



# APLIKASI PROMOSI KESEHATAN MELALUI EVIDANCE BASED PRACTICE

Dadang Darmawan  
Syaiful  
Tavip Dwi Wahyuni  
Maria Anita Yusiana  
Dyah Ayu Kartika Wulan Sari  
Fenita Purnama Sari Indah

# **APLIKASI PROMOSI KESEHATAN MELALUI EVIDANCE BASED PRACTICE**

## **Penulis:**

Dadang Darmawan, M.Kes.  
Syaiful, S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kes.  
Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Maria Anita Yusiana, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Dyah Ayu Kartika Wulan Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Dr. Fenita Purnama Sari Indah, S.KM., M.Kes.



## **Aplikasi Promosi Kesehatan Melalui Evidence Based Practice**

**Penulis:** Dadang Darmawan M.Kes.  
Syaiful, S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kes.  
Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Maria Anita Yusiana, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Dyah Ayu Kartika Wulan Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Dr. Fenita Purnama Sari Indah, S.KM., M.Kes.

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano

**Tata Letak:** Helmi Syaukani

**ISBN:** 978-634-7097-16-3

**Cetakan Pertama:** Januari 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2025**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram : @bimbel.optimal



**PENERBIT:**

**Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F  
Jakarta Barat, 11480  
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

## PRAKATA

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT karena telah dapat menyusun buku tentang **Aplikasi Promosi Kesehatan Melalui Evidence Based Practice**, Buku ini disusun sebagai pedoman bagi mahasiswa dalam menjalankan proses pembelajaran disesuaikan dengan pokok bahasan mata kuliah yang diajarkan pada mahasiswa Program Diploma Keperawatan.

Buku ini tersusun atas kerjasama tim penyusun buku, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang turut membantu penyelesaian buku ini. Buku Aplikasi Promosi Kesehatan Melalui *Evidence Based Practice*, ini tentunya masih banyak kekurangan dan kelemahannya, untuk itu penulis sangat mengharap kritik dan saran serta masukan dari berbagai pihak agar buku ini menjadi sempurna. Semoga buku ini dapat bermanfaat dan dapat menambah wawasan keilmuan pembaca.

Kepada semua pembaca, para perawat maupun calon perawat (mahasiswa keperawatan) yang tertarik membaca buku ini, saya sampaikan terima kasih. Buku ini tidak luput dari kesalahan dan kekurangan disebabkan keterbatasan penulis dalam berbagai hal. Apabila ada sumber rujukan yang belum saya cantumkan pada penulisan ini, tidak ada maksud plagiat tetapi karena murni kealpaan dari penulis, untuk itu mohon dimaafkan. Penulis mengharapkan saran dan kritik yang konstruktif demi perbaikan buku ini.

Desember, 2024

**Penulis**

## **DAFTAR ISI**

<b>PRAKATA.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iv</b>

<b>BAB 1 PENGARUH PROMOSI KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI PASIEN HIPERTENSI TENTANG PELAKSANAAN DIET HIPERTENSI .....</b>	<b>1</b>
A. Pendahuluan.....	1
B. <i>State of The Art</i> .....	3
C. Metodologi .....	9
D. Teori Mutakhir .....	10
E. Pembahasan .....	13
F. Penutup.....	18
Referensi .....	20
Glosarium.....	22
<b>BAB 2 METODE DALAM MENGHITUNG TENAGA KEPERAWATAN DI RUANGAN.....</b>	<b>25</b>
A. Pendahuluan.....	25
B. Beberapa Metode Perhitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan .....	25
Referensi .....	48
Glosarium.....	49
<b>BAB 3 PENGARUH EDUKASI PROMOSI KESEHATAN MENGGUNAKAN MEDIA LEAFLET TERHADAP PENCEGAHAN DIABETES MELLITUS TIPE 2 PADA REMAJA.....</b>	<b>51</b>
A. Pendahuluan.....	51
B. Promosi Kesehatan.....	52
C. Media Edukasi.....	55
D. Media Leaflet.....	57
E. Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Remaja .....	58
F. Tingkat Pengetahuan Pencegahan Diabetees Mellitus Tipe 2 Pada Remaja .....	62
G. Tindakan Ketrampilan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Remaja .....	64
H. Penutup.....	68
Referensi .....	69
Glosarium.....	71

<b>BAB 4 DIMENSI ASPEK SASARAN PROMOSI KESEHATAN.....</b>	<b>73</b>
A. Pendahuluan.....	73
B. Dimensi Aspek Sasaran Pelayanan Kesehatan .....	74
C. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Promotif.....	74
D. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Preventif .....	78
E. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Kuratif .....	82
F. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Rehabilitatif .....	83
G. Penutup.....	84
Referensi .....	85
Glosarium.....	86
<b>BAB 5 KONSEP DASAR &amp; SEJARAH PROMOSI KESEHATAN .....</b>	<b>89</b>
A. Pendahuluan.....	89
B. Sejarah Singkat Promosi Kesehatan.....	90
C. Pengertian Promosi Kesehatan.....	93
D. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan .....	95
E. Tujuan dan Strategi Promosi Kesehatan .....	96
F. Rangkuman Materi.....	100
Referensi .....	102
Gloasrium.....	104
<b>BAB 6 HIV/AIDS DAN PROMOSI KESEHATAN UNTUK MENGATASI HIV DAN MENINGKATKAN KONSUMSI ANTRITEROVIRAL PADA ODHIV.....</b>	<b>107</b>
A. Pendahuluan.....	107
B. HIV/AIDS .....	107
C. Pencegahan HIV/AIDS .....	108
D. Pengertian ODHIV .....	111
E. Antiretroviral (ARV) .....	112
G. Dampak ARV Kompetensi Inti Promosi Kesehatan .....	115
H. Upaya untuk Mencapai Indikator ODHIV dalam ART.....	115
I. Kepatuhan ARV.....	117
J. Pengukuran Kepatuhan .....	119
K. Promosi Kesehatan untuk Mengatasi HIV dan Meningkatkan Konsumsi Antriteroviral Pada ODHIV .....	121
L. Penutup.....	122
Referensi .....	123
Glosarium.....	125
<b>PROFIL PENULIS.....</b>	<b>127</b>



# BAB 1

## PENGARUH PROMOSI KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI PASIEN HIPERTENSI TENTANG PELAKSANAAN DIET HIPERTENSI

Dadang Darmawan

### A. Pendahuluan

---

Kesehatan merupakan kondisi tubuh optimal baik dalam aspek fisik, mental, dan kesejahteraan kehidupan. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh WHO mengenai definisi kesehatan yaitu kesehatan dinyatakan secara fungsional sebagai sumber daya yang dapat membuat individu mampu untuk menjalani kehidupan yang produktif baik secara individual, sosial, ekonomi (Nutbeam & Muscat, 2021). Definisi kesehatan juga dijelaskan oleh Sharma (2021) sebagai mencapai tujuan hidup dengan menjaga hal multidimensi yaitu fisik, mental, sosial, ekonomi, politik, dan spiritual yang setara pada individual dan komunitas sosial. Kesehatan juga dapat didefinisikan sekaligus dalam 2 sudut pandang berlawanan, Menurut Sundberg, Winebarger & Taplin (2018) kesehatan yang didefinisikan secara negatif adalah ketiadaan tanda atau gejala objektif dan subjektif dari keadaan sakit, penyakit, malfungsi atau cedera. Sedangkan kesehatan secara positif didefinisikan sebagai keadaan sejahtera, kekuatan dalam tubuh dan pikiran, kualitas hidup yang baik, dan kebiasaan yang mendukung kesehatan. Pola-pola perilaku dan kebiasaan tertentu juga dapat menentukan tingkat kesehatan individu, hal tersebut dinamakan perilaku sehat. Perilaku sehat menurut Hayden (2022) segala hal yang dilakukan yang berpengaruh terhadap fisik, mental, emosional, psikologis, dan spiritual individu. Gochman mendefinisikan perilaku sehat sebagai personal atribut seperti kepercayaan, ekspektasi, motivasi, nilai, persepsi, kepribadian, perilaku, dan kebiasaan yang sejalan dengan menjaga kesehatan, pemulihan kesehatan, dan meningkatkan kesehatan (Sharma, 2021). Perilaku kesehatan juga memiliki beberapa bentuk yang dapat dilihat berupa pencegahan, pengobatan dan manajemen kesehatan. Secara rinci Tombor & Michie (2017) menjelaskan bentuk perilaku kesehatan yang dapat dilakukan oleh individu yaitu, dalam hal pencegahan, deteksi awal

dalam penyakit, pengobatan terhadap penyakit, manajemen rasa sakit, dan pengoptimalan terhadap tenaga kesehatan professional. Metode dalam merubah dan memperbaiki perilaku kesehatan dapat dilakukan secara individual, organisasional, komunitas, serta populasi dan perubahan tersebut diikuti dengan perubahan motivasi, kemampuan dan lingkungan.

Meningkatnya arus globalisasi disegala bidang dengan perkembangan teknologi dan industri telah banyak membuat perubahan pada perilaku dan gaya hidup pada masyarakat. Perubahan gaya hidup, sosial ekonomi, industrialisasi dapat memacu meningkatnya penyakit seperti hipertensi. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke dan ginjal. Disebut sebagai "pembunuh diam-diam" karena orang hipertensi tidak menampakkan gejala (Brunner & Suddarth, 2002: 896). Hipertensi adalah gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas normal yaitu 140/90 mmHg. Kecenderungan peningkatan prevalensi menurut peningkatan usia. Prevalensi 6 - 15% pada orang dewasa sebagai proses degeneratif, hipertensi hanya ditemukan pada golongan orang dewasa. Banyak penderita hipertensi diperkirakan sebesar 15 juta penduduk Indonesia yang kontrol hanya 4%. Terdapat 50% penderita hipertensi tidak menyadari hipertensi (Tyas Kusuma Dewi, 2013). Diet adalah pembatasan asupan nutrisi tertentu. ([wikipedia.org/diet](http://wikipedia.org/diet)) Pengendalian hipertensi dengan diet tujuannya untuk melakukan pencegahan primer, deteksi awal dan penanganan memadai untuk mencegah terjadinya komplikasi. Dalam pelaksanaan diet perlu adanya motivasi dari dalam diri penderita maupun dari keluarga. Motivasi adalah dorongan internal dan eksternal dari tiap individu sebelum melakukan tindakan atau perilaku Penatalaksanaan hipertensi diperlukan untuk mencegah keberlangsungan kerusakan organ target dalam waktu lama sehingga menurunkan kesakitan dan kematian. Berbagai studi merekomendasikan bahwa hipertensi dapat diturunkan dengan melakukan modifikasi gaya hidup, mengontrol berat badan, tekanan darah, latihan/olah raga, diet sehat, menurunkan konsumsi alkohol dan rokok. Akhir-akhir ini direkomendasikan penekanan pencegahan, deteksi dini, evaluasi dan penatalaksanaan penyakit hipertensi harus dilakukan melalui promosi kesehatan dan modifikasi gaya hidup sehat. Pendekatan edukasi dengan promosi kesehatan merupakan salah satu cara terbaik untuk memberikan informasi dan motivasi yang dapat dipercaya pada masyarakat dan membantu individu mengembangkan kemampuan membuat keputusan dan memberikan pencitraan pada masyarakat untuk menggali dan mengembangkan sikap dan tindakan yang semestinya.

## **B. State of The Art**

---

### **1. Hipertensi**

#### a. Definisi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari sama dengan ( $\geq$ )140 mmHg dan/atau diastolik lebih dari sama dengan ( $\geq$ )90 mmHg. Hipertensi, lebih lanjut dikategorikan menjadi beberapa derajat berdasarkan tekanan darah sistolik dan diastoliknya. Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu: 1. Hipertensi esensial atau primer yang tidak diketahui penyebabnya (90%) dan atau oleh karena pola hidup. 2. Hipertensi sekunder; hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme) dan lain-lain. Terdapat keadaan-keadaan yang terkait definisi hipertensi lainnya yaitu *white coat hypertension* (hipertensi jas putih) dan *masked hypertension* (hipertensi terselubung). *White coat hypertension* atau Hipertensi jas putih didefinisikan sebagai  $TD \geq 140/90$  mmHg saat diukur di klinik tetapi TD tidak memenuhi kriteria hipertensi saat diukur di luar klinik. Sebaliknya, *masked hypertension* atau hipertensi terselubung didefinisikan sebagai  $TD < 140$  mmHg saat diukur di klinik tetapi TD terekam memenuhi kriteria hipertensi saat diukur di luar klinik

#### b. Faktor Resiko Hipertensi

Hipertensi bersifat multifaktorial. Faktor risiko terjadinya hipertensi dapat dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, jenis kelamin, ras atau etnik, dan faktor genetik, sementara faktor yang dapat dimodifikasi meliputi kelebihan berat badan atau obesitas, konsumsi garam yang terlalu banyak, kurang aktivitas fisik (pola hidup sedentary atau tidak aktif), konsumsi alkohol secara berlebihan, efek samping obat, merokok, kadar gula tinggi atau diabetes, gangguan fungsi ginjal, dan lain-lain. Adanya riwayat gangguan disfungsi erektil pada laki-laki, gangguan pola tidur, mengorok, sleep apnea, dan riwayat hipertensi pada kehamilan/preeklamsia sebelumnya juga merupakan faktor risiko hipertensi pada seseorang.

#### c. Deteksi Dini Hipertensi

Deteksi dini hipertensi direkomendasikan untuk semua orang berusia 15 tahun ke atas agar juga dapat diidentifikasi faktor risiko secara dini dan makin banyaknya kejadian hipertensi di usia muda. Program Kementerian

Kesehatan adalah Pemeriksaan tekanan darah satu kali setiap tahun untuk kelompok penduduk usia 15 tahun, kelompok usia produktif, dan kelompok usia lansia. Dalam keadaan sudah terdeteksi hipertensi dan atau ada faktor risiko hipertensi maka pemeriksaan tekanan darah dilakukan lebih dari satu kali per tahun. atau sesuai keadaan dan kebutuhannya. Seseorang yang mempunyai  $\text{TD} \geq 140/90$  mmHg saat pemeriksaan pertama atau saat deteksi dini, perlu dilakukan pemeriksaan ulang oleh dokter atau tenaga kesehatan di FKTP untuk memastikan atau menkonfirmasi diagnosis Hipertensi. Terdapat dua metode dalam melakukan deteksi dini hipertensi di luar klinik (out-of-office) yakni dengan metode HBPM (Home Blood Pressure Monitoring) atau ABPM (Ambulatory Blood Pressure Monitoring). Kedua metode diagnosis ini dapat dilakukan untuk membantu mendiagnosis hipertensi jas putih atau hipertensi terselubung

d. Penatalaksanaan Hipertensi

Perilaku Hidup Sehat harus dilakukan oleh semua orang untuk mencegah terjadinya hipertensi dan penyakit tidak menular (PTM) lain. Konseling dan melakukan Perilaku Hidup Sehat juga merupakan bagian dari tatalaksana komprehensif hipertensi dan penyakit tidak menular lainnya yang merupakan tatalaksana nonfarmakologi. Perilaku hidup sehat terdiri dari: 1) Pola makan yang sehat; 2) Aktivitas fisik dan olah raga; 3) Tidak merokok dan konsumsi tembakau; 4) Tidak konsumsi alkohol; 5) Istirahat cukup; 6) Kelola stress.

Pola Makan (Diet) sehat penting untuk mengendalikan hipertensi dan keadaan lain terkait PTM yaitu diabetes, obesitas dan mencegah serangan jantung dan stroke. Komposisi diet sehat tergantung pada kebutuhan individual (misal usia, jenis kelamin, pola hidup, kadar aktivitas fisik), konteks budaya dan ketersediaan pangan lokal. Diet untuk mencegah dan untuk pasien hipertensi sering disebut sebagai DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), yang terdiri dari:

- a. Makanan yang beragam (ber variasi):
  - Berbagai buah, sayur, legum (kacang hijau, lentil), dan kacang-kacangan.
  - Beras yang tidak disosoh berlebihan (highly refined), gandum utuh (whole wheat), kentang, kasava (ketela).
  - Makanan bersumber binatang (daging, ikan, telur, susu).
- b. Sedikitnya 400 gram (4 – 5 porsi) sayur dan buah per hari
- Satu porsi setara dengan misal 1 buah jeruk, apel, mangga, pisang, atau 3 sendok teh sayuran yang dimasak.
- c. Asupan garam kurang dari 5 gram per hari (setara dengan sekitar 1 sendok teh). Termasuk garam yang ditambahkan selama masak

atau makan, juga yang terkandung dalam makanan seperti makanan diproses dan roti. d. Asupan energi harian total dari lemak kurang dari 30% (Kotak 1). • Lebih dianjurkan untuk konsumsi lemak tidak jenuh dari pada lemak jenuh. • Asupan energi total dari lemak jenuh kurang dari 10%. • Trans-fat (lemak trans) bukan bagian dari diet sehat dan perlu dihindari. e. Asupan energi harian total dari gula kurang dari 10% (Kotak 2) • Setara dengan 50 gram (atau sekitar 12 sendok teh) untuk orang dengan berat badan sehat. • Untuk tambahan manfaat maka asupan energi total dari gula bebas adalah di bawah 5%. Diet yang tidak sehat dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Ciri dari diet yang tidak sehat adalah rendahnya asupan buah dan sayuran dan tingginya asupan garam, lemak, dan gula. Diet yang tidak sehat dapat mengakibatkan obesitas dan kelebihan berat badan (overweight) yang juga merupakan faktor risiko untuk penyakit kardiovaskular. Kebiasaan makan yang kurang sehat dapat juga berakibat pada berbagai kondisi lain termasuk kanker, diabetes, dan defisiensi mikronutrien. Obesitas berkaitan dengan kejadian hipertensi dan sindrom metabolik lainnya. Pasien hipertensi direkomendasikan untuk menurunkan berat badan hingga mencapai berat badan ideal yaitu Indeks Massa Tubuh (IMT) 18,5 – 22,9 kg/m<sup>2</sup>, serta lingkar pinggang

## 2. Promosi Kesehatan

### a. 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 memampukan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.*" Bangkok Charter 2005, "*Proses memampukan 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 mampumemelihara dan meningkatkan kesehatannya melalui pembelajaran*

b. Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan keputusan WHO tahun 1994, strategi promosi kesehatan terdapat tiga bagian yaitu: *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; *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 sector kesehatan dengan penerima program kesehatan dalam arti masyarakat. Melalui tokoh masyarakat tersebut, diharapkan masyarakat mau dan mampun menerima pengenalan atau sosialisasi segala program kesehatan yang akan diberikan. Ukuran kesuksesan upaya dukungan sosial adala 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; 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).

c. 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 pancha 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-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, informasi, budaya, dan pengalaman.

