak terkena polio. Ibu ini mempunyai sikap tertentu terhadap objek yang berupa penyakit polio.

b. Berbagai tingkatan sikap

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

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah – ceramah tentang gizi.

2. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut. Misalnya seorang ustadz yang memberikan respons kepada istrinya ketika sang istri ditawarkan untuk menggunakan kontrasepsi kepada istrinya .

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Misalnya, bagaimana pendapat anda tentang pelayanan dokter di Rumah Sakit Cipto? Secara langsung dapat dilakukan dengan pernyataan – pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden. Misalnya, apabila rumah ibu luas, apakah boleh dipakai untuk kegiatan

psyandu? Atau , saya kan menikah apabila saya sudah berumur 25 tahun (sangat setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju).

Sikap sebagai domain perilaku memiliki fungsi yaitu :

1. Sikap sebagai alat untuk menyesuaikan.

Sikap adalah sesuatu yang bersifat *communicable*, artinya sesuatu yang mudah menjalar, sehingga mudah pula menjadi milik bersama. Sikap bisa menjadi rantai penghubung antara orang dengan kelompok atau dengan kelompok lainnya.

2. Sikap sebagai alat pengatur tingkah laku.

Pertimbangan dan reaksi pada anak, dewasa dan yang sudah lanjut usia tidak ada. Perangsang itu pada umumnya tidak diberi perangsang spontan, akan tetapi terdapat adanya proses secara sadar untuk menilai perangsangan-perangsangan itu.

3. Sikap sebagai alat pengatur pengalaman.

Manusia didalam menerima pengalaman-pengalaman secara aktif. Artinya semua berasal dari dunia luar tidak semuanya dilayani oleh manusia, tetapi manusia memilih mana yang perlu dan mana yang tidak perlu dilayani. Jadi semua pengalaman diberi penilaian lalu dipilih.

4. Sikap sebagai pernyataan kepribadian.

Sikap sering mencerminkan pribadi seseorang ini disebabkan karena sikap tidak pernah terpisah dari pribadi yang mendukungnya. Oleh karena itu dengan melihat sikap pada objek tertentu, sedikit banyak orang bisa mengetahui pribadi orang tersebut. Jadi sikap merupakan pernyataan pribadi .

Manusia dilahirkan dengan sikap pandangan atau sikap perasaan tertentu, tetapi sikap terbentuk sepanjang perkembangan. Peranan sikap dalam kehidupan manusia sangat besar. Bila sudah terbentuk pada diri manusia, maka sikap itu akan turut menentukan cara tingkahlakunya terhadap objek-objek sikapnya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap objeknya. Sikap dapat dibedakan menjadi :

a. Sikap Sosial

Suatu sikap sosial yang dinyatakan dalam kegiatan yang sama dan berulang-ulang terhadap objek sosial. Karena biasanya objek sosial itu dinyatakan tidak hanya oleh seseorang saja tetapi oleh orang lain yang sekelompok atau masyarakat.

b. Sikap Individu

Sikap individu dimiliki hanya oleh seseorang saja, dimana sikap individual berkenaan dengan objek perhatian sosial. Sikap individu dibentuk karena sifat pribadi diri sendiri. Sikap

dapat diartikan sebagai suatu bentuk kecenderungan untuk bertindak laku, dapat diartikan suatu bentuk respon evaluasi yaitu suatu respon yang sudah dalam pertimbangan oleh individu yang bersangkutan.

Sikap mempunyai beberapa karakteristik yaitu :

1. Selalu ada objeknya
2. Biasanya bersifat evaluative
3. Relatif mantap
4. Dapat dirubah

c. **Praktik atau tindakan (*Practice*)**

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sikap ibu yang positif terhadap imunisasi harus mendapat konfirmasi dari suaminya, dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar ibu tersebut mengimunitasikan anaknya. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain – lain. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan:

1. Respons terpimpin (*guided response*)

Dapat dilakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama. Misalnya, seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong – motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya, dan sebagainya.

2. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat kedua. Misalnya, seorang ibu yang sudah mengimunitasikan bayinya pada umur – umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain. Ibu yang sudah terbiasa memasak air hingga mendidih dan memasak sayur hingga matang. Ibu yang sudah terbiasa menyiapkan sarapan buat anaknya dan anaknya harus mengkonsumsi sarapan di pagi hari.

3. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah dimotifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan

tersebut. Misalnya ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan – bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan – kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Pengukuran praktik (*overt behavior*) juga dapat diukur dari hasil perilaku tersebut. Misalnya perilaku higiene perorangan (*personal hygiene*) dapat diukur dari kebersihan kulit, kuku, rambut, dan sebagainya.

4.4. Perubahan (Adopsi) Perilaku dan Indikatornya

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui tiga tahap.

1. Perubahan Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Orang akan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) apabila ia tahu apa tujuan dan manfaatnya bagi kesehatan atau keluarganya, dan apa bahaya – bahayanya bila tidak melakukan PSN tersebut. Indikator – indikator apa yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi:

- a) Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi:
 - Penyebab penyakit
 - Gejala atau tanda – tanda penyakit
 - Bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan
 - Bagaimana cara penularannya
 - Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi, dan sebagainya.
- b) Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi:
 - Jenis – jenis makanan yang bergizi
 - Manfaat makanan yang bergizi bagi kesehatannya
 - Pentingnya olahraga bagi kesehatan
 - Penyakit – penyakit atau bahaya merokok, minum – minuman keras, narkoba, dan sebagainya.
 - Pentingnya istirahat cukup, relaksasi bagi kesehatan, dan sebagainya.
- c) Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan

- Manfaat air bersih
- Cara – cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat dan sampah
- Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
- Akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi kesehatan, dan sebagainya.

a. Proses Adopsi Perilaku

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

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu,
- b. *Interst*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
- c. *Evaluating* (menimbang – nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
- d. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru,
- e. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melawati tahap – tahap diatas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini di dasari oleh pengetahuan, dan kesadaran dari sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama. Contohnya ibu – ibu menjadi peserta KB, karena diperintahkan oleh lurah atau ketua RT tanpa mengetahui makna dan tujuan KB, maka mereka akan segera keluar dari keikut sertaannya dalam KB setelah beberapa saat perintah tersebut diterima.

2. Sikap

Telah diuraikan diatas bahwa sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya akan menilai atau

bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Oleh sebab itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan seperti diatas, yakni:

a. Sikap terhadap sakit dan penyakit

Adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap: gejala atau tanda – tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularan penyakit, cara pencegahan penyakit, dan sebagainya.

b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat

Adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara – cara memelihara dan cara – cara (berperilaku) hidup sehat. Dengan perkataan lain pendapat atau penilaian terhadap makanan, minuman, olahraga, relaksasi (istirahat) atau istirahat yang cukup, dan sebagainya bagi kesehatannya.

c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan

Adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Misalnya pendapat atau penilaian terhadap air bersih, pembuangan limbah, polusi dan sebagainya.

3. Praktik dan Tindakan (Practice)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (practice) kesehatan, atau dapat juga dikatakan perilaku kesehatan (overt behavior). Oleh sebab itu indikator praktik kesehatan ini juga mencakup hal – hal tersebut diatas, yakni:

a. Tindakan (praktik)sehubungan dengan penyakit

Tindakan atau perilaku ini mencakup : a) pencegahan penyakit misalnya mengimunisasikan anaknya, melakukan pengurusan bak mandi seminggu sekali untuk pencegahan penyakit DBD, menggunakan masker saat bekerja di ditempat kerja yang berdebu, dan sebagainya; dan b) penyembuhan penyakit, misalnya: minum obat sesuai petunjuk dokter, melakukan anjuran – anjuran dokter, berobat ke fasilitas kesehatan, melakukan terapi pengobatan sesuai jadwal yang sudah ditentukan secara teratur, melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin setelah pengobatan .

b. Tindakan (praktik) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Tindakan atau perilaku untuk meningkatkan status kesehatan dan memelihara kesehatan seperti: mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum minuman keras dan narkoba, dan sebagainya.

c. Tindakan (praktik) kesehatan lingkungan

Perilaku ini antara lain mencakup membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah ditempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak, dan sebagainya.

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap – tahap yang telah disebutkan diatas, yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (knowledge) – sikap (attitude) – praktik (praktice) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori diatas (KAP), bahkan didalam praktik sehari – hari terjadi sebaliknya. Artinya, seseorang telah berperilaku positif meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif.

Cara mengukur indikator perilaku atau memperoleh data informasi tentang indikator – indikator perilaku tersebut, untuk pengetahuan, sikap, praktik agak berbeda. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap cukup dilakukan melalui wawancara, baik wawancara terstruktur, maupun wawancara mendalam, dan fokus grop discussion (FGD) khusus untuk penelitian kualitatif. Sedangkan untuk memperoleh data praktik atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (observasi). Namun dapat juga dilakukan melalui wawancaradengan pendekatan recall atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden beberapa waktu yang lalu. Misalnya untuk mengetahui perilaku pemeriksaan kehamilan seorang ibu hamil ditanyakan apakah ibu memeriksakan kehamilannya pada waktu hamil anak yang terakhir.

BAB 6

DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

5.1 Konsep Umum

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

Namun demikian, pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio – budaya masyarakat dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku.

Disamping asumsi – asumsi tersebut, ada beberapa asumsi lain, antara lain asumsi yang mendasarkan kepada teori kepribadian dari Spranger. Spranger membagi kepribadian manusia itu menjadi enam macam nilai kebudayaan. Kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut. Selanjutnya, kepribadian tersebut akan menentukan pola dasar perilaku manusia yang bersangkutan.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori *Lawrence Green* (1980), *Snehandu B.Kar* (1983) dan WHO (1984).

1. Teori Lawrence Green

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non – behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor.²¹

²¹ L Green, *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, Second Edi (Mayfield Publishing Company, 2005).

- a. Faktor – faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor-faktor yang terdapat dari dalam diri dapat terwujud dalam bentuk usia, jenis kelamin, penghasilan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan nilai – nilai, dan sebagainya.
- b. Faktor – faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat – obatan, alat – alat kontrasepsi, jamban, transportasi, dan sebagainya.
- c. Faktor – faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dari faktor yang ada diluar individu dapat terwujud dalam bentuk sikap dan perilaku petugas kesehatan, kelompok referensi, perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, peraturan atau norma yang ada.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B = f (PF,EF,RF)$$

Dimana:

- B = Behavior
- PF = Predisposing factors
- EF = Enabling Factors
- RF = Reinforcing factors
- F = fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku²².

Seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di posyandu dapat disebabkan orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factors*). Atau barangkali juga karena rumahnya jauh dari posyandu atau puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (*enabling factors*). Sebab lain, mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain di sekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (*reinforcing factors*).

2. Teori Snehandu B.Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

²² Lawrence Green, *Health Education Planning, A Diagnostic Approach* (New York: The John Hopkins University: Mayfield Publishing Co, 1980).

- a) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- b) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social – support*).
- c) Ada atau tiak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d) Otonomi pribadi, yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Uraian di atas dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$B = f (BI, SS, AI, PA, AS)$$

Dimana:

- B = *Behavior*
- f = fungsi
- BI = *Behavior Intention*
- SS = *Social Support*
- AI = *Accessesability of Information*
- PA = *Personal Autonomy*
- AS = *Action Situation*

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidak adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/ bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku tidak bertindak. Seorang ibu yang tidak mau ikut KB (*behavior intention*), atau barangkali juga karena tidak ada dukungan dari masyarakat sekitarnya (*social support*). Mungkin juga karena kurang atau tidak memperoleh informasi yang kuat tentang KB (*accessibility of information*), atau mungkin ia tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan, misalnya harus tunduk kepada suaminya, mertuanya atau orang lain yang ia segani (*personal autonomy*). Faktor lain yang mungkin menyebabkan ibu ini tidak ikut KB adalah karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan (*action situation*).

3. Teori WHO

Tim kerja WHO menganalisis bahwa menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena empat alasan pokok.

- a. Pemahaman dan pertimbangan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan – kepercayaan dan penilaian – penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).

- 1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa api itu panas setelah memperoleh pengalaman, tangan atau kakinya kena api. Seorang ibu akan mengimunisasikan anaknya setelah melihat anak setelah melihat anak tetangganya kena penyakit polio sehingga cacat, karena anak tetangganya tersebut belum pernah memperoleh imunisasi polio.

- 2) Kepercayaan

Kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Misalnya, wanita hamil tidak boleh makan telur agar tidak kesulitan waktu melahirkan.

- 3) Sikap

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap nilai – nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, antara lain:

- a) Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan pada situasi pada saat itu. Misalnya, seorang ibu yang anaknya sakit, segera ingin membawa ke puskesmas, tetapi pada saat itu tidak mempunyai uang sepersen pun sehingga ia gagal membawa anaknya ke puskesmas.
- b) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain. Seorang ibu tidak mau membawa anaknya yang sakit keras kerumah sakit, meskipun ia mempunyai sikap yang positif terhadap rumah sakit, sebab ia teringat akan anak tetangganya yang meninggal setelah beberapa hari di rumah sakit.

- c) Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang. Seorang akseptor KB dengan alat kontrasepsi IUD mengalami pendarahan. Meskipun sikapnya sudah positif terhadap KB, tetapi ia kemudian tetap tidak mau ikut KB dengan alat kontrasepsi apa pun.
- d) Nilai (*value*)
 Di dalam suatu masyarakat apa pun selalu berlaku nilai – nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat. Misalnya, gotong royong adalah suatu nilai yang selalu hidup dimasyarakat.
- b. Orang penting sebagai referensi (*personal reference*)
 Perilaku orang , lebih – lebih perilaku anak kecil lebih banyak dipengaruhi oleh orang – orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu dipercaya, maka apa yang ia dipercaya, maka apa yang ia katakan atau perbuatan cenderung untuk dicontoh. Untuk anak – anak sekolah misalnya , maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. Orang – orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (*reference group*), antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa, dan sebagainya.
- c. Sumber – sumber daya (*resources*)
 Sumber daya disini mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif. Misalnya pelayanan puskesmas, dapat berpengaruh positif terhadap perilaku penggunaan puskesmas tetapi juga dapat berpengaruh sebaliknya.
- d. Kebudayaan (*culture*), kebiasaan, nilai – nilai, tradisi – tradisi.
 Sumber – sumber di dalam suatu masyarakat, akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik secara lambat ataupun cepat, sesuai dengan peradaban umat manusia. Kebudayaan atau pola hidup masyarakat disini merupakan kombinasi dari semua yang telah disebutkan sebelumnya. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku orang lain.

Dari uraian tersebut dapat dilihat bahwa banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Oleh sebab itu, perilaku yang sama diantara beberapa orang dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda – beda. Misalnya, alasan masyarakat tidak mau berobat kepuskesmas, mungkin karena tidak percaya terhadap puskesmas, mungkin tidak punya uang untuk pergi kepuskesmas, mungkin takut pada dokternya, mungkin tidak tahu fungsinya puskesmas dan lain sebagainya.

Secara sederhana teori WHO ini dapat diilustrasikan sebagai berikut:

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

Dimana:

- B : *Behavior*
- f : fungsi
- TF : *Thought and Feeling*
- PR : *Personal Reference*
- R : *Resources*
- C : *Culture*

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pemikiran dan perasaan atau pertimbangan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi dan sumber – sumber atau fasilitas – fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebidayaan masyarakat. Seseorang yang tidak mau membuat jamban keluarga, atau tidak mau buang air besar di jamban, mungkin karena ia mempunyai pemikiran dan perasaan tidak enak kalau buang air besar di jamban (*thought and feeling*). Atau barangkali karena tokoh idolanya juga tidak membuat jamban keluarga sehingga tidak ada orang yang menjadi referensinnya (*personal reference*). Faktor lain juga, mungkin karena langkahnya sumber – sumber yang dipperlukan atau tidak mempunyai biaya untuk membuat jamban keluarga (*resources*). Faktor lain mungkin karena kebudayaan (*culture*), bahwa jamban keluarga belum merupakan kebudayaan masyarakat.

6.2 Teori Perubahan Perilaku

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari promosi kesehatan

atau pendidikan kesehatan sebagai penunjang program – program kesehatan lainnya. Banyak teori perubahan perilaku ini antara lain akan diuraikan di bawah ini:

1) Teori Stimulus Organisme (SOR)

Perubahan perilaku merupakan sebuah respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya, kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas kepemimpinan, dan gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok, atau masyarakat. Perilaku manusia dapat terjadi melalui proses: Stimulus→Organisme→Respons, kemudian Skinner menyebutkan teori ini menjadi teori "S-O-R" (stimulus-organisme-respons).

Hosland, et, al (1953) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a) Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
- b) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya
- c) Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
- d) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar – benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat menyakinkan organisme. Dalam menyakinkan organisme faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

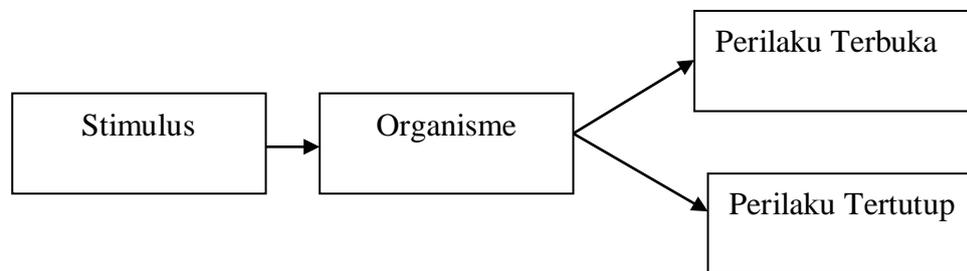
Berdasarkan teori "S-O-R" tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua , yaitu :

- a. Perilaku tertutup (*Cover behavior*)

Perilaku tertutup merupakan perilaku yang dimiliki oleh seseorang namun belum bisa dilihat dan diidentifikasi secara jelas oleh orang lain. Respons yang diberikan oleh individu masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan sehingga tidak bisa diidentifikasi dan dilihat secara jelas oleh orang lain. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

b. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka merupakan perilaku yang dimiliki oleh seseorang dan bisa dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*". Perilaku terbuka akan dapat dilihat dengan mudah dalam bentuk tindakan, praktik, keterampilan yang dilakukan oleh seseorang.



2) Teori Festinger (*Dissonance Theory*)

Teori *dissonance (cognitive dissonance theory)* diajukan oleh Festinger (1957) telah banyak pengaruhnya dalam psikologi sosial. Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (ketidak seimbangan). Hal ini berarti bahwa keadaan *cognitive dissonance* merupakan ketidak seimbangan psikologi yang diliputi oleh ketengan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Apabila terjadi keseimbangan dalam diri individu, maka berarti sudah terjadi ketengan diri lagi, dan keadaan ini disebut *consonance* (keseimbangan) ²³.

Dissonance (ketidak seimbangan) terjadi karena dalam diri individu terdapat dua elemen kognisi yang saling bertentangan. Yang dimaksud elemen kognisi adalah pengetahuan, pendapat, atau keyakinan. Apabila individu mengalami suatu stimulus atau objek dan stimulus tersebut menimbulkan pendapat atau keyakinan yang berbeda/bertentangan di dalam diri individu itu sendiri, maka terjadilah *dissonance*.

Ketidak seimbangan dalam diri seseorang yang akan menyebabkan perubahan perilaku dikarenakan adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan jumlah elemen

²³ L Festinger, *Theory Of Cognitive Dissonance* (New York: Stanford University Press, 1957).

kognitif yang tidak seimbang dan sama – sama pentingnya. Hal ini menimbulkan konflik pada diri individu tersebut.

Contohnya, seorang ibu rumah tangga yang bekerja dikantor. Di satu pihak, dengan bekerja ia dapat tambahan pendapatan bagi keluarganya, yang akhirnya dapat memenuhi kebutuhan bagi keluarga dan anak – anaknya, termasuk kebutuhan makanan yang bergizi. Apabila ia tidak bekerja, jelas ia tidak dapat memenuhi kebutuhan pokok keluarga. Di pihak lain, apabila ia bekerja, ia khawatir perawatan anak – anaknya akan menimbulkan masalah. Kedua elemen (argumentasi) ini sama – sama pentingnya, yakni rasa tanggung jawabnya sebagai ibu rumah tangga yang baik.

Titik berat dari penyelesaian konflik ini adalah penyesuaian diri secara kognitif. Dengan penyesuaian diri ini maka akan terjadi keseimbangan kembali. Keberhasilan yang ditunjukkan dengan tercapainya keseimbangan kembalimenunjukkan adanya perubahan sikap dan akhirnya akan terjadi perubahan perilaku.

3) Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu tergantung kepada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang adalah stimulus yang dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Menurut Katz (1960) perilaku dilatar belakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa:

- a) Perilaku memiliki fungsi instrumental, artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya bila objek tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan berperilaku negatif. Misalnya, orang mau membuat jamban apabila jamban tersebut benar – benar sudah menjadi kebutuhannya.
- b) Perilaku berfungsi sebagai *defence mechanism* atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya dengan perilakunya, dengan tindakan – tindakannya, manusia dapat melindungi ancaman – ancaman yang datang dari luar. Misalnya, orang dapat menghindari penyakit demam berdarah karena penyakit tersebut merupakan ancaman bagi dirinya.
- c) Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti. Dalam perannya dengan tindakan itu seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari – hari tersebut seseorang melakukan keputusan – keputusan sehubungan

dengan objek atau stimulus yang dihadapi. Pengambilan keputusan mengakibatkan tindakan – tindakan tersebut dilakukan secara spontan dan dalam waktu yang singkat. Misalnya, bila seseorang merasa sakit kepala maka secara cepat, tanpa berpikir lama, ia akan bertindak untuk mengatasi rasa sakit tersebut dengan membeli obat di warung dan kemudian meminumnya, atau tindakan – tindakan lain.

- d) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari. Oleh sebab itu, perilaku dapat merupakan layar dimana segala ungkapan diri orang dapat dilihat. Misalnya orang yang sedang marah, gusar dan sebagainya dapat dilihat dari perilaku atau tindakannya.

Teori ini berkeyakinan bahwa perilaku mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu, dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya. Oleh sebab itu didalam kehidupan manusia, perilaku itu tampak terus menerus dan berusaha secara relatif.

4) Teori Kurt Lewin

Lewin berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan – kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan – kekuatan penahan (*restining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidak seimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni ²⁴:

- a. Kekuatan – kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus – stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan – perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan – penyuluhan atau informasi – informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan. Misalnya, seseorang yang belum ikut KB (ada keseimbangan antara pentingnya mempunyai anak sedikit dengan kepercayaan banyak anak banyak rezeki) dapat berubah perilakunya ber KB, ditingkatkan keyakinannya dengan penyuluhan – penyuluhan atau usaha – usaha lain.
- b. Kekuatan – kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi karena adanya stimulus – stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut. Misalnya pada contoh diatas. Dengan pemberian pengertian kepada orang tersebut bahwa banyak anak banyak rezeki

²⁴ K. Lewin, *Dynamic Theory of Personality* (New York: McGraw-Hill Companies, 1935).

adalah kepercayaan yang salah, maka kekuatan penahan tersebut melemah dan akan terjadi perubahan perilaku pada orang tersebut.

- c. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas akan terjadi perubahan perilaku. Seperti pada contoh juga, penyuluhan KB yang memberikan pengertian terhadap orang tersebut tentang pentingnya ber KB dan tidak benarnya kepercayaan banyak anak banyak rezeki akan meningkatkan kekuatan pendorong dan sekaligus menurunkan kekuatan penahan.

5) Teori Kognisi Sosial

Teori kognisi sosial merupakan interaksi yang terus-menerus antara suatu perilaku, pengetahuan, dan lingkungan. Teori ini dikembangkan oleh Albert Bandura yang semula dikenal sebagai Teori Pembelajaran Sosial (*Social Learning Theory*). Lingkungan merupakan tempat seseorang membentuk dan mempengaruhi perilakunya. Menurut teori pembelajaran sosial, lingkungan memang membentuk perilaku, namun perilaku juga membentuk lingkungan dimana terjadi hubungan/interaksi antara lingkungan, perilaku dan proses psikologi seseorang²⁵.

Setiap orang akan mengalami proses observasi, dimana ia akan melihat pengalaman orang lain, dan proses tersebut akan memengaruhi orang dalam berperilaku. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa, bila kita melihat sebuah perilaku, maka kemampuan kita meniru perilaku tersebut menjadi bertambah. Contoh: seorang anak-anak akan mengikuti perilaku keluarganya, teman atau orang yang berada disekitarnya termasuk perilaku kesehatan. Perilaku merokok siswa sekolah daar disebabkan mereka sudah melihat perilaku merokok tersebut dilakukan oleh orang-orang disekitarnya.

6) Teori ABC (*Anteseden, Behaviour, Consequence*)

Perilaku yang dilakukan oleh seseorang tidak terlepas dari lingkungan sekitarnya . Kejadian yang terjadi di lingkungan sekitar dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu kejadian yang mendahului suatu perilaku dan kejadian yang mengikuti suatu perilaku. Kejadian yang muncul sebelum suatu perilaku disebut *anteseden* sedangkan kejadian yang mengikuti suatu perilaku disebut konsekuensi. Perilaku memiliki prinsip dasar

²⁵ Bandura, *Health Education and Behavior* (New York: Health Educ Behav. SAGE Publication, 1968).

dapat dipelajari dan diubah dengan mengidentifikasi dan memanipulasi keadaan lingkungan atau stimulus yang mendahului dan mengikuti suatu perilaku.

Menurut teori ABC, perilaku dipicu oleh beberapa rangkaian peristiwa *anteseden* (sesuatu yang mendahului sebuah perilaku dan secara kausal terhubung dengan perilaku itu sendiri) dan diikuti oleh konsekuensi (hasil nyata dari perilaku bagi individu) yang dapat meningkatkan atau menurunkan kemungkinan perilaku tersebut akan terulang kembali. Analisis ABC membantu dalam mengidentifikasi cara-cara untuk mengubah perilaku dengan memastikan keberadaan *anteseden* yang tepat dan konsekuensi yang mengandung perilaku yang diharapkan *anteseden* yang juga disebut sebagai aktivator dapat memunculkan suatu perilaku untuk mendapatkan konsekuensi yang diharapkan (*reward*) atau menghindari konsekuensi yang tidak diharapkan (*penalty*). Dengan demikian, *anteseden* mengarahkan suatu perilaku dan konsekuensi menentukan apakah perilaku tersebut akan muncul kembali.

Sebuah perilaku yang terjadi dapat dipengaruhi oleh *anteseden* kemudian ditempat lain perilaku juga dipengaruhi oleh konsekuensi namun konsekuensi juga bisa dipengaruhi oleh perilaku. Konsekuensi dapat menguatkan atau melemahkan perilaku sehingga dapat meningkatkan atau mengurangi frekuensi kemunculan perilaku tersebut. Dengan kata lain, konsekuensi dapat meningkatkan atau menurunkan kemungkinan perilaku akan muncul kembali dalam kondisi yang serupa. *Anteseden* adalah penting namun tidak cukup berpengaruh untuk menghasilkan perilaku. Konsekuensi menjelaskan mengapa seseorang melakukan sebuah perilaku tertentu



Model ABC dapat digunakan untuk mempromosikan perilaku sehat dan selamat. Sebagai contoh, analisis ABC dapat digunakan untuk menyelidiki mengapa pekerja jasa kontruksi berat tidak menggunakan helm sebagai alat pelindung kepala dan mengidentifikasi bagaimana cara mempromosikan helm sebagai alat pelindung kepala bagi pekerja jasa kontruksi sehingga dapat mengurangi kejadian penyakit akibat kerja.

a. *Anteseden*

Anteseden adalah peristiwa lingkungan yang membentuk tahap atau pemicu perilaku. *Anteseden* yang secara *reliable* mengisyaratkan waktu untuk menjalankan sebuah

perilaku dapat meningkatkan kecenderungan terjadinya suatu perilaku pada saat dan tempat yang tepat. *Anteseden* dapat bersifat alamiah (dipicu oleh peristiwa-peristiwa lingkungan) dan terencana (dipicu oleh pesan/peringatan yang dibuat oleh komunikator). Contoh *anteseden* yaitu peraturan dan prosedur, peralatan dan perlengkapan yang sesuai, informasi, rambu-rambu, keterampilan dan pengetahuan, serta pelatihan. *Anteseden* dapat berupa informasi, pengetahuan, peraturan, norma, pengawasan, ketersediaan fasilitas, sarana, instruksi.

Meskipun *anteseden* diperlukan untuk memicu perilaku, namun kehadirannya tidak menjamin kemunculan suatu perilaku. Sebagai contoh, sebuah peraturan dan instruksi yang telah ditetapkan untuk menggunakan helm di kawasan jasa konstruksi alat berat ternyata tidak membuat pekerja jasa konstruksi otomatis menggunakan helm saat berada di kawasan konstruksi. Bagaimanapun *anteseden* yang memiliki efek jangka panjang seperti informasi, instruksi dan pengetahuan tentang resiko dari sebuah perilaku jika dilakukan akan menjadi sangat penting untuk menciptakan perilaku aman. *Anteseden* adalah penting untuk memunculkan perilaku, tetapi pengaruhnya tidak cukup untuk membuat perilaku tersebut bertahan selamanya. Untuk memelihara perilaku dalam jangka panjang dibutuhkan konsekuensi yang signifikan bagi individu yang mengikat individu agar mau merubah perilakunya.

b. Konsekuensi (*Consequences*)

Konsekuensi didefinisikan sebagai hasil nyata dari perilaku individu yang mempengaruhi kemungkinan perilaku tersebut akan muncul kembali. Frekuensi dari suatu perilaku dapat meningkat atau menurun sesuai dengan konsekuensi yang telah ditetapkan untuk perilaku tersebut.

Konsekuensi adalah peristiwa lingkungan yang mengikuti sebuah perilaku, yang juga menguatkan, melemahkan atau menghentikan suatu perilaku. Secara umum, orang cenderung mengulangi perilaku-perilaku yang membawa hasil-hasil positif dan menghindari perilaku-perilaku yang memberikan hasil-hasil negatif. Konsekuensi dapat berupa sebuah apresiasi atau penghargaan atau dapat juga berupa penolakan dari rekan kerja dan perusahaan hingga sanksi dari perusahaan terhadap perilaku yang telah dilakukan.

Ada tiga macam konsekuensi yang dapat mempengaruhi perilaku, yaitu penguatan positif, penguatan negatif, dan hukuman. Penguatan positif dan penguatan negatif memperbesar kemungkinan suatu perilaku untuk muncul kembali sedangkan hukuman

akan memperkecil kemungkinan suatu perilaku untuk muncul kembali. Penguatan positif berupa tercapainya sesuatu yang diinginkan seperti pujian dari rekan kerja, apresiasi dari perusahaan, dikenal atasan. Penguatan negative dapat berupa terhindar dari sesuatu yang tidak diinginkan seperti terhindar dari penyakit akibat kerja, kecelakaan kerja, pemotongan insentif dan kompensasi, dan pengucilan dari teman kerja. Hukuman dapat berupa kehilangan sesuatu yang dimiliki atau yang seharusnya didapatkan seperti kehilangan insentif, pengurangan cuti, penurunan jabatan, lama nya naik jabatan.

Konsekuensi yang dapat digunakan bisa hanya satu atau gabungan ketiganya untuk merubah perilaku. Sebagai contoh, frekuensi seorang manajer mengadakan inspeksi dapat ditingkat dengan :

1. Penguatan positif berupa pujian dari atasan setelah melakukan inspeksi.
2. Penguatan negative untuk menghindari pengucilan oleh rekan kerja jika tidak melaksanakan inspeksi.
3. Hukuman berupa bonus bagi manajer dikurangi jika tidak melakukan inspeksi.

Meskipun penguatan positif dan penguatan negatif sama-sama meningkatkan frekuensi kemunculan suatu perilaku, keduanya menimbulkan hasil yang berbeda. Penguatan negatif akan membuat individu akan menghindari segala sesuatu yang tidak diinginkannya, konsekuensi ini akan memengaruhi penilaian individu. Seharusnya seorang individu melakukan sesuatu hal karena mereka menginginkannya bukan karena sebuah kewajiban atau keterpaksaan.

Penguatan dan hukuman ditentukan berdasarkan efeknya. Jadi sebuah konsekuensi yang tidak dapat mengurangi frekuensi dari perilaku bukan merupakan hukuman dan konsekuensi yang tidak dapat meningkatkan frekuensi bukan merupakan penguatan. Faktanya, suatu tindakan yang sama dapat sekaligus menjadi penguatan bagi seseorang dalam situasi dan hukuman dalam situasi lain .

Seringkali konsekuensi menimbulkan efek yang bertentangan dengan efek yang diharapkan. Hal ini disebabkan karena konsekuensi pada perilaku tidak ditentukan oleh tindakan khusus atau tujuan yang diharapkan, tetapi orang yang melakukan perilaku tersebut. Sebagai contoh, seorang Kepala Dinas Kesehatan ingin memberikan penghargaan atas program yang dilakukan salah satu karyawannya dalam pemberantasan penyakit DBD di sebuah Kabupaten, Kepala Dinas Kesehatan akan mengundang petugasnya untuk menghadiri malam penganugerahan terhadap orang yang berprestasi dalam program kesehatan dengan hadiah tiket liburan pulang pergi dan akomodasi hotel

ke Bali untuk suami istri dan satu orang anak. Penghargaan yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sangat baik untuk penguatan positif, namun hadiah tersebut tidak memiliki efek yang signifikan jika penerima penghargaan seorang lelaki yang masih belum menikah dan tinggal sendiri di Kabupaten tersebut. Petugas tersebut kemungkinan tidak akan menggunakan penghargaannya untuk berlibur karena belum memiliki pasangan untuk diajak.

Modifikasi perilaku yang digunakan untuk mengubah perilaku adalah segala sesuatu yang akan memiliki konsekuensi yang menurut orang lain memberikan penguatan baginya. Penguatan yang menurut pemimpin akan sangat baik ternyata belum tentu akan memberikan efek yang signifikan bagi pekerja atau karyawan. Ada beberapa strategi yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penguatan yang efektif yaitu:

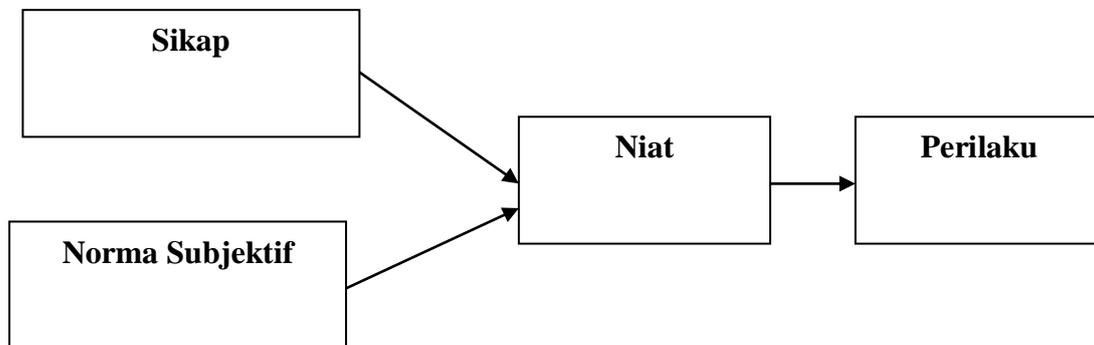
- 1) Target individu atau kelompok dilibatkan dalam menentukan konsekuensi dari sebuah perilaku.
- 2) Memperhatikan apa yang dipilih oleh target individu atau kelompok untuk dilakukan ketika mereka memiliki pilihan. Tugas kerja yang dipilih oleh mereka secara aktif dapat digunakan untuk menguatkan aktivitas lain yang kurang diinginkan.
- 3) Dalam menggunakan analisis ABC pada perilaku yang kompleks dibutuhkan beberapa kriteria untuk menilai efek konsekuensi.

7) Theory of Reasoned Action (TRA)

Teori of reasoned action (TRA) ini digunakan untuk melihat keterkaitan antara keyakinan, sikap, niat dan perilaku. *Teori of reasoned action* (TRA) ini berkembang pada tahun 1967 untuk melihat hubungan sikap dan perilaku. Teori alasan berperilaku merupakan teori perilaku manusia secara umum. Sebenarnya, teori ini digunakan dalam berbagai perilaku manusia, kemudian berkembang dan banyak digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku kesehatan. Teori TRA (*Theory of Reason Action*) memiliki dua faktor yang mempengaruhi minat untuk melakukan sebuah perilaku (*behavioral*) yaitu sikap (*attitude*) dan norma subjektif (*subjective norms*). Sehingga dapat dikatakan bahwa minat seseorang untuk melakukan perilaku diprediksi oleh sikap (*attitude*) dan bagaimana seseorang berfikir tentang penilaian orang lain jika perilaku tersebut dilakukan (*subjective norms*).

Kehendak menjadi prediktor terbaik sebuah perilaku, artinya jika kita ingin memprediksi sebuah perilaku seseorang maka kita harus mengetahui kehendak yang akan dilakukan

oleh orang tersebut. Seseorang dapat membuat pertimbangan berdasarkan alasan-alasan yang sama sekali berbeda (tidak selalu berdasarkan kehendak). Konsep penting dalam teori ini adalah fokus perhatian (*salience*), yaitu mempertimbangkan sesuatu yang dianggap penting. Kehendak (*intention*) ditentukan oleh sikap dan norma subyektif.



Ajzen (1980) yang mengatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan dan dampaknya terbatas hanya pada tiga hal; Pertama, perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tapi oleh sikap yang spesifik terhadap sesuatu. Kedua, perilaku dipengaruhi tidak hanya oleh sikap tapi juga oleh norma-norma objektif (*subjective norms*) yaitu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat. Ketiga, sikap terhadap suatu perilaku bersama norma- norma subyektif membentuk suatu intensi atau niat berperilaku tertentu.²⁶

Teori of reasoned action (TRA) akan berpusat terhadap 3 hal yaitu keyakinan tentang kemungkinan hasil dan evaluasi dari perilaku tersebut (*behavioral beliefs*), keyakinan tentang norma yang diharapkan dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*normative beliefs*), serta keyakinan tentang adanya faktor yang dapat mendukung atau menghalangi perilaku dan kesadaran akan kekuatan faktor tersebut (*control beliefs*).

Menurut *Theory of Reasoned Action* (TRA) bahwa sebuah perilaku akan dipengaruhi oleh niat, sedangkan niat dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk menaati pendapat tersebut. Secara lebih sederhana, teori ini mengatakan bahwa seseorang akan

²⁶ M Ajzen, I.,Fishben, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1980).

melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukannya.

8) ***Theory of Planned Behavior* (Teori Perilaku Berencana)**

Theory of Reasoned Action (TRA) dikembangkan karena kebutuhan sehingga memunculkan sebuah teori yang disebut dengan *Theory of Planned Behavior* (TPB). Tidak begitu banyak perbedaan antara *Theory of Reasoned Action* (TRA) dengan *Theory of Planned Behavior* (TPB), letak perbedaannya terdapat pada konstruk didalam *Theory of Planned Behavior* (TPB) ditambahkan dengan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*). Kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) untuk mengontrol perilaku individual yang dibatasi oleh kekurangan-kekurangannya dan keterbatasan-keterbatasan dari kekurangan sumber-sumber daya yang digunakan untuk melakukan sebuah perilaku ²⁷.

Kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) mempunyai implikasi motivasional terhadap minat. Orang – orang yang percaya bahwa mereka tidak mempunyai sumber- sumber daya yang ada atau tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu mungkin tidak akan membentuk minat berperilaku yang kuat untuk melakukannya walaupun mereka mempunyai sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan perilaku tersebut. Dengan demikian diharapkan terjadi hubungan antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan minat yang tidak dimediasi oleh sikap dan norma subyektif. Di model ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) ke minat .

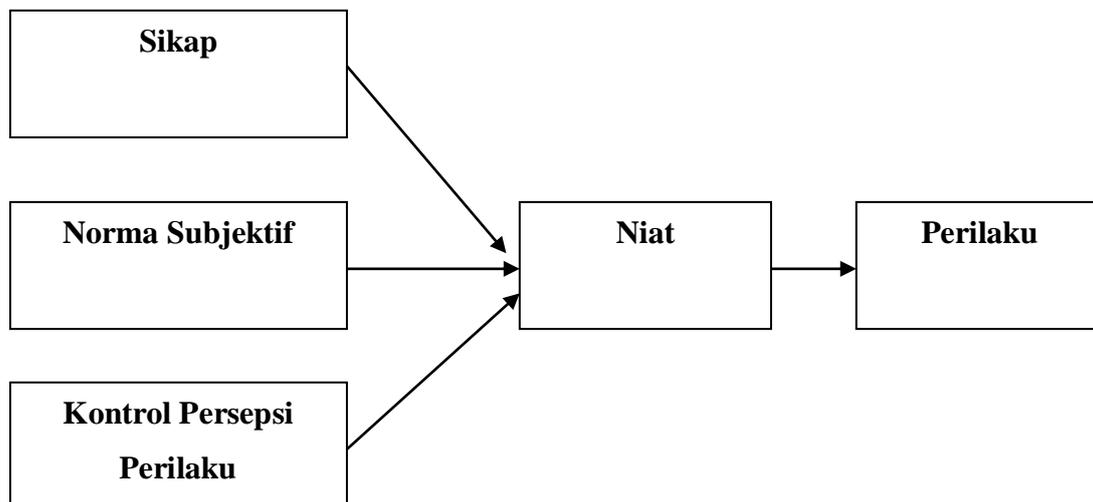
Kemungkinan hubungan langsung antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan perilaku. Sebagai contoh seorang perokok tidak akan bisa berhenti merokok dikarenakan motivasi berhenti merokok saja tetapi juga kontrol yang cukup terhadap perilaku merokok yang bisa saja dilakukan.

Kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dapat mempengaruhi perilaku secara tidak langsung lewat minat, dan juga dapat memprediksi perilaku secara langsung.

²⁷ Karen Glanz, *Health Behavior And Health Education (Theory, Research, and Practice)* (San Francisco: Jossey-Bass).

Di model hubungan langsung ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) langsung ke perilaku (*behavior*).

Kontrol perilaku yang dirasakan dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan seseorang mengenai sulit atau tidaknya untuk melakukan perilaku tertentu. *Theory of Planned Behavior* (TPB) menganggap bahwa teori sebelumnya mengenai perilaku yang tidak dapat dikendalikan sebelumnya oleh individu melainkan, juga dipengaruhi oleh faktor mengenai faktor non motivasional yang dianggap sebagai kesempatan atau sumber daya yang dibutuhkan agar perilaku dapat dilakukan. Sehingga dalam teorinya, Ajzen menambahkan satu determinan lagi, yaitu kontrol persepsi perilaku mengenai mudah atau sulitnya perilaku yang dilakukan. Oleh karena itu menurut *Theory of Planned Behavior* (TPB), intensi dipengaruhi oleh tiga hal yaitu: sikap, norma subjektif, kontrol perilaku.

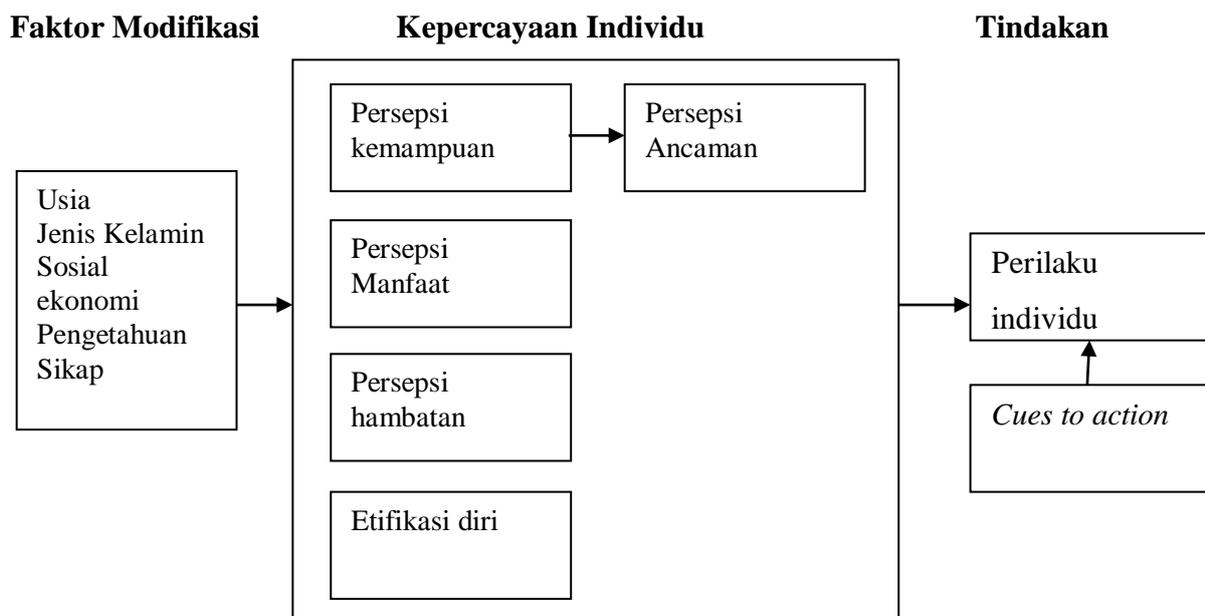


9) *Health Belief Model (HBM)*

HBM (*Health Belief Model*) dikembangkan pada tahun 1950-an untuk menjelaskan respon individu terhadap gejala penyakit, diagnosa, pengobatan dan alasan mengapa orang tidak berpartisipasi pada program kesehatan masyarakat. HBM (*Health Belief Model*) pada dasarnya adalah psikologi sosial dan didasari oleh pemikiran bahwa persepsi terhadap ancaman adalah prekursor yang penting dalam tindakan pencegahan. HBM berakar pada teori kognitif yang menekankan peran hipotesis atau harapan subjektif individu. Pada perspektif ini, perilaku merupakan fungsi dari nilai subjektif suatu dampak (*outcome*) dan harapan subjektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Konsep ini dikenal sebagai teorinilai-harapan (*value-expectancy*). Jadi

dapat dikatakan HBM (*Health Belief Model*) merupakan teori-harapan. Jika konsep ini diaplikasikan pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka dapat diterjemahkan menjadi keinginan untuk tidak sakit atau menjadi sembuh (nilai), dan keyakinan (*belief*) bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah atau menyembuhkan penyakit (harapan). Harapan ini kemudian diterjemahkan sebagai perkiraan seseorang terhadap resiko mengidap suatu penyakit dan keseriusan akibat suatu penyakit, serta kemungkinan untuk mengurangi ancaman penyakit melalui suatu tindakan tertentu.

HBM terdiri dari tiga bagian yaitu latar belakang, persepsi dan tindakan. Latar belakang terdiri dari faktor sosiodemografi, sosiopsikologi, dan struktural. Latar belakang ini akan mempengaruhi persepsi terhadap ancaman suatu penyakit dan harapan keuntungan kerugian suatu tindakan mengurangi ancaman penyakit ²⁸.



Gambar: Teori Health Belief Models

Ada 4 variabel yang menyebabkan seseorang mengobati penyakitnya berdasarkan teori HBM (*Health Belief Model*) :

- a) Kerentanan yang dirasakan (*Perceived susceptibility*) : Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindak

²⁸ I. M. Rosenstock, *Social Learning Theory and the Health Belief Model* (San Francisco: Jossey- Bass, 1988).

pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.).

- b) Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Seriousness*) : Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh persepsi keseriusan penyakit tersebut. Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat, dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen diatas sebagai *ancaman yang dirasakan (perceived threat*.

Contohnya terdapat sebuah anggota keluarga yang dinyatakan positif menderita penyakit Infeksi Menular Seks (IMS) namun setelah pemeriksaan tidak melakukan pengobatan dan tidak mengkonsumsi obat karena tidak ada gejala yang berbahaya menurut pasien IMS bahkan pasien IMSd tidak merubah perilakunya. Setelah 2 bulan ternyata penyakit IMS semakin parah dan membuat penderita merasakan sangat sakit sehingga penderita melakukan pengobatan ke dokter dan berjanji tidak akan mengulanginya lagi.

- c) Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (*Perceived benefits and barriers*) : Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.

Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung kearah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*), sering tidak diharapkan untuk

menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok.

Contoh : Seseorang yang melakukan pengobatan ke tenaga kesehatan tradisional kemudian merasakan manfaat kesembuhan, ketenangan dibandingkan berobat ke tenaga kesehatan, maka jika pasien mengalami gejala sakit akan memanfaatkan pengobatan alternatif dibandingkan pengobatan medis.

- d) *Cues to action* adalah tanda/sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak kearah perilaku pencegahan. Tanda tersebut berasal dari luar (kampanya di media massa, nasihat dari orang lain, kejadian pada kenalan/keluarga, artikel di majalah). Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut misalnya, pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit, dan sebagainya

6.3. Bentuk – bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. dibawah ini di uraikan bentuk – bentuk perubahan perilaku menurut WHO. Menurut WHO, perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga.

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota – anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan. Misalnya, Bu Ani apabila sakit kapala (pusing) membuat ramuan daun – daunan yang ada di kebunnya. Tetapi karena perubahan kebutuhan hidup, maka daun – daunan untuk obat tersebut diganti dengan tanaman – tanaman untuk bahan makanan. Maka ketika ia sakit, dengan tidak berpikir panjang lebar lagi Bu Ani berganti minum jamu buatan pabrik yang dapat dibeli di warung.

Salah satu contoh lainnya bisa dilihat seorang anak yang saat masih kecil belum tertarik terhadap lawan jenis namun seiring bertambahnya usia maka ketertarikan terhadap lawan jenis menjadi besar. Seorang laki-laki remaja yang mengalami masa puber dan perubahan fisik seiring bertambahnya usia.

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek dikarenakan individu tersebut merasakan akan mendapatkan kerugian atau keuntungan jika perilaku tersebut diteruskan. Misalnya, Pak Anwar adalah perokok berat. Karena pada suatu saat ia terserang batuk yang sangat mengganggu, maka ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya ia berhenti merokok sama sekali.

Seorang yang menderita sebuah penyakit tidak menular seperti hipertensi dan diabetes mellitus harus merubah pola makan dan gaya hidupnya yang menjadi lebih sehat.

3. Kesiediaan untuk Berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program – program pembangunan didalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda – beda.

Setiap orang di dalam suatu masyarakat mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda – beda, meskipun kondisinya sama, misalnya seseorang yang didiagnosa menderita sebuah penyakit namun disarankan untuk melakukan pemeriksaan CT Scan namun terdapat pasien yang ingin mengikuti saran dokter namun terdapat pula pasien yang tidak ingin mengikuti saran dokter.

BAB 7

KOMUNIKASI KESEHATAN

7.1 Komunikasi

Manusia adalah makhluk sosial yang hidup dan menjalankan seluruh kehidupannya sebagai individu dalam kelompok sosial, komunitas, organisasi, maupun masyarakat. Dalam kehidupan sehari-hari setiap manusia berinteraksi, membangun relasi dan transaksi sosial dengan orang lain. Itulah sebabnya manusia tidak dapat menghindari komunikasi antar personal, komunikasi dalam kelompok, komunikasi dalam organisasi dan publik, dan komunikasi massa²⁹

Komunikasi senantiasa berperan penting dalam proses kehidupan. Komunikasi merupakan inti dari kehidupan sosial manusia dan merupakan komponen dasar dari hubungan antar manusia. Banyak permasalahan yang menyangkut manusia dapat diidentifikasi dan dipecahkan melalui komunikasi

Komunikasi adalah proses pengoperasian rangsangan (stimulus) dalam bentuk lambang, simbol bahasa, atau gerak (non verbal), untuk memengaruhi perilaku orang lain. Proses komunikasi yang menggunakan stimulus atau respon dalam bentuk bahasa baik lisan maupun tulisan selanjutnya disebut komunikasi verbal. Sedangkan apabila proses komunikasi tersebut menggunakan simbol-simbol tertentu disebut komunikasi non verbal³⁰.

a. Komponen Komunikasi

Terjadinya komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak lainnya, antara kelompok satu dengan yang lain, atau seseorang dengan orang lain memerlukan keterlibatan beberapa komponen komunikasi, yaitu komunikator, komunikan, pesan, media, dan efek³¹. Menurut ahli komunikasi, Effendy O.U (2002), komponen komunikasi dapat dijelaskan sebagai berikut³²:

- (1) Komunikator adalah orang yang memprakarsai adanya komunikasi. Prakarsa timbul karena jabatan, tugas, wewenang dan tanggung jawab ataupun adanya suatu keinginan atau perasaan yang ingin disampaikan. Komunikator juga disebut sebagai sumber berita.

²⁹ A Liliweri, *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2011).

³⁰ D Setiawati, *Proses Pembelajaran Dalam Pendidikan Kesehatan* (Jakarta: Agung Wijaya, 2008).

³¹ Putra Apriadi Siregar, *Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori Dan Aplikasi*, Edisi Pert (Jakarta: PT. Kencana, 2020).

³² Effendy, *Ilmu Komunikasi Teori Dan Praktik* (Bandung: Rosdakarya, 2002).

- (2) Komunikan adalah orang yang menjadi objek komunikasi, pihak yang menerima berita atau pesan dari komunikator. Komunikasi yang juga disebut sebagai sasaran atau penerima pesan adalah orang yang menerima pesan, artinya kepada siapa pesan tersebut ditujukan.
- (3) Pesan adalah segala sesuatu yang akan disampaikan dapat berupa ide, pendapat, pikiran, dan saran. Pesan merupakan rangsangan yang disampaikan oleh sumber kepada sasaran. Pesan tersebut pada dasarnya adalah hasil pemikiran atau pendapat sumber yang ingin disampaikan kepada orang lain. Penyampaian pesan banyak macamnya, dapat dalam bentuk verbal ataupun non verbal seperti gerakan tubuh, gerakan tangan, ekspresi wajah, dan gambar.
- (4) Media adalah segala sarana yang digunakan oleh komunikator untuk menyampaikan pesan kepada pihak lain. Dengan demikian saluran komunikasi dapat berupa panca indera manusia maupun alat buatan manusia. Media disebut juga alat pengirim pesan atau saluran pesan merupakan alat atau saluran yang dipilih oleh sumber untuk menyampaikan pesan kepada sasaran.
- (5) Efek atau akibat (dampak) adalah hasil dari komunikasi. Hasilnya adalah terjadi perubahan pada diri sasaran.

Komunikasi pada hakikatnya adalah suatu proses sosial. Sebagai proses sosial, dalam komunikasi selain terjadi hubungan antar manusia juga terjadi interaksi saling memengaruhi. Dengan kata lain komunikasi adalah inti dari semua hubungan sosial. Apabila dua orang atau lebih telah mengadakan hubungan sosial, maka sistem komunikasi yang mereka lakukan akan menentukan apakah sistem tersebut dapat mempererat atau merenggangkan hubungan, menurunkan atau menambah ketegangan serta menambah kepercayaan atau menguranginya³³.

b. Bentuk Komunikasi

Ada beberapa bentuk komunikasi yang perlu diketahui oleh seorang komunikator agar dia mampu memilih bentuk komunikasi yang tepat ketika berkomunikasi. Secara garis besar bentuk komunikasi dibagi 4 (empat) yaitu komunikasi personal (komunikasi intra personal dan komunikasi interpersonal), komunikasi kelompok, komunikasi massa, dan komunikasi media. (Effendy, 2002).

Komunikasi intrapersonal adalah komunikasi yang dilakukan pada diri sendiri, yang terdiri dari sensasi, persepsi, memori dan berpikir. Komunikasi ini biasanya dilakukan oleh seseorang ketika merenung tentang dirinya atau pada saat melakukan evaluasi diri.

³³ Suryani, *Komunikasi Terapeutik : Teori Dan Praktik* (Jakarta: Balai Penerbit. EGC, 2006).

Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang dilakukan kepada orang lain atau komunikasi yang dilakukan oleh dua orang atau lebih. Komunikasi Kelompok terdiri dari dua bentuk yaitu komunikasi kelompok kecil dan komunikasi kelompok besar (Effendy, 2002).

Agar proses komunikasi tentang kesehatan efektif dan terarah dapat dilakukan melalui bentuk komunikasi interpersonal yang merupakan salah satu bentuk komunikasi yang paling efektif, karena antara komunikan dan komunikator dapat langsung tatap muka, sehingga timbul stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikan, langsung dapat direspon atau ditanggapi pada saat itu juga. Komunikasi terapeutik adalah bentuk dari komunikasi interpersonal yang dilakukan dalam bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Pada pembahasan berikutnya akan dijelaskan lebih lanjut mengenai komunikasi interpersonal.

7.2. Bentuk Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal atau non verbal. Komunikasi interpersonal ini adalah komunikasi yang hanya dilakukan oleh dua orang, seperti suami isteri, dua sejawat, dua sahabat dekat, guru dengan murid, dan sebagainya³⁴. Seringkali pertemuan interpersonal diawali dengan pembicaraan pada masalah-masalah yang bersifat umum, seperti: umur, tempat tinggal, pendidikan, asal daerah dan sebagainya, pada akhirnya pembicaraan tersebut berkembang pada masalah-masalah yang lebih spesifik, seperti kebiasaan dan kesukaan, situasi tersebut menunjukkan adanya komunikasi interpersonal .

Komunikasi interpersonal merupakan suatu proses yang sangat unik. Artinya, kegiatan yang terjadi dalam komunikasi interpersonal tidak seperti kegiatan lainnya, seperti misalnya menyelesaikan tugas pekerjaan rumah, mengikuti perlombaan cerdas cermat, menulis artikel. Komunikasi interpersonal melibatkan paling sedikit dua orang yang mempunyai sifat, nilai-nilai, pendapat, sikap, pikiran dan perilaku yang khas dan berbeda-beda. Selain itu, komunikasi interpersonal juga menuntut adanya tindakan saling memberi dan menerima diantara pelaku yang terlibat dalam komunikasi. Dengan kata lain para pelaku komunikasi saling bertukar informasi, pikiran, gagasan, dan sebagainya³⁵.

Kegiatan komunikasi interpersonal merupakan kegiatan sehari-hari yang paling banyak dilakukan oleh manusia sebagai makhluk sosial. Komunikasi interpersonal (*interpersonal communication*) merupakan komunikasi yang berlangsung dalam situasi tatap muka antara dua orang atau lebih. Menurut Effendi, hakekatnya komunikasi interpersonal

³⁴ D. Mulyana, *Ilmu Komunikasi : Suatu Pengantar Remaja* (Bandung: Rosdakarya., 2005).

³⁵ Jalaluddin Rakhmat, *Psikologi Komunikasi*. (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2005).

adalah komunikasi antar komunikator dengan komunikan, komunikasi jenis ini dianggap paling efektif dalam mengubah sikap, pendapat atau perilaku seseorang, karena sifatnya yang dialogis berupa percakapan. Arus balik bersifat langsung, komunikator mengetahui tanggapan komunikan saat itu juga³⁶.

Komunikasi interpersonal ini terus menerus terjadi selama proses kehidupan manusia. Komunikasi interpersonal dapat diibaratkan sebagai urat nadi kehidupan manusia. Tidak dapat dibayangkan bagaimana bentuk dan corak kehidupan manusia di dunia ini seandainya tidak ada komunikasi interpersonal antara satu orang atau sekelompok orang. De Vito menjelaskan komunikasi interpersonal sebagai pengiriman pesan-pesan dari seorang atau sekelompok orang (komunikator) dan diterima oleh orang yang lain (komunikan) dengan efek dan umpan balik yang langsung .

Komunikasi Interpersonal memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- (1) Pihak-pihak yang melakukan komunikasi berada dalam jarak yang dekat. Pihak yang dapat dikatakan melakukan komunikasi interpersonal harus tidak berada dalam jarak jauh melainkan saling berdekatan/ *face to face*. Apabila salah satu lawan bicara menggunakan media dalam penyampaian pesan karena perbedaan jarak, itu tidak dapat dikatakan sebagai komunikasi interpersonal.
- (2) Pihak-pihak yang berkomunikasi mengirim dan menerima pesan secara spontan baik secara verbal maupun non verbal. Di dalam komunikasi interpersonal timbal balik yang diberikan oleh komunikan biasanya secara spontan begitu juga dengan tanggapan dari komunikator. Dengan respon yang diberikan secara spontan dapat mengurangi kebohongan salah satu lawan bicara dengan cara melihat gerak-gerik ketika sedang berkomunikasi.
- (3) Keberhasilan komunikasi menjadi tanggung jawab para peserta komunikasi. Saling mengerti akan diperoleh dalam komunikasi interpersonal ini, apabila diantara kedua belah pihak dapat menjalankan dan menerapkan komunikasi ini dengan melihat syarat-syarat yang berlaku seperti, mengetahui waktu, tempat dan lawan bicara.
- (4) Kedekatan hubungan pihak-pihak komunikasi akan tercermin pada jenis-jenis pesan atau respon nonverbal mereka, seperti sentuhan, tatapan mata yang ekspresif, dan jarak fisik yang dekat. Kita dapat membedakan seberapa dekat hubungan seseorang dengan lawan bicaranya, hal ini dapat dilihat dari respon yang diberikan. Misalnya kedekatan dalam berkomunikasi antara sepasang kekasih dengan sepasang persahabatan, melalui respon nonverbal kita dapat melihat mereka sepasang kekasih atau hanya teman biasa.

³⁶ Rosihan. Adhani, *Etika Dan Komunikasi Dokter-Pasien-Mahasiswa*. (Kalimantan Selatan: Grafika Wangi Kalimantan., 2014).

7.3. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi dalam bidang kesehatan merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara petugas kesehatan dengan klien dan menentukan rencana tindakan serta kerjasama dalam memenuhi kebutuhan. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan, dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan dan kesehatan klien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar petugas kesehatan dengan klien³⁷. Persoalan mendasar antara petugas kesehatan dan klien sehingga dapat dikategorikan kedalam komunikasi pribadi antara petugas kesehatan dan klien, petugas kesehatan membantu dan klien menerima bantuan .

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi atau meningkatkan kesehatan. Seorang penolong atau petugas kesehatan dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi. Komunikasi terapeutik dapat disimpulkan sebagai salah satu bentuk komunikasi yang dilakukan seorang petugas kesehatan dengan teknik tertentu yang mempunyai efek penyembuhan. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina hubungan saling percaya terhadap klien dan pemberi informasi yang akurat kepada klien, sehingga diharapkan dapat berdampak pada peningkatan pengetahuan klien tentang pesan kesehatan yang disampaikan

a. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Ada beberapa prinsip dasar yang harus diketahui dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik, diantaranya adalah sebagai berikut³⁸:

- (1) Hubungan petugas kesehatan dengan klien merupakan hubungan yang saling menguntungkan yaitu tidak hanya sekedar hubungan seorang penolong dengan kliennya tapi merupakan hubungan antar manusia yang bermartabat.
- (2) Petugas kesehatan harus menghargai keunikan setiap klien, memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan lingkungan setiap individu.
- (3) Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini petugas kesehatan harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.
- (4) Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan

³⁷ S. Musliha, *Komunikasi Keperawatan* (Yogyakarta.: Nuha Medika, 2011).

³⁸ Suryani.

masalah. Hubungan yang saling percaya antara petugas kesehatan dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik. Dengan dijalankannya prinsip dasar komunikasi terapeutik ini maka penyampaian informasi mengenai IMD dapat diterima dengan baik oleh klien.

b. Efektivitas Komunikasi Terapeutik

Menurut Devito (1997) efektivitas komunikasi komunikasi terapeutik ditentukan oleh lima hal yaitu :

(1) Keterbukaan (*Openness*)

Keterbukaan mengacu pada sedikitnya tiga aspek dari komunikasi interpersonal. Pertama, komunikator interpersonal yang efektif harus terbuka kepada orang yang diajaknya berinteraksi. Ini tidaklah berarti bahwa orang harus dengan segera membukakan semua riwayat hidupnya. Memang ini mungkin menarik, tapi biasanya tidak membantu komunikasi. Sebaliknya, harus ada kesediaan untuk membuka diri mengungkapkan informasi yang biasanya disembunyikan, asalkan pengungkapan diri ini patut. Aspek keterbukaan yang kedua mengacu kepada kesediaan komunikator untuk bereaksi secara jujur terhadap stimulus yang datang. Orang yang diam, tidak kritis, dan tidak tanggap pada umumnya merupakan peserta percakapan yang menjemukan. Kita ingin orang bereaksi secara terbuka terhadap apa yang kita ucapkan, dan kita berhak mengharapkan hal ini. Tidak ada yang lebih buruk daripada ketidak acuhan, bahkan ketidaksependapatan jauh lebih menyenangkan. Kita memperlihatkan keterbukaan dengan cara bereaksi secara spontan terhadap orang lain. Aspek ketiga menyangkut “kepemilikan” perasaan dan pikiran. Terbuka dalam pengertian ini adalah mengakui bahwa perasaan dan pikiran yang anda lontarkan adalah memang milik anda dan anda bertanggungjawab atasnya.

(2) Empati (*Empathy*)

Bersimpati adalah merasakan bagi orang lain atau merasa ikut bersedih. Sedangkan berempati adalah merasakan sesuatu seperti orang yang mengalaminya, berada di situasi yang sama dan merasakan perasaan yang sama dengan cara yang sama. Orang yang empatik mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang. Kita dapat mengkomunikasikan empati baik secara verbal maupun non verbal. Secara nonverbal, kita dapat mengkomunikasikan empati dengan memperlihatkan keterlibatan aktif dengan orang itu melalui ekspresi wajah dan gerak-gerik yang sesuai, konsentrasi terpusat meliputi kontak mata, postur tubuh yang penuh perhatian, dan kedekatan fisik serta sentuhan atau belaian yang sepiantasnya.

(3) Sikap Mendukung (*Supportiveness*)

Komunikasi yang terbuka dan empatik tidak dapat berlangsung dalam suasana yang tidak mendukung. Kita memperlihatkan sikap mendukung dengan bersikap deskriptif, spontan, dan proporsional. Suasana yang deskriptif akan menimbulkan sikap suportif dibandingkan dengan evaluatif. Artinya, orang yang memiliki sifat ini lebih banyak meminta informasi atau deskripsi tentang suatu hal. Dalam suasana seperti ini, biasanya orang tidak merasa dihina atau ditantang, tetapi merasa dihargai. Orang yang spontan dalam komunikasi adalah orang terbuka dan terus terang tentang apa yang dipikirkannya. Biasanya orang seperti itu akan ditanggapi dengan cara yang sama, terbuka dan terus terang. Provisional adalah memiliki sikap berpikir, terbuka, ada kemauan untuk mendengar pandangan yang berbeda dan bersedia menerima pendapat orang lain, bila memang pendapatnya keliru.

(4) Sikap Positif (*Positiveness*)

Kita mengkomunikasikan sikap positif dalam komunikasi interpersonal dengan sedikitnya dua cara menyatakan sikap positif dan secara positif mendorong orang yang menjadi teman kita berinteraksi. Sikap positif mengacu pada sedikitnya dua aspek dari komunikasi interpersonal. Pertama, komunikasi interpersonal terbina jika seseorang memiliki sikap positif terhadap diri mereka sendiri. Kedua, perasaan positif untuk situasi komunikasi pada umumnya sangat penting untuk interaksi yang efektif. Tidak ada yang lebih menyenangkan daripada berkomunikasi dengan orang yang tidak menikmati interaksi atau tidak bereaksi secara menyenangkan terhadap situasi atau suasana interaksi.

5) Kesetaraan (*Equality*)

Dalam setiap situasi, barangkali terjadi ketidaksetaraan. Salah seorang mungkin lebih pandai. Lebih kaya, lebih tampan atau cantik, atau lebih atletis daripada yang lain. Tidak pernah ada dua orang yang benar-benar setara dalam segala hal. Terlepas dari ketidaksetaraan ini, komunikasi interpersonal akan lebih efektif bila suasananya setara. Artinya, harus ada pengakuan secara diam-diam bahwa kedua pihak sama-sama bernilai dan berharga, dan bahwa masing-masing pihak mempunyai sesuatu yang penting untuk disumbangkan³⁹.

7.4. Komunikasi Persuasif

Secara harafiah persuasif berasal dari kata latin "persuaseo" yang secara harfiah berarti merayu, membujuk, mengajak, atau meyakinkan. Jadi komunikasi persuasi adalah upaya mengajak atau membujuk dan meyakinkan seseorang akan pentingnya memahami pesan yang akan disampaikan. Komunikasi persuasi mengharapkan melalui pesan yang disampaikan akan

³⁹ J Devitto, *Komunikasi Antar Manusia*, Edisi Keli (Jakarta.: Profesional Book, 1997).

menumbuhkan kesadaran khalayak untuk mengubah perilaku yang dilakukan atas dasar kesadaran yang tinggi dengan iktikad yang baik agar mampu mengubah perilaku dari yang destruktif menjadi perilaku yang asertif⁴⁰. Model komunikasi persuasif adalah komunikasi yang digunakan untuk dapat mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dengan rantau kausal yang sama.

Kita terkadang menemukan pendengar yang baik ketika mendengarkan ceramah, akan tetapi kita tidak pernah menjumpai adanya suatu perubahan pada diri khalayak yang ditandai dengan tidak adanya perubahan diri seseorang sehingga ajakan kita hanya berlalu tanpa ada perubahan yang nyata. Hasil dari komunikasi persuasi sebenarnya tidak bisa dilihat setelah khalayak mendengarkan pesan yang telah disampaikan karena butuh waktu untuk mengevaluasi. Akan tetapi, ada yang berpendapat bahwa hasil ajakan dari komunikasi persuasi minimal bisa didapatkan dari tanggapan khalayak setelah mendapatkan pesan melalui post test. Hal ini mengidentifikasi seberapa jauh minat yang akan dilakukan oleh khalayak dari suatu pesan yang telah disampaikan, khalayak masih perlu menguji tingkat kebenarannya dan tingkat pentingnya dalam kehidupan. Karena sering juga dijumpai ketika pada fase apersepsi atau fase pendahuluan, pesan yang akan disampaikan sangat menarik, akan tetapi pada saat pesan itu didengarkan terasa sangat membosankan dan tidak menarik. Untuk itu seorang komunikator harus memperhatikan isi pesan yang akan disampaikan dulu agar pesan tersebut dapat memengaruhi kognisi dari khalayak⁴¹. Tujuan komunikasi persuasive untuk memberikan perubahan pengetahuan dan sikap yang merupakan prakondisi bagi perubahan perilaku kesehatan atau perilaku-perilaku lain.

Menurut Kenneth E. Andersen mendefinisikan persuasi sebagai berikut : proses komunikasi antar pribadi yang diusahakan oleh komunikator melalui penggunaan simbol untuk memengaruhi kognisi dari penerima sehingga efek sukarela terjadi pada perubahan sikap atau tindakan sesuai yang dikehendaki oleh komunikator. Jadi, persuasi merupakan suatu proses komunikasi antarpersonal dimana komunikator berupaya menggunakan lambang untuk memengaruhi kognisi penerima. Jadi secara sengaja mengubah sikap atau kegiatan seperti yang diinginkan komunikator. Batasan persuasi adalah suatu situasi komunikasi yang harus mengandung upaya yang dilakukan dengan sadar untuk mengubah perilaku melalui pesan yang disampaikan. Hal ini membuat persuasi mengandung unsur-unsur berikut ini.

1. Situasi upaya memengaruhi

⁴⁰ A. Nasir, *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori Dan Aplikasi* (Jakarta: Salemba Medika., 2011).

⁴¹ Nasir.

2. Kognisi seseorang
3. Untuk mengubah sikap khalayak
4. Melalui pesan lisan dan tertulis
5. Dilakukan secara sadar

Akan tetapi, perubahan sikap dan perilaku tidak akan berlangsung lancar atau konsisten sebelum terbentuk sebuah opini, persepsi, maupun perasaan, karena disinilah letak dari penguatan sebuah perilaku atau tindakan. Apabila sebuah perilaku tidak dikuatkan oleh opini, persepsi, maupun tindakan, orang kadang melupakan tindakan yang telah dilakukan. Oleh karena itu, tindakan harus dilakukan secara kontinu, stabil, dan konsisten.

Perilaku hidup sehat yang telah dipesankan kepada khalayak seperti menghentikan perilaku merokok terkadang kita jumpai, khalayak menghentikan merokok sesaat atau minimal saat pesan itu disampaikan, namun saat di rumah mungkin khalayak berhenti beberapa hari atau mungkin beberapa minggu dan setelah itu khalayak merokok lagi. Hal ini karena tidak ditanamkan sebuah opini, persepsi, dan perasaan. Hal ini karena perubahan akan terjadi pada individu apabila timbulnya suatu tanda dan gejala. Walaupun kita sudah maksimal untuk mengajak orang untuk tidak merokok, menjelaskan resiko bahwa merokok akan terjadi serangan jantung yang mendadak, impotensi, penyakit paru-paru, dan lain-lain, terkadang khalayak masih juga merokok walaupun dia tahu resikonya. Baru setelah merokok dan muncul tanda misalnya dada terasa sakit setelah merokok dan dokter menjelaskan bahwa nyeri dada orang tersebut merupakan tanda dari serangan jantung yang mendadak dan diakibatkan oleh rokok, maka dengan sendirinya orang tersebut akan menghentikan perilaku merokok walaupun tanpa melibatkan pasien dalam pembuatan keputusan dan memberikan kebebasan merupakan elemen kunci.

Untuk mengikutsertakan klien dalam peningkatan kesehatan berarti perawat mendorong klien untuk menerima dan jika mungkin untuk menyerap keyakinan-keyakinan. Sejauh ini perawat mampu melibatkan diri dalam komunikasi persuasi yang bertujuan untuk mendidik klien serta meningkatkan sikap dan perilaku yang lebih sehat. Diharapkan melalui komunikasi terbuka klien terdorong untuk tidak akan kehilangan kebebasannya dan sebaliknya mereka mendapatkan kebebasan untuk menghargai pandangan dan cara hidupnya dengan cara-cara yang baru. Perawat harus mampu meyakinkan bahwa pilihan pasien untuk mengubah perilaku dan pandangannya merupakan pilihan berdasarkan keyakinan-keyakinan yang telah diyakini dan terbentuk melalui diskusi-diskusi terbuka tentang kesehatannya.

a. Mengorganisasikan Pesan Dalam Perencanaan Komunikasi Persuasi

Perkembangan zaman ,manajemen perencanaan pesan menjadi faktor penting untuk meyakinkan khalayak. Empat poin pokok dalam perencanaan pesan adalah sebagai berikut.

1. Bagaimana menggunakan hasil analisis khalayak /calon penerima gagasan untuk perencanaan komunikasi
2. Mengembangkan gagasan dan pokok utaa dari gagasan yang akan disampaikan
3. Menyusun sketsa pesan
4. Mempesiapkan umpan balik kegiatan komunikasi

Analisis khalayak merupakan proses pemeriksaan seluruh faktor objektif empiris yang berkaitan dengan khalayak untuk memperoleh pemahaman secara menyeluruh tentang mereka sebagai penerima pesan. Metode yang dapat digunakan untuk analisis khalayak adalah pengamatan /observasi ,menagajukan pertanyaan,survei khalayak ,dan mempertimbangkan karateristik khalayak. Syarat gagasan utama yang dibuat untuk perencanaan komunikasi harus ringkas,langsung pada pokok persoalan ,dan memperlihatkan hasil yang akan diperoleh bila kegiatan dilakukan. Selanjutnya, pokok utama merupakan tulang punggung pwsan yang merencanakan garis besar subdivisi utama.

Syarat pokok dari sebuah pesan adalah harus menyongkong, menggambarkan, atau mendeskripsikan gagasan utama dengan bahasa yang ringkas dan jelas agar khalayak mampu mencerna isi pesan yang disajikan. Sketsa pesan merupakan kerangka kerja yang di dalamnya mengandung topik-topik dasar yang mendukung tujuan komunikasi ,dan informasi faktual yang menjabarkan masing-masing topik.

Dalam proses komunikasi secara tatap muka ,umpan balik muncul dalam dua jenis yaitu tanggapan verbal dan nonverbal. Kedua jenis umpan balik tersebut dapat digunakan oleh komunikator sebagai sumber informasi yang menunjukkan sikap sebenarnya dari khalayak terhadap gagasan yang disampaikan. Pengorganisasian pesan komunikasi merupakan faktor yang penting dalam menentukan keberhasilan kegiatan komunikasi yang berusaha memengaruhi atau meyakinkan khalayak sasaran.

Ada empat format umum organisasi pesan yang dapat membantu menyusun gagasan komunikator, yaitu format kronologis ,format kausal,format pengembangan motivasional, dan format satu pihak lawan dua pihak. Kesimpulan dalam presentasi harus mampu melakukan hal-hal berikut.

1. Meringkas pokok-pokok kunci
2. Memusatkan tema dan tujuan

3. Mengingat pentingnya isi
4. Memberikan jalan tindakan yang jelas
5. Meminta pertanyaan

Fungsi pendahuluan dalam mempersentasikan gagasan atau ide adalah memperoleh perhatian yang menyenangkan, meningkatkan keramahaman dan kebaikan, memberikan alasan penting menyimak, serta mengarahkan khalayak terhadap isi. Ada beberapa hal yang dapat digunakan untuk menarik perhatian orang lain dalam pendahuluan, yaitu sebagai berikut.

1. Intensitas
2. Humor,kebaruan ide yang disajikan

Menciptakan ketegangan khalayak

b. Tahap Komunikasi Persuasif

Beberapa penahapan dalam komunikasi persuasi. Lima tahap dalam komunikasi persuasi tersebut adalah sebagai berikut.

a. Tahap pertama.

Penerima pesan harus mengikuti pesan yang disampaikan, dalam arti pesan yang disampaikan mampu diterima dan diterjemahkan pendengar dengan baik. Hal ini berarti pendengar mampu mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk didalamnya adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik terhadap suatu bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kemampuan mengetahui objek yang telah disampaikan merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukurnya antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

b. Tahap kedua.

Penerima pesan harus memahami melalui pengertian yang baik. Penerimaan pesan mampu menginterpretasikan isi pesan dengan baik. Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Tahap ketiga.

Dia harus mengalah pada pengertian/arti pesan dengan cara mengubah keyakinan-keyakinannya. Dalam arti mindset yang ada dalam pikirannya mampu dihalikan kedalam isi pesan yang telah disampaikan, terutama mindset yang salah dan keliru dalam rangka menuju perubahan yang lebih baik.

d. Tahap keempat.

Dia harus ingat pesan tersebut setelah pembicaraan selesai dan mampu mengingat isi pesan tersebut dalam kehidupan kesehariannya. Kesan yang ditangkap saat mendengarkan mampu menambah retensi dari isi pesan yang disimpan kedalam ruang penyimpanan otak.

e. Tahap kelima.

Melibatkan perubahan keyakinan yang secara krusial dapat tergantung pada persepsi penerima terhadap kredibilitas suatu sumber. Harapan dari proses komunikasi yang dilakukan adalah terjadinya perubahan perilaku dari yang destruktif menjadi perilaku yang konstruktif.

c. Prinsip Dasar Penyampaian Pesan Komunikasi Persuasif

Istilah persuasi itu sendiri merupakan pesan yang bersifat mengajak bagaimana khalayak mau berbuat untuk melaksanakan seperti pesan yang disampaikan tersebut. Tidak mudah untuk mengubah perilaku khalayak terutama dalam waktu yang singkat. Membutuhkan waktu yang lama hingga pesan tersebut bisa diaplikasikan oleh khalayak. Namun demikian, komunikator harus mempunyai prinsip-prinsip dasar dalam menyampaikan pesan tersebut. Prinsip dasar dalam menyampaikan pesan menurut Cangara, H(2004) adalah sebagai berikut:

1. Apabila pesan yang disampaikan itu sering kali diulang, panjang dan cukup keras, maka pesan tersebut akan berlalu dari khalayak.
2. Apabila pesan(ide)itu dikemas dengan cantik ,ditawarkan dengan daya persuasi,maka khalayak akan tertarik untuk memiliki ide tersebut.
3. Apabila pesan(ide)tidak disampaikan kepada orang lain, maka mereka tidak akan memegangnya dan menanyakannya . Oleh karena itu , mereka tidak akan membuat pendapat tentang ide tersebut.

Seharusnya, jika isi pesan tersebut tidak disampaikan maka tidak akan ada tanggapan apalagi memengaruhi perilaku masyarakat. Selain itu, jika cara penyampaian isi pesan tersebut . Isi pesan yang disampaikan tersebut semestinya dibawakan dan dikemas dengan cantik sehingga ada nilai tambah untuk bekal dalam mengubah perilaku yang salah sehingga ada nilai daya persuasinya. Akan tetapi, tidaklah efektif pesan-pesan tersebut diterima tanpa memperhatikan hal-hal tersebut dibawah ini. Cangara, H(2004) memberikan argumentasinya untuk mendapatkan agar pesan yang disampaikan dengan memperhatikan hal-hal tersebut dibawah ini.

1. Pesan yang disampaikan harus dikuasai terlebih dahulu , termasuk struktur penyusunannya yang sistematis.
2. Mampu mengemukakan argumentasi yang logis

3. Memiliki kemampuan untuk membuat intonasi bahasa serta gerakan-gerakan nonverbal yang dapat menarik perhatian khalayak
4. Memiliki kemampuan untuk membumbui pesan yang disampaikan dengan anekdot-anekdot untuk menarik perhatian dan mengurangi rasa bosan khalayak.

d. Menyusun Pesan Bersifat Persuasif

Model penyusunan pesan yang bersifat persuasi memiliki tujuan untuk mengubah persepsi, sikap, dan pendapat khalayak sehingga perlu adanya model penyusunan pesan yang akan disampaikan. Harapannya adalah pesan yang disampaikan sesuai dengan proporsi, yaitu diharapkan pesan yang disampaikan akan bisa mengubah perilaku atau perubahan yang sesuai dengan yang diinginkan oleh pembawa pesan. Beberapa cara penyusunan pesan yang memakai teknik persuasi⁴².

1. Teknik Asosiasi

Teknik Asosiasi merupakan penyampaian pesan dengan menggunakan objek yang saat itu menjadi pusat perhatian, agar komunikasi terdorong mau menjalankan isi pesan karena yang menyampaikan adalah orang yang saat ini dikagumi dan menjadi pusat perhatian, dengan tujuan komunikator mengharapkan respons khusus dan komunikasi.

Isi pesan yang disampaikan memberikan spirit atau harapan yang besar bagi khalayak untuk dimengerti. Dengan work shop dimungkinkan pesan yang disampaikan mudah diingat dan dipraktikkan pada tataran yang nyata sehingga untuk mau mengerti suatu penjelasan terkadang seseorang ingin tahu dan ingin mendengar dari orang yang saat ini menjadi pusat perhatian, karena dialah yang tahu dan merasakan apa yang terjadi pada dirinya.

Untuk memberikan penyuluhan tentang penyakit AIDS mungkin akan lebih baik seseorang komunikator mengajak langsung penderita AIDS untuk menceritakan pengalamannya. Teknik Asosiasi merupakan penyajian pesan komunikasi dengan cara menumpangkannya pada suatu objek atau pada peristiwa yang sedang menarik perhatian khalayak. Teknik ini sangat tepat pada orang dengan tingkat ketidakpercayaan yang sangat tinggi sehingga dia hanya mau percaya jika orang yang menyampaikan pesan adalah orang yang sedang mengalaminya sendiri. Teknik asosiasi ini menumbuhkan motivasi atau dorongan (motivational appeal) yang kuat untuk melakukan apa yang disampaikan dengan harapan ada niat yang kuat untuk berubah sesuai dengan isi pesan tersebut sehingga motivational appeal menumbuhkan internal psikologis khalayak dengan tujuan khalayak mengikuti pesan tersebut

⁴² Effendy, Ilmu Komunikasi Teori Dan Praktik (Bandung: Rosdakarya, 2002)

2. Teknik Integrasi

Teknik integrasi merupakan teknik penyampaian pesan yang mengandung kepentingan bersama antara komunikator dan komunikan. Teknik ini bagaimana seorang komunikator masuk pada dunianya seorang komunikan sehingga seolah-olah kepentingan komunikator juga merupakan bagian dari kepentingan komunikan. Dengan demikian tindakan persuasi dengan teknik integrasi merupakan tindakan psikologis yang dilakukan secara sadar agar perubahan perilaku bisa bergeser menjadi perubahan opini, perubahan persepsi, dan perubahan tindakan .

Dengan kata lain, teknik integrasi adalah kemampuan komunikator untuk menyatukan diri secara komunikatif dengan komunikan. Iniberarti bahwa melalui kata-kata verbal, komunikatif menggambarkan bahwa ia "senasib dan selaras", dan karena itulah menjadi satu dengan komunikan. Contoh: penggunaan kata kita bukan saya atau kami. Kita berarti saya dan Anda, komunikator bersama komunikan, yang mengandung makna bahwa yang diperjuangkan komunikator bukan hanya kepentingan diri sendiri melainkan juga kepentingan komunikan. Contoh: "kita berupaya agar penyakit Saudara cepat sembuh". Artinya bahwa percepatan kesembuhan penyakit klien merupakan tanggung jawab perawat, dokter, klien, dan keluarga serta petugas kesehatan lainnya. Klien tidak boleh hanya tergantung dari perawat dan dokter saja, tetapi merupakan kegiatan yang dilakukan bersama-sama antara klien, keluarga, perawat, dokter, dan tenaga kesehatan yang lainnya. Hal demikian disimpulkan bahwa untuk mempercepat kesembuhan dibutuhkan kegiatan yang terintegrasi dengan yang lainnya.

3. Teknik Ganjaran

Teknik Ganjaran (*Pay of Technique*) adalah kegiatan untuk memengaruhi orang lain dengan cara mengiming-ngiming, baik yang menguntungkan atau yang menjajikan harapan ataupun yang membangkitkan rasa takut. Sebenarnya teknik ini merupakan teknik paksaan hanya kesannya saja yang berbeda. Inti dari teknik ganjaran ini adalah bersifat imperative yaitu mengandung keharusan dan kewajiban untuk ditaati dan dilaksanakan. Ada dua jenis Teknik Ganjaran yaitu teknik membangkitkan rasa takut (*fear arousing technique*) yakni cara yang bersifat menakut-nakuti atau menggambarkan konsekuensi buruk yang memnunjukkan hukuman (*punishment*) dan teknik yang menjanjikan ganjaran (*rewarding technique*). Diantara kedua teknik tersebut, teknik ganjaran lebih baik karena berdaya upaya menubuhkan kegairahan emosional, sedangkan teknik pembangkitan rasa takut menimbulkan ketegangan emosional. *Fear arousing technique* diperlukan agar klien mau berubah karena dengan

penjelasan yang standar klien sulit untuk berubah. Pada kasu-kasu yang wajib ditaati, terkadang klien menyepelekan sehingga berdampak buruk pada dirinya. Oleh karena itu, perawat berkewajiban untuk menjelaskan dampak yang terjadi bila hal itu dilanggar.

Contoh: *Rewarding technique*

“Saya senang sekali melihat Bapak sudah latihan jalan-jalan setelah operasi ini, kelihatannya Bapak akan cepat pulang bila Bapak aktif latihan jalan-jalan.” Sebenarnya dalam komunikasi tersebut perawat mengharapkan klien untuk segera latihan mobilisasi agar cepat pulang. *Fear arousing technique* “Bapak saat ini tidak boleh turun dari tempat tidur, baru kalau sudah hari ketujuh Bapak boleh turun sebab kalau Bapak turun sebelum hari ketujuh detak jantung Bapak menjadi tidak normal dan Bapak menjadi sesak lagi” Hal ini menggambarkan bahwa Bapak ini boleh turun dari tempat tidur setelah hari ketujuh dan ini wajib dilakukan oleh klien tersebut.

4. Teknik Tataan

Teknik Tataan merupakan terjemahan dari icing yaitu menyusun pesan komunikasi sedemikian rupa sehingga enak didengar atau dibaca serta termotivasi untuk melakukan sebagaimana disarankan oleh pesan tersebut. Istilah icing (dibaca: aising) berasal dari perkataan to ice yang berarti menata kue yang baru dikeluarkan dari pembakaran dengan lapisan gula warna-warni. Kue yang tadinya tidak menarik menjadi indah sehingga memikat perhatian siapa saja yang melihatnya.

Teknik tataan atau icing technique dalam kegiatan persuasi ialah seni menata pesan dengan himbauan emosional (emotional appeal) sedemikian rupa sehingga komunikasi menjadi tertarik perhatiannya. Upaya untuk menampilkan imbauan emosional dimaksudkan hanya agar komunikasi lebih tertarik hatinya. Selain itu, agar suasana tidak menjadi tegang dan khalayak tidak cepat jenuh, pesan yang disampaikan disertai dengan humor yang mudah diterima (humorous appeal), enak, dan menyegarkan. Komunikator sama sekali tidak membuat fakta pesan tadi menjadi cacat. Faktanya sendiri tetap utuh, tidak diubah, tidak ditambah, dan tidak dikurangi. Dalam hubungan ini komunikator mempertaruhkan kehormatannya sebagai pusat kepercayaan (source of credibility). Apabila dalam menghias imbauan emosional membuat fakta pesannya menjadi cacat, maka ia bisa kehilangan kepercayaannya yang suka dibinanya kembali. Teknik icing ini berupaya membakar emosi khalayak sehingga pesan-pesan yang disampaikan merupakan pesan-pesan yang aktual dan saat ini menjadi perhatian publik.

5. Teknik Red-Herring

Dalam hubungannya dengan komunikasi persuasi, Teknik Red-herring adalah seni seorang komunikator untuk meraih kemenangan dalam perdebatan dengan mengelakkan argumentasi yang lemah dan kemudian mengalihkannya sedikit demi sedikit aspek yang dikuasanya untuk dijadikan senjata ampuh dalam menyerang lawan. Jadi teknik ini dijadikan pada saat komunikator dalam posisi terdesak.

Untuk dapat melakukan gerak tipu dalam diskusi atau perdebatan, komunikator harus menguasai topik yang didiskusikan atau diperdebatkan. Dalam hubungan ini sebelum terjun kearena komunikasi seperti ini, ia harus mengadakan persiapan dengan matang. Teknik Red-Herring dalam komunikasi persuasi dikeperawatan dilakukan apabila pemikiran klien selalu tetuju pada suatu aspek saat atau sulit untuk dikendalikan. Contohnya:pulang paksa dan menolak tindakan keperawatan maupun medis. Klien dengan pulang paksa tidak memikirkan lagi kelangsungan dari proses penyakitnya yang ada ,hanya ingin pulang saja. Klien maupun keluarga tidak memikirkan dampak yang teradi setelah dirumah . Demikian juga dengan klien yang menolak untuk tindakan keperawatan maupun tindakan medis. Teknik Red-Herring menurut Cangara, H(2004)dibagi menadi dua.

- 1) *One-sides issue* yaitu teknik yang memaparkan isi pesan dimana dijelaskan dari salah satu sisi saja, bisa dari sisi buruknya saja,sisi yang baiknya saja,atau bisa dijelaskan nsebabnya saja tanpa akibatnya. Teknik ini diberikan karena khalayak sudah mengetahui sejak awal sehingga dalam menyampaikan pesan tersebut berfungsi untuk mengulang dan memperjelas atau mempekokoh informasi (reinforcement)yang telah ada. Teknik ini juga diberikan pada khalayak dengan tingkatan pendidikan yang rendah sehingga kesannya adalah pesan yang ringkas dan elas serta tidak bertele-tele.
- 2) *Two-sidde issue* yfaitu teknik dengan two-sided issue menekankan pemaparan dengan kedua sisi, baik sisi buruk maupun sisi baiknya atau dijelaskan dari sisi sebabnya apa dan akibatnya apa. Hal ini dilakukan karena adanya sikap yang pesimis dari khalayak sehingga menjadi oposisi. Selain itu ,pesan yang disampaikan masih menjadi kontroversial sehingga masih menjadi bahan perdebatan karena adanya pro dan kontra. Teknik ini diperuntukan pada khalayak dengan pendidikan tinggi karena biasanya seseorang dengan pendidikan yang sudah tinggi melihat dari sebab akibat atau dari sisi baik dan buruknya.

e. Variabel dan Prinsip Komunikasi Persuasif

Menurut MC Guire (1964) dalam Fitriani (2011) bahwa model komunikasi persuasive memiliki variabel yaitu ⁴³ :

- 1) Variabel input
 - a) Sumber Pesan
 - b) Pesan
 - c) Saluran penyampai
 - d) Karakteristik penerima
- 2) Variabel output
 - a) Pengetahuan
 - b) Sikap
 - c) Pembuat keputusan
 - d) Faktor kognitif yang dapat diobservasi

a. Prinsip-prinsip Komunikasi Persuasif

Dalam prinsip komunikasi persuasif ada 5 (lima) prinsip, diantaranya :

1. Membujuk demi konsistensi

Khalayak lebih memungkinkan untuk mengubah perilaku mereka apabila perubahan yang dianjurkan sejalan dengan kepercayaan, sikap, dan nilai sat ini. Sikap didefenisikan sebagai predisposisi mengenai suka atau tidak suka. Nilai sebagai pernyataan terakhir yang lebih abadi dari eksistensi atau mode yang luas dari perilaku. Kepercayaan adalah tingkat keyakinan.

2. Membujuk demi perubahan-perubahan kecil

Khalayak lebih memungkinkan untuk mengubah perilaku mereka apabila perubahan yang dianjurkan khalayak merupakan perubahan kecil dan bukan perubahan besar perilaku mereka.

3. Membujuk demi keuntungan

Khalayak lebih mungkin mengubah perilakunya apabila perubahan yang disarankan akan menguntungkan mereka lebih dari biaya yang akan mereka keluarkan.

4. Membujuk demi pemenuhan kebutuhan

Khalayak lebih mungkin untuk mengubah perilaku mereka apabila perubahan yang disarankan berhubungan dengan kebutuhan-kebutuhan mereka.

5. Membujuk berdasarkan pendekatan-pendekatan gradual

⁴³ Fitriani, Sinta, *Promosi Kesehatan* (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011)

Bergantung pada penerimaan khalayak terhadap perubahan yang disarankan pembicara dalam kehidupan mereka. Pendekatan gradual menganjurkan yang lebih memungkinkan untuk bekerja dibandingkan pendekatan yang meminta khalayak untuk segera berubah perilakunya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhani, Rosihan., *Etika Dan Komunikasi Dokter-Pasien-Mahasiswa*. (Kalimantan Selatan: Grafika Wangi Kalimantan., 2014)
- Ajzen, I., Fishben, M, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1980)
- Ali, Z, *Dasar-Dasar Pendidikan Kesehatan Masyarakat Dan Promosi Kesehatan* (Jakarta: Trans Info Media, 2011)
- Azwar, Arul., *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*, Cetakan Ke (Jakarta: Mutiara, 1983)
- Azwar, Saifuddin, *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya*, Edisi Kedu (Yogyakarta: PT Pustaka Pelajar, 2012)
- Bandura, *Health Education and Behavior* (New York: Health Educ Behav. SAGE Publication, 1968)
- Departemen Kesehatan RI, *Panduan Integrasi Promosi Kesehatan Dalam Program Kesehatan Di Kabupaten/Kota* (Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2006)
- , *Panduan Penggunaan Media Penyuluhan* (Jakarta: Dirjen PPM dan PL Departemen Kesehatan RI, 2003)
- Departemen Kesehatan RI., *Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan* (Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2005)
- Devitto, J, *Komunikasi Antar Manusia*, Edisi Keli (Jakarta.: Profesional Book, 1997)
- Effendy, *Ilmu Komunikasi Teori Dan Praktik* (Bandung: Rosdakarya, 2002)
- Ewles, L., *Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis.*, Edisi Kedu (Yogyakarta: UGM Press, 1994)
- Festinger, L, *Theory Of Cognitive Dissonance* (New York: Stanford University Press, 1957)
- Fitriani, Sinta, *Promosi Kesehatan* (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011)
- Glanz, Karen, *Health Behavior And Health Education (Theory, Research, and Practice)* (San Francisco: Jossey-Bass)
- Green, L, *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, Second Edi (Mayfield Publishing Company, 2005)
- Green, Lawrence, *Health Education Planning, A Diagnostic Approach* (New York: The John Hopkins University: Mayfield Publising Co, 1980)
- Koentjaraningrat, *Pengantar Ilmu Antropologi* (Jakarta: Rineka Cipta, 2009)

- Lewin, K., *Dynamic Theory of Personality* (New York: McGraw-Hill Companies, 1935)
- Liliweri, A., *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2011)
- Mubarok, Cahayatin, *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan* (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2007)
- Mulyana, D., *Ilmu Komunikasi : Suatu Pengantar Remaja* (Bandung: Rosdakarya., 2005)
- Musliha, S., *Komunikasi Keperawatan* (Yogjakarta.: Nuha Medika, 2011)
- Nasir, A., *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori Dan Aplikasi* (Jakarta: Salemba Medika., 2011)
- Notoatmodjo, Soekidjo, *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasinya* (Jakarta: Rineka Cipta, 2014)
- Rakhmat, Jalaluddin, *Psikologi Komunikasi*. (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2005)
- Rosenstock, I. M., *Social Learning Theory and the Health Belief Model* (San Francisco: Jossey- Bass, 1988)
- Sadiman, Rahardjo, *Media Pendidikan Pengertian, Pengembangan Dan Pemanfaatannya* (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2006)
- Sarwono, S.W, *Pengantar Psikologi Umum* (Jakarta: Rajawali, 2009)
- Sarwono, S.W., *Psikologi Sosial* (Jakarta: Salemba Humanika, 2009)
- Setiawati, D, *Proses Pembelajaran Dalam Pendidikan Kesehatan* (Jakarta: Agung Wijaya, 2008)
- Siregar, Putra Apriadi, *Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori Dan Aplikasi*, Edisi Pertama (Jakarta: PT. Kencana, 2020)
- Skinner, B. F, *Science and Human Behaviour* (New York: McMillan, 1996)
- Suryani, *Komunikasi Terapeutik : Teori Dan Praktik* (Jakarta: Balai Penerbit. EGC, 2006)
- Susilowati, Dwi, *Promosi Kesehatan(Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan)*, Cetakan pertama (Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan., 2016)