

Penulis:

Windi Chusniah Rachmawati, S,KM., M.Kes

PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU



**PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU
PERILAKU**

PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

PENULIS:

Windi Chusniah Rachmawati, S.KM., M.Kes



PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU

Windi Chusniah Rachmawati, S,KM., M.Kes

ISBN: 978-602-5973-60-4

Copyright © 2019

Penerbit Wineka Media



Anggota IKAPI No.115/JTI/09

Jl. Palmerah XIII N29B, Vila Gunung Buring Malang 65138

Telp./Faks : 0341-711221

Website: <http://www.winekamedia.com>

E-mail: winekamedia@gmail.com

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apapun, termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa izin sah dari penerbit.

Kata Pengantar

Puji syukur ke hadirat Allah swt yang telah melimpahkan rahmat, karunia dan hidayah-Nya kepada penulis. Bersama izin-Nya penulis dapat menyelesaikan buku berjudul “Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku”.

Buku ini telah disusun dan disesuaikan dengan Kurikulum S1 Kesehatan Masyarakat, khususnya peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku dengan bahasa yang lugas, disertai dengan skema yang menarik sehingga diharapkan memudahkan mahasiswa membaca dan termotivasi untuk mempelajari lebih lanjut.

Dalam kesempatan ini pula penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada semua pihak yang telah membantu penulis, terutama pihak- pihak berikut :

1. Bapak Dr. Supto Adi, M,Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang yang telah memberikan dorongan dan dukungan kepada penulis untuk mengembangkan diri.
2. Ibu drg. Rara Warih Gayatri, M.PH selaku Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang memberikan kemudahan dan keleluasaan dalam mengekspresikan diri.
3. Teman-teman CPNS Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2018.
4. Penulis terdahulu atas berbagai informasi melalui karyanya, sehingga menjadi rujukan bagi karya penulis.
5. Keluarga saya tersayang.

Akhirnya, demi penyempurnaan buku ini di masa datang, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik serta saran pembaca. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat, keberkahan, serta menambah wawasan keilmuan bagi para mahasiswa baik kesehatan masyarakat atau bidang lainnya, serta pembaca pada umumnya.

Malang, September 2019

Penulis

Daftar Isi

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
1. SEJARAH DAN KONSEP PROMOSI KESEHATAN	
1.1 Sejarah Promosi Kesehatan	1
1.2 Definisi Promosi Kesehatan	5
1.3 Visi dan Misi Promosi Kesehatan	6
1.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan.....	7
1.5 Sasaran Promosi Kesehatan	8
2. PROMOSI KESEHATAN dalam LIMA TINGKAT PENCEGAHAN	
2.1 Health Promotion (Promosi Kesehatan)	10
2.2 Specific Protection (Perlindungan Khusus).....	10
2.3 Early Diagnosis and Prompt Treatment (Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera)	11
2.4 Disability Limitation (Mengurangi Kecacatan).....	11
2.5 Rehabilitation (Rehabilitasi).....	12
3. STRATEGI PROMOSI KESEHATAN	
3.1 Advocacy (Advokasi).....	13
3.2 Social Support (Dukungan Sosial).....	13
3.3 Empowerment (Pemberdayaan Masyarakat)	14
4. PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU	
4.1 Pengetahuan.....	16
4.2 Sikap.....	17
4.3 Perilaku.....	20
5. TEORI ILMU PERILAKU	
5.1 Precede-Proceed Model (Lawrance Green).....	21

5.2 Theory of Reasined Action and Planned Behavior....	28
5.3 <i>Integrated Behavioral Model</i> (IBM)	37
5.4 HBM Theory (Health Beliefs Model)	40
5.5 Theory ABC	44
DAFTAR PUSTAKA.....	49

1

SEJARAH DAN KONSEP PROMOSI KESEHATAN

1.1 Sejarah Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan di Indonesia sebelumnya dikenal dengan Penyuluhan Kesehatan. Perubahan penyebutan Penyuluhan Kesehatan menjadi Promosi Kesehatan dipengaruhi oleh perkembangan di dunia karena munculnya Konferensi Internasional tentang Pencegahan (*prevention*) pada tahun 1986 di Kanada yang dikenal dengan nama Ottawa Charter (Syafei, 2010). Ottawa Charter merupakan konferensi internasional pertama tentang Promosi Kesehatan yang diselenggarakan oleh WHO (World Health Organization). Dalam Ottawa Charter menghasilkan rumusan 3 strategi promosi kesehatan yaitu advokasi, penerapan dan mediasi.



Gambar: Ottawa Charter 1986 (WHO)

Logo tersebut dijadikan Logo Promosi Kesehatan oleh WHO. Logo Promkes memiliki elemen grafis utama yaitu satu lingkaran luar, satu tempat putaran dalam lingkaran dan tiga sayap. Satu lingkaran luar memiliki arti mewakili membangun kebijakan publik

yang sehat serta melambangkan perlunya kebijakan untuk “menahan sesuatu bersama- sama”. Lingkaran ini mencakup 3 sayap yang menjadi lambang upaya penyelesaian kelima bidang utama promosi kesehatan. Putaran didalam lingkaran mencangkup 3 strategi dasar dalam promosi kesehatan yaitu: (1) Enable (memungkinkan), (2) Mediate (mediasi), dan (3) Advocate (advokasi). Sedangkan ketiga sayap dalam lingkaran adalah mewakili lima bidang utama dalam tindakan promosi kesehatan.

Ketiga lingkaran sayap yang mencakup lima bidang utama dalam bidang Promosi Kesehatan yaitu (1) Health Public Policy (membangun kebijakan publik yang sehat) (2) Create Supportive Environments (menciptakan lingkungan yang mendukung) (3) Strengthen Community Action (memperkuat aksi masyarakat) (4) Develop Personal Skills (meningkatkan keterampilan pribadi) (5) Re-Orient Health Service (re- orientasi pelayanan kesehatan). Terdapat 1 sayap yang melanggar lingkaran, hal ini mewakili bahwa Menciptakan Kebijakan Publik yang Sehat dalam masyarakat, individu maupun komunitas akan terus menerus bersinergi dengan perubahan serta perkembangan yang terjadi. Logo ini menggambarkan bahwa Promosi Kesehatan adalah menyeluruh dengan pendekatan yang memiliki banyak strategi.

Selain Ottawa Charter konferensi internasional yang mendukung promosi kesehatan sebagai sektor pelayanan kesehatan adalah Deklarasi Alma-Ata pada tahun 1978 di Kazakhstan (sekarang menjadi Republik Sosialis Soviet) yang membahas tentang Pelayanan Kesehatan Dasar (Primary Health Care). Pada Deklarasi Alma-ata menyebutkan bahwa pemerintah, pekerja kesehatan dan komunitas didunia berperan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan untuk semua orang. Deklarasi Alma-ata menekankan bahwa (1) kerja sama secara global dan perdamaian sangatlah penting (2) kebutuhan lokal dan masyarakat harus mendorong kegiatan promosi kesehatan (3)

ekonomi dan sosial dibutuhkan untuk membentuk kesehatan (4) pencegahan harus menjadi bagian dari pelayanan kesehatan (5) kebutuhan pemerataan status kesehatan dan (6) berbagai sektor dan pelaku harus dilibatkan dalam upaya peningkatan kesehatan (Awofeso, 2004). Deklarasi Almaata mengajukan banyak ide yang kemudian muncul di Piagam Ottawa.

Konferensi internasional ketiga tentang Promosi Kesehatan di Sundsvall, Swedia pada bulan Juni tahun 1991 dikenal dengan nama Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Kesimpulan dari konferensi Sundsvall adalah lingkungan yang mendukung sangat penting dalam kesehatan. Lingkungan yang mendukung dalam arti keduanya baik aspek fisik maupun sosial pada suatu kehidupan, pekerjaan, pergaulan, pendidikan, dan pencarian perawatan. Empat aspek utama dalam lingkungan yang mendukung menekankan (1) dimensi sosial termasuk norma, tujuan dan warisan (2) dimensi politik termasuk partisipasi, pembuat keputusan, komitmen hak asasi manusia dan perdamaian (3) dimensi ekonomi termasuk perkembangan yang berkelanjutan dan (4) mengakui dan memberdayakan kemampuan dan pengetahuan perempuan.

Konferensi menyoroti ketidakadilan perkembangan antara negara yang kaya dan miskin dalam hubungan antara keadilan sosial dan kesehatan. Membuat keadilan diidentifikasi dari prioritas membuat lingkungan yang mendukung. Fokus dari deklarasi adalah pada pembangunan yang berkelanjutan dan memanggil serta melibatkan personal yang mengembangkan kebijakan promosi kesehatan. Kebijakan dan hubungan spiritual personal yang memelihara lingkungan mereka akan digunakan sebagai model di seluruh dunia. Konferensi Sundsvall juga menetapkan empat kunci aksi strategis kesehatan masyarakat (1) penguatan advokasi pada aksi komunitas, (2) pemberdayaan dan pendidikan masyarakat untuk mengontrol kesehatan mereka

sendiri, (3) membangun hubungan antara lingkungan dan kesehatan berorientasi kelompok dan, (4) memeditasi konflik untuk memastikan pemerataan terhadap lingkungan yang sehat (WHO, 2010).

Konferensi Promosi Kesehatan ke empat diselenggarakan di kota Jakarta, Indonesia pada bulan Juli tahun 1997 dan disebut dengan Deklarasi Jakarta. Konferensi keempat ini merupakan konferensi pertama yang diadakan di negara berkembang dan pertama kali melibatkan sektor swasta. Yang diturunkan pada Deklarasi Jakarta menekankan bahwa kemiskinan adalah ancaman terbesar dari kesehatan, selagi meringkas perdamaian, perlindungan pendidikan, hubungan sosial, makanan, pendapatan, pemberdayaan perempuan, ekosistem yang stabil, sumber yang berkelanjutan, keadilan sosial, menghormati hak asasi manusia, dan keadilan merupakan persyaratan dari kesehatan (WHO, 2010a).

Konferensi menyoroti fakta transnasional sebagai ekonomi global, pasar finansial, memudahkan mengakses teknologi komunikasi, degradasi lingkungan, dan ketidak tanggung jawaban penggunaan sumber daya juga akan berdampak secara signifikan pada kesehatan. Memunculkan aksi untuk menstabilkan promosi kesehatan global aliansinya telah dikeluarkan. Tujuan aliansi itu adalah untuk (1) meningkatkan kepedulian untuk menrubah determinan kesehatan (2) berdesikasi untuk bekerja sama untuk Promosi Kesehatan (3) mengerahkan sumber daya untuk promosi kesehatan (4) mengakumulasikan praktek pengetahuan terbaik (5) memungkinkan berbagi pelajaran (6) mempromsikan aksi sloidaritas dan (7) membantu perkembangan transparansi dan akuntabilitas publik promosi kesehatan (WHO, 2010b).

Konferensi Internasiona Promosi Kesehatan yang terakhir pada tahun 2005 di Bangkok yang dikenal sebagai Bangkok Charter (Piagam Bangkok) menyoroti kebijakan publik dan

komitmen untuk bekerja sama antara pemerintah, organisasi internasional, dan sektor swasta. Piagam Bangkok mendorong orang-orang untuk “mengadvokasi kesehatan berbasis hak asasi manusia, menginvestasikan kebijakan berkelanjutan, tindakan atau aksi dan menempatkan determinan kesehatan dalam infrastruktur, pemindahan atau transfer pengetahuan dan penelitian sebagai target, dan menempatkan literatur kesehatan (Howard, Nieuwenhuijsen and Saleeby, 2008). Advokasi untuk menyetarakan kebutuhan dalam bidang kesehatan dan kesejahteraan untuk semua orang. Kesehatan sekarang merupakan bagian kritis untuk kebijakan penduduk, keamanan nasional, perdagangan dan geopolitik.

1.2 Definisi Promosi Kesehatan

Berikut definisi promosi kesehatan dari berbagai sumber:

WHO 1984, *“Promosi kesehatan tidak hanya untuk merubah perilaku tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut.”*

Green 1984, *“Promosi Kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi lingkungan.”*

Ottawa Charter 1986, *“Proses memungkinkan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.”*

Bangkok Charter 2005, *“Proses memungkinkan masyarakat untuk memelihara kesehatan mereka dan penentunya, dan dengan demikian akan meningkatkan kesehatan mereka.”*

Notoatmodjo 2014, *“Promosi kesehatan merupakan suatu bentuk pendidikan yang berupaya agar masyarakat berperilaku kesehatan yang baik.”*

Dinas Kesehatan 2008, *“ Promosi Kesehatan adalah proses*

mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

Syarifudin 2009, “Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya melalui pembelajaran.”

1.3 Visi dan Misi Promosi Kesehatan

a. Visi Promosi Kesehatan

Visi Promosi Kesehatan tidak dapat dipisahkan dari bagian Visi Indonesia Sehat tahun 2010. Visi Promosi Kesehatan adalah “Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.” Dimana setiap individu pada rumah tangga di Indonesia telah melakukan perilaku hidup bersih dan sehat dalam rangka:

- Mencegah terjadinya penyakit dan masalah kesehatan.
- Menanggulangi penyakit dan masalah kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.
- Memanfaatkan pelayanan kesehatan.
- Mengembangkan dan melaksanakan upaya kegiatan masyarakat.

b. Misi Promosi Kesehatan

Misi Promosi Kesehatan adalah:

- 1) Memberdayakan individu, keluarga dan kelompok masyarakat, baik melalui pendekatan personal, keluarga, organisasi, dan gerakan masyarakat.
- 2) Membina suasana atau lingkungan yang kondusif bagi terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat, mengadvokasi para pengambil keputusan dan penentu kebijakan serta pihak lain yang berkepentingan, dalam rangka:
 - Mendorong diberlakukannya kebijakan dan peraturan

undang-undang yang berwawasan kesehatan.

- Mengintegrasikan promosi kesehatan, khususnya pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan.
- Meningkatkan kemitraan yang sinergis antara pemerintah pusat dan daerah serta antara pemerintah dengan masyarakat termasuk lembaga swadaya masyarakat (LSM).
- Meningkatkan investasi dalam bidang promosi kesehatan pada khususnya dan dalam bidang kesehatan pada umumnya.

1.4 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986, ruang lingkup promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area yaitu:

a. Build Healthy Policy

Build Healthy Policy atau membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan memperhatikan dampak kesehatan dari setiap keputusan yang telah dibuat. Kebijakan publik sebaiknya menguntungkan kesehatan. Bentuk kebijakan publik antara lain berupa peraturan perundang-undangan, kebijakan fiskal, kebijakan pajak dan pengembangan organisasi serta kelembagaan. Berikut contoh-contoh bentuk kebijakan di Indonesia:

- Kebijakan kawasan tanpa rokok
- Pembatasan iklan rokok
- Pemakaian helm dan sabuk pengaman

b. Create Supportive Environment

Create Supportive Environment atau menciptakan lingkungan yang mendukung merupakan peranan yang besar untuk mendukung seseorang atau mempengaruhi kesehatan dan perilaku seseorang. Berikut merupakan contoh lingkungan yang mendukung:

- Penyediaan pojok laktasi di tempat-tempat umum

- Penyediaan tempat sampah
- Pengembangan tempat konseling remaja

c. Strengthen Community Action

Strengthen Community Action atau memperkuat gerakan masyarakat. Promosi kesehatan berperan untuk mendorong serta memfasilitasi upaya masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Berikut contoh-contoh penguatan gerakan masyarakat :

- Terbentuknya yayasan atau lembaga konsumen kesehatan
- Terbentuknya posyandu
- Terbentuknya pembiayaan kesehatan bersumber daya masyarakat

d. Develop Personal Skill

Develop Personal Skill atau mengembangkan keterampilan individu merupakan upaya agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif tentang kesehatannya. Masyarakat membutuhkan informasi, pendidikan, pelatihan dan berbagai keterampilan. Promosi Kesehatan berperan untuk memberdayakan masyarakat agar dapat mengambil keputusan dan mengalihkan tanggung jawab kesehatan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan setiap individu. Pemberdayaan akan lebih efektif bila dilakukan dari tatanan rumah tangga, tempat kerja, dan tatanan lain yang telah ada di masyarakat.

e. Re-Orient Health Service

Re-Orient Health Service atau menata kembali arah utama pelayanan kesehatan kepada upaya preventif dan promotif serta mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

1.5 Sasaran Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan memiliki 3 jenis sasaran yaitu primer, sekunder dan tersier. Penjelasan sebagai berikut:

a. Sasaran Primer

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

b. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder meliputi para pemuka di masyarakat, baik pemuka informal seperti pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain maupun pemuka formal seperti petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain. Organisasi kemasyarakatan dan media massa.

c. Sasaran Tersier

Sasaran tersier meliputi para pembuat kebijakan publik yang membuat peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang di luar kesehatan yang berkaitan serta para penyedia sumber daya (Maulana 2009).

2

PROMOSI KESEHATAN DALAM LIMA TINGKAT PENCEGAHAN

2.1 Health Promotion (Promosi Kesehatan)

Promosi kesehatan merupakan tahapan yang pertama dan utama pada pencegahan penyakit. Pada promosi kesehatan dibutuhkan penyamaan persepsi bahwa promosi kesehatan merupakan proses yang memberikan informasi kesehatan pada masyarakat agar masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Kegiatan atau usaha Promosi Kesehatan diantaranya seperti pendidikan kesehatan meliputi peningkatan gizi, kebiasaan hidup, seksual. Perbaikan sanitasi lingkungan seperti penyediaan air rumah tangga, perbaikan pembuangan sampah, pembuangan kotoran, pembuangan air limbah, hygiene perorangan, rekreasi, perisapan memasuki kehidupan pra nikah dan menopause. Contoh promosi kesehatan antara lain:

- Penyediaan makanan yang sehat dan berkecukupan baik dari segi kualitas maupun kuantitas
- Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan
- Pendidikan kesehatan pada masyarakat
- Olahraga secara teratur sesuai kemampuan individu
- Kesempatan memperoleh hiburan untuk perkembangan mental dan sosial
- Nasihat perkawinan dan pendidikan seks yang bertanggung jawab

2.2 Specific Protection (Perlindungan Khusus)

Specific Protection atau perlindungan khusus merupakan

tindakan pencegahan yang dilakukan oleh masyarakat pada ancaman penyakit tertentu. Kegiatan perlindungan khusus meliputi melakukan imunisasi secara spesifik, pemberian makanan khusus, perlindungan dari penyakit alat kerja, perlindungan dari bahan karsinogenik, perlindungan dari zat alergen. Contoh kegiatan perlindungan seperti berikut:

- Melakukan imunisasi lanjutan seperti imunisasi HPV, pendidikan kesehatan, konseling tentang berbagai tema kesehatan
- Melakukan kegiatan kumur dengan larutan flour mencegah karies gigi
- Mencucitangan dengan larutan aspetik mencegah infeksi

2.3 Early Diagnosis and Prompt Treatment (Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera)

Early Diagnosis and Prompt Treatment atau diagnosis dini dan Pengobatan Segera merupakan tindakan menemukan penyakit sedini mungkin serta melakukan penatalaksanaan secara segera dengan ketepatan terapi. Contoh kegiatan diagnosis dini dan pengobatan segera antara lain:

- Pemberian tablet Fe dan penganjuran makan makanan yang mengandung zat besi pada ibu hamil yang menunjukkan tanda-tanda anemia
- Melakukan *screening* di masyarakat dengan pemeriksaan dahak dan rontgen paru untuk penyakit Tuberculosis Paru-paru.
- Melakukan *screening* orang dengan kontak penyakit menular agar dapat melakukan pengobatan segera
- Melakukan *screening* untuk mendeteksi dini kanker

2.4 Dissability Limitation (Mengurangi Kecacatan)

Dissability Limitation atau Mengurangi Kecacatan

merupakan tindakan penatalaksanaan terapi yang maksimal pada penyakit yang telah lanjut untuk mencegahnya menjadi lebih berat, menjadikan sembuh serta mengurangi kemungkinan kecacatan yang akan timbul.

2.5 Rehabilitation (Rehabilitasi)

Tingkat rehabilitasi merupakan tingkat pencegahan terakhir untuk masyarakat yang sakit dan dapat disembuhkan menjadi sehat pada saat kembali ke masyarakat serta dapat menjalankan hidup seperti semula dengan fungsi yang positif bagi dirinya dan bagi masyarakat lainnya. Rehabilitasi juga bertujuan untuk mengembalikan fungsinya dimasyarakat dengan tidak menjadi beban untuk individu lain. Seseorang dengan penyakit tertentu dan melakukan tahap pengobatan, terdapat tiga opsi yang pertama adalah sembuh total, sembuh dengan cacat dan tidak sembuh atau meninggal. Contoh tingkat rehabilitasi seperti ketika seseorang mengalami kecelakaan kemudian patah tulang pada tangan, dapat direhabilitasi dengan menggunakan tangan palsu pada tangan yang patah karena memiliki fungsi yang sama. Contoh lainnya yaitu untuk mantan pengguna narkoba harus menjalani rehabilitasi sebelum kembali ke masyarakat.

3

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Berdasarkan keputusan WHO tahun 1994, strategi promosi kesehatan terdapat tiga bagian yaitu:

3.1 Advocacy (Advokasi)

Advocacy atau advokasi merupakan upaya untuk menyakinkan orang lain atau orang yang dapat membantu atau mendukung sesuatu yang diinginkan. Dalam promosi kesehatan, advokasi merupakan upaya pendekatan pada para pembuat keputusan atau pembuat kebijakan di berbagai tingkatan dan bagian. Adanya upaya pendekatan tersebut, para pembuat kebijakan atau keputusan diharapkan dapat mendukung program kesehatan yang akan dilaksanakan. Bentuk-bentuk dukungan tersebut dapat berupa undang-undang, peraturan, surat keputusan, instruksi formal, dan lain-lain. Proses advokasi dapat melalui dua cara, yaitu formal dan informal.

Upaya formal dapat berupa presentasi atau seminar yang memaparkan tentang masalah-masalah yang terjadi di masyarakat, maupun pemaparan latar belakang program yang telah kita rencanakan. Selain upaya formal, upaya informal juga dapat dilakukan seperti mengadakan pertemuan maupun kunjungan pada para tokoh yang berhubungan langsung dengan program yang akan kita laksanakan. Selain memperoleh dukungan administratif dalam arti kebijakan, dukungan dana dan fasilitas pun dapat kita usulkan untuk mendapatkan dukungan.

3.2 Social Support (Dukungan Sosial)

Strategi dukungan sosial merupakan upaya untuk mencari

dukungan sosial melalui beberapa tokoh yang sudah ada di masyarakat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan dari dukungan sosial adalah membuat tokoh masyarakat tersebut menjadi tali jembatan yang menghubungkan sektor kesehatan dengan penerima program kesehatan dalam arti masyarakat. Melalui tokoh masyarakat tersebut, diharapkan masyarakat mau dan mampu menerima pengenalan atau sosialisasi segala program kesehatan yang akan diberikan.

Ukuran kesuksesan upaya dukungan sosial adalah dengan adanya partisipasi dari tokoh masyarakat dan masyarakat khususnya. Dukungan sosial ini dapat dikatakan adalah dalam rangka membina suasana yang kondusif untuk dapat menerima program kesehatan. Bentuk dukungan sosial diantaranya pelatihan tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, maupun bimbingan pada kader kesehatan. Sasaran dari dukungan sosial adalah seluruh tingkatan sosial yang ada di masyarakat tersebut.

3.3 Empowerment (Pemberdayaan Masyarakat)

Pemberdayaan Masyarakat merupakan upaya promosi kesehatan yang berfokus pada masyarakat langsung. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah menciptakan kemampuan masyarakat untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka secara mandiri. Pemberdayaan masyarakat juga sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan control lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka, dengan tujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup mereka serta meningkatkan pengaruh mereka pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi (WHO, 2008).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara

terencana, terpadu dan berkesinambungan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Departemen Kesehatan RI, 2009). Tujuan yang mendasar dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan menurut WHO adalah meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berbagai bentuk pemberdayaan di masyarakat dapat diwujudkan melalui beberapa sektor. Salah satunya adalah sektor ekonomi seperti sistem koperasi, pelatihan untuk meningkatkan pendapatan keluarga. Peningkatan sektor ekonomi akan berdampak langsung pada kemampuan masyarakat untuk memelihara kesehatan mereka. Dampak tersebut dapat terwujud dalam bentuk pos obat desa, Polindes, dan lain-lain.

4

PERILAKU DAN DOMAIN PERILAKU

4.1 Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu istilah yang dipergunakan untuk menuturkan apabila seseorang mengenal tentang sesuatu. Suatu hal yang menjadi pengetahuannya adalah selalu terdiri atas unsur yang mengetahui dan yang diketahui serta kesadaran mengenai hal yang ingin diketahui. Oleh karena itu pengetahuan selalu menuntut adanya subjek yang mempunyai kesadaran untuk mengetahui tentang sesuatu dan objek yang merupakan sesuatu yang dihadapi. Jadi bisa dikatakan pengetahuan adalah hasil tahu manusia terhadap sesuatu, atau segala perbuatan manusia untuk memahami suatu objek tertentu (Surajiyo, 2008).

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indra manusia. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Nursalam, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah ingatan, kesaksian, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa dan kebutuhan manusia (Sudarminta J, 2002). Sedangkan Notoatmodjo tahun 2002 memaparkan bahwa faktor-faktro yang mempengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, informasi, budaya, dan pengalaman.

Pengetahuan juga dibedakan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Dinyatakan baik apabila seseorang

mampu menjawab dengan benar 75-100% dari jumlah pertanyaan. Dinyatakan cukup apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan, sedangkan dinyatakan kurang apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 40-50% dari jumlah pertanyaan (Arikunto, 2006).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan melalui pengisian angket atau wawancara tentang materi yang akan diukur pada subjek penelitian atau yang biasa disebut responden (Notoatmodjo, 2012).

4.2 Sikap

Sikap adalah predisposisi untuk memberikan tanggapan terhadap rangsang lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan berfikir yang disiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang diorganisasikan melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktik atau tindakan. Sikap sebagai suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan Notoatmodjo, 2012).

Sikap dikatakan sebagai respon yang hanya timbul bila individu dihadapkan pada suatu stimulus. Sikap seseorang terhadap sesuatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tertentu. Sikap merupakan persiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain (Kristina, 2007):

- Pengalaman pribadi

Sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya. Pengaruh langsung tersebut dapat berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan hanya apabila kondisi dan situasi memungkinkan.

➤ Orang lain

Seseorang cenderung akan memiliki sikap yang disesuaikan atau sejalan dengan sikap yang dimiliki orang yang dianggap berpengaruh antara lain adalah orang tua, teman dekat, teman sebaya.

➤ Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup akan mempengaruhi pembentukan sikap seseorang.

➤ Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, surat kabar dan internet mempunyai pengaruh dalam membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarah pada opini yang kemudian dapat mengakibatkan adanya landasan kognisi sehingga mampu membentuk sikap.

➤ Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, dikarenakan keduanya meletakkan dasar, pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan diperoleh dari pendidikan dan pusat keagamaan serta ajarannya.

➤ Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu,

begitu frustrasi telah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap lebih persisten dan bertahan lama. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya agar sikap menjadi suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain harus didukung dengan fasilitas, sikap yang positif.

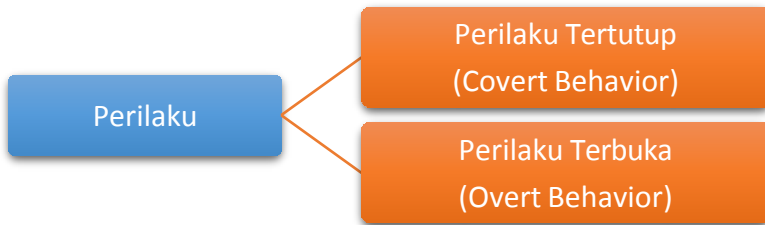
Sikap juga memiliki tingkatan, yaitu:



- Menerima, diartikan bahwa seseorang mau dan memiliki keinginan untuk menerima stimulus yang diberikan.
- Menanggapi, diartikan bahwa seseorang mampu memberikan jawaban atau tanggapan pada obyek yang sedang dihadapkan.
- Menghargai, diartikan bahwa seseorang mampu memberikan nilai yang positif pada objek dengan bentuk tindakan atau pemikiran tentang suatu masalah.
- Bertanggung jawab, diartikan bahwa seseorang mampu mengambil risiko dengan perbedaan tindakan maupun pemikiran yang diambil.

4.3 Perilaku

Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati dari luar. Menurut Skinner, perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap suatu rangsangan dari luar. Berdasarkan bentuk respons terhadap stimulus, perilaku dapat dibagi menjadi dua yakni:



- Perilaku tertutup terjadi apabila respon dari suatu stimulus belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respon seseorang terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus tersebut.
- Perilaku terbuka apabila respon terhadap suatu stimulus dapat diamati oleh orang lain. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam suatu tindakan atau praktik yang dapat dengan mudah diamati oleh orang lain.

5.1 Precede-Proceed Model (Lawrance Green)

Model perencanaan promosi kesehatan yang sering digunakan adalah PRECEDE – PROCEED. Model ini memungkinkan suatu struktur komprehensif untuk menilai tingkat kesehatan dan kebutuhan kualitas kehidupan, merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan dan program kesehatan publik lainnya. PRECEDE yang merupakan akronim dari “Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation”, menggambarkan perencanaan proses diagnosis untuk membantu perkembangan program kesehatan atau edukasi kesehatan. PROCEED yang merupakan akronim dari “Policy, Regulatory, Organizational Construct, in Educational and Environmental Development”, mendampingi proses implementasi dan evaluasi program atau intervensi yang telah dirancang dalam PRECEDE. Model PRECEDE-PROCEED mengatur perhatian pertama pendidik kesehatan pada outcome dan memulai proses perencanaan pendidikan kesehatan dengan melihat outcome yang diinginkan yaitu kualitas hidup yang baik.

PRECEDE terdiri atas 5 fase antara lain fase diagnosis sosial, epidemiologi, perilaku dan lingkungan, pendidikan dan ekologi, dan administrasi dan kebijakan. Sedangkan PROCEED terdiri dari 4 fase tambahan, fase keenam merupakan pengimplementasian intervensi pada fase kelima. Fase ketujuh dilakukan proses evaluasi dari intervensi tersebut. Fase kedelapan mengevaluasi dampak dari intervensi pada berbagai

faktor pendukung perilaku dan pada perilaku itu sendiri. Fase terakhir terdiri atas evaluasi outcome yang menentukan efek terbesar pada intervensi kesehatan dan kualitas kehidupan suatu populasi. Pada praktek di lapangan, PRECEDE dan PROCEED berjalan dalam lingkaran berkesinambungan. Informasi yang didapatkan pada PRECEDE mengarahkan perkembangan tujuan program dan intervensi pada fase implementasi PRECEDE. Informasi yang sama juga memberikan kriteria terhadap bentuk kesuksesan pada program yang diukur pada fase evaluasi PROCEED. Sebagai feed back, data yang diperoleh pada fase implementasi dan evaluasi PROCEED membuat jelas hubungan yang dinilai pada PRECEDE antara kesehatan atau outcome kualitas hidup dengan faktor perilaku dan lingkungan yang mempengaruhi, serta faktor predisposing, enabling, reinforcing yang mengarahkan pada perubahan perilaku lingkungan. Data ini juga dapat menunjukkan bagaimana program dapat dimodifikasi untuk mencapai tujuan dan target yang diinginkan.

Pada tahap PRECEDE sebelumnya telah dijelaskan diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, dan diagnosis perilaku. Selanjutnya, pada tahap ini akan dijelaskan mengenai diagnosis pendidikan dan ekologi. Sebagaimana dijelaskan pada tahap diagnosis perilaku bahwa perilaku diidentifikasi sebagai penyebab masalah kesehatan dalam populasi target. Diagnosis pendidikan dan ekologi merupakan tahapan yang diperlukan guna menentukan cara terbaik untuk memulai proses perubahan perilaku (Green, et al., 1980).



Gambar Kerangka Precede-Procede

Kerangka Precede-Procede:

- **Penilaian Kualitas Hidup dan Fase Diagnosis Sosial dan Epidemiologi**

Meninjau dari berbagai literatur, konsep kualitas hidup adalah konsep yang sulit untuk didefinisikan dan diukur seperti konsep sehat dan konsep cinta. Hal ini karena konsep kualitas hidup bersifat subyektif, artinya penilaian satu orang dengan orang lain akan berbeda dalam mempersepsikan kualitas hidup mereka. Meskipun demikian, pada kenyataannya ketiganya telah diterima secara luas.

Hampir semua upaya untuk menilai kualitas hidup dimulai dengan studi masalah sosial. An Environmental Protection Agency (EPA) menerbitkan buku *Quality of Life: a potential tool for decision marker*, mendefinisikan masalah sosial sebagai situasi yang memiliki pengaruh besar pada masyarakat dan menjadi sumber kesulitan atau ketidak bahagiaan. Masalah sosial terdiri dari dua interpretasi yaitu interpretasi objektif dan interpretasi subjektif. Dua interpretasi tersebut menjadi komponen dasar dalam melihat kualitas hidup masyarakat. Penilaian objektif dapat

mengidentifikasi faktor spesifik dalam komunitas yang dapat dinyatakan secara numerik. Faktor tersebut selanjutnya disebut dengan indikator sosial, yaitu antara lain pekerjaan, pendapatan, jumlah pengeluaran per bulan, angka tabungan rata-rata, angka ketergantungan, pengangguran, absensi/ketidak hadiran, tingkat pendidikan, angka putus sekolah, rata-rata usia kawin, kepadatan penduduk, tingkat kriminalitas, praktik diskriminatif, kondisi perumahan, akses terhadap pelayanan sosial, kepemilikan barang, dan kesenjangan sosial, dan lain sebagainya.

Cara kedua yaitu penilai subjektif untuk menentukan indikator sosial dengan menanyakan ke anggota masyarakat sasaran tentang apa yang mereka anggap sebagai hambatan utama untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Respon mereka merupakan kebutuhan yang mereka rasakan "felt need" (dijelaskandalam EPA). Kedua pendekatan obyektif dan pendekatan subjektif telah diformalkan dalam berbagai metode.

Mengidentifikasi dapat dilakukan atas dasar sensus ataupun vital statistik yang ada, maupun dengan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat. Apabila dimungkinkan, data dapat diperoleh dari data sekunder yaitu dengan memanfaatkan data yang sudah ada dari provider daripada harus membuat data baru. Hal ini dimungkinkan karena adanya keterbatasan waktu dan sumberdaya. Data tersebut dapat diambil dari kantor pemerintah seperti BPS, kantor perumahan lokal, penegak hukum, lembaga pelayanan sosial, dan data pelayanan publik atau provider lainnya yang memiliki catatan terbaru yang relevan dengan kebutuhan. Untuk diagnosis sosial yang dilakukan secara menyeluruh, tentu saja memerlukan data tambahan yang dapat dikumpulkan melalui berbagai cara. Bila data langsung dikumpulkan dari masyarakat, maka pengumpulan datanya dapat dilakukan dengan cara :wawancarakey informan, community forum, FGD (focus group discussion), NGP (nominal group process), pendekatan kontinum.

▪ **Fase Diagnosis Perilaku dan Lingkungan**

Program pendidikan kesehatan memiliki tujuan utama yakni peningkatan kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup seseorang dipengaruhi secara langsung oleh faktor masalah kesehatan serta faktor non-kesehatan. Kesepakatan tentang berbagai aspek kehidupan sosial yang dirasakan memiliki efek negatif pada kualitas hidup seseorang merupakan langkah awal dalam menyusun perencanaan program kesehatan, program pendidikan dan terutama perencanaan program pendidikan kesehatan. Pada fase ini dilakukan identifikasi masalah kesehatan yang berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang.

Pada fase ini selain diidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi masalah kesehatan juga sekaligus diidentifikasi masalah lingkungan (fisik dan sosial) yang mempengaruhi perilaku dan status kesehatan ataupun kualitas hidup seseorang atau masyarakat. Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang, digunakan indikator perilaku seperti : pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilization), upaya pencegahan (preventive action), pola konsumsi makanan (consumption pattern), kepatuhan (compliance), upaya pemeliharaan kesehatan sendiri (self care). Dimensi perilaku yang digunakan adalah : earliness, quality, persistence, frequency dan range. Indikator lingkungan yang digunakan meliputi: keadaan sosial, ekonomi, fisik dan pelayanan kesehatan dengan dimensinya yang terdiri dari: keterjangkauan, kemampuan dan pemerataan.

Langkah yang harus dilakukan dalam diagnosis perilaku dan lingkungan yaitu:

- Membedakan faktor perilaku dan non perilaku penyebab timbulnya masalah kesehatan.
- Mengembangkan temuan atas perilaku tersebut

- Mengurutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan penting tidaknya atau urgensinya terhadap masalah kesehatan
- Mengurutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan kemudahan untuk diubah
- Menetapkan perilaku dan lingkungan yang menjadi sasaran program

▪ **Fase Diagnosis Pendidikan dan Ekologi**

Faktor yang saling bergantung (predisposing, enabling, dan reinforcing factor) dan kondisi hidup merupakan determinan dari perubahan perilaku dan lingkungan sebagai proses pendidikan dan ekologi. Istilah pendidikan (educational) yang dimaksud di sini, merujuk pada proses pembelajaran sosial alami (the natural social learning process) dalam kehidupan sehari – hari sehingga individu dapat memahami dan melaksanakan pengendalian atau kontrol terhadap lingkungannya. Proses pembelajaran yang dimaksud disini berbeda dengan proses pendidikan formal yang diperoleh di sekolah atau program pelatihan. Sedangkan istilah ekologi (ecological) disini mengacu pada determinisme timbal balik/determinis resiprokal antara perilaku dan lingkungan, dimana lingkungan meliputi pengaruh sosial dan fisik di beberapa level (keluarga, teman sebaya, kebijakan bebas rokok). Dengan demikian, Educational and Ecological Assessment (Penilaian Pendidikan dan Ekologi) merupakan upaya untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan kondisi hidup (termasuk efek genetik) sebagai faktor yang berperan penting dalam menentukan outcomes kesehatan dan kualitas hidup. Educational and Ecological Assessment (Penilaian Pendidikan dan Ekologi) mengidentifikasi faktor yang membutuhkan perubahan untuk memulai dan mempertahankan proses perubahan perilaku dan lingkungan. Pendekatan pendidikan dan ekologi dapat digunakan untuk

mengelola sebuah intervensi program guna menghilangkan atau memperkuat aspek tertentu dari proses pendidikan dan ekologi yang berpengaruh terhadap perilaku dan lingkungan (Green & Kreuter, 2005).

Tiga jenis faktor berinteraksi dengan lingkungan untuk mempengaruhi perilaku melalui berbagai jalur (ditunjukkan oleh tanda panah). Gambar tersebut berfokus pada beberapa asumsi tentang hubungan kausal antar faktor yang harus dipertimbangkan dalam melakukan diagnosis pendidikan dan ekologi.

- **Predisposing Factor (Faktor Predisposisi)**

Faktor predisposisi merupakan faktor yang dapat mempermudah dan mendasari terjadinya perubahan perilaku atau tindakan pada individu maupun masyarakat (Notoatmodjo, 2007). Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu maupun masyarakat untuk bertindak atau berperilaku.

- **Enabling Factor (Faktor Pemungkin)**

Faktor pemungkin sebagai faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku atau tindakan. Faktor pemungkin adalah keterampilan dan sumber daya yang diperlukan untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kerja, sekolah, klinik penjangkauan, dan sumber daya lainnya. Faktor pemungkin juga mencakup aksesibilitas sumber daya meliputi biaya, jarak, transportasi yang tersedia, jam buka pelayanan, dan sebagainya. Keterampilan tenaga kesehatan juga termasuk ke dalam faktor pemungkin (Green, et al., 1980).

- **Reinforcing Factor (Faktor Penguat)**

Faktor penguat merupakan faktor yang dapat memperkuat atau terkadang justru memperlunak untuk terjadinya perilaku (menentukan apakah perilaku kesehatan didukung). Faktor penguat akan memperkuat perilaku dengan memberikan

penghargaan secara terus menerus pada perilaku dan berperan pada terjadinya pengulangan. Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia terkadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

▪ **Fase Diagnosis Administrasi dan Kebijakan**

Pada fase ini, seorang perencana memilih dan menyesuaikan komponen program dengan determinan perubahan yang telah diidentifikasi. Penyesuaian ini dilakukan secara mendetail, agar program berjalan efektif dan efisien. Penyesuaian intervensi dilakukan untuk mengidentifikasi sumberdaya, hambatan dan fasilitas, dan kebijakan yang mungkin dibutuhkan untuk implementasi program dan kelanjutannya. Ketika membuat sebuah rencana program, penting untuk melihat 2 level penyesuaian antara penilaian determinan dan pemilihan intervensi. Yang pertama pada level makro, organisasi dan sistem lingkungan yang dapat berpengaruh pada tujuan yang diinginkan harus dipertimbangkan. Terdapat beberapa intervensi yang mempengaruhi faktor enabling untuk perubahan lingkungan, yang akan mendukung tujuan perubahan perilaku sehat. Pada level mikro, fokusnya adalah pada individu, keluarga, atau lainnya yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan secara langsung. Intervensi pada level mikro spesifik ditujukan pada perubahan predisposing, reinforcing, dan enabling. Banyak strategi yang bisa digunakan seperti small media, conseling, advocacy, dan strategi lain yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan klien.

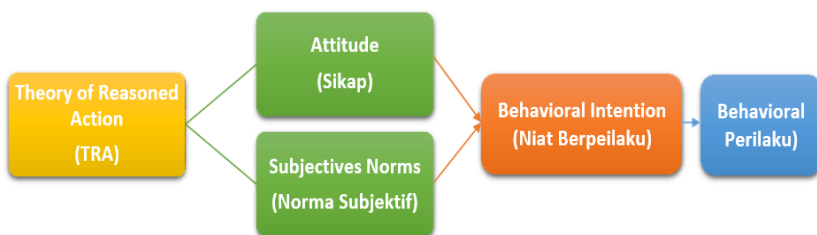
5.2 Theory of Reasoned Action and Planned Behavior

a. Theory of Reasoned Action (TRA) atau Tindakan Beralasan

Theory of Reasoned Action (TRA) pertama kali diperkenalkan oleh Martin Fishbein dan Ajzen tahun 1975 yang berasal dari penelitian terdahulu yang dikenal sebagai theory of

attitude, dimana pada teori tersebut digunakan sebagai rujukan untuk studi tentang sikap dan perilaku. Teori ini menghubungkan antara keyakinan (belief), sikap (attitude), kehendak atau niat(intention) dan perilaku (behavior). Kehendak atau niat merupakan prediktor terbaik perilaku, artinya jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik adalah mengetahui kehendak orang tersebut. Namun, 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 subjektif.

Dalam arti lain dikatakan bahwa TRA adalah sebuah teori yang menyatakan bahwa keputusan untuk melakukan tingkah laku tertentu adalah hasil dari sebuah proses rasional dimana pilihan tingkah laku dipertimbangkan, konsekuensi dan hasil dari setiap tingkah laku dievaluasi dan sebuah keputusan sudah dibuat, apakah bertingkah laku tertentu atau tidak. Kemudian keputusan ini direfleksikan dalam tujuan tingkah laku yang sangat berpengaruh terhadap tingkah laku yang tampil.



Gambar Kerangka Dasar Theory of Reasoned Action (Ajzen, 1991)

Kehendak (intention) ditentukan oleh sikap dan norma subjektif. Sikap merupakan hasil pertimbangan untung dan rugi dari perilaku tersebut (outcome of the behaviour). Disamping itu juga dipertimbangkan pentingnya konsekuensi yang akan terjadi

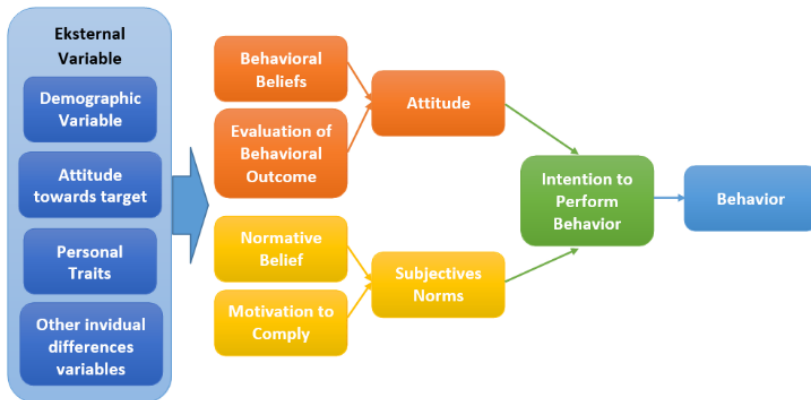
bagi individu (evaluation regarding the outcome). Sedangkan norma subyektif atau sosial mengacu pada keyakinan seseorang terhadap bagaimana dan apa yang dipikirkan orang-orang yang dianggap penting dan motivasi seseorang untuk mengikuti pikiran tersebut. Contoh: orang tua memiliki harapan keikutsertaan pada program imunisasi bagi anaknya. Mereka percaya imunisasi dapat melindungi serangan penyakit (keuntungan), tetapi juga menyebabkan rasa sakit dan demam pada anaknya (kerugian). Orang tua akan mempertimbangkan mana diantara keuntungan dan kerugian tersebut yang paling penting.

Jika orang yang dianggap penting (kelompok reference) setuju (atau sebatas menasehati) agar orang tua mengikuti imunisasi, maka terdapat kecenderungan positif untuk berperilaku. Pertanyaannya, atas dasar apa seseorang mempunyai keyakinan dan mampu mengevaluasi atas perilaku dan norma sosial? hal tersebut mencakup peran variabel eksternal seperti variabel demografi (jenis kelamin dan usia) dan yang lainnya yang tidak muncul di teori ini. Menurut Fishbein dan Middlestadt (1989), variabel tersebut bukannya tidak penting tetapi efeknya pada kehendak (intention) dianggap diperantarai sikap, norma subyektif, dan berat relatif dari komponen ini.

Theory of reasoned action (TRA) atau teori tindakan beralasan mengatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku melalui suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan, dan dampaknya terbatas pada tiga hal. Pertama perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tetapi oleh sikap yang spesifik terhadap sesuatu. Kedua, perilaku tidak hanya dipengaruhi oleh sikap, tetapi juga oleh norma subyektif, yaitu keyakinan kita mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita lakukan. Ketiga, sikap terhadap suatu perilaku bersama norma-norma subjektif membentuk suatu intensi atau niat berperilaku tertentu. Intensi atau niat merupakan fungsi dari dua determinan

dasar yaitu sikap individu terhadap perilaku (merupakan aspek personal) dan persepsi individu terhadap tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku yang disebut dengan norma subyektif.

TRA memiliki sub-komponen pada masing-masing komponen yang mempengaruhi terbentuknya niat melakukan perilaku (intention to perform the behavior). Komponen sikap memiliki sub-komponen behavioral belief dan evaluation of behavioral outcomes. Komponen Norma Subjektif memiliki sub-komponen Normative belief dan Motivation to comply. Untuk memudahkan pemahaman dapat dilihat melalui skema berikut.



Gambar Komponen Theory of Reasoned Action (Glanz, 2008)

Attitude

Attitude atau sikap adalah fungsi dari kepercayaan tentang konsekuensi perilaku dan penilaian terhadap perilaku tersebut. Sikap juga berarti perasaan umum yang menyatakan keberkenaan seseorang terhadap suatu objek yang mendorong tanggapannya. Faktor sikap merupakan poin penentu perubahan perilaku yang ditunjukkan oleh perubahan sikap seseorang dalam menghadapi sesuatu. Perubahan sikap tersebut dapat berbentuk penerimaan ataupun penolakan. Fishbein dan Ajzen menyarankan dalam TRA, attitude mempunyai dua komponen. Pertama respon penilaian

tentang keyakinan dan sikap yaitu dengan mempertimbangkan untung rugi dari perilaku tersebut (outcome of the behavior atau behavior belief). Kedua, respon penilaian tentang kemungkinan yang diakibatkan jika perilaku dilakukan, dengan kata lain konsekuensi yang terjadi apabila ia melakukan perilaku tersebut (evaluation regarding of the outcome/ evaluation of behavioral outcomes).

Subjectives Norms

Subjectives Norms atau norma subyektif adalah norma yang dianut seseorang (keluarga). Dorongan anggota keluarga termasuk kawan terdekat juga mempengaruhi agar seseorang dapat menerima perilaku tertentu, yang kemudian diikuti dengan saran, nasehat, dan motivasi dari keluarga atau kawan. Kemampuan anggota keluarga atau kawan terdekat mempengaruhi seorang individu untuk berperilaku seperti yang mereka harapkan diperoleh dari pengalaman, pengetahuan, dan penilaian individu tersebut terhadap perilaku tertentu dan keyakinannya melihat keberhasilan orang lain bererilaku seperti yang disarankan.

Norma subyektif juga diartikan persepsi apakah orang lain menyetujui atau menolak perilaku tersebut. Subjective norm terdiri dari dua komponen, yaitu normative belief dan motivation comply (Ajzen,1989). Normative belief adalah persepsi tentang penilaian orang lain terhadap perilaku tertentu yang menjadi acuan untuk menampilkan perilaku atau tidak. Keyakinan yang berhubungan dengan pendapat tokoh atau orang lain yang penting dan berpengaruh bagi individu atau tokoh panutan tersebut apakah subjek harus melakukan atau tidak suatu perilaku tertentu. Motivation to comply adalah motivasi seseorang untuk mengikuti/menuruti persepsi penilaian orang lain tersebut atau motivasi untuk mengikuti pandangan mereka dalam melakukan atau tidak melakukan tingkah laku tersebut. Sebagai contoh,

seorang wanita merasa orang tuanya akan melarang dia mendonorkan darahnya (normative belief). Akan tetapi dia merasa tidak harus mengikuti persepsi penilaian orang tuanya mengingat ia tinggal jauh dari orang tuanya (motivation comply) sehingga dia tidak akan menuruti perasaan khawatirnya tersebut.

Di lain pihak dia percaya bahwa suaminya menyetujui keinginannya untuk berdonor dan dia termotivasi untuk mendapatkan persetujuannya, dia akan membangkitkan positif norma subektif terhadap kegiatan donor darah. TRA menjelaskan bahwa orang akan mempertimbangkan antara attitude dan subjective norms sebagai alat untuk memutuskan apakah dia akan melaksanakan suatu kehendak atau tidak. Dengan kata lain attitude dan subjective norms dipertimbangkan untuk menentukan dari niat akan suatu tindakan. Secara umum riset telah menunjukkan bahwa attitude adalah prediksi yang lebih baik untuk membuat niatan suatu tindakan daripada subjective norms (Ajzen, 2001).

Behavioral Intention

Behavioral intention atau niat atau kehendak dalam berperilaku ditentukan oleh sikap (attitude) dan norma subyektif (subyektive norms). Jadi dianggap bahwa perilaku orang konsisten dengan penilaian dari attitude dan norma subyektif. Secara umum semakin kuat attitude dan subjective norms terhadap perilaku tertentu maka semakin tinggi seseorang mewujudkan keinginan melakukan suatu tindakan tersebut. Keterbatasan dari TRA adalah bahwa teori ini tidak dapat mengukur behavior yang tidak seluruhnya dalam keinginan yang terkendali. Seseorang mungkin berharap untuk tidak bertindak tetapi tidak mempunyai sumber, motivasi ataupun kesempatan untuk melakukan hal tersebut. Sebagai contoh jika seseorang ingin berdonor tetapi tidak mempunyai transportasi untuk menuju ke tempat donor maka hal ini juga perlu untuk dipertimbangkan namun tidak dimasukkan dalam

TRA. Sehingga model TRA ini dikembangkan dengan memasukkan konsep perceived behavioral control dan membuat teori baru yaitu theory of planned behavior (TPB).

Behavior

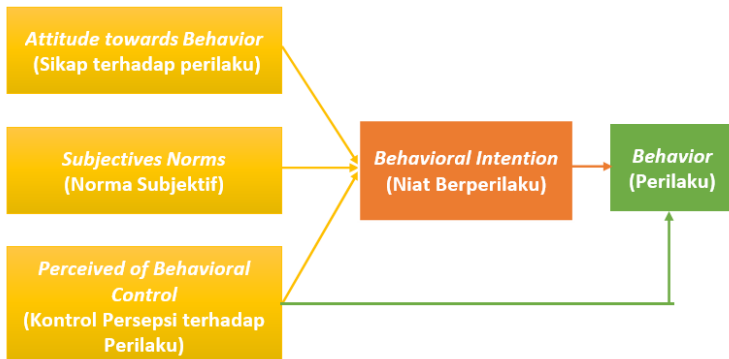
Behavior atau perilaku adalah sebuah tindakan yang telah dipilih seseorang untuk ditampilkan berdasarkan atas niat yang sudah terbentuk. Perilaku merupakan transisi niat atau kehendak ke dalam action atau tindakan.

b. Theory of Planned Behavior (TPB) atau Teori Perilaku Berencana

Teori ini diusulkan oleh Icek Ajzen di tahun 1985. Teori ini merupakan perluasan dari TRA dengan menambahkan komponen yang belum ada dalam TRA. TPB menjelaskan bahwa selain sikap terhadap perilaku dan norma subyektif, individu juga mempertimbangkan kontrol tingkah laku yang dipersepsikannya yaitu kemampuan mereka untuk melakukan tindakan tersebut. Komponen yang ditambahkan ini disebut dengan kontrol perilaku persepsian (perceived behavioral control). Konstruk ini ditambahkan di TPB untuk mengontrol perilaku individual yang dibatasi oleh kekurangan-kekurangannya dan keterbatasan-keterbatasan dari kekurangan sumber daya yang digunakan untuk melakukan perilakunya. Dengan menambahkan sebuah konstruk ini, yaitu kontrol perilaku persepsian (Perceived behavioral control).

TRA dan TPB keduanya menganggap bahwa prediktor penting untuk berperilaku adalah niat untuk berperilaku (behavioural intention), dimana hal tersebut ditentukan oleh sikap (attitude) terhadap perilaku dan persepsi normatif sosial (social normative perception) mengenai hal tersebut. TPB adalah perluasan dari TRA dengan kontruksi tambaha: kontrol yang dirasakan atas kinerja perilaku (perceived control over

performance of the behaviour) seperti yang ditunjukkan pada gambar berikut ini:



Gambar Kerangka hubungan langsung dan tidak langsung Perceived of Behavioral Control terhadap Behavior (perilaku) (Ajzen, 1991)

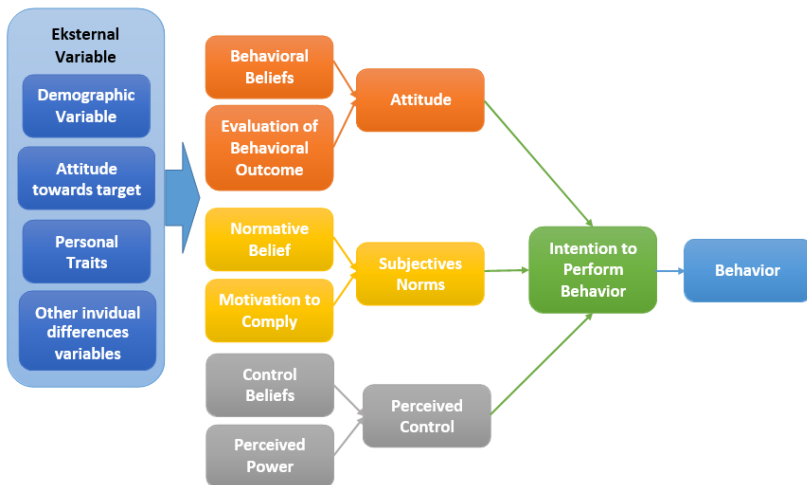
Intensi untuk berperilaku dapat menjadi perilaku sebenarnya hanya jika perilaku tersebut ada di bawah kontrol individu yang bersangkutan. Individu tersebut memiliki pilihan untuk memutuskan menampilkan perilaku tertentu atau tidak sama sekali (Ajzen, 1991). Sampai seberapa jauh individu akan menampilkan perilaku, juga tergantung pada faktor non motivasional. Salah satu contoh dari faktor non motivasional adalah ketersediaan kesempatan dan sumber daya yang dimiliki (misal: uang, waktu, bantuan dari pihak lain dan sumberdaya lainnya). Secara kolektif, faktor ini mencerminkan kontrol aktual terhadap perilaku. Jika tersedia kesempatan dan sumber daya dan terdapat intensi untuk menampilkan perilaku, maka kemungkinan perilaku itu muncul sangatlah besar. dengan kata lain suatu perilaku akan muncul jika terdapat motivasi (intensi) dan kemampuan (kontrol perilaku).

Kontrol perilaku yang dirasakan dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan seseorang mengenai sulit atau tidaknya untuk melakukan perilaku tertentu (Azwar, 2003). 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 pertimbangan lagi, yaitu kontrol persepsi perilaku mengenai mudah atau sulitnya perilaku yang dilakukan. Oleh karena itu menurut TPB, intensi dipengaruhi oleh tiga hal yaitu: sikap, norma subjektif, kontrol perilaku.

Perceived of Behavior Control

Perceived of Behavior Control atau kontrol persepsi yang dirasakan (Perceived control) adalah suatu kontrol untuk bertingkah laku yang dipersepsikan. Perceived control digunakan sebagai penilaian terhadap kemampuan sikap untuk menampilkan tingkah laku. Terdiri dari control belief dan perceived power. Control belief adalah keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan. Perceived power adalah persepsi tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut. Kontrol perilaku menurut Ajzen (2005) mengacu pada persepsi-persepsi seseorang akan kemampuannya untuk menampilkan perilaku tertentu. Dengan kata lain kontrol perilaku menunjuk kepada sejauh mana seseorang merasa bahwa menampilkan atau tidak menampilkan perilaku tertentu berada di bawah kontrol individu yang bersangkutan. Kontrol perilaku ditentukan oleh sejumlah keyakinan tentang hadirnya faktor-faktor yang dapat memudahkan atau mempersulit terlaksananya perilaku yang ditampilkan. Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat.



Gambar Kerangka Theory of Planned Behavior atau Perilaku Terencana (Glanz, 2008)

5.3 Integrated Behavioral Model (IBM)

Integrated Behavioural Model (IBM) merupakan teori perilaku yang merupakan pengembangan dari dua teori sebelumnya, yakni Theory Reason Action (TRA) dan Theory Planned Behaviour (TPB). IBM menekankan bahwa penentu yang paling penting dari perubahan perilaku seseorang adalah behavioral intention (niatan berperilaku). IBM menekankan pentingnya niat sebagai motivasi untuk berperilaku. Tanpa adanya motivasi, seseorang tidak mungkin melaksanakan perilaku yang direkomendasikan. Dalam berperilaku, terdapat empat komponen yang mempengaruhi perilaku seseorang secara langsung, diantaranya:

- a. Jika seseorang memiliki niat berperilaku yang kuat, maka dia membutuhkan pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan perilaku tersebut.
- b. Tidak ada atau sedikitnya kendala lingkungan yang membuat implementasi perilaku sulit untuk dilakukan.

- c. Perilaku harus dibuat menonjol, terlihat dan mudah dikenal atau disadari.
- d. Pengalaman mengimplementasikan perilaku bisa menjadikannya sebuah kebiasaan, sehingga niat menjadi kurang penting dalam menentukan kinerja perilaku individu.

Point pertama sampai ketiga merupakan point yang sangat penting dalam menentukan apakah niat berperilaku (behavioral intention) menyebabkan perilaku seseorang itu dapat terimplementasi (behavioral performance). Berdasarkan model perilaku terintegrasi tersebut, niat berperilaku ditentukan oleh tiga faktor, yaitu:

Attitude

Sikap (attitude) sebagai keseluruhan kesukaan (favorableness) atau ketidaksukaan (unfavorableness) seseorang dalam mengimplementasikan perilaku tertentu. Keberadaan sikap ini sebagai gabungan dari dimensi afektif dan kognitif. Ada dua macam sikap seseorang, yaitu sikap experiential dan instrumental. Sikap experiential merupakan respon emosional individu terhadap ide dalam menanggapi sebuah rekomendasi perilaku. Individu dengan respon emosional negatif yang kuat terhadap perilaku yang direkomendasikan tidak mungkin akan melakukan perilaku tersebut, sedangkan mereka dengan reaksi emosional yang kuat positifnya lebih mungkin untuk terlibat di dalamnya. Sedangkan sikap instrumental adalah berdasarkan kognitif, ditentukan oleh keyakinan tentang hasil kinerja perilaku, seperti dalam TRA/TPB.

Perceived Norm

Keyakinan norma (Perceived Norm) ini merefleksikan suatu tekanan atau pengaruh sosial yang membuat seseorang merasa perlu atau tidak melakukan perilaku yang diharapkan atau direkomendasikan. Faktor ini dibentuk oleh dua sub-faktor yaitu injunctive norm dan descriptive norm. Injunctive norm (keyakinan normatif) adalah sejauh mana harapan yang dipikirkan orang lain

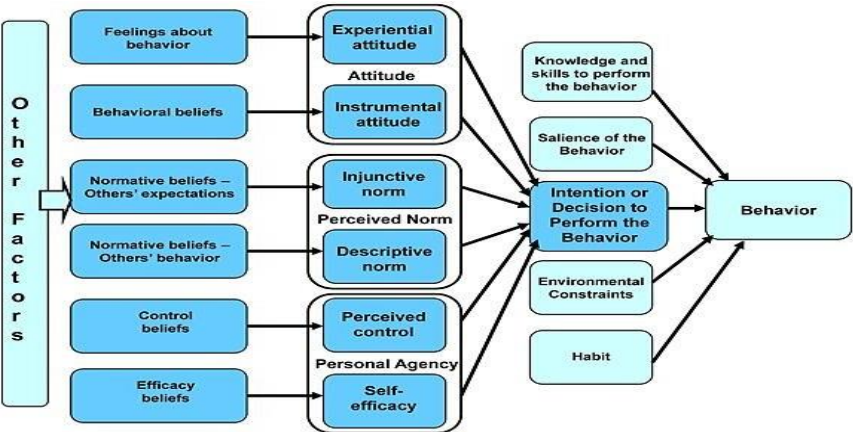
(jejaring sosial yang penting bagi orang tersebut) terhadap perilaku yang diharapkan. Descriptive norm ialah norma yang mengacu pada persepsi dalam sebuah kelompok masyarakat atau jejaring pribadinya dalam melakukan perilaku yang dimaksud. Dan perceived norm itu merupakan gabungan persepsi kedua norma tersebut secara utuh dan menyeluruh.

Personal Agency

Personal Agency diartikan sebagai kemampuan individu untuk memulai dan memberikan alasan melakukan sebuah perilaku. Personal agency ini terdiri dari sub-faktor yakni self efficacy (keyakinan seseorang mampu mengerjakan tugas atau sebuah perilaku) dan perceived control (keyakinan seseorang bahwa perilaku yang dimaksud itu mudah atau sulit dikerjakan). Self efficacy ini tidak sama dengan kompetensi. Self efficacy mengacu pada keyakinan kemampuan seseorang, sedangkan pada kompetensi adalah keterampilan yang benar-benar dimiliki seseorang. Pada perceived control, ada sebuah kontrol dalam diri seseorang untuk mengendalikan perilakunya.

Selain ketiga variabel tersebut yang membentuk intention to perform the behaviour, dalam IBM ditambahkan variabel knowledge and skill (pengetahuan dan keterampilan), habit (kebiasaan), environmental constraint (keterbatasan lingkungan) dan salience of behaviour (perilaku yang menonjol), yang secara langsung atau tidak mempengaruhi perilaku seseorang. Faktor-faktor ini muncul karena terkadang individu sudah memiliki niatan untuk berperilaku, namun karena ada keterbatasan atau hambatan yang disebabkan kondisi lingkungan dan keterampilan yang dimiliki, sehingga perilaku yang diharapkan tersebut tidak terjadi. Keunggulan dari kerangka IBM ini adalah pada kerangka IBM memasukkan faktor-faktor karakteristik demografi setempat sebagai variabel jauh (distal) yang diduga berpengaruh secara tidak langsung terhadap niat dan perilaku tertentu. Integrated

Behavioral Model (IBM) merupakan teori perilaku yang berada pada level individu yang dapat dimanfaatkan untuk meramalkan, memahami, dan mengubah perilaku tertentu (Made, 2015). Agar lebih memahami Teori Integrated Behavior Model dapat melalui bagan berikut:



Gambar Kerangka Integrated Behavioral Model (IBM), (Glanz, 2008)

5.4 Health Belief Model Theory (HBM)

Health Belief Model (BHM) merupakan teori yang pertama kali dikemukakan oleh Resenstock pada tahun 1966, yang kemudian disempunakan oleh Becker, dkk pada tahun 1970 dan 1980. Teori BHM merupakan teori untuk mengetahui persepsi individu menerima atau tidak kondisi kesehatan mereka. Menurut Janz dan Becker, 1984 mengungkapkan bahwa Health Belief Model merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat. Sedangkan menurut Hochbaum (dalam Hyden, 1958) HBM merupakan perilaku kesehatan yang dipengaruhi oleh persepsi individu mengenai kepercayaan mereka terhadap penyakit dan cara yang tersedia untuk mengurangi terjadinya gejala penyait yang diderita.

Health Belief Model terdapat empat dimensi yang dapat

menggambarkan bagaimana keyakinan individu terhadap suatu perilaku sehat (Buglar, White & Robinson, 2009), dimensi-dimensi tersebut antara lain:

Perceived Susceptibility

Perceived susceptibility merupakan keyakinan individu mengenai kerentanan dirinya terhadap suatu risiko penyakit dalam mendorong seseorang untuk melakukan perilaku yang lebih sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan maka, semakin besar kemungkinan individu terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risikonya. Pada dasarnya seseorang akan lebih percaya apabila mereka berada dalam risiko penyakit, mereka akan lebih cenderung untuk melakukan upaya pencegahan. Namun sebaliknya apabila seseorang tidak berada dalam suatu keadaan risiko penyakit mereka akan lebih cenderung untuk tidak melakukan pencegahan atau memiliki anggapan mengenai perilaku sehat.

Perceived Severity

Perceived severity merupakan suatu keyakinan individu terhadap keparahan penyakit. Sedangkan persepsi keparahan terhadap penyakit sering didasarkan pada informasi atau pengetahuan pengobatan, mungkin juga berasal dari kepercayaan terhadap orang yang memiliki kesulitan tentang penyakit yang diderita atau dampak dari penyakit terhadap kehidupannya (McCormick- Brown, 1999). Sebagai contoh, kebanyakan dari kita memandang flu sebagai penyakit yang ringan. Kebanyakan dari masyarakat beranggapan bahwa hanya dengan tinggal di rumah beberapa hari dapat membuat tubuh menjadi lebih baik. Namun, apabila seseorang tersebut menderita penyakit asma, kemudian juga menderita penyakit flu maka orang tersebut akan beranggapan bahwa flu menjadi penyakit yang serius.

Perceived barriers

Perceived barriers merupakan aspek negatif pada individu yang menghalangi individu tersebut untuk berperilaku sehat, karena untuk melakukan perubahan bukanlah sesuatu hal yang mudah. Konstruk dari HBM menangani masalah tersebut adalah hambatan yang dirasakan untuk melakukan perubahan. Hal tersebut dimiliki individu sendiri mengevaluasi hambatan dalam cara individu untuk melakukan sebuah perilaku baru dari semua konstruksi, hambatan yang dirasakan adalah hal yang paling signifikan dalam menentukan perubahan perilaku (Janz & Becker, 1984).

Perilaku baru dilakukan, seseorang membutuhkan kepercayaan akan manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada melanjutkan perilaku lama (Centers for Disease Kontrol dan Pencegahan, 2004). Hal ini memungkinkan adanya penghalang untuk mengatasi hambatan dalam menentukan perilaku baru yang harus dilakukan.

Perceived Benefits

Perceived benefits merupakan keyakinan akan manfaat yang dirasakan pada diri individu apabila melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). Konstruk dari manfaat yang dirasakan adalah pendapat seseorang tentang kegunaan suatu perilaku baru dalam menurunkan risiko terkena penyakit. Individu cenderung lebih sehat saat mereka percaya perilaku baru akan menurun kemungkinan mereka terserang penyakit. Manfaat yang dirasakan memainkan peran penting dalam menentukan perilaku untuk pencegahan sekunder.

Self-efficacy

Self-efficacy merupakan kepercayaan pada diri sendiri terhadap kemampuan untuk melakukan sesuatu (Bandura, 1977). Pada umumnya seseorang tidak mencoba melakukan suatu hal yang baru kecuali mereka berpikir dapat melakukannya. Apabila

seseorang percaya suatu perilaku baru tersebut bermanfaat (dirasakan manfaatnya), tapi tidak berpikir bahwa dia mampu melakukannya (Perceived barrier), kemungkinan itu tidak akan dicoba.

Seiring berkembangnya teori Health Belief Model, Janz & Becker (1984) menambahkan 2 konstruk yang salah satunya adalah cues to action. Cues to action merupakan konstruk yang menjelaskan mengenai faktor yang merangsang individu untuk mau berperilaku sehat (Janz & Becker, 1984). Cues to action dilatar belakangi oleh faktor internal maupun faktor eksternal yang dapat mempengaruhi seseorang seperti demografi, psikososial, persepsi individu, media massa, dan promosi kesehatan (Janz & Becker, 1984).

Cues to Action

Cues to action merupakan perilaku yang dipengaruhi oleh suatu hal yang menjadi isyarat bagi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku. (Becker dkk, 1997 dalam Conner & Norman, 2003). Isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya, self-efficacy yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu. Menurut Janz & Becker, 1984 Cues to action dilatarbelakangi oleh faktor internal atau faktor eksternal yang dapat mempengaruhi seseorang seperti demografi, psikososial, persepsi individu, media massa, dan promosi kesehatan.

Menurut (Boskey, 2019) Health belief model adalah alat yang digunakan ilmuwan untuk memprediksi dan mencoba

perilaku kesehatan, sedangkan menurut (Rural Health Information Hub, 2019) Health belief model adalah sebuah teori yang dapat digunakan untuk panduan promosi kesehatan dan program preventif penyakit. Health belief model juga merupakan salah satu model yang sering digunakan untuk memahami kebiasaan kesehatan. Menurut Glanz dkk, (2002) health belief model merupakan model kognitif yang dapat dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan sekitar. Health belief model ini bermanfaat untuk menjelaskan dan memprediksi perubahan individu dalam perilaku kesehatan. Health belief model dapat menjelaskan kemungkinan individu melakukan tindakan pencegahan tergantung pada keyakinan yang dimiliki. Menurut Conner dan Norman, 2003 dengan health belief model yang memiliki sifat mudah dan sederhana dalam menjelaskan perilaku sehat, health belief model ini memiliki manfaat mampu dalam mengidentifikasi sebab perilaku sehat dan tidak sehat antar individu, health belief model juga dapat dijadikan dasar menyusun intervensi perilaku sehat yang berlaku untuk perorangan.

5.5 Antecedents, Behaviour dan Consequences (ABC)

Perilaku dapat dipelajari dan diubah dengan cara mengidentifikasi dan memanipulasi keadaan suatu lingkungan yang mendahului (anteseden) serta yang mengikuti suatu perilaku (konsekuen). Elemen inti dari teori ABC adalah antecedent-behavior-consequences, yaitu sebuah perilaku dipicu oleh beberapa rangkaian peristiwa anteseden (sesuatu yang mendahului sebuah perilaku dan secara kausal terhubung dengan perilaku tersebut), kemudian sebuah perilaku diikuti oleh konsekuensi (hasil nyata dari perilaku yang dapat meningkatkan atau menurunkan kemungkinan perilaku tersebut untuk berulang kembali). Teori ini membantu mengidentifikasi cara mengubah perilaku dengan memastikan keberadaan anteseden yang tepat

dan konsekuensi yang mendukung perilaku tersebut (Septalita & Andreas, 2015).

Penggunaan model ABC merupakan cara yang efektif memahami mengapa perilaku bisa terjadi dan cara yang efektif meningkatkan perilaku yang diharapkan. Hal ini karena dalam model perilaku ini terdapat konsekuensi yang digunakan untuk memotivasi agar frekuensi perilaku yang diharapkan dapat meningkat dan berguna untuk mendesain intervensi yang dapat meningkatkan perilaku, individu, kelompok, dan organisasi (Irlianti dan Dwiyanti, 2014).

Anteseden

Anteseden adalah peristiwa lingkungan yang membentuk tahap atau pemicu perilaku. Anteseden yang secara reliabel 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) (Wati, 2015).

Anteseden atau activator ini dipengaruhi oleh tata nilai, sikap maupun kesadaran diri perilaku. Aktivator ini mengarahkan dilakukannya suatu perilaku/behavior. Perilaku ini dapat berbentuk:

- a. Perilaku aman atau tak aman
- b. Melanggar atau patuh aturan/prosedur/standar (Gunawan, 2013).

Contoh anteseden yaitu peraturan dan prosedur, peralatan dan perlengkapan yang sesuai, informasi, rambu-rambu, keterampilan dan pengetahuan, serta pelatihan. Meskipun anteseden diperlukan untuk memicu perilaku, namun kehadirannya tidak menjamin kemunculan suatu perilaku. Sebagai contoh, adanya peraturan dan prosedur keselamatan belum tentu memunculkan perilaku aman. Bagaimanapun adanya anteseden

yang memiliki efek jangka panjang seperti pengetahuan sangat penting untuk menciptakan perilaku aman. Antecedent 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 (Wati, 2015).

Behavior

Perilaku (behavior) memiliki prinsip dasar dapat dipelajari dan diubah dengan mengidentifikasi dan memanipulasi keadaan lingkungan atau stimulus yang mendahului dan mengikuti suatu perilaku. Menurut model ABC, perilaku dipicu oleh beberapa rangkaian peristiwa activator (sesuatu yang mendahului perilaku dan secara kausal terhubung dengan perilaku itu sendiri) dan diikuti oleh consequence (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 activator yang tepat dan consequence yang mendukung perilaku yang diharapkan.

Consequence

Consequence dapat berlaku sebagai activator baru (A' atau A2) untuk menjadi pemicu atau perangsang lahirnya perilaku baru (B' atau B2). Misalnya, apabila seseorang memperoleh sesuatu yang diinginkan misalnya hadiah sebagai consequence dari perilaku awal yang dilakukan dan ia merasa senang, maka hal tersebut dapat menjadi activator baru bagi seseorang untuk melakukan perilaku baru yang mungkin serupa. Contoh lain adalah ketika seseorang mendapatkan hukuman sebagai consequence akibat perilaku tidak aman yang telah dilakukan, maka hal itu dapat menjadi activator baru yang melahirkan perubahan perilaku menjadi perilaku baru atau perilaku lain yang lebih baik dari perilaku sebelumnya (Affandhy & Nilamsari, 2017).

Konsekuensi (Consequences) 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 didefinisikan sebagai hasil nyata dari perilaku individu yang mempengaruhi kemungkinan perilaku tersebut akan muncul kembali. Dengan demikian, frekuensi suatu perilaku dapat meningkat atau menurun dengan menetapkan konsekuensi yang mengikuti perilaku tersebut (Wati, 2015).

Konsekuensi dapat berupa pembuktian diri, penerimaan, atau penolakan dari rekan kerja, sanksi, umpan balik, cedera atau cacat, penghargaan, kenyamanan, atau ketidaknyamanan, rasa terima kasih, dan penghematan waktu. Ada tiga macam konsekuensi yang mempengaruhi perilaku, yaitu penguatan positif, penguatan negatif, dan hukuman. Penguatan positif dan penguatan negatif memperbesar kemungkinan suatu perilaku untuk muncul kembali sedangkan hukuman memperkecil kemungkinan suatu perilaku untuk muncul kembali (Wati, 2015).

Model perilaku ABC dapat menjadi cara yang efektif untuk memahami mengapa perilaku bisa terjadi dan meningkatkan perilaku yang diharapkan karena dalam model perilaku ini terdapat konsekuensi yang digunakan untuk memotivasi agar frekuensi perilaku yang diharapkan dapat meningkat. Model perilaku ABC ini juga berguna untuk mendesain intervensi yang dapat meningkatkan perilaku, individu, kelompok, dan organisasi ((Geller, 2005) dalam Irianti, A., Dwiyaniti, E. 2014). Sesuai singkatannya Antecedents-Behavior-Consequences, Antecedents digunakan saat akan mempengaruhi perilaku sebelum perilaku itu terbentuk, Behavior merupakan perilaku itu sendiri, dan Consequences digunakan untuk mempengaruhi perilaku

seseorang setelah perilaku itu terbentuk agar perilaku yang sebelumnya tidak kembali di masa datang. Singkatnya, model ABC ini digunakan untuk mempengaruhi perilaku seseorang.

Daftar Pustaka

- Affandhy, L. R., & Nilamsari, N. (2017). SAFE BEHAVIOR ANALYSIS OF WORKERS WITH ABC (ACTIVATOR-BEHAVIOR-CONSEQUENCE) MODEL.
- Ajzen, I. 1988. Attitudes, Personality, and Behavior. Milton-Keynes, England: Open University Press & Chicago, IL: Dorsey Press.
- Ambarwati dan Muji Sulistyowati. 2014. Hubungan Antara Niat Peserta Dengan Implementasi Komitmen Program Keluarga Harapan Komponen Kesehatan. (Online), (<http://journal.unair.ac.id/downloadfull/JuPromkes8335a081784f99fullabstract.pdf>), diakses pada 25 September 2019.
- Arikunto, S; Yuliana, L. 2008. Manajemen Pendidikan. Yogyakarta: Aditya Media.
- Ayu Irlianti, & Endang Dwiyaniti. (2014). ANALISIS PERILAKU AMAN TENAGA KERJA MENGGUNAKAN MODEL PERILAKU ABC (Antecedent Behavior Consequence). Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, 3(1), 94–106.
- Boskey, Elizabeth. 2019. Health Belief Model Use of a Condom May Hinge on Your Perceived Risk of STDs. (Online) (<https://www.verywellmind.com/health-belief-model-3132721>) diakses pada 26 September 2019.
- Cahaya, Made, dkk. 2015. An Integrated Behavioral Model, (Online),(https://docuri.com/download/ibm_59c1ca86f5817

10b28605bab_pdf), diakses pada 25 September 2019.

Conner, M dan Norman, P. (2003). Predicting Health Behaviour, Research and Practice with SocialCognition Model. Buckingham: Open Univeristy Press.

Departemen Kesehatan RI. 2008. Profil kesehatan Indonesia 2007. Jakarta: Depkes RI Jakarta.

Dwjayanti., Herdiana. 2011. Perilaku Seksual Anak Jalanan Ditinjau dengan Teori Health Belief Model (HBM). (Online), (<http://journal.unair.ac.id/downloadfull/INSAN4305-fb5b47fd81fullabstract.pdf>), diakses pada 25 September 2019

Glanz, K, K. Rimer, B & Viswanath, K (2008). Health Behavior And Health Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis. 2002. Health Behavior and Helath Education: Theory, research, and Practice. Edisiketiga. San Fancisco: Jossey Bass publisher.

Green, W, Lawrence.et.al. 2005. Helath Education Planing A Diagnostik Approach, The Johns Hapkins University: Mayfield Publishing Company.

Gunawan, F. A. 2013. Safety Leadership: Building an Excellent Operation. Jakarta: Dian Rakyat.

Irlianti, Ayu dan Endang Dwiyanti. 2014. Analisis Perilaku Aman Tenaga Kerja Menggunakan Model Perilaku ABC (Antecedent Behavior Consequence). The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health. 3. 94-106.

Journal of Industrial Hygiene and Occupational Health, 2(1), 14. <https://doi.org/10.21111/jihoh.v2i1.1270>.

- Kristina, dkk., 2008, Perilaku Pengobatan Sendiri yang Rasional pada Masyarakat Kecamatan Depok dan Cangkringan Kabupaten Sleman (online), (diakses 10 Desember 2013).
- Maulana, Heri, d.j. 2009. Promosi Kesehatan (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC).
- Notoatmodjo, S. 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Rahyani, Ni Komang Yuni. 2014. Intensitas Komunikasi Tentang Seks Dengan Teman Sebaya Sebagai Faktor Risiko Perilaku Inisiasi Seks Pranikah Remaja Di Bali. (Online), (<http://etd.repository.ugm.ac.id/downloadfile/70689/potongan/S3-2014-295438-chapter1.pdf>), diakses pada 25 September 2019.
- Riza, Yeni. 2018. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dan Penggunaan Air Sungai dengan Keluhan Kesehatan Kulit Pada Masyarakat. (Online), (<https://media.neliti.com/media/publications/223711-pemanfaatan-pelayanan-kesehatan-dan-peng.pdf>), diakses pada 25 September 2019.
- Rizqi, Alfiatur. 2018. HEALTH BELIEF MODEL PADA PENDERITA DIABETES MELITUS. (Online), (<http://digilib.uinsby.ac.id/22200/>). Diakses pada 26 September 2019.

- Rural Health Information Hub. 2019. The Health Belief Model. (Online), (<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models/health-belief>) diakses pada 26 September 2019.
- Septalita, A., & Andreas, P. (2015). Pengaruh Program Perubahan Perilaku Ibu Hamil (Cerdigi) Berdasarkan Teori ABC (Studi Pendahuluan di Kelurahan Serpong, Tangerang Selatan). *Majalah Kedokteran Gigi Indonesia*, 20(2), 201. <https://doi.org/10.22146/majkedgiind.9228>.
- Sudarminta, 2012. *J. Epistemologi Dasar, Pengantar ke Beberapa Masalah Pokok Filsafat Pengetahuan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Surajiyo. 2008. *Filsafat Ilmu dan Perkembangannya di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Syarifudin. 2009. *Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: TIM.
- Universitas Sumatera Utara. 2018. Konsep dan Teori Perilaku. (Online), (<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/38761/Chapter%20II.pdf;jsessionid=35DF7447DD6E676B1D9A82D50D7ABFD3?sequence=4>), diakses pada 26 september 2019.
- Wati, Christina Lia. 2015. Gambaran Keselamatan Kerja Berdasarkan Perilaku Kerja pada Pekerja Mekanik di Unit Wheel dan Brake PT Garuda Maintenance Facility (GMF) Aeroasia. (Online), (<http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/29681/1/CHRISTINA%20LIA%20WATI-FKIK>), diakses tanggal 26 September 2019.

PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU



Winda Chusniah Rachmawati, S, KM., M. Kes lahir di Kota Malang pada 1992. Penulis merupakan Dosen pengajar di Universitas Negeri Malang Fakultas Ilmu Keolahragaan, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku dari Juni 2019 s.d sekarang. Pada tahun 2013 Penulis menyelesaikan pendidikan D-3 Kebidanan, kemudian melanjutkan pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Surakarta pada 2014 dan mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Bidang Epidemiologi. Penulis menyelesaikan pendidikan S-2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2018 di bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.

Buku ini telah disusun dan disesuaikan dengan Kurikulum S1 Kesehatan Masyarakat, khususnya peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku dengan bahasa yang lugas, disertai dengan skema yang menarik sehingga diharapkan memudahkan mahasiswa membaca dan termotivasi untuk mempelajari lebih lanjut.

Dalam kesempatan ini pula penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada semua pihak yang telah membantu penulis, terutama pihak-pihak berikut :
Bapak Dr. Sapto Adi, M, Kes selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang yang telah memberikan dorongan dan dukungan kepada penulis untuk mengembangkan diri.

Ibu drg. Rara Warih Gayatri, M.PH selaku Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang memberikan kemudahan dan keleluasaan dalam mengekspresikan diri.

Teman-teman CPNS Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2018.
Penulis terdahulu atas berbagai informasi melalui karyanya, sehingga menjadi rujukan bagi karya penulis.
Keluarga saya tersayang.

Penerbit: Wineka Media
Anggota IKAPI No.115/JTI/09
Jl. Palmerah XIII N29B, Vila Gunung Buring Malang 65138
Telp./Faks : 0341-711221
Website: <http://www.winekamedia.com>
E-mail: winekamedia@gmail.com
Playstore: Wineka Media