### 3. Motivasi

a. Pengertian

Kata motivasi berasal dari bahas latin yaitu *move* atau dalam bahas inggrisnya *to move* yang artinya untuk bergerak. Adapun pengertian motivasi yang berasal dari bahasa inggris yaitu *motivation* yang perkataan asalnya adalah *motive* dan digunakan dalam bahasa Melayu dengan kata motif yang arinya tujuan untuk mendorong seseorang dalam melakukan segala sesuatu untuk mencapai tujuan.

Menurut Hamalik (2014) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) mengatakan bahwa motivasi adalah perubahan energi dalam diri seseorang yang tandai dengan munculnya perasaan dan reaksi reaksi untuk mencapai tujuan. Menurut Sardiman (2016) dalam Laras & Rifai (2019: 124) motivasi dalam kegiatan belajar dapat diartikan sebagai kekuatan pendorong yang ada di dalam diri siswa, yang menggerakan

proses belajar, yang menjamin kelangsungan pembelajaran dan memberikan arah yang diperlukan agar tujuan yang diinginkan oleh siswa dapat tercapai. Maka motivasi merupakan hal penting yang harus dimiliki oleh seseorang karena motivasi akan mempengaruhi dalam berbagai aspek terutama dalam aspek pembelajaran yang nantinya akan berpengaruh terhadap hasil belajar. Dari penjelasan di atas maka dapat disimpulkan motivasi adalah suatu dorongan yang ada di dalam diri atau pribadi seseorang untuk melakukan tindakan tertentu ke arah tujuan yang ingin dicapai. Motivasi menggerakkan perbuatan yang timbul karena gejala emosi, perasaan sehingga terdorong melakukan tindakan tertentu karena adanya keinginan, kebutuhan dan tujuan

b. Jenis-jenis motivasi

Secara umum, motivasi dibagi menjadi 2 macam yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. (1) Motivasi intrinsik, Motivasi intrinsik adalah suatu motif atau faktor pendorong yang timbul dalam diri individu tanpa pengaruh dari luar individu itu sendiri. Menurut Sardiman (2014) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) motivasi intrinsik adalah motif-motif yang menjadi aktif karena sudah ada dorongan yang ada dalam diri individu untuk melakukan sesuatu tanpa perlu rangsangan dari luar. Menurut Aryani dan Wahyuni (2021: 71) motivasi intrinsik terdiri dari 2 macam, yaitu motivasi yang berasal dari determinasi diri dan pilihan personal dan motivasi yang berasal dari pengalaman optimal yaitu berupa perasaan senang dan bahagia, (2) Motivasi ekstrinsik, Motivasi ekstrinsik adalah suatu motif atau faktor pendorong yang timbul karena adanya pengaruh atau rangsangan dari luar diri individu. Santrok (2010) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) menjelaskan bahwa motivasi ekstrinsik adalah cara mencapai tujuannya dengan melakukan sesuatu hal terlebih dahulu untuk mendapatkan sesuatu. Winkel (2004) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) juga menjelaskan bahwa motivasi ekstrinsik dalam pendidikan dapat dilihat dari aktivitas yang tidak hanya dari dorongan sendiri tetapi ada faktor eksternal yang mempengaruhinya. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi tidak hanya berasal dalam diri siswa tetapi bisa berasal dari luar diri siswa. motivasi bisa timbul karena adanya dorongan dalam diri kita sendiri tanpa pengaruh dari luar, motivasi juga bisa timbul karena dorongan atau pengaruh dari luar entah itu teman keluarga, lingkungan.

## C. Metodologi

---

Penelitian ini menggunakan desain eksperimen *One Group Pretest Posttest Design*, jadi dalam desain penelitian eksperimen *One Group Pretest Posttest Design* ini sudah dilakukan observasi pertama (*pretest*) sehingga peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya perlakuan, tetapi dalam desain penelitian ini tidak ada kelompok kontrol (pembanding). *Pretest* merupakan pengukuran motivasi pasien hipertensi sebelum dilakukan atau diberikan intervensi (pemberian promosi kesehatan tentang diet hipertensi). Selanjutnya *posttes* adalah pengukuran motivasi pasien hipertensi setelah diberikan intervensi.

Data yang digunakan adalah data primer yaitu data yang diambil secara langsung dari responden dengan menggunakan metode angket berupa daftar pernyataan yang diajukan secara tertulis kepada responden untuk mendapatkan informasi atau jawaban dengan cara menyebarluaskan kuesioner kepada responden, dimana pemberian kuesioner dilakukan sebanyak 2 kali, yang pertama pada saat pre test, lalu diberikan promosi kesehatan, dan pemberian kuesioner kedua yaitu post test.

Data diolah dengan menggunakan analisa univariat, yang bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi dari variabel motivasi responden mengenai diet hipertensi sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan serta analisa tabulasi silang menggunakan perangkat lunak komputer. Analisa bivariat digunakan untuk menyatakan analisa terhadap dua variabel, yaitu satu variabel bebas dan satu variabel terikat. Pada penelitian ini analisis yang digunakan adalah uji t yaitu membandingkan beda dua mean kelompok atau sampel apakah berbeda atau tidak. Uji t yang digunakan adalah uji t beda dua mean dependen karena kelompok data yang dibandingkan datanya saling mempunyai ketergantungan dan subjeknya sama diukur dua kali.

Setelah dilakukan pengolahan, maka data dianalisis sesuai dengan teknik atau uji analisis yang digunakan. Teknik analisis yang digunakan peneliti adalah uji t dependen. Setelah data dientri dan dijumlahkan, maka tahap selanjutnya adalah melakukan uji normalitas yang bertujuan untuk melihat kenormalan distribusi data dan menentukan teknik analisis apa yang akan digunakan. Uji normalitas yang digunakan adalah nilai *skewness* dibagi *standar error*. Dengan ketentuan bilamana hasilnya normal (nilai *skewness* dibagi *standar error* hasilnya kurang dari 2 dan -2) maka menggunakan uji t dependen parametrik, dan bilamana hasilnya tidak normal (nilai *skewness* dibagi *standar error* hasilnya lebih dari 2 dan -2) maka menggunakan uji t dependen non parametrik. Setelah

dilakukan uji normalitas, hasil yang didapat adalah kedua data distribusi nilainya normal, sehingga dalam analisis data dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis uji t dependen parametrik. Untuk melihat nilai mean pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel *Paired Samples Statistics* pada kolom *mean* dan kolom *Std. Deviation* untuk melihat standar deviasi pada masing-masing variabel. Sedangkan untuk melihat perbedaan nilai mean dan standar deviasi dari hasil keduanya tersebut, dapat dilihat pada tabel *Paired Samples Test* pada kolom mean dan pada kolom *Std. Deviation*. Untuk melihat perbedaan motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi sebelum dan sesudah di berikan promosi kesehatan dapat dilihat pada nilai *p value* pada kolom "*sig(2-tailed)*". Uji statistik yang digunakan pada analisis ini menggunakan tingkat kemaknaan 5% (alpha 0,05). Setelah data diperoleh hasilnya, maka dilakukan penyimpulan atau kesimpulan data, di mana, jika *p value*  $\leq 0,05$  maka, artinya terdapat perbedaan motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan. Sedangkan jika *p value*  $> 0,05$  maka, artinya tidak terdapat perbedaan motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan. Sedangkan untuk melihat pengaruh dari promosi kesehatan, maka peneliti melakukan penilaian. Dimana penilaian dilakukan dengan cara:

$$\text{Pengaruh} = Y - X$$

Keterangan:

Y: Nilai mean setelah perlakuan (*Post Test*)

X: Nilai mean sebelum perlakuan (*Pre Test*)

Dengan ketentuan jika hasil Setelah data diperoleh hasilnya, maka dilakukan penyimpulan atau kesimpulan data, di mana, jika nilai  $X \leq$  nilai  $Y$  maka promosi kesehatan berpengaruh terhadap motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi. Sedangkan jika  $X > Y$  maka promosi kesehatan tidak berpengaruh terhadap motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi.

#### **D. Teori Mutakhir**

---

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal. Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Pengobatan awal pada hipertensi sangatlah

penting karena dapat mencegah timbulnya komplikasi pada beberapa organ tubuh seperti jantung, ginjal, dan otak. World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi medis serius yang secara signifikan meningkatkan risiko penyakit jantung, otak, ginjal, dan penyakit lainnya (Wulandari et al., 2023). Hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu hipertensi primer dan sekunder. Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebab pastinya. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler maupun penyakit lainnya. Sedangkan hipertensi sekunder disebabkan karena kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid) dan lain-lain.

Penataksanaan hipertensi diperlukan untuk mencegah keberlangsungan kerusakan organ target dalam waktu lama sehingga menurunkan kesakitan dan kematian. Berbagai studi merekomendasikan bahwa hipertensi dapat diturunkan dengan melakukan modifikasi gaya hidup, mengontrol berat badan, tekanan darah, latihan/olah raga, diet sehat, menurunkan konsumsi alcohol dan rokok. Akhir-akhir ini direkomendasikan penekanan pencegahan, deteksi dini, evaluasi dan penatalaksanaan penyakit hipertensi harus dilakukan melalui promosi kesehatan dan modifikasi gaya hidup sehat (*Joint National Committee*, 2003).

Promosi kesehatan adalah suatu cara untuk merubah perilaku kesehatan individu atau masyarakat dengan meningkatkan kemampuan melalui pembelajaran, agar masyarakat mampu menolong diri sendiri saat terjadi permasalahan kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan definisi promosi kesehatan menurut Nutbeam & Muscat (2021) bahwa promosi kesehatan adalah proses memberdayakan individu dalam mengontrol dan memperbaiki kesehatannya. Selain itu, Promosi kesehatan adalah suatu metode merubah perilaku kesehatan yang dapat dilakukan secara individual maupun meluas dimasyarakat. Kumar & Preetha (2012) menyatakan bahwa usaha dalam melakukan promosi kesehatan dapat tertuju langsung pada kondisi prioritas kesehatan dalam populasi besar dan dapat menggunakan banyak intervensi. Di banyak negara promosi kesehatan dilakukan sebagai cara untuk memperkaya dan memperpanjang angka kehidupan warga negaranya Salazar, Diclemente & Crosby (2015). Green dan Kreuter (McKenzie et al., 2022) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai segala rencana yang dikombinasikan dengan dukungan pengetahuan, politik, regulasi, organisasional untuk tindakan dan kondisi kehidupan kesehatan individual, kelompok dan komunitas. Promosi kesehatan juga didefinisikan oleh sebagai suatu upaya meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran bersama agar dapat menolong diri sendiri saat terjadi masalah kesehatan (Mahendra et al., 2019). Berdasarkan piagam Ottawa, promosi kesehatan

didefinisikan sebagai proses memberdayakan manusia dalam mengambil kontrol dan memperbaiki kesehatan untuk mencapai kondisi fisik, mental, kesejahteraan sosial yang baik dan individu ataupun kelompok mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan, serta mampu merubah atau mengatasi permasalahan lingkungan. Sehingga promosi kesehatan bukan hanya sekedar tanggung jawab dalam sektor kesehatan melainkan melebihi gaya hidup yang sehat dan kesejahteraan (Kumar & Preetha, 2012).

Ada beragam faktor yang dapat memengaruhi aktivitas promosi kesehatan dan faktor-faktor tersebut harus menjadi patokan dalam penyampaian informasi dalam promosi kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rongen, Robroek, Lenthe & Burdorf (2013) menyatakan bahwa program promosi kesehatan lebih efektif pada populasi yang usianya lebih muda dan membesar dengan intensitas bertemu mingguan kemudian efektifitas program promosi kesehatan dalam tempat kerja dipengaruhi oleh studi populasi, teknik pendekatan, dan metodelogi yang digunakan. Menurut Jahan (2012) faktor-faktor yang memengaruhi kegiatan promosi kesehatan antara lain adalah usia, gender, budaya, kepercayaan atau agama, serta kemudahan akses dalam meraih informasi melalui teknologi.

Dengan adanya promosi kesehatan masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan melakukan pencegahan penyakit, melindungi diri dari gangguan kesehatan, serta melakukan perilaku-perilaku sehat yang dapat menunjang kesehatan bagi individu dan masyarakat. Hal ini sesuai dengan penjelasan (Salazar et al., 2015) jika usaha dari promosi kesehatan dapat mencegah masyarakat dalam berperilaku tidak sehat, maka promosi kesehatan memberikan pengaruh yang sangat signifikan terhadap perubahan perilaku.

Pendekatan edukasi dengan promosi kesehatan juga merupakan salah satu cara terbaik untuk memberikan informasi dan motivasi yang dapat dipercaya pada masyarakat dan membantu individu mengembangkan kemampuan membuat keputusan dan memberikan pencitraan pada masyarakat untuk menggali dan mengembangkan sikap dan tindakan yang semestinya (Kozier & Erb, 2008: Naidono & Wills, 2000). Menurut Hamalik (2014) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) mengatakan bahwa motivasi adalah perubahan energi dalam diri seseorang yang tandai dengan munculnya perasaan dan reaksi reaksi untuk mencapai tujuan. Menurut Sardiman (2016) dalam Laras & Rifai (2019: 124) motivasi dalam kegiatan belajar dapat diartikan sebagai kekuatan pendorong yang ada di dalam diri siswa, yang menggerakan proses belajar, yang menjamin kelangsungan pembelajaran dan memberikan arah yang diperlukan agar tujuan yang diinginkan oleh siswa dapat tercapai.

Secara umum, motivasi dibagi menjadi 2 macam yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. (1) Motivasi intrinsik, Motivasi intrinsik adalah suatu motif atau faktor pendorong yang timbul dalam diri individu tanpa pengaruh dari luar individu itu sendiri. Menurut Sardiman (2014) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) motivasi intrinsik adalah motif yang menjadi aktif karena sudah ada dorongan yang ada dalam diri individu untuk melakukan sesuatu tanpa perlu rangsangan dari luar. Menurut Aryani dan Wahyuni (2021: 71) motivasi intrinsik terdiri dari 2 macam, yaitu motivasi yang berasal dari determinasi diri dan pilihan personal dan motivasi yang berasal dari pengalaman optimal yaitu berupa perasaan senang dan bahagia. (2) Motivasi ekstrinsik, Motivasi ekstrinsik adalah suatu motif atau faktor pendorong yang timbul karena adanya pengaruh atau rangsangan dari luar diri individu. Santrok (2010) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) menjelaskan bahwa motivasi ekstrinsik adalah cara mencapai tujuannya dengan melakukan sesuatu hal terlebih dahulu untuk mendapatkan sesuatu. Winkel (2004) dalam Aryani dan Wahyuni (2021: 71) juga menjelaskan bahwa motivasi ekstrinsik dalam pendidikan dapat dilihat dari aktivitas yang tidak hanya dari dorongan sendiri tetapi ada faktor eksternal yang mempengaruhinya.

## E. Pembahasan

---

Penelitian ini telah dilaksanakan kepada pasien Hipertensi untuk mengetahui pengaruh promosi Kesehatan terhadap motivasi dalam pelaksanaan diet hipertensi.

### 1. Hasil Penelitian

- Motivasi Pasien Hipertensi Sebelum Dan Sesudah Diberikan Promosi Kesehatan Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi

**Tabel 1.1 Distribusi Frekuensi Motivasi Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi pada Pasien Hipertensi Sebelum Dan Sesudah di berikan Promosi Kesehatan**

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Motivasi (Pre Test)		
Motivasi Rendah	7	43,8
Motivasi Tinggi	9	56,3
Motivasi (Post Test)		
Motivasi Rendah	5	31,3
Motivasi Tinggi	11	68,8

Berdasarkan hasil penelitian dari 16 responden diketahui bahwa hampir seluruh responden sebelum diberikan promosi kesehatan mempunyai

motivasi yang tinggi mengenai pelaksanaan diet hipertensi yaitu sebanyak 9 responden (56,3 %) dan hampir seluruh responden setelah diberikan pendidikan kesehatan mempunyai motivasi yang tinggi pula sebanyak 11 responden (68,8%).

- b. Perbedaan Motivasi Pasien Hipertensi Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi Sebelum Dan Sesudah Di Berikan Promosi Kesehatan.

**Tabel 1.2 Distribusi Rata-Rata Motivasi Pasien Hipertensi Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi Sebelum Dan Sesudah Diberikan Promosi Kesehatan**

Variabel	Mean	Standar Deviation	Std. Error Mean	P value	N
<b>Motivasi</b>					
<i>Pretest</i>	1,56	0,512	0,128	0,432	1
<i>Post Test</i>	1,69	0,479	0,120		6

Hasil uji statistik didapatkan pvalue  $0,432 > \alpha (0,05)$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara motivasi pasien hipertensi mengenai pelaksanaan diet hipertensi sebelum dan sesudah di berikan promosi kesehatan.

- c. Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Motivasi Pasien Hipertensi Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi Sebelum Dan Sesudah Di Berikan Promosi Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata motivasi pasien hipertensi mengenai pelaksanaan diet hipertensi sebelum diberikan promosi kesehatan adalah 1,56 sedangkan setelah diberikan promosi kesehatan mengenai pelaksanaan diet hipertensi diketahui nilai rata-rata motivasi pasien hipertensi adalah 1,69. Sehingga rentang nilai mean motivasi pasien hipertensi sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan adalah 0,17. Jadi dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan berpengaruh terhadap motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi

## 2. Pembahasan

- a. Motivasi Pasien Hipertensi Sebelum Dan Sesudah Diberikan Promosi Kesehatan Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 diatas, diketahui dari 16 responden bahwa hampir seluruh responden sebelum diberikan promosi kesehatan mempunyai motivasi yang tinggi mengenai pelaksanaan diet hipertensi yaitu sebanyak 9 responden (56,3%) dan motivasi rendah sebanyak 7 responden (43,8 %). Sedangkan hampir seluruh responden setelah diberikan promosi kesehatan mempunyai motivasi yang tinggi

sebanyak 11 responden (68,8%) dan motivasi rendah sebanyak 5 responden (31,3%). Hal tersebut menunjukkan bahwa motivasi pasien hipertensi sesudah diberikan promosi Kesehatan mengalami perubahan dan peningkatan.

Motivasi berasal dari bahasa latin yang berarti to move. Secara umum mengacu pada adanya kekuatan dorongan yang menggerakkan kita untuk berperilaku tertentu. Oleh karena itu dalam mempelajari motivasi kita akan berhubungan dengan hasrat, keinginan, dorongan dan tujuan. Didalam konsep motivasi juga kita mempelajari sekelompok fenomena yang mempengaruhi sifat, kekuatan, dan ketetapan dari tingkah laku manusia (Quinn,1995 dikutip oleh Notoatmodjo, 2010)

Handoko (1998) berpendapat motivasi dibagi menjadi 2 jenis yaitu motivasi ekstrinsik dan instrinsik. Motivasi instrinsik berasal dari dalam dirinya sendiri, biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga manusia menjadi puas. Motivasi ekstrinsik berasal dari luar yang merupakan pengaruh dari luar atau lingkungan. Perilaku yang dilakukan dengan motivasi ekstrinsik penuh dengan kekhawatiran, kesangsian apabila tidak tercapai kebutuhan.

Penelitian Kharisna (2010), yang menghubungkan jus mentimun dengan hipertensi, menunjukkan bahwa penderita yang rajin mengonsumsi jus mentimun secara teratur dapat menurunkan tekanan darah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mardiyati (2009) juga menunjukkan bahwa kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diet hipertensi seperti diet rendah garam dapat mencegah timbulnya penyakit hipertensi. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa, perilaku berkaitan dengan kebiasaan yang dapat menghasilkan suatu yang bersifat positif maupun negatif. Sehingga perilaku penderita hipertensi yang secara rutin mengkonsumsi jus mentimun dapat menurunkan tekanan darah dalam tubuh penderita hipertensi, dan perilaku penderita yang menghindari konsumsi garam setiap harinya dapat mencegah timbulnya penyakit hipertensi. Begitu juga dalam penelitian ini, menunjukkan bahwa pengetahuan, motivasi dan sikap seseorang mempengaruhi penderita hipertensi untuk berperilaku/bertindak patuh tidaknya terhadap diet hipertensi.

Keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga juga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap

penderita yang sakit. Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Keluarga dipandang sebagai suatu sistem, jika terjadi gangguan pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh sistem. Sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga (Purwanto, 2005).

Dukungan petugas kesehatan sangatlah besar bagi penderita, dimana petugas adalah pengelola penderita sebab petugas adalah yang paling sering berinteraksi, sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis menjadi lebih baik dengan sering baik. Sehingga dapat mempengaruhi rasa percaya dan menerima kehadiran petugas kesehatan dapat ditumbuhkan dalam diri penderita dengan baik.

Hubungan yang telah lama dilakukan seseorang sebagai pasien, bidan, perawat atau dokter (sebagai tenaga kesehatan) akan memiliki pengaruh terhadap tingkat kepatuhan yang diberikan kepada tenaga kesehatan. Pasien yang telah mengenal dengan baik terhadap tenaga kesehatan tempat berobat, maka akan cenderung lebih patuh dari pada terhadap mereka yang belum begitu kenal begitu pula penanganan oleh tenaga kesehatan terhadap pasiennya akan cenderung dipatuhi saran-sarannya dari pada mereka yang kurang ramah dan sebagainya Hasil penelitian diatas kemungkinan disebabkan karena adanya dukungan dari keluarga dalam pelaksanaan diet hipertensi yang mempengaruhi dorongan yang timbul dari dalam diri pasien hipertensi sehingga pasien merasa termotivasi untuk melakukan diet hipertensi. Dalam hal ini dukungan keluarga merupakan sumber motivasi ekstrinsik bagi pasien hipertensi yang mempunyai peranan penting dalam membangkitkan motivasi instrinsik dari pasien hipertensi agar mau melakukan diet hipertensi. Menurut Handoko (2001) motivasi instrinsik merupakan dorongan yang timbul dari diri pasien dalam melakukan suatu tindakan berupa dorongan untuk menghindari risiko yang dihadapi, mengatasi rintangan, menyesuaikan kemampuan diri terhadap orang lain, mempelajari orang lain serta dorongan mencari jalan lain dalam melakukan suatu tindakan, misalnya minat, kebutuhan dan kepercayaan.

- b. Perbedaan Motivasi Pasien Hipertensi Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi Sebelum Dan Sesudah Di Berikan Promosi Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa  $pvalue = 0,432 > \alpha (0,05)$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara motivasi pasien hipertensi mengenai pelaksanaan diet hipertensi sebelum dan sesudah di berikan promosi kesehatan.

Morgan (1986) dalam Notoatmodjo (2010) menggambarkan, jika keadaan internal seseorang tidak seimbang maka individu akan ter dorong untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku untuk mencapai suatu tujuan, dimana jika tujuan tersebut tercapai maka akan terjadinya keseimbangan yang menyebabkan seseorang akan merasa puas atau lega. Jika kebutuhan sudah terpenuhi, maka ketegangan akan menurun dan kondisi menjadi seimbang kembali.

Wood (1926, dan *Joint Commission On Health Education*, 1973, dalam Fitriani, 2011) menjelaskan bahwa promosi kesehatan merupakan kegiatan-kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan seseorang dan membuat keputusan yang tepat sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan, sehingga berdasarkan pengalaman-pengalaman yang diperoleh dapat bermanfaat dalam mempengaruhi pengetahuan dan motivasi seseorang.

Peningkatan motivasi melalui pemberian promosi kesehatan ini pada dasarnya memang sesuai dengan hasil penelitian ini, dimana promosi kesehatan berpengaruh terhadap peningkatan motivasi yang dapat dilihat dari perbedaan nilai mean yang ada. Akan tetapi masih terdapat beberapa responden yang tidak mengalami peningkatan motivasi atau mempunyai tingkat motivasi yang sama. Hal tersebut dikarenakan penerimaan informasi pada setiap orang itu berbeda. Dimana penerimaan informasi sebagai motivasi menurut Notoatmodjo (2007) dapat dipengaruhi oleh faktor umur, pendidikan, dan pengalaman yang pernah diperoleh

- c. Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Motivasi Pasien Hipertensi Mengenai Pelaksanaan Diet Hipertensi Sebelum Dan Sesudah Di Berikan Promosi Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata motivasi pasien hipertensi mengenai pelaksanaan diet hipertensi sebelum diberikan promosi kesehatan adalah 1,56 sedangkan setelah diberikan promosi kesehatan mengenai pelaksanaan diet hipertensi diketahui nilai rata-rata motivasi pasien hipertensi adalah 1,69. Sehingga rentang nilai mean motivasi pasien hipertensi sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan adalah 0,17. Jadi dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan

berpengaruh terhadap motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RS. Rajawali Bandung.

WHO (1954), sebagaimana dikutip oleh Notoatmodjo S (2007), bahwa pemberian promosi kesehatan adalah suatu upaya untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan, artinya promosi kesehatan berupaya agar masyarakat mengetahui atau menyadari bagaimana memelihara kesehatan mereka. Lebih dari itu promosi kesehatan pada akhirnya bukan hanya sekedar meningkatkan pengetahuan masyarakat, namun yang lebih penting adalah mencapai perilaku kesehatan (*health behaviour*) yang didasari dengan pengetahuan yang baik dan tepat.

Hal tersebut sejalan dengan pendapat Craven dan Hirnle (1996, dalam Herawani, 2011) menjelaskan bahwa promosi kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau intruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberikan dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru.

Fitriani (2011) menjelaskan bahwa promosi kesehatan dapat mempengaruhi seseorang dalam memiliki pengetahuan dan motivasi tentang ilmu kesehatan, termasuk cara hidup sehat dan teratur, sehingga mereka mengerti dan dapat menerapkan prinsip-prinsip pencegahan penyakit dalam kaitannya dengan kesehatan dan keselamatan dalam kehidupan sehari-hari. Oleh sebab itu seseorang yang telah mendapatkan informasi atau pengetahuan melalui pemberian pendidikan kesehatan dapat juga memiliki nilai, sikap dan motivasi yang positif terhadap prinsip hidup sehat, serta memiliki keterampilan dalam melaksanakan hal yang berkaitan dengan pemeliharaan, pertolongan, dan perawatan kesehatan.

Rogers (1974, dalam Notoatmodjo, 2007) menjelaskan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku didasari oleh pengetahuan, pemahaman, kesadaran, dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat lenggeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku tidak didasari oleh pengetahuan, pemahaman dan kesadaran maka tidak akan berlan-

## F. Penutup

---

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa hampir seluruh responden sebelum diberikan promosi kesehatan mempunyai motivasi yang

tinggi mengenai pelaksanaan diet hipertensi yaitu sebanyak 9 responden (56,3%) dan motivasi rendah sebanyak 7 responden (43,8 %). Sedangkan hampir seluruh responden setelah diberikan promosi kesehatan mempunyai motivasi yang tinggi sebanyak 11 responden (68,8%) dan motivasi rendah sebanyak 5 responden (31,3%). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara motivasi pasien hipertensi mengenai pelaksanaan diet hipertensi sebelum dan sesudah di berikan promosi kesehatan dengan nilai pvalue  $0,432 > \alpha$  (0,05). Terdapat pengaruh promosi kesehatan terhadap motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi di dimana nilai mean *pre test* adalah 1,56 dan nilai *post test* adalah 1,69. Sehingga didapatkan perbedaan nilai rata-rata (*mean*) antara pengukuran pertama (*pretest*) dan kedua (*posttest*) adalah 0,13. Oleh karena itu diharapkan untuk penelitian selanjutnya disarankan agar dapat lebih mengembangkan pemikiran dan kreatifitas sehingga dapat mengupas segala permasalahan tentang Pelaksanaan diet hipertensi. Cara pengumpulan data dapat dilakukan dengan metode yang berbeda misalnya *Focus Group Discussion, In Depth Interview* atau metode lain yang dianggap lebih sesuai, sehingga didapatkan hasil yang lebih bervariasi. Penelitian harus benar-benar dipersiapkan antara lain mengenai pilihan lokasi penelitian, responden, cara maupun alat pengumpul data dan segala sesuatu yang berhubungan dengan jalannya penelitian. Hal tersebut bertujuan agar penelitian yang dilakukan dapat sesuai dengan keadaan responder serta menambah wawasan ilmu pengetahuan.

## Referensi

- Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta : Reneka Cipta.
- Braverman ER. (2006). *Penyakit jantung & penyehatannya secara alami*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer
- Budiarto, E. 2001. *Penelitian Epidemiologi*. Jakarta : Salemba Medika Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat. 2010. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Barat*. Bandung : Dinkes Jawa barat.
- Ekaningrum, A. Y. Hubungan Asupan Natrium, Lemak, Gangguan Mental Emosional, Dan Gaya Hidup Dengan Hipertensi Pada Dewasa Di Dki Jakarta'. Journal Of Nutrition College. 2021; 10(2), Pp. 82–92. Doi: 10.14710/Jnc.V10i2.30435.
- Ginting, F. L. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Silinda Kabupaten Serdang Bedagai Tahun 2013, Repotor institusi Universitas Sumatera Utara. Universitas Sumatera Utara. 2015. Available At: <Http://Repositori.Usu.Ac.Id/Handle/123456789/41537>.
- Handoko, (2001). *Konsep Dasar Motivasi dan Perilaku*. Jakarta : Salemba Medika
- Hidayat, AA. (2004). *Pengantar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- \_\_\_\_\_ (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik analisa data*. Salemba Medika
- Hasibuan. (2003) *Manajemen Sumber Daya Manusia edisi revisi*. Jakarta : Sinar Grafika Offset
- Leksokumoro N. (2009). *Intisari menu sehat*. Jakarta : Gramedia
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan*. Salemba Medika Jakarta
- \_\_\_\_\_ (2007) *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba medika.
- Notoatmodjo. (2003). *Metode Penelitian Klinis*. Jakarta : Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_ (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Mansjoer, Arif, et all. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3. Jilid 2. Jakarta : Media Aesculapius.
- Padwanita K. (2001). *Pengendalian hipertensi*. Bandung : ITB
- Pearce, Evelyn C. 2002. anatoni fisiologi untuk para medis. Jakarta : PT Gramedia
- Persatuan Ahli Gizi Indonesia. 2001. *Penuntun Diet Edisi 2*. Jakarta : Gramedia.

- Purwati, dkk. (2004). *Perencanaan menu untuk penderita tekanan darah tinggi*. Jakarta : PT Penebar Swadaya
- Riyanto, A. (2009). *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Bandung : Nuha Medika
- Rokhaeni, Heni. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta : Bidang Pendidikan Pelatihan Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional Harapan Kita.
- Tarwoto & Wartonah. 2003. *Kebutuhan Dasar Manusia & Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Waspadji,Soparman; Waspadji, Sarwono, (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Winardi. (2001). *Motivasi dan pemotivasianya*. Jakarta : Bumi Aksara
- Wulandari, A., Sari, S. A., & Ludiana. (2023). Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Rsud Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2), 163–171.

## Glosarium

---

### B

Bivariat: adalah metode statistik yang digunakan untuk meneliti hubungan antara dua variable yang berbeda

---

### H

Hipertensi: adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari sama dengan ( $\geq$ )140 mmHg dan/atau diastolik lebih dari sama dengan ( $\geq$ )90 mmHg

---

### E

Eksperimen: adalah kegiatan penelitian yang dilakukan untuk menguji hipotesis atau mengenali hubungan sebab – akibat antara gejala

---

### M

Motivasi: adalah dorongan internal dan eksternal dari tiap individu sebelum melakukan tindakan atau perilaku

---

### O

Observasi: adalah proses pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap suatu objek atau fenomena untuk mendapatkan informasi yang valid dan objektif.

---

### P

Perilaku Sehat: adalah segala hal yang dilakukan yang berpengaruh terhadap fisik, mental, emosional, psikologis, dan spiritual individu

Post Test: adalah tes yang dilakukan setelah dilakukan suatu kegiatan untuk mengukur suatu keadaan

Pre test: adalah tes yang dilakukan sebelum dilakukan suatu kegiatan untuk mengukur suatu keadaan

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

---

## **U**

Uni Variat : adalah Teknik analisis data yang dilakukan pada satu variable secara mandiri, tanpa dikaitkan dengan variable lainnya



# BAB 2

## METODE DALAM MENGHITUNG TENAGA KEPERAWATAN DI RUANGAN

Syaiful., S.Kep., Ns.,M.Pd.,M.Kes.

### A. Pendahuluan

---

Sistem Model Asuhan Keperawatan Profesional ( MAKP) adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur, yakni: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP. Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini dan akan menentukan kualitas produksi/jasa layanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai-nilai tersebut sebagai sesuatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud.

### B. Beberapa Metode Perhitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan

---

Berikut ini akan dipaparkan beberapa pedoman dalam penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap.

#### 1. Metode Rasio (SK Menkes RI No. 262 Tahun 1979).

Metode penghitungan dengan cara rasio menggunakan jumlah tempat tidur sebagai pembanding dari kebutuhan perawat yang diperlukan.(SUYANTO, S.Kp, 2008) Metode ini paling sering digunakan karena sederhana dan mudah. Kelemahan dari metode ini adalah hanya mengetahui jumlah perawat secara kuantitas tetapi tidak bisa mengetahui produktivitas perawat di rumah sakit dan kapan tenaga perawat tersebut dibutuhkan oleh setiap unit di rumah sakit. Metode ini bisa digunakan jika kemampuan dan sumber daya untuk perencanaan tenaga terbatas, sedangkan jenis, tipe, dan volume pelayanan kesehatan relatif stabil.(Nursalam, 2014)

**Tabel 2.1 Rasio jumlah tempat tidur dan kebutuhan perawat**

Type RUMAH SAKIT	PERBANDINGAN
KELAS A DAN B	TT:Tenaga Medis = (4-7):1 TT:Tenaga Keperawatan = 1:1 TT: Nonkeperawatan = 3:1 TT:Tenaga Nonmedis = 1:1
KELAS C	TT:Tenaga Medis = 9 : 1 TT:Tenaga Keperawatan = (3-4):2 TT: Nonkeperawatan = 5 : 1 TT:Tenaga Nonmedis = 3 : 4
KELAS D	TT:Tenaga Medis = 15 : 1 TT:Tenaga Keperawatan = 2 : 1 TT:Tenaga Nonmedis = 6 : 1
Khusus	Disesuaikan

Cara perhitungan ini masih ada yang menggunakan, namun banyak rumah sakit yang lambat laun meninggalkan cara ini karena adanya beberapa alternatif perhitungan yang lain yang lebih sesuai dengan kondisi rumah sakit dan profesional.

## 2. Metode Need.

Metode ini dihitung berdasarkan kebutuhan menurut beban kerja. Untuk menghitung kebutuhan tenaga, diperlukan gambaran tentang jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien selama di rumah sakit. Sebagai contoh untuk pasien yang menjalani rawat jalan, ia akan mendapatkan pelayanan, mulai dari pembelian karcis, pemeriksaan perawat/dokter, penyuluhan, pemeriksaan laboratorium, apotek dan sebagainya. Kemudian dihitung standar waktu yang diperlukan agar pelayanan itu berjalan dengan baik. Metode ini ada beberapa jenis, seperti:

a. Metode Hudgins.

Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat jalan menggunakan metode dari Hudgins, yaitu menetapkan standar waktu pelayanan pasien rawat jalan, yaitu dalam Tabel 9.4.

**Tabel 2.2 Standar waktu pelayanan pasien rawat jalan**

Kegiatan	Lama waktu (menit) untuk pasien	
	Baru	Lama
Pendaftaran	3	4
Pemeriksaan	15	11
dokter	18	11
Pemeriksaan asisten	51	0
dokterPenyuluhan	5	7
Laboratorium		

Penghitungan menggunakan rumus:

$$\frac{\text{rata-rata jam perawatan/hari} \times \text{jumlah rata-rata pasien/hari}}{\text{jumlah jam kerja/hari}}$$

b. Metode Douglas.

Untuk pasien rawat inap standar waktu pelayanan pasien rawat inap sebagai berikut:

- 1) Perawatan minimal memerlukan waktu: 1–2 jam/24 jam.
  - 2) Perawatan intermediat memerlukan waktu: 3–4 jam/24 jam.
  - 3) Perawatan maksimal/total memerlukan waktu: 5–6 jam/24 jam.
- Penerapan sistem klasifikasi pasien dengan tiga kategori tersebut adalah sebagai berikut.(Windy Rakhmawati, S.Kp, n.d.)

**Kategori I: perawatan mandiri.**

- 1) Dapat melakukan kebersihan diri sendiri, seperti mandi dan ganti pakaian.
- 2) Makan, dan minum dilakukan sendiri.
- 3) Pengawasan dalam ambulasi atau gerakan.
- 4) Observasi tanda vital setiap sif.
- 5) Pengobatan minimal, status psikologi stabil.
- 6) Persiapan prosedur pengobatan.

**Kategori II: perawatan *intermediate*.**

- 1) Dibantu dalam kebersihan diri, makan dan minum, ambulasi.
- 2) Observasi tanda vital tiap 4 jam.
- 3) Pengobatan lebih dari satu kali.
- 4) Pakai kateter Foley.
- 5) Pasang infus *intake-output* dicatat.
- 6) Pengobatan perlu prosedur.

### **Kategori III: perawatan total.**

- 1) Dibantu segala sesuatunya, posisi diatur.
- 2) Observasi tanda vital tiap 2 jam.
- 3) Pemakaian slang NG.
- 4) Terapi intravena.
- 5) Pemakaian *suction*.
- 6) Kondisi gelisah/disorientasi/tidak sadar.

### **Catatan:**

- 1) Dilakukan satu kali sehari pada waktu yang sama dan sebaiknya dilakukan oleh perawat yang sama selama 22 hari;
- 2) Setiap pasien minimal memenuhi 3 kriteria berdasarkan klasifikasi pasien;
- 3) Bila hanya memenuhi satu kriteria maka pasien dikelompokkan padaklasifikasi di atasnya.

Douglas menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi pasien, di mana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per sif, yaitu dalam tabel 1.3.

### **2.3. Nilai Standar Jumlah Perawat per Sif Berdasarkan Klasifikasi**

**Pasien**

Jumlah Pasien	Klasifikasi Pasien									
	Minimal			Parsial			Total			
	P	S	M	P	S	M	P	S	M	
1	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20	
2	0,34	0,28	0,20	0,54	0,30	0,14	0,72	0,60	0,40	
3	0,51	0,42	0,30	0,81	0,45	0,21	1,08	0,90	0,60	
dst.										

### **3. Metode Demand.**

Cara demand adalah perhitungan jumlah tenaga menurut kegiatan yang memang nyata dilakukan oleh perawat. Setiap pasien yang masuk ruang gawat darurat dibutuhkan waktu sebagai berikut:

- a. Untuk kasus gawat darurat: 86,31 menit.
- b. Untuk kasus mendesak: 71,28 menit.
- c. Untuk kasus tidak mendesak: 33,09 menit.

Hasil penelitian di RS Provinsi di Filipina, menghasilkan data sebagaimana tercantum dalam tabel 1.4.

**Tabel 2.4 Rata-rata jam perawatan yang dibutuhkan selama 24 jam**

Jenis Pelayanan	Rata-rata jam perawatan/hari/pasien
Nonbedah	3,4
Bedah	3,5
Campuran bedah dan nonbedah	3,5
Postpartum	3
Bayi baru lahir	2,5

#### 4. Metode Gilles.

- a. Rumus kebutuhan tenaga keperawatan di satu unit perawatan adalah:

$$\frac{A \times B \times C}{=H(C-D) \times EG} = F$$

**Keterangan:**

A = rata-rata jumlah perawatan/pasien/hari

B = rata-rata jumlah pasien/hari

C = jumlah hari / tahun

D = jumlah hari libur masing-masing perawat

E = jumlah jam kerja masing-masing perawat

F = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun

G = jumlah jam perawatan yang diberikan perawat per tahun

H = jumlah perawat yang dibutuhkan untuk unit tersebut

- b. Jumlah tenaga yang bertugas setiap hari:

$$\frac{\text{Rata-rata jam perawatan/hari} \times \text{rata-rata jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jumlah jam kerja efektif/hari}}$$

- c. Asumsi jumlah cuti hamil 5% (usia subur) dari tenaga yang dibutuhkan maka jumlah jam kerja yang hilang karena cuti hamil =  $5\% \times \text{jumlah hari cuti hamil} \times \text{jumlah jam kerja/hari}$

Tambahan tenaga:

$$\frac{5\% \times \text{jumlah tenaga} \times \text{jumlah jam kerja cuti hamil}}{\text{jumlah jam kerja efektif/tahun}}$$

**Catatan:**

- a. Jumlah hari tak kerja/tahun.  
Hari minggu (52 hari) + cuti tahunan (12 hari) + hari besar (12 hari) + cuti sakit/izin (10 hari) = 86 hari.
- b. Jumlah hari kerja efektif/tahun.  
Jumlah hari dalam 1 tahun – jumlah hari tak kerja = 365 – 86 = 279 hari.
- c. Jumlah hari efektif/minggu = 279 : 7 = 40 minggu Jumlah jam kerja perawat perminggu = 40 jam.
- d. Cuti hamil = 12 × 6 = 72 hari.
- e. Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan disatu unit harus ditambah 20% (untuk antisipasi kekurangan/cadangan).
- f. Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan per shift, yaitu dengan ketentuan. Proporsi dinas pagi 47%, sore 36%, dan malam 17%.
- g. Kombinasi jumlah tenaga menurut Abdellah dan Levinne adalah 55% tenaga profesional dan 45% tenaga nonprofesional.

**Prinsip perhitungan rumus Gillies:**

Dalam memberikan pelayanan keperawatan ada tiga jenis bentuk pelayanan,yaitu sebagai berikut.

- a. Perawatan langsung, adalah perawatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien pada perawat dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok, yaitu: *self care*, *partial care*, *total care* dan *intensive care*. Rata-rata kebutuhan perawatan langsung setiap pasien adalah empat jam perhari. Adapun waktu perawatan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien adalah:
  - 1) *Self care* dibutuhkan  $\frac{1}{2} \times 4$  jam : 2 jam
  - 2) *Partial care* dibutuhkan  $\frac{3}{4} \times 4$  jam : 3 jam
  - 3) *Total care* dibutuhkan  $1 - 1\frac{1}{2} \times 4$  jam : 4–6 jam
  - 4) *Intensive care* dibutuhkan  $2 \times 4$  jam : 8 jam.
- b. Perawatan tak langsung, meliputi kegiatan-kegiatan membuat rencana perawatan, memasang/menyiapkan alat, konsultasi dengan anggota tim, menulis dan membaca catatan kesehatan, melaporkan kondisi pasien. Dari hasil penelitian RS Graha Detroit = 38 menit/pasien/hari, sedangkan menurut Wolfe dan Young = 60 menit/pasien/hari dan penelitian di Rumah Sakit John Hopkins dibutuhkan 60 menit/pasien (Gillies, 1996).
- c. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien meliputi: aktivitas,

pengobatan serta tindak lanjut pengobatan. Menurut Mayer dalam Gillies (1996), waktu yang dibutuhkan untuk pendidikan kesehatan ialah 15 menit/pasien/ hari.

## 5. Metode formulasi Nina.

Dalam metode ini terdapat lima tahapan dalam menghitung kebutuhan tenaga.

a. Tahap I.

Dihitung A = jumlah jam perawatan pasien dalam 24 jam per pasien.

b. Tahap II.

Dihitung B = jumlah rata-rata jam perawatan untuk seluruh pasien dalam satu hari.  $B = A \times \text{tempat tidur}$ .

c. Tahap III.

Dihitung C = jumlah jam perawatan seluruh pasien selama setahun.

$C = B \times 365$  hari.

d. Tahap IV.

Dihitung D = jumlah perkiraan realistik jam perawatan yang dibutuhkan selama setahun.

$D = C \times \text{BOR}/80$ , 80 adalah nilai tetap untuk perkiraan realistik jam perawatan.

e. Tahap V.

Didapatkan E = jumlah tenaga perawat yang diperlukan.

$E = D/1878$ .

Angka 1878 didapatkan dari hari efektif per tahun (365 – 52 hari minggu = 313 hari) dan dikalikan dengan jam kerja efektif per hari (6 jam).

## 6. Metode hasil lokakarya keperawatan.

Penentuan kebutuhan tenaga perawat menurut Lokakarya Keperawatan dengan mengubah satuan hari dengan minggu. Rumus untuk penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan adalah sebagai berikut.

$$\frac{\text{Jam perawatan 24 jam} \times 7 (\text{tempat tidur} \times + 25\%)}{\text{BOR}}$$

Hari kerja efektif × 40 jam

Formula ini memperhitungkan hari kerja efektif yaitu 41 minggu yang dihitung dari: 365 – (52 hr minggu + 12 hari libur nasional + 12 hari cuti tahunan) = 289 hari atau 41 minggu. Angka 7 pada rumus tersebut adalah jumlah hari selama satu minggu. Nilai 40 jam didapat dari jumlah jam kerja dalam seminggu. Tambahan 25% adalah untuk penyesuaian terhadap

produktivitas.

## 7. Menghitung tenaga perawat berdasarkan Full Time Equivalent (FTE).

Keputusan untuk penentuan jumlah dan jenis perawat adalah berdasarkan pada populasi pasien yang mendapatkan perawatan, tingkat pendidikan dan keterampilan perawat serta filosofi organisasi tentang perawat dan perawatan pasien. Penentuan jumlah dan jenis perawat dilakukan berdasarkan *Full Time Equivalent* (FTE). Konsep FTE didasarkan bahwa seorang perawat bekerja penuh waktu dalam setahun, artinya bekerja selama 40 jam/minggu atau 2.080 jam dalam periode 52 minggu. Jumlah waktu tersebut meliputi waktu produktif maupun nonproduktif, sedangkan yang dipertimbangkan hanya waktu produktif yang digunakan untuk perawatan pasien. Cara ini juga mempertimbangkan hari perawatan dan klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungannya karena akan memengaruhi jumlah jam perawatan yang dibutuhkan.(Robert Priharjo, M.Sc, S.Kep, 2008)

Contoh penghitungan FTE dan tenaga perawat:

Total beban kerja unit (W) atau jumlah jam kerja perawat dapat ditentukan berdasarkan jumlah rerata jam perawatan dalam 24 jam (ACH) dan hari perawatan pasien (PD) menggunakan rumus berikut.

$$W = \sum^5 (PD_i \times ACH_i)$$

### Keterangan:

W = Beban Kerja (*Workload*)

PD = Hari perawatan pasien (*Patient Days*)

ACH= Rerata jumlah jam kerja perawat (*Average Care Hours per 24 hours*)

$\Sigma$  = jumlah tingkat klasifikasi pasien

5 = konstanta sesuai tingkat klasifikasi pasien

**Tabel 2.5 Rerata jam perawatan dan hari rawat pasien**

Tingkat klasifikasi Pasien	Rerata jam perawatan dalam 24 jam	Proyeksi jumlah hari rawat pasien
1	3,5	1.500
2	5,0	2.500
3	9,0	3.000
4	13,0	2.100
5	17,5	1.100

Berdasarkan tabel hasil di atas dapat dihitung bahwa total beban kerja unit adalah 91.300 jam.

Informasi tambahan yang didapatkan adalah:

- a. 1 FTE = 2.080 jam
- b. Persentase jam produktif perawat adalah 85% (jadi rerata jam produktif adalah 1.768/FTE)
- c. Tenaga perawat di unit ini dijadwalkan untuk bekerja sesuai standar yaitu 55% untuk sif siang dan 45% untuk sif malam
- d. Kualifikasi tenaga perawat adalah 75% *Registered Nurse* (RN), 15% *Licensed Practical Nurse* (LPN), 10% *Nurse Assistants* (NA).

Tenaga perawat keseluruhan yang dibutuhkan adalah sebagai berikut.

91.300 jam yang dibutuhkan dalam

$$\begin{array}{rcl} \text{setahun} & & 51.64 = \text{FTE Tenaga perawat yang} \\ \hline & & \text{dibutuhkan dalam satu tahun} \\ 1.769 \text{ jam produktif} & & \end{array}$$

Jumlah perawat yang dibutuhkan pada sif siang dan malam dihitung dengan cara berikut.

- a. Siang:  $51,64 \text{ FTE} \times 55\% = 28,4 \text{ FTE}$
- b. Malam:  $51,64 \text{ FTE} \times 45\% = 23,2 \text{ FTE}$ .

Jenis tenaga perawat yang dibutuhkan ditentukan dengan cara berikut:

- a. Siang:
  - RN:  $28,4 \times 75\% = 21,3$
  - LPN:  $28,4 \times 15\% = 4,26$
  - NA:  $28,4 \times 10\% = 2,84$
- b. Malam:
  - RN:  $23,2 \times 75\% = 17,4$
  - LPN:  $23,2 \times 15\% = 3,48$
  - NA:  $23,2 \times 10\% = 2,32$ .

## 8. Berdasarkan pengelompokan unit kerja dirumah sakit (Depkes, 2011).

Kebutuhan tenaga keperawatan (perawat dan bidan) harus memperhatikan unit kerja yang ada di rumah sakit. Secara garis besar terdapat pengelompokan unit kerja di rumah sakit sebagai berikut.(Kholid Rosyidi MN, S.Kep., 2013)

### a. Rawat inap

Berdasarkan klasifikasi pasien, cara perhitungannya berdasarkan:

- 1) tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus;

- 2) jumlah perawatan yang diperlukan/hari/pasien;
- 3) jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari;
- 4) jam kerja efektif tiap perawat atau bidan 7 jam per hari.

Jumlah tenaga keperawatan yang diperlukan adalah:

Jumlah jam perawatan

Jam kerja efektif per  
sif

Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksidengan hari libur/cuti/hari besar (*loss day*).

***Loss day =***

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu 1 tahun} + \text{cuti} + \text{hari besar}}{\text{Jumlah hari kerja efektif}} \times \frac{\text{Jumlah perawat tersedia}}{}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas-tugas non keperawatan (*non-nursing jobs*), seperti: membuat perincian pasien pulang, kebersihan Ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien dan lain-lain, diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

$(\text{Jumlah tenaga keperawatan} + \text{loss day}) \times 25\%$  Jumlah tenaga: tenaga yang tersedia + faktor koreksi

- 1) Tingkat ketergantungan pasien:

Pasien diklasifikasikan dalam beberapa kategori yang didasarkan pada kebutuhan terhadap asuhan keperawatan/kebidanan.(Windy Rakhmawati, S.Kp, n.d.)

- a) Asuhan keperawatan minimal (*minimal care*), dengan kriteria:

- kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri;
- makan dan minum dilakukan sendiri;
- ambulasi dengan pengawasan;
- observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap sif;
- pengobatan minimal, status psikologis stabil.

- b) Asuhan keperawatan minimal (*minimal care*), dengan kriteria:

- Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri;
- Makan dan minum dilakukan sendiri;
- Ambulasi dengan pengawasan;
- Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap sif;
- Pengobatan minimal, status psikologis stabil.

- c) Asuhan keperawatan sedang, dengan kriteria:

- Kebersihan diri dibantu makan minum dibantu;
  - Observasi tanda-tanda vital setiap empat jam;
  - Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali.
- d) Asuhan keperawatan agak berat, dengan kriteria:
- Sebagian besar aktivitas dibantu;
  - Observasi tanda-tanda vital setiap 2–4 jam sekali;
  - Terpasang kateter Foley, *intake* dan *output* dicatat;
  - Terpasang infus;
  - Pengobatan lebih dari sekali;
  - Persiapan pengobatan memerlukan prosedur.
- e) Asuhan keperawatan maksimal, dengan kriteria:
- Segala aktivitas dibantu oleh perawat;
  - Posisi pasien diatur dan observasi tanda-tanda vital setiap dua jam;
  - Makan memerlukan NGT dan menggunakan *suction*;
  - Gelisah/disorientasi.

Jumlah perawat yang dibutuhkan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan di ruangan hari}}{\text{Jam efektif perawat}}$$

Untuk penghitungan jumlah tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi)dengan:

Hari libur/cuti/hari besar

(*loss day*) *Loss day* =

Jumlah hari minggu dalam 1  
tahun + cuti+Hari besar

$$\frac{\text{Jumlah hari kerja efektif}}{\text{ }} + \text{Jumlah perawat yang di perlukan}$$

Jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas-tugas nonkeperawatan (*non-nursing jobs*) seperti contohnya:

membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien, dan lain-lain diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan.

$$(\text{Jumlah tenaga keperawatan} + \text{loss day}) \times 25\%$$

**b. Jumlah tenaga untuk kamar operasi**

- 1) Dasar penghitungan tenaga di kamar operasi:
  - a) Jumlah dan jenis operasi;
  - b) Jumlah kamar operasi;
  - c) Pemakaian kamar operasi (diprediksi 6 jam per hari) pada hari kerja;
  - d) Tugas perawat di kamar operasi: instrumentator, perawat sirkulasi (2orang/tim);
  - e) Tingkat ketergantungan pasien:
    - Operasi besar: 5 jam/ operasi;
    - Operasi sedang: 2 jam/operasi;
    - Operasi kecil: 1 jam /operasi.

Rumus:

$$\frac{(\text{Jumlah jam perawatan}/\text{hari} \times \text{Jumlah operasi}) \times \text{Jumlah perawat dalam tim}}{\text{Jam kerja efektif}/\text{hari}}$$

**c. Jumlah tenaga di ruang penerimaan**

- 1) Ketergantungan pasien di ruang penerimaan: 15 menit
- 2) Ketergantungan di RR: 1 jam

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan} \times \text{Rata-rata jumlah pasien}/\text{hari}}{\text{Jam kerja efektif}/\text{hari}}$$

Perhitungan di atas dengan kondisi: alat tenun dan set operasi dipersiapkan oleh CSSD

**d. Jumlah tenaga di instalasi**

Gawat darurat Dasar perhitungan di gawat darurat adalah:

- 1) Rata-rata jumlah pasien per hari
- 2) Jumlah jam perawatan per hari
- 3) Jam efektif per hari

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien} \times \text{Jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jam kerja efektif/hari}}$$

Ditambah *lost day* 86/279 × jumlah kebutuhan

#### e. Critical Care

$$\begin{array}{lcl} \text{Rata-rata jumlah pasien/hari} & & = 10 \\ \text{Jumlah jam perawatan/hari} & & = 12 \end{array}$$

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien/hari} \times \text{Jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jam kerja/hari}}$$

Ditambah lost day 86/279 × jumlah kebutuhan

#### f. Rawat Jalan

$$\begin{array}{lcl} \text{Jumlah pasien/hari} & & = 100 \text{ orang} \\ \text{Jumlah jam perawatan/hari} & & = 15 \text{ menit} \end{array}$$

$$\frac{\text{Rata-rata jumlah pasien/hari} \times \text{Jumlah jam perawatan/hari}}{\text{Jam efektif/hari (7 jam)} \times 60 \text{ menit}}$$

Ditambah koreksi 15%

#### g. Kamar Bersalin

$$\begin{array}{lcl} \text{Waktu pertolongan kala I-IV} & & = 4 \text{ jam/pasien} \\ \text{Jam kerja efektif} & & = 7 \text{ jam/hari} \\ \text{Rata-rata jumlah pasien setiap hari} & & = 10 \text{ orang} \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 \text{Jumlah setiap hari rata-rata} \times 4 \\
 \text{jam} \\
 \hline
 7 \text{ jam/hari}
 \end{array}$$

Ditambah *lost day*.

## **9. Workload Indicator Staff Needs (Permenkes) Nomor: 81/MENKES/SK/2004**

Pada tahun 2004 Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 81/MENKES/SK/2004 telah mengeluarkan Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM dengan menggunakan metode Workload Indicator Staff Needs (WISN)(Soesanto, n.d.). Metode WISN dapat menentukan kebutuhan jumlah staf berdasarkan jumlah dan jenis pekerjaan dan berpotensi untuk menurunkan biaya (Samsuzzaman, 2013). Metode WISN adalah alat pengelolaan sumber daya manusia yang dikembangkan dan direvisi oleh WHO, dan telah digunakan di sejumlah seting yang berbedan dan di berbagai negara (Pamela *et al.*, 2013).

WISN merupakan metode perhitungan kebutuhan SDM yang tertera dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 81/Menkes/Sk/I/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit.(Ns. Ali Maghfuri, 2015)

Metode WISN adalah alat manajemen sumber daya manusia yang digunakan untuk menentukan berapa banyak tenaga kesehatan jenis tertentu yang diperlukan untuk mengatasi beban kerja yang diberikan, dan menilai tekanan beban kerja tenaga kesehatan di fasilitas tersebut. (WHO, 2010). WISN dapat menghitung epidemiologi pribumi dan rangkaian layanan tertentu, sehingga hasilnya tepat dan berguna dalam perencanaan dan implementasi kebijakan (Burme *et al.*, 2017)

Metode WISN adalah alat manajemen sumber daya manusia yang digunakan untuk menentukan berapa banyak tenaga kerja kesehatan tertentu. Rumah sakit adalah institusi yang paling sesuai untuk penerapan metode WISN karena dapat memberikan hasil yang reliabel, hal ini karena terdapat staf dengan tipe yang berbeda dan kompleksitas yang tinggi (Saikat, 2013). Rasio antara jumlah perhitungan menurut WISN dan jumlah actual, menunjukkan apakah staf bekerja dibawah tekanan dan sejauh mana profesionalitas dapat dijunjung tinggi di fasilitas (Anuja & Swati, 2013).

Terdapat lima langkah perhitungan SDM menurut WISN yaitu menetapkan waktu tersedia, menetapkan unit kerja tersedia, dan kategori SDM, menyusun standar beban kerja, menyusun standar kelonggaran, dan melakukan perhitungan kebutuhan tenaga per unit kerja.

a. Menetapkan waktu kerja tersedia:

Menetapkan waktu kerja tersedia bertujuan untuk mendapatkan waktu kerja tersedia di masing – masing kategori SDM yang bekerja di RS selama satu tahun. Data yang diperlukan adalah sebagai berikut:

- 1) Hari kerja sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau Peraturan Daerah. (A)
  - 2) Cuti tahunan sesuai ketentuan tiap SDM. (B).
  - 3) Pendidikan dan pelatihan sesuai ketentuan yang berlaku di RS yang bertujuan untuk meningkatkan kompetensi dan professionalism, setiap kategori SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan, kursus, seminar atau lokakarya. (C)
  - 4) Hari libur nasional, sesuai dengan Keputusan Bersama Menteri terkait tentang hari libur nasional dan cuti bersama. (D)
  - 5) Ketidakhadiran kerja sesuai data rata – rata ketidak hadiran kerja selama satu tahun. (E)
  - 6) Waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku di RS atau peraturan. (F)
- Berdasarkan data tersebut kemudian dilakukan perhitungan untuk menentukan waktu kerja tersedia dengan formula sebagai berikut :

Waktu Kerja Tersedia = {A-(B+C+D+E)} X FKeterangan :

A : Hari kerja

B : Cuti tahunan

C : Pendidikan dan pelatihan

D : Hari libur nasional

E : Ketidakhadiran kerja

F : Waktu kerja

b. Menetapkan Unit kerja dan Kategori SDM

Menetapkan unit kerja dan kategori SDM bertujuan untuk diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan.

Data informasi yang diperlukan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah :

- 1) Bagan struktur organisasi RS dengan uraian tugas pkk dan fungsinya.
- 2) Keputusan direktur RS tentang pembentukan unit kerja structural dan fungsinal.

- 3) Data pegawai berdasar pendidikan yang bekerja pada tiapunit kerja di RS.
  - 4) PP nmor 32 tahun 1996 tentang SDM kesehatan.
  - 5) Peraturan perundangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM kesehatan.
  - 6) Standar profesi, setandar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) pada tiap unit kerja RS.
- c. Menyusun Standar Beban Kerja

Standar beban kerja adalah kuantitas beban kerja selama 1 tahun setiap kategori SDM. Standar beban kerja disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia per tahun yang dimiliki oleh setiap kategori tenaga.(Lidya Maharni, Yecy Anggreny, 2021)

Pelayanan kesehatan di RS bersifat individual, spesifik dan unik sesuai karakteristik pasien, jenis dan berat ringannya penyakit, dan ada tidak komplikasi. Disamping itu harus mengacu pada standar operasional prosedur (SOP). Oleh sebab itu pelayanan kesehatan RS membutuhkan SDM yang memiliki berbagai jenis kompetensi, jumlah dan distribusinya tiap unit kerja sesuai beban kerja.

Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan beban kerja tiap kategori SDM adalah sebagai berikut :

- 1) Kategori SDM yang bekerja pada tiap unit kerja RS.
- 2) Standar pelayanan dan standar profesi yang berlaku di RS.
- 3) Rata – rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM untuk menyelesaikan berbagai pelayanan kesehatan atau non kesehatan di RS.
- 4) Informasi berupa data kegiatan pelayanan pada unit kerja RS.

Beban kerja masing-masing kategori SDM di tiap unit kerja RS adalah sebagai berikut:

- 1) Kegiatan pokok yang dilakukan oleh masing – masing kategori SDM.
- 2) Rata – rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tiap kegiatan pokok oleh masing – masing kategori SDM. Rata – rata waktu ditetapkan berdasarkan pengamatan selama bekerja dan kesepakatan bersama.

Standar beban kerja adalah kuantitas beban kerja selama 1 tahun per kategori SDM. Standar beban kerja disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing – masing kategori SDM. Rumus untuk perhitungan

standar beban kerja adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar beban kerja} = \frac{\text{Rata-rata waktu kerja tersedia}}{\text{Rata-rata peraturan kegiatan pokok}}$$

d. Menyusun standar kelonggaran

Penyusunan standar kelonggaran bertujuan untuk diperolehnya faktor kelonggaran pada tiap kategori SDM. Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilakukan wawancara dan pengamatan langsung untuk mendapatkan datanya:

- 1) Kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan ke pasien
- 2) Frekuensi kegiatan dalam hari, minggu, dan bulan.
- 3) Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan.

Setelah faktor kelonggaran tiap kategori diperoleh langkah selanjutnya adalah menyusun standar kelonggaran dengan rumus dibawah ini:

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Rata-rata waktu per-faktor kelonggaran}}{\text{Waktu Kerja Tersedia}}$$

e. Perhitungan kebutuhan SDM

Perhitungan ini bertujuan untuk diperolehnya jumlah SDM sesuai beban kerja selama 1 tahun. Sumber data yang diperlukan untuk menentukan jumlah kebutuhan SDM per unit kerja meliputi:

- 1) Data yang diperoleh dari langkah sebelumnya diantaranya waktu kerja tersedia, standar beban kerja dan standar kelonggaran masing-masing kategori SDM.
- 2) Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahun. Kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja RS selama kurun waktu satutahun.

Kebutuhan jumlah SDM disetiap unit kerja dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas kegiatan Pokok} + \text{Standar Kelonggaran}}{\text{Standar Beban Kerja}}$$

Berdasarkan rumus perhitungan tersebut, kebutuhan SDM untuk tiap kegiatan pokok terlebih dahulu di jumlahkan sebelum di tambahkan dengan Standar Kelonggaran masing- masing kategori SDM.

Berdasarkan WISN oleh Shipp (1998) langkah terakhir dalam perhitungan WISN dan berhubungan dengan pengambilan keputusan yaitu rasio. Rasio antara kenyataan dan kebutuhan, inilah yang dimaksud dengan *workload indicator staffing needs* (WISN) dengan ketentuan:

- 1) Rasio WISN = 1 berarti jumlah SDM sesuai dengan beban kerja berdasar SOP yang telah ditetapkan
- 2) Rasio WISN < 1 berarti jumlah SDM yang ada belum sesuai dengan beban kerja.
- 3) Rasio WISN > 1 berarti SDM berlebihan.

## 10. Workload Indicator Staff Needs (WHO)

Workload Indicators of Staffing Need (WISN) adalah metode atau alat manajemen sumber daya manusia yang dapat menentukan berapa banyak tenaga kesehatan dari bidang tertentu yang diminta untuk mengatasi beban kerja dari fasilitas kesehatan tertentu dan menilai tekanan beban kerja tenaga kesehatan pada fasilitas tersebut. Metode WISN sangat baik diterapkan karena mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis dapat diterima oleh manajer layanan kesehatan, dapat dipahami oleh manajer non-medis, dan realistik.

Menggunakan metode WISN suatu fasilitas kesehatan dapat menghitung jumlah staf yang dibutuhkan berdasarkan beban kerja mereka. Terdapat langkah dalam penerapan metode WISN, yaitu menentukan kader yang prioritaskan dan jenis fasilitas kesehatan, memperkirakan alokasi waktu kerja yang tersedia, menentukan komponen beban kerja, menetapkan standar aktivitas, menetapkan beban kerja standar, menghitung faktor penyisihan, menentukan persyaratan staf berdasarkan WISN , menganalisis dan menafsirkan hasil WISN.

a. Menentukan kader prioritas dan jenis fasilitas kesehatan Metode WISN dapat diterapkan pada semua kader pekerja kesehatan dan semua jenis fasilitas kesehatan. Biasanya lebih baik memulai dengan staf dan fasilitas di tingkat perawatan primer. Ini adalah hal terpenting dalam pemberian layanan di sebagian besar negara.

Pertama, daftar semua jenis fasilitas kesehatan dan unit kerja sesuai kebutuhan dan kategori staf utama yang bekerja disana.

Kedua, tentukan masalah kepegawaian Anda yang paling sulit sehubungan dengan kader staf ini. Tulislah. Pertimbangkan masalah kepegawaian Anda saat ini, dan juga hal-hal yang Anda antisipasi di masa depan.

Ketiga, tentukan kategori staf dan jenis fasilitas kesehatan yang harus memiliki prioritas tertinggi. Anda mungkin juga ingin memilih prioritas kedua dan ketiga, jika Anda merasa memiliki cukup sumber daya untuk menggabungkannya dalam proses WISN saat ini atau yang akan datang.

- b. Memperkirakan waktu kerja yang tersedia

Tenaga kesehatan tidak bekerja setiap hari sepanjang tahun. Mereka berhak mendapatkan cuti tahunan. Mereka juga tidak bekerja pada hari libur resmi atau, jika mereka terpaksa masuk, mereka diberi kompensasi berupa gaji ekstra. Mereka memiliki berbagai alasan untuk absen seperti sakit, mengikuti training, atau memiliki alasan pribadi lainnya untuk absen. Langkah selanjutnya dalam metode WISN adalah menghitung waktu kerja yang tersedia (Available Working Time/ AWT) para kader, berikut adalah rumus perhitungan secara matematis:

$$AWT = [A - (B + C + D + E)] \times F$$

Keterangan :

AWT : total waktu kerja yang tersedia selama setahun dalam jam

A : kemungkinan jumlah hari kerja dalam setahun

B : jumlah hari libur untuk liburan resmi dalam setahun

C : jumlah hari libur untuk cuti tahunan dalam satu tahun

D : jumlah hari libur karena cuti sakit dalam setahun

E : jumlah hari libur karena cuti lainnya, training dll dalam setahun

F : jumlah jam kerja dalam satu hari.

- c. Mendefinisikan komponen beban kerja

Terdapat tiga jenis komponen beban kerja yaitu :

- 1) Kegiatan pelayanan kesehatan: Dilakukan oleh semua anggota kategori staf. Statistik reguler dikumpulkan kepada mereka.
- 2) Kegiatan pendukung: Dilakukan oleh semua anggota, namun statistik reguler tidak dikumpulkan kepada mereka
- 3) Kegiatan tambahan: Dilakukan hanya oleh anggota tertentu (tidak semua). Statistik reguler tidak dikumpulkan kepada mereka.

- d. Menetapkan standar aktivitas

Standar aktivitas adalah waktu yang diperlukan bagi pekerja yang terlatih, terampil dan termotivasi untuk melakukan aktivitas terhadap standar profesional dalam situasi setempat harus ditentukan berapa banyak waktu kerja yang dibutuhkan setiap komponen jika dilakukan dengan baik. Ini disebut standar aktivitas pengembangan.

- 1) Standar pelayanan untuk kegiatan pelayanan kesehatan Standar pelayanan adalah standar kegiatan untuk aktivitas pelayanan kesehatan. Standar pelayanan ditetapkan untuk kegiatan pelayanan kesehatan kategori pekerja kesehatan. Standar pelayanan ini dapat ditunjukkan dalam satu dari dua cara. Pertama adalah sebagai satuan waktu. Inilah saat rata-rata petugas kesehatan perlu melakukan

aktivitas tersebut. Kedua adalah sebagai tingkat kerja. Ini adalah jumlah rata-rata aktivitas yang diselesaikan dalam jangka waktu yang ditentukan.

Satuan waktu standar layanan diukur dari mulainya satu aktivitas sampai awal aktivitas serupa berikutnya. Perkiraan waktu harus mencakup waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan semua pekerjaan terkait dengan aktivitas layanan saat dilakukan. Perlu diperhatikan bahwa standar aktivitas didasarkan pada pekerjaan yang dilakukan terhadap standar profesional dalam situasisetempat.

- 2) Standar tunjangan untuk kegiatan pendukung dan kegiatan tambahan Standar tunjangan adalah standar aktivitas untuk kegiatan dukungan dan kegiatan tambahan. Ada dua jenis standar tunjangan, yaitu standar tunjangan kategori / *Category Allowance Standards* (CAS) yang dianggarkan untuk kegiatan pendukung yang dilakukan oleh semua anggota kategori staf dan standar tunjangan individu / *Individual Allowance Standards* (IAS) dianggarkan untuk kegiatan tambahan yang hanya dilakukan anggota kader tertentu.

- a) Standar tunjangan kategori (CAS)

Perlu diketahui berapa banyak waktu yang dibutuhkan petugas kesehatan untuk semua aktivitas pendukung yang menjadi tanggung jawabnya. Penghitungannya adalah sebagai berikut.

- Daftar komponen beban kerja dalam kelompok kegiatan pendukung.
- Tuliskan waktu masing-masing.
- Ubah waktu aktual menjadi persentase waktu kerja untuk setiap komponen beban kerja.
- Tambahkan semua persentase untuk mendapatkan persentase CAS total. Anda akan menggunakan angka ini dalam langkah selanjutnya dari metode WISN.

- b) Standar tunjangan individu (IAS)

Selanjutnya, perlu diketahui berapa banyak waktu yang dibutuhkan untuk aktivitas tambahan anggota staf tertentu, dengan langkah sebagai berikut :

- Tuliskan jumlah anggota staf yang melakukan aktivitas dan waktu yang dibutuhkan.
- Selanjutnya, kalikan jumlah anggota staf dengan jumlah aktivitas dalam satu tahun. Lakukan hal ini untuk setiap komponen beban kerja.

- Tambahkan hasilnya untuk menghitung total IAS dalam setahun. Pastikan menggunakan satuan waktu yang sama (misalnya, jam per tahun) saat Anda melakukan penambahan.

e. Menetapkan beban kerja standar

Beban kerja standar adalah jumlah pekerjaan di dalam komponen beban layanan kesehatan yang dapat dilakukan oleh satu petugas kesehatan dalam setahun. Rumus untuk menghitung beban kerja standar bergantung pada apakah standar layanan dinyatakan sebagai satuan waktu atau tingkat kerja.

Gunakan rumus ini bila standar layanan ditampilkan sebagai satuan waktu:

**“Standar beban kerja = AWT dalam satu tahun dibagi satuan waktu.”**

Gunakan rumus ini bila standar layanan dinyatakan sebagai tingkat kerja:

**“Standar beban kerja = AWT dalam satu tahun dikalikan dengan tingkat kerja.”**

f. Menghitung faktor tunjangan

Faktor Tunjangan Kategori / Category Allowance Standards (CAF) adalah pengganda yang digunakan untuk menghitung jumlah petugas kesehatan yang dibutuhkan untuk kegiatan pelayanan kesehatan dan kegiatan dukungan.

CAF dihitung dengan menggunakan rumus berikut:  $CAF = 1 / [1 - (\text{Total CAS} / 100)]$

Setelah itu dilakukan perhitungan faktor tunjangan individu (individual allowance factor / IAF), IAF adalah persyaratan staf untuk mencakup kegiatan tambahan anggota kader tertentu. IAF menunjukkan berapa jumlah anggota staf yang setara dengan pekerja penuh waktu (atau berapa proporsi waktu anggota staf) yang diperlukan untuk mengkover komitmen waktu anggota kader tertentu terhadap kegiatan tambahan.

g. Menentukan persyaratan staf berdasarkan WISN

Diperlukan statistik layanan tahun lalu untuk setiap fasilitas yang ingin Anda hitung. Anda memerlukan data ini untuk setiap aktivitas layanan kesehatan yang mana Anda ingin menghitung beban kerja standar. perhitungan jumlah staf yang dibutuhkan harus dilakukan secara terpisah untuk tiga kelompok beban kerja yang berbeda. Perhitungannya dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Kegiatan pelayanan kesehatan: beban kerja tahunan fasilitas kesehatan untuk setiap komponen beban kerja (dari statistik layanan tahunan) dibagi dengan standar beban kerja masing-masing. Hal ini menunjukkan jumlah petugas kesehatan yang diperlukan untuk kegiatan di fasilitas kesehatan ini. Tambahkan persyaratan dari semua komponen beban kerja bersama-sama. Jawaban yang didapatkan adalah jumlah kebutuhan staf untuk semua kegiatan pelayanan kesehatan.
- 2) Kegiatan pendukung yang dilakukan oleh semua anggota kategori staf: Kalikan jawaban yang didapatkan di atas (kegiatan pelayanan kesehatan) dengan kategori tunjangan faktor. Ini menunjukkan jumlah petugas kesehatan yang dibutuhkan untuk semua kegiatan layanan kesehatan dan kegiatan pendukung.
- 3) Aktivitas tambahan anggota kader tertentu: Tambahkan faktor penyisihan individu ke kebutuhan staf di atas. Berdasarkan WISN untuk fasilitas kesehatan yang dimaksud. Perhitungan ini mengkalkulasi staf yang Anda butuhkan di fasilitas untuk mengatasi semua komponen beban kerja kader.

Jumlah akhir staf yang dibutuhkan seringkali pecahan, perlu dibulatkannya secara keseluruhan. Dampak pembulatan angka ke atas atau ke bawah jauh lebih besar di fasilitas kesehatan yang hanya memiliki beberapa pekerja di kader WISN daripada di fasilitas yang jumlah staf yang lebih memadai. Oleh karena itu, harus lebih dermawan dalam mengumpulkan kebutuhan staf yang dihitung kecil (misalnya satu atau dua) dari yang besar. Gunakan rekomendasi dibawah ini sebagai panduan untuk menentukan apakah Anda harus membulatkan ke atas atau ke bawah.

- 1) 1.0 - 1.1 dibulatkan ke 1 dan > 1.1 - 1.9 dibulatkan menjadi 2
- 2) 2.0 - 2.2 dibulatkan menjadi 2 dan > 2.2 - 2.9 dibulatkan menjadi 3
- 3) 3.0-3.3 dibulatkan menjadi 3 dan > 3.3 - 3.9 dibulatkan menjadi 4
- 4) 4.0 - 4.4 dibulatkan ke bawah menjadi 4 dan > 4.4 - 4.9 dibulatkan sampai 5
- 5) 5.0 - 5.5 dibulatkan menjadi 5 dan > 5.5 - 5.9 dibulatkan menjadi 6

h. Menganalisis dan menafsirkan hasil WISN

Setelah selesai menentukan berapa banyak tenaga kesehatan yang dibutuhkan berdasarkan WISN untuk mengatasi total beban kerja di fasilitas kesehatan prioritas Anda. Langkah selanjutnya adalah menganalisa hasilnya dan mempertimbangkan kemungkinan implikasinya.

Hasil WISN dianalisis dengan dua cara. Analisis pertama melihat perbedaan antara jumlah staf yang ada dan jumlah staf yang dibutuhkan. Analisis kedua menguji perbandingan kedua angka ini. Kedua analisis tersebut membantu Anda memeriksa berbagai aspek situasi kepegawaian di fasilitas kesehatan.

- 1) Perbedaan: Dengan membandingkan perbedaan antara tingkat kepegawaian saat ini dan yang dibutuhkan, dapat mengidentifikasi fasilitas kesehatan yang relatif kekurangan tenaga atau kelebihan pegawai
- 2) Rasio: Dengan menggunakan rasio WISN sebagai ukuran proxy, dapat menilai tekanan kerja yang dialami pekerja kesehatan dalam pekerjaan mereka sehari-hari di fasilitas kesehatan.

Rasio WISN satu menunjukkan bahwa kepegawaian saat ini sesuai dengan tuntutan staf dari beban kerja fasilitas kesehatan. Rasio WISN lebih dari satu adalah bukti kelebihan staff sehubungan dengan beban kerja. Sebaliknya, rasio WISN kurang dari satu mengindikasikan bahwa jumlah staf saat ini tidak mencukupi untuk mengatasi beban kerja. Semakin kecil rasio WISN, semakin besar tekanan kerja.

Hasil WISN dapat mempengaruhi berbagai jenis pengambilan keputusan mengenai tenaga kesehatan. Ini termasuk cara terbaik untuk mengatasi tantangan kepegawaian saat ini serta bagaimana memberi layanan kesehatan dimasa depan. Namun semua upaya WISN terbuang sia-sia jika hasilnya tidak digunakan untuk memperbaiki manajemen sumber daya manusia. Hasil WISN dapat digunakan untuk mengambil keputusan dengan lebih baik mengenai penempatan staf, sehingga dapat meningkatkan distribusi staf saat ini dan mengurangi tekanan beban kerja, Mengkaji dan menyelaraskan alokasi tugas antar kader, Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan saat ini, Perencanaan kepegawaian masa depan layanan kesehatan.

## **Referensi**

- Kholid Rosyidi MN, S.Kep., N. (2013). Manajemen Kepemimpinan Dalam Keperawatan (Arif M@ftu). CV. Trans Info Media.
- Lidya Maharni, Yecy Anggreny, T. R. dkk. (2021). BUKU AJAR Kepempimpinan dan Manajemen Keperawatan.
- Ns. Ali Maghfuri, S. K. (2015). Buku Pintar Keperawatan Konsep dan Aplikasi (T. Ismail (ed.); Arif M@ftu). CV. TRANS INFO MEDIA.
- Nursalam, D. (2014). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Krperawatan Profesional Edisi 4. Salemba Medika.
- Robert Priharjo, M.Sc, S.Kep, R. (2008). Konsep & Perspektif Praktik Keperawatan Profesional (Ns. Esty W). Perputakaan Nasional.
- Soesanto, D. (n.d.). Perhitungan Kebutuhan Tenaga Keperawatan Berdasarkan WISH di RS. Gotong Royong. 71–79.
- SUYANTO, S.Kp, M. K. (2008). MENGENAL KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT (Handoko Ri). MITRA CENDIKIA Press.
- Windy Rakhmawati, S.Kp, M. K. (n.d.). PERENCANAAN KEBUTUHAN TENAGA KEPERAWATAN DI UNIT KEPERAWATAN. 1–14.

## **Glosarium**

Tenaga Keperawatan : Profesional kesehatan yang bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Rasio Tenaga Keperawatan: Perbandingan antara jumlah perawat dan jumlah pasien atau tempat tidur yang ada di rumah sakit.

Metode Rasio: Metode perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan jumlah tempat tidur di rumah sakit.

Metode Need: Metode yang menghitung kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan beban kerja dan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Metode Demand: Metode yang menghitung jumlah tenaga keperawatan berdasarkan waktu yang diperlukan untuk melayani pasien.

Workload Indicator Staff Needs (WISN): Metode untuk menentukan kebutuhan jumlah staf berdasarkan beban kerja yang ada.

Full Time Equivalent (FTE): Konsep yang digunakan untuk menghitung jumlah tenaga kerja berdasarkan jam kerja yang setara dengan pekerjaan penuh waktu.

Klasifikasi Pasien: Pengelompokan pasien berdasarkan tingkat ketergantungan dan kebutuhan perawatan.

Beban Kerja: Jumlah pekerjaan yang harus dilakukan oleh tenaga keperawatan dalam periode tertentu.

Produktivitas Perawat: Ukuran efisiensi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien.



# BAB 3

## PENGARUH EDUKASI PROMOSI KESEHATAN MENGGUNAKAN MEDIA LEAFLET TERHADAP PENCEGAHAN DIABETES MELLITUS TIPE 2 PADA REMAJA

Tavip Dwi Wahyuni

### A. Pendahuluan

Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit metabolism yang ditandai dengan hiperglikemia akibat gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Penyakit ini menjadi salah satu masalah kesehatan global yang serius, terutama dengan meningkatnya prevalensi DM tipe 2 di kalangan remaja (International Diabetes Federation, 2021). Berdasarkan data WHO, terdapat lebih dari 422 juta orang di seluruh dunia yang menderita diabetes, dan angka ini terus meningkat seiring dengan perubahan gaya hidup dan pola makan masyarakat (World Health Organization, 2020).

Pencegahan diabetes mellitus pada remaja sangat penting, mengingat bahwa faktor risiko seperti obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dan pola makan tidak sehat cenderung muncul pada kelompok usia ini. Remaja yang memiliki gaya hidup tidak sehat berisiko lebih tinggi untuk mengembangkan diabetes tipe 2 di masa dewasa (Barker et al., 2019). Oleh karena itu, intervensi edukasi kesehatan yang efektif diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran remaja tentang diabetes dan langkah-langkah pencegahannya.

Edukasi promosi kesehatan merupakan pendekatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan masyarakat. Penggunaan media yang tepat, seperti leaflet, dapat menjadi salah satu metode yang efektif dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada remaja. Leaflet merupakan media cetak yang mudah dibaca dan dipahami, serta dapat menjangkau audiens yang lebih luas (Sadeghi et al., 2020). Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan leaflet dalam program edukasi kesehatan dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang pentingnya pencegahan diabetes (Siriwardhana et al., 2018).

Promosi kesehatan melalui media leaflet memungkinkan penyampaian informasi yang ringkas dan jelas mengenai faktor risiko, gejala, serta tindakan pencegahan diabetes. Konten yang disusun dengan baik dalam leaflet dapat menarik perhatian remaja dan memotivasi mereka untuk mengubah perilaku sehat. Selain itu, leaflet yang disertai dengan ilustrasi yang menarik dan informasi yang relevan dapat membantu memperkuat ingatan dan pemahaman remaja mengenai pentingnya menjaga kesehatan (Hassan et al., 2019).

## B. Promosi Kesehatan

---

Promosi kesehatan merupakan pendekatan sistematis untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mereka dapat melakukan kontrol yang lebih baik atas kesehatan mereka. Hal ini melibatkan berbagai aktivitas yang tidak hanya terfokus pada individu, tetapi juga melibatkan dukungan dari lingkungan sosial dan institusi untuk menciptakan kebijakan, program, dan layanan kesehatan yang berkelanjutan.

Berikut adalah konsep-konsep kunci dalam promosi kesehatan:

### 1. Pendekatan Berbasis Bukti

Promosi kesehatan modern mengedepankan intervensi berbasis bukti yang didasarkan pada data dan penelitian terkini untuk menghasilkan hasil kesehatan yang maksimal. Intervensi ini tidak hanya memfokuskan pada upaya pencegahan penyakit, tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan melalui pola hidup sehat yang lebih baik. Strategi berbasis bukti melibatkan penggunaan data statistik, uji coba klinis, dan evaluasi berkelanjutan untuk memastikan intervensi yang efektif (Bennett et al., 2014).

### 2. Pendidikan Kesehatan yang Partisipatif

Pendidikan kesehatan yang bersifat partisipatif sangat penting untuk membangun kesadaran dan keterampilan masyarakat dalam menjaga kesehatan. Melibatkan individu dan kelompok dalam proses edukasi menciptakan rasa kepemilikan terhadap kesehatan mereka sendiri, serta memungkinkan mereka mengadopsi perilaku sehat dengan lebih efektif. Pendekatan ini terbukti efektif terutama dalam program-program yang ditujukan untuk kelompok usia muda dan komunitas dengan risiko kesehatan tinggi (Handayani et al., 2017).

### **3. Penerapan Teori Perubahan Perilaku**

Promosi kesehatan yang sukses sering kali didasarkan pada teori perubahan perilaku seperti Teori Perilaku Terencana atau Model Kepercayaan Kesehatan, yang membantu mengidentifikasi faktor motivasional dan hambatan yang dihadapi individu dalam mengubah perilaku mereka. Teori ini membantu dalam menyusun strategi komunikasi dan edukasi kesehatan yang lebih tepat sasaran. Misalnya, strategi yang mengkombinasikan faktor motivasional intrinsik (seperti kesadaran diri) dengan dukungan eksternal (seperti lingkungan sehat) terbukti efektif dalam mengubah perilaku kesehatan masyarakat (Glanz et al., 2015).

### **4. Pendekatan Interdisipliner dan Kolaborasi Multi-Sektor**

Promosi kesehatan memerlukan kolaborasi antara berbagai sektor, termasuk sektor pendidikan, kesehatan, lingkungan, dan pekerjaan untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih holistik. Kolaborasi lintas sektor ini membantu mengatasi faktor-faktor sosial-ekonomi yang mendasar, seperti akses terhadap fasilitas olahraga atau makanan sehat, yang sangat berpengaruh pada kesehatan masyarakat (Hammond & Levine, 2010).

### **5. Pemanfaatan Teknologi Digital dan Media Sosial**

Dalam dekade terakhir, teknologi digital dan media sosial telah menjadi alat penting dalam promosi kesehatan, memungkinkan penyebarluasan informasi kesehatan secara cepat dan luas. Platform digital, seperti aplikasi kesehatan dan kampanye di media sosial, sangat efektif dalam menjangkau kelompok usia muda dan meningkatkan kesadaran serta perilaku kesehatan yang positif. Penelitian menunjukkan bahwa kampanye kesehatan melalui media sosial dapat meningkatkan pengetahuan dan mengubah perilaku kesehatan dalam populasi tertentu (Hwang et al., 2019).

### **6. Pendekatan Komunitas dan Lingkungan yang Mendukung Kesehatan**

Penciptaan lingkungan fisik dan sosial yang mendukung kesehatan merupakan konsep penting dalam promosi kesehatan. Pendekatan ini melibatkan pengembangan ruang publik yang mendukung aktivitas fisik, penyediaan akses ke makanan sehat, serta penciptaan kebijakan yang melindungi kesehatan masyarakat, seperti pengurangan paparan asap rokok. Lingkungan yang sehat terbukti efektif dalam mendukung perilaku sehat dan menurunkan risiko penyakit kronis (Rini et al., 2021).

### **7. Evaluasi dan Pemantauan Program**

Program promosi kesehatan memerlukan evaluasi yang berkelanjutan untuk memastikan efektivitas dan ketepatan sasaran. Pemantauan secara rutin membantu mengidentifikasi keberhasilan dan kelemahan dalam

pelaksanaan program serta memungkinkan perbaikan strategi. Evaluasi ini sangat penting untuk mengetahui apakah program telah berhasil dalam meningkatkan indikator kesehatan, seperti penurunan tingkat obesitas atau peningkatan aktivitas fisik di kalangan sasaran (Setiawan et al., 2020).

Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka dan meningkatkan kualitas hidup. Salah satu metode yang efektif dalam promosi kesehatan adalah penggunaan media edukasi, seperti leaflet. Leaflet merupakan alat informasi yang dapat menjangkau audiens secara luas, mudah dipahami, dan menarik perhatian, terutama bagi remaja.

## 8. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan dari promosi kesehatan melalui edukasi menggunakan media leaflet adalah untuk: 1) Meningkatkan Pengetahuan: Memberikan informasi yang jelas mengenai diabetes, faktor risiko, gejala, dan langkah-langkah pencegahan, 2) Mendorong Perubahan Perilaku: Menginspirasi remaja untuk mengadopsi gaya hidup sehat, seperti pola makan seimbang dan aktif secara fisik, dan 3) Membangun Kesadaran: Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pencegahan diabetes dan dampaknya terhadap kesehatan jangka panjang.

Dalam konteks Diabetes Mellitus Tipe 2 pada remaja, promosi kesehatan berperan penting dalam: a) Pendidikan: Memberikan informasi yang akurat mengenai risiko dan pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. Edukasi tentang pola makan sehat dan pentingnya aktivitas fisik dapat membantu remaja membuat pilihan yang lebih baik, b) Pencegahan: Melalui promosi kesehatan, individu dapat diingatkan tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin dan deteksi dini faktor risiko. Ini dapat mencegah perkembangan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada remaja, c) Perubahan Perilaku: Promosi kesehatan yang efektif dapat mendorong perubahan perilaku di kalangan remaja, seperti mengadopsi gaya hidup sehat yang meliputi diet seimbang dan peningkatan aktivitas fisik, dan d) Keterlibatan Komunitas: Promosi kesehatan juga mengajak masyarakat untuk berpartisipasi dalam program-program kesehatan yang mendukung gaya hidup sehat, sehingga menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pencegahan penyakit (WHO, 2020).

## C. Media Edukasi

---

Media edukasi (educational media) atau biasa dikenal media pendidikan merupakan alat penunjang atau benda yang ditujukan untuk kegiatan pembelajaran untuk menyampaikan pesan atau informasi dari sumber kepada penerima. Media edukasi dapat membantu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran remaja tentang risiko diabetes tipe 2 serta memberikan informasi tentang perilaku sehat yang dapat diadopsi. Media edukasi berfungsi sebagai sarana untuk menyampaikan informasi kesehatan dengan cara yang menarik dan mudah dipahami.

Pada pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2, media edukasi memiliki beberapa peran penting, yaitu:

- **Meningkatkan Pengetahuan:**

Media edukasi dapat memberikan informasi yang akurat tentang Diabetes Mellitus Tipe 2, termasuk faktor risiko, gejala, dan konsekuensi jangka panjang. Menurut penelitian, peningkatan pengetahuan tentang diabetes dapat berkontribusi pada pengurangan risiko dan perbaikan perilaku sehat (Bennett et al., 2014).

- **Mendorong Perubahan Perilaku:**

Melalui media edukasi, remaja dapat diperkenalkan pada konsep pola makan sehat, pentingnya aktivitas fisik, dan cara mengelola stres. Pengetahuan yang diperoleh dapat mendorong mereka untuk membuat pilihan yang lebih sehat dalam kehidupan sehari-hari (Glanz et al., 2015).

- **Meningkatkan Kesadaran:**

Media edukasi berfungsi untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2, serta mendorong diskusi di antara remaja dan keluarga mereka tentang gaya hidup sehat (WHO, 2020).

### 1. Jenis Media Edukasi:

Ada berbagai jenis media edukasi yang dapat digunakan dalam promosi kesehatan, di antaranya:

- a. Leaflet

Leaflet adalah salah satu media yang umum digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan. Dengan desain yang menarik dan informasi yang ringkas, leaflet dapat dengan mudah didistribusikan di sekolah, klinik, dan komunitas. Sebuah studi menunjukkan bahwa penggunaan leaflet dalam pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang penyakit dan perilaku pencegahan (Berkman et al., 2011).

b. Video Edukasi

Video edukasi memberikan cara yang dinamis untuk menyampaikan informasi. Dengan visual yang menarik dan narasi yang jelas, video dapat membantu remaja memahami konsep kesehatan yang kompleks. Penelitian menunjukkan bahwa video edukasi dapat meningkatkan pengetahuan dan memotivasi perubahan perilaku (Miller et al., 2015).

c. Media Sosial

Media sosial menjadi platform yang sangat efektif untuk menjangkau remaja. Melalui konten yang menarik, seperti infografis, kuis, dan video pendek, informasi tentang Diabetes Mellitus Tipe 2 dapat disebarluaskan dengan cepat dan luas. Sebuah studi oleh Hwang et al. (2019) menunjukkan bahwa kampanye kesehatan di media sosial dapat meningkatkan kesadaran tentang faktor risiko diabetes dan mendorong perilaku sehat.

d. Aplikasi Mobile

Aplikasi mobile juga merupakan alat yang efektif untuk edukasi kesehatan. Aplikasi dapat menawarkan informasi interaktif, seperti kalkulator IMT, panduan diet, dan program olahraga. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat di kalangan remaja (Huang et al., 2020).

## 2. Strategi Penyampaian Media Edukasi

Agar media edukasi efektif dalam promosi kesehatan, beberapa strategi penyampaian perlu diperhatikan:

a. Desain yang Menarik

Desain visual yang menarik dapat meningkatkan perhatian dan minat remaja. Penggunaan warna cerah, gambar, dan infografis yang informatif dapat membuat materi lebih mudah dipahami dan diingat (Harris et al., 2013).

b. Konten yang Relevan dan Mudah Dipahami

Konten harus disesuaikan dengan tingkat pemahaman remaja. Menggunakan bahasa yang sederhana dan menghindari istilah medis yang kompleks dapat membantu remaja memahami informasi dengan lebih baik (Schwartz et al., 2014).

c. Interaktivitas

Media edukasi yang interaktif, seperti kuis atau forum diskusi, dapat meningkatkan keterlibatan remaja dan membantu mereka menerapkan informasi dalam konteks nyata (Bennett et al., 2014).

d. Umpan Balik dan Evaluasi

Penting untuk menyediakan umpan balik kepada remaja mengenai pemahaman mereka setelah menerima edukasi. Evaluasi efektivitas media edukasi dapat dilakukan melalui survei atau diskusi kelompok (Glanz et al., 2015).

## D. Media Leaflet

---

Media leaflet adalah salah satu alat yang efektif untuk menyebarluaskan informasi kesehatan. Leaflet dapat menjangkau audiens dengan cara yang sederhana dan menarik, memberikan informasi yang dapat diakses dan dipahami dengan mudah. Beberapa keunggulan leaflet sebagai media promosi kesehatan adalah:

- **Aksesibilitas:**

Leaflet dapat didistribusikan di berbagai tempat, seperti sekolah, pusat kesehatan, dan komunitas, sehingga mudah diakses oleh remaja dan orang tua mereka.

- **Visual yang Menarik:**

Desain yang menarik dan penggunaan gambar serta grafik dapat membuat informasi lebih menarik dan lebih mudah diingat (Berkman et al., 2011).

- **Informasi yang Jelas:**

Leaflet dapat menyajikan informasi dalam format yang ringkas dan jelas, memudahkan pembaca untuk memahami inti pesan.

- **Biaya Efektif:**

Pembuatan dan distribusi leaflet relatif murah dibandingkan dengan bentuk promosi kesehatan lainnya, seperti seminar atau pelatihan (Snyder et al., 2004).

### 1. Efektivitas Edukasi Melalui Media Leaflet terhadap Perubahan Perilaku

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penggunaan leaflet dalam edukasi kesehatan secara signifikan mempengaruhi perilaku individu. Leaflet dapat menjadi alat yang efektif dalam mendidik remaja tentang Diabetes Mellitus Tipe 2 dan faktor risikonya. Beberapa terkait efektivitas leaflet adalah:

- a. Peningkatan Pengetahuan:

Studi menunjukkan bahwa individu yang menerima edukasi melalui leaflet memiliki peningkatan pengetahuan yang signifikan mengenai diabetes dan faktor risikonya (Bennett et al., 2014). Ini penting untuk mendorong tindakan pencegahan di kalangan remaja.

b. Perubahan Perilaku:

Penelitian oleh Evans et al. (2016) menunjukkan bahwa remaja yang terpapar informasi melalui leaflet lebih cenderung untuk mengadopsi kebiasaan sehat, seperti meningkatkan aktivitas fisik dan memperbaiki pola makan.

c. Motivasi:

Leaflet dapat memotivasi remaja untuk melakukan perubahan gaya hidup dengan memberikan informasi yang relevan dan mudah dipahami tentang risiko dan manfaat dari gaya hidup sehat.

d. Evaluasi Program:

Leaflet juga dapat digunakan untuk mengevaluasi program edukasi kesehatan, dengan mengukur perubahan pengetahuan dan perilaku sebelum dan sesudah distribusi leaflet (Glanz et al., 2015).

## 2. Tantangan dalam Penggunaan Media Edukasi

Media edukasi memiliki banyak manfaat, tetapi terdapat beberapa tantangan yang perlu diatasi:

a. Ketidakakuratan Informasi:

Tidak semua informasi yang beredar di media sosial dan platform online akurat. Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa media edukasi yang digunakan berasal dari sumber yang terpercaya (Hwang et al., 2019).

b. Keterbatasan Akses:

Tidak semua remaja memiliki akses yang sama ke teknologi atau media pendidikan. Oleh karena itu, penting untuk menyediakan berbagai jenis media untuk menjangkau semua kalangan (Huang et al., 2020).

c. Resistensi terhadap Perubahan:

Beberapa remaja mungkin enggan untuk mengubah kebiasaan mereka meskipun telah menerima informasi yang cukup. Oleh karena itu, pendekatan yang lebih personal dan motivasional mungkin diperlukan (Miller et al., 2015).

## E. Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Remaja

---

### 1. Pengertian Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 adalah kondisi metabolismik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat resistensi insulin atau gangguan sekresi insulin. Diabetes Mellitus Tipe 2 sering terjadi pada individu yang memiliki predisposisi genetik dan faktor lingkungan, termasuk pola makan tidak sehat dan kurangnya aktivitas fisik. Menurut World Health Organization (WHO), diabetes adalah

salah satu penyebab utama kematian dan morbiditas global, dengan DMT2 menjadi bentuk yang paling umum. Pada remaja, DMT2 yang biasanya terkait dengan usia dewasa kini semakin sering terdeteksi, berkat perubahan gaya hidup yang mencakup meningkatnya obesitas dan pola makan tidak sehat (American Diabetes Association, 2020).

Diabetes mellitus tipe 2 biasanya berkembang secara bertahap dan sering tidak terdiagnosis selama bertahun-tahun. Gejala yang umum meliputi peningkatan rasa haus, sering buang air kecil, kelelahan, dan penglihatan kabur. Komplikasi jangka panjang dari diabetes mellitus tipe 2 meliputi penyakit jantung, stroke, kerusakan saraf, serta kerusakan pada ginjal dan mata (American Diabetes Association, 2020). Kesadaran akan risiko dan gejala penyakit ini sangat penting, terutama di kalangan remaja yang semakin rentan terhadap penyakit ini.

Diabetes melitus tipe 2 adalah suatu kondisi kronis di mana tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif atau tidak memproduksi cukup insulin. Insulin adalah hormon yang berperan dalam mengontrol kadar gula darah dengan cara membantu glukosa (gula) masuk ke dalam sel untuk dijadikan energi. Ketika tubuh tidak dapat mengatur gula darah dengan baik, kadar gula dalam darah akan meningkat secara signifikan, yang dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan jika tidak ditangani.

## 2. Gejala Diabetes Melitus Tipe 2

Gejala diabetes tipe 2 seringkali muncul secara bertahap dan mungkin tidak terlalu jelas pada awalnya. Beberapa gejala umum yang dapat dialami oleh penderita diabetes tipe 2 antara lain: a) Sering buang air kecil, terutama di malam hari, b) Rasa haus yang berlebihan: Tubuh berusaha membuang kelebihan gula melalui urine, sehingga menyebabkan dehidrasi, c) Rasa lapar yang berlebihan: Meskipun sering makan, rasa lapar tidak terpuaskan, d) Penurunan berat badan yang tidak disengaja: Tubuh membakar gula sebagai pengganti energi, sehingga menyebabkan penurunan berat badan, e) Kelelahan: Sel-sel tubuh tidak mendapatkan cukup energi karena gula tidak dapat masuk dengan baik, f) Penglihatan kabur: Tingginya kadar gula darah dapat mempengaruhi lensa mata, g) Luka yang lambat sembuh: Sistem kekebalan tubuh terganggu akibat kadar gula darah yang tinggi, dan h) Mati rasa atau kesemutan pada tangan dan kaki: Kerusakan saraf akibat kadar gula darah yang tinggi.

### **3. Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Remaja**

Faktor risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 pada remaja sangat bervariasi dan mencakup faktor genetik, lingkungan, serta perilaku. Beberapa faktor risiko utama adalah:

a. Obesitas:

Kelebihan berat badan atau obesitas merupakan faktor risiko paling signifikan untuk Diabetes Mellitus Tipe 2. Remaja dengan indeks massa tubuh (IMT) di atas normal cenderung lebih rentan mengalami resistensi insulin, yang merupakan ciri khas Diabetes Mellitus Tipe 2. Menurut penelitian, hampir 80% remaja yang didiagnosis dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 mengalami obesitas (Weigel et al., 2019).

b. Pola Makan yang Tidak Sehat:

Konsumsi makanan tinggi kalori, lemak jenuh, dan gula ditambah dengan rendahnya asupan serat berkontribusi pada peningkatan berat badan dan risiko Diabetes Mellitus Tipe 2. Kebiasaan mengonsumsi makanan cepat saji dan minuman manis semakin umum di kalangan remaja (Nadine et al., 2020).

c. Kurangnya Aktivitas Fisik:

Aktivitas fisik yang rendah juga menjadi faktor risiko. Remaja yang tidak terlibat dalam kegiatan fisik yang cukup berisiko lebih tinggi untuk mengembangkan Diabetes Mellitus Tipe 2, karena kurangnya aktivitas dapat memperburuk resistensi insulin.

d. Riwayat Keluarga:

Faktor genetik juga berperan penting. Remaja dengan orang tua atau saudara kandung yang memiliki Diabetes Mellitus Tipe 2 memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kondisi yang sama.

e. Faktor Psikososial:

Stres, depresi, dan kondisi psikologis lainnya dapat mempengaruhi pola makan dan kebiasaan berolahraga, sehingga meningkatkan risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 (Hammond & Levine, 2010).

### **4. Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Remaja**

Strategi Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Remaja:

a. Pendidikan dan Kesadaran

Pendidikan tentang Diabetes Mellitus Tipe 2 dan faktor risikonya sangat penting untuk pencegahan. Program edukasi harus ditujukan kepada remaja, orang tua, dan tenaga kesehatan untuk meningkatkan pemahaman mengenai pola makan sehat dan pentingnya aktivitas fisik. Menurut Bennett et al. (2014), program edukasi yang efektif dapat

meningkatkan pengetahuan dan kesadaran, mendorong perubahan perilaku positif.

b. Promosi Pola Makan Sehat

Mengubah pola makan adalah langkah krusial dalam pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. Remaja perlu diberikan informasi tentang pentingnya mengonsumsi makanan bergizi, seperti buah, sayuran, biji-bijian, dan protein sehat. Makanan yang kaya serat dan rendah gula tambahan sangat dianjurkan. Menurut penelitian, diet sehat dapat secara signifikan mengurangi risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 (Nadine et al., 2020).

c. Meningkatkan Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang cukup merupakan komponen penting dalam pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. Remaja dianjurkan untuk berpartisipasi dalam setidaknya 60 menit aktivitas fisik moderat hingga intens setiap hari. Ini bisa termasuk olahraga tim, berenang, bersepeda, atau aktivitas luar ruangan lainnya. Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan aktivitas fisik dapat membantu menurunkan berat badan dan meningkatkan sensitivitas insulin (Hammond & Levine, 2010).

d. Dukungan Keluarga dan Komunitas

Keterlibatan keluarga dan komunitas dalam pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 sangat penting. Keluarga dapat berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kebiasaan sehat, seperti memasak bersama, berolahraga bersama, dan mengurangi waktu layar. Program komunitas yang mempromosikan gaya hidup sehat juga dapat memberikan dukungan tambahan bagi remaja dalam membuat pilihan yang lebih baik (Glanz et al., 2015).

e. Skrining dan Deteksi Dini

Skrining untuk faktor risiko Diabetes Mellitus Tipe 2, seperti obesitas dan riwayat keluarga, perlu dilakukan secara rutin. Skrining dini dapat membantu dalam mendeteksi gejala awal dan memungkinkan intervensi yang lebih cepat. Program skrining di sekolah-sekolah dapat menjadi salah satu cara efektif untuk mendeteksi risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 di kalangan remaja (American Diabetes Association, 2020).

f. Pengelolaan Stres

Remaja juga perlu diajarkan tentang teknik pengelolaan stres, seperti meditasi, yoga, atau aktivitas relaksasi lainnya. Mengurangi stres dapat membantu mereka menghindari perilaku makan emosional yang dapat meningkatkan risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 (Huang et al., 2020).

## **5. Implementasi Program Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2**

Implementasi program pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 harus melibatkan kolaborasi antara pemerintah, sekolah, tenaga kesehatan, dan organisasi masyarakat. Beberapa langkah yang dapat diambil meliputi: a) Pengembangan Kurikulum Pendidikan Kesehatan: Sekolah dapat mengintegrasikan pendidikan kesehatan ke dalam kurikulum, dengan fokus pada nutrisi, aktivitas fisik, dan pencegahan diabetes, b) Kampanye Kesadaran Masyarakat: Meluncurkan kampanye media untuk meningkatkan kesadaran tentang Diabetes Mellitus Tipe 2 dan pentingnya gaya hidup sehat, c) Program Aktivitas Fisik di Sekolah: Meningkatkan akses dan kesempatan untuk aktivitas fisik di sekolah, termasuk program olahraga dan kegiatan ekstrakurikuler, dan d) Pelatihan untuk Tenaga Kesehatan: Melatih tenaga kesehatan untuk mendeteksi faktor risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 dan memberikan nasihat yang tepat kepada remaja dan keluarganya.

## **F. Tingkat Pengetahuan Pencegahan Diabetees Mellitus Tipe 2 Pada Remaja**

---

### **1. Pengetahuan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2**

Pengetahuan tentang pencegahan DM Tipe 2 sangat penting bagi remaja. Pengetahuan ini mencakup pemahaman tentang: a) Faktor Risiko: Mengetahui faktor risiko seperti obesitas, riwayat keluarga, dan kebiasaan makan dapat membantu remaja mengidentifikasi potensi ancaman terhadap kesehatan mereka, b) Gejala Awal: Memahami gejala diabetes yang muncul, seperti peningkatan rasa haus, sering berkemih, dan kelelahan, memungkinkan remaja untuk segera mencari pertolongan medis, dan c) Tindakan Pencegahan: Mengetahui langkah-langkah seperti mengadopsi pola makan sehat, rutin berolahraga, dan menjaga berat badan yang sehat dapat membantu mencegah terjadinya diabetes.

### **2. Metode Penilaian Pengetahuan**

Sebelum dilakukan edukasi promosi kesehatan menggunakan media leaflet, penting untuk mengevaluasi tingkat pengetahuan remaja tentang pencegahan DM Tipe 2. Metode yang dapat digunakan meliputi: a) Kuesioner: Kuesioner yang dirancang khusus untuk mengukur pengetahuan remaja tentang DM Tipe 2 dan pencegahannya. Pertanyaan dapat mencakup faktor risiko, gejala, dan tindakan pencegahan, dan b) Wawancara: Melakukan wawancara dengan sekelompok remaja untuk mendapatkan pemahaman yang lebih dalam mengenai pengetahuan dan kesadaran mereka tentang diabetes mellitus tipe 2.

### **3. Tingkat Pengetahuan Remaja Sebelum Edukasi Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Menggunakan Media Leaflet**

Sebelum dilakukan edukasi menggunakan media leaflet, sebagian besar remaja menunjukkan tingkat pengetahuan yang rendah mengenai Diabetes Mellitus Tipe 2. Hal ini terutama disebabkan karena mereka belum pernah mendapatkan informasi yang komprehensif tentang penyakit ini. Pengetahuan tentang pengertian diabetes, gejala awal, faktor risiko, dan cara pencegahan masih sangat terbatas.

Dalam berbagai penelitian, tingkat pengetahuan yang rendah di kalangan remaja sering kali dikaitkan dengan kurangnya akses terhadap informasi kesehatan yang memadai. Misalnya, sebuah penelitian menunjukkan bahwa remaja sering kali tidak sadar akan pentingnya gaya hidup sehat dan faktor risiko diabetes, seperti pola makan tidak seimbang, kurangnya aktivitas fisik, dan obesitas juga cenderung tidak menyadari gejala awal diabetes, seperti sering buang air kecil, rasa haus yang berlebihan, dan penurunan berat badan tanpa alasan yang jelas. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam mengambil langkah-langkah preventif yang penting. Karena Diabetes Mellitus Tipe 2 berkembang secara perlahan, banyak remaja tidak menyadari risiko yang mereka hadapi hingga penyakit tersebut telah berkembang lebih lanjut. Edukasi menggunakan media yang mudah diakses dan dipahami, seperti leaflet, sangat penting untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang penyakit ini.

### **4. Tingkat Pengetahuan Remaja Sesudah Edukasi Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Menggunakan Media Leaflet**

Setelah dilakukan edukasi pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 menggunakan media leaflet, tingkat pengetahuan remaja menunjukkan peningkatan yang signifikan. Sebagian besar remaja yang mengikuti edukasi memiliki nilai yang sangat baik dalam pemahaman tentang pengertian, gejala, faktor risiko, dan cara pencegahan diabetes. Media leaflet sebagai salah satu bentuk pendidikan kesehatan terbukti efektif dalam menyampaikan informasi secara sederhana namun jelas, sehingga mudah dipahami oleh remaja.

Setelah diberikan eduka menjadi lebih sadar akan gejala-gejala awal diabetes seperti sering merasa haus, mudah lelah, dan penurunan berat badan yang tidak wajar. Mereka juga lebih memahami bahwa iko seperti gaya hidup sedenter, konsumsi makanan tinggi gula dan lemak, serta obesitas dapat meningkatkan kemungkinan terkena Diabetes Mellitus Tipe 2.

Selain itu, remaja menjadi lebih paham tentang pentingnya aktivitas fisik rutin dan pola makan sehat untuk mencegah penyakit ini .

Penelitian menunjukkan bahwa intervensi yang disampaikan melalui media leaflet dapat secara signifikan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran kesehatan pada remaja . Leaflet sebagai media edukasi berperan penting karena padat, ringkas, dan mudah diakses. Melalui pelatihan ini, remaja memiliki kemampuan yang lebih baik untuk mengambil keputusan yang lebih sehat dalam kehidupan sehari-hari dan mencegah risiko terkena Diabetes Mellitus Tipe 2 di masa depan.

## **G. Tindakan Ketrampilan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Remaja**

---

### **1. Tindakan Keterampilan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Remaja**

Diabetes Mellitus Tipe 2 adalah salah satu penyakit tidak menular yang menjadi perhatian serius dalam dunia kesehatan, terutama di kalangan remaja. Gaya hidup yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, serta pola makan yang buruk menjadi penyebab utama peningkatan kasus diabetes pada usia muda. Pencegahan diabetes melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan adalah langkah yang penting untuk mengurangi risiko penyakit ini.

Berikut adalah pembahasan mengenai metode penilaian keterampilan, tindakan keterampilan remaja sebelum pelatihan (pre-test), dan tindakan keterampilan remaja setelah pelatihan keterampilan pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 (post-test):

### **2. Metode Penilaian Keterampilan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Remaja**

Penilaian keterampilan pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada remaja dilakukan melalui beberapa tahapan yang melibatkan pengukuran pengetahuan, sikap, dan praktik terkait pencegahan diabetes. Proses ini dimulai dari fase pre-test, pelatihan, hingga fase post-test untuk mengetahui perubahan keterampilan remaja setelah pelatihan.

### **3. Metode Penilaian Keterampilan Pre-Test dan Post-Test**

Penilaian keterampilan dilakukan melalui pendekatan pre-test dan post-test untuk menilai efektivitas pelatihan keterampilan. Beberapa metode penilaian yang umum digunakan antara lain:

- a. Tes Tulis: Tes tertulis ini digunakan untuk menilai pengetahuan teoritis remaja mengenai Diabetes Mellitus Tipe 2, faktor risikonya, serta

- langkah-langkah pencegahan yang bisa dilakukan. Soal yang disusun dalam bentuk pilihan ganda atau esai singkat.
- b. Observasi Langsung: Keterampilan praktik remaja diamati secara langsung oleh penguji sebelum dan sesudah pelatihan. Contohnya adalah pengamatan terhadap keterampilan dalam melakukan aktivitas fisik yang tepat, pemilihan makanan yang sehat, serta penerapan gaya hidup sehat lainnya.
  - c. Kuesioner: Sebuah kuesioner disusun untuk mengukur perubahan sikap dan persepsi remaja terhadap pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. Kuesioner ini mencakup aspek pengetahuan, sikap, dan perilaku yang relevan.
  - d. Uji Praktik: Remaja diminta untuk melakukan serangkaian tindakan terkait pencegahan diabetes, seperti mengukur kadar gula darah secara mandiri, melakukan peregangan fisik yang dianjurkan, atau menyusun menu makanan yang seimbang.

#### **4. Indikator Penilaian Keterampilan**

Beberapa indikator penilaian yang digunakan untuk menilai keterampilan pencegahan diabetes pada remaja meliputi: a) Pengetahuan: Menilai sejauh mana remaja memahami konsep dasar Diabetes Mellitus Tipe 2, faktor risiko, dan langkah-langkah pencegahannya, b) Sikap: Mengukur perubahan dalam sikap dan pandangan remaja terhadap pentingnya pencegahan diabetes, termasuk kesadaran akan pentingnya menjalani gaya hidup sehat, c) Perilaku: Mengamati perubahan dalam perilaku sehari-hari terkait pencegahan diabetes, seperti pola makan, aktivitas fisik, dan kebiasaan hidup sehat lainnya, dan d) Kemampuan Praktis: Menilai keterampilan remaja dalam melakukan tindakan nyata yang dapat mencegah Diabetes Mellitus Tipe 2, seperti olahraga rutin, pemilihan makanan sehat, dan pengukuran mandiri kadar gula darah.

#### **5. Tindakan Keterampilan Remaja Sebelum Pelatihan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Pre-Test)**

Pada tahap awal sebelum pelatihan dimulai, dilakukan penilaian keterampilan pre-test untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan kemampuan remaja terkait pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. Penilaian pre-test sangat penting sebagai baseline untuk mengetahui efektivitas pelatihan yang akan dilakukan.

#### **6. Hasil Penilaian Pengetahuan Sebelum Pelatihan**

Sebagian besar remaja umumnya memiliki pengetahuan yang terbatas tentang Diabetes Mellitus Tipe 2 sebelum pelatihan. Beberapa hal yang

menjadi perhatian dalam penilaian pre-test adalah: a) Pengetahuan Dasar tentang Diabetes Mellitus Tipe 2: Banyak remaja yang belum memahami perbedaan antara Diabetes Mellitus Tipe 1 dan Tipe 2. Mereka mungkin mengetahui bahwa diabetes berhubungan dengan gula darah tinggi, tetapi mereka kurang memahami mekanisme spesifik yang menyebabkan diabetes, terutama yang berkaitan dengan resistensi insulin pada Diabetes Tipe 2, b) Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2: Sebelum pelatihan, banyak remaja yang tidak menyadari faktor risiko utama seperti obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dan pola makan yang tinggi gula serta rendah serat. Pengetahuan ini penting agar remaja bisa mengidentifikasi perilaku yang berisiko, dan c) Pencegahan Melalui Gaya Hidup Sehat: Sebelum pelatihan, kebanyakan remaja belum terbiasa melakukan aktivitas fisik rutin dan cenderung kurang memperhatikan pola makan yang sehat. Misalnya, remaja yang menjalani pre-test mungkin tidak tahu pentingnya makan buah dan sayur setiap hari, atau berapa lama mereka harus berolahraga dalam sehari.

## **7. Sikap dan Persepsi Sebelum Pelatihan**

Sebelum pelatihan, banyak remaja yang cenderung kurang peduli terhadap risiko Diabetes Mellitus Tipe 2. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor: a) Pandangan bahwa diabetes adalah penyakit orang tua: Banyak remaja mungkin berpikir bahwa diabetes adalah penyakit yang hanya menyerang orang dewasa atau lanjut usia. Akibatnya, mereka cenderung meremehkan risiko terkena diabetes, b) Kurangnya Kesadaran Akan Pentingnya Pencegahan: Banyak remaja tidak menyadari bahwa gaya hidup tidak sehat yang mereka jalani saat ini dapat menyebabkan diabetes di kemudian hari

## **8. Perilaku dan Keterampilan Sebelum Pelatihan**

Berdasarkan penilaian pre-test, kebanyakan remaja masih belum mengadopsi perilaku yang mendukung pencegahan diabetes. Beberapa contoh perilaku yang diamati: a) Kurangnya Aktivitas Fisik: Sebelum pelatihan, banyak remaja yang menghabiskan waktu lebih banyak di depan layar (screen time) dan kurang melakukan aktivitas fisik, b) Pola Makan Tidak Sehat: Banyak remaja yang cenderung mengonsumsi makanan cepat saji, minuman manis, dan makanan olahan yang tinggi kalori dan rendah nutrisi, dan c) Pengelolaan Stres yang Buruk: Sebelum pelatihan, remaja mungkin belum mengetahui dampak stres terhadap kesehatan dan bagaimana pengelolaan stres yang buruk dapat meningkatkan risiko terkena diabetes.

## **9. Tindakan Keterampilan Remaja Sesudah Pelatihan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 (Post-Test)**

Setelah pelatihan keterampilan pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 selesai, penilaian post-test dilakukan untuk mengukur peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan remaja dalam mencegah diabetes. Hasil dari post-test ini akan dibandingkan dengan pre-test untuk menilai efektivitas pelatihan.

## **10. Peningkatan Pengetahuan Sesudah Pelatihan**

Setelah mengikuti pelatihan, terjadi peningkatan yang signifikan dalam pengetahuan remaja terkait pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. Beberapa peningkatan yang diamati antara lain: a) Pemahaman Tentang Diabetes Mellitus Tipe 2: Setelah pelatihan, remaja lebih memahami mekanisme Diabetes Mellitus Tipe 2, dan faktor risiko yang berhubungan dengan gaya hidup, b) Pengetahuan tentang Pencegahan Diabetes: Setelah pelatihan, remaja memahami pentingnya menjalani gaya hidup sehat, seperti menjaga berat badan ideal, mengonsumsi makanan sehat, dan rutin berolahraga, dan c) Pemahaman tentang Peran Aktivitas Fisik dan Pola Makan: Pelatihan memberikan pemahaman mendalam tentang pentingnya olahraga rutin dan pola makan seimbang yang kaya serat dan rendah gula dalam pencegahan diabetes.

## **11. Perubahan Sikap dan Persepsi Sesudah Pelatihan**

Setelah pelatihan, terjadi perubahan sikap dan persepsi remaja terhadap pentingnya pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2. Beberapa perubahan sikap yang diamati adalah: a) Kesadaran Akan Risiko: Remaja menjadi lebih sadar bahwa mereka juga berisiko terkena Diabetes Mellitus Tipe 2 jika tidak menjalani gaya hidup sehat, dan b) Peningkatan Kepedulian terhadap Kesehatan: Setelah pelatihan, remaja lebih peduli terhadap pentingnya menjaga kesehatan dan mulai menyadari bahwa pencegahan adalah langkah yang jauh lebih mudah dan murah daripada pengobatan.

## **12. Perubahan Perilaku dan Keterampilan Sesudah Pelatihan**

Pelatihan pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 juga membawa perubahan signifikan dalam perilaku remaja. Beberapa perubahan perilaku dan keterampilan yang diamati setelah pelatihan meliputi: a) Peningkatan Aktivitas Fisik: Setelah pelatihan, remaja mulai meningkatkan frekuensi aktivitas fisik, seperti berolahraga ringan setiap hari atau mengikuti kegiatan fisik yang lebih intensif secara rutin, b) Perubahan Pola Makan: Remaja lebih memperhatikan pola makan, mulai mengurangi konsumsi gula dan makanan berlemak, serta meningkatkan asupan buah dan sayuran, dan c) Peningkatan

Keterampilan Pengelolaan Stres: Pelatihan juga mengajarkan cara-cara efektif untuk mengelola stres, seperti teknik relaksasi dan meditasi yang dapat membantu menjaga kesehatan fisik dan mental.

## H. Penutup

---

Pengetahuan tentang pencegahan Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 sangat penting untuk remaja karena mereka berada pada tahap kritis dalam pengembangan kebiasaan gaya hidup yang dapat mempengaruhi risiko kesehatan di masa depan. Berdasarkan tinjauan, tingkat pengetahuan remaja sebelum dilakukan edukasi tentang DM Tipe 2 menunjukkan hasil yang kurang memadai. Hal ini disebabkan oleh kurangnya akses terhadap informasi yang tepat mengenai penyakit ini.

Edukasi menggunakan media leaflet membantu remaja memahami pentingnya mengenali faktor risiko dan gejala awal DM Tipe 2. Remaja yang sebelumnya tidak menyadari risiko yang dihadapi menjadi lebih sadar akan pentingnya menerapkan gaya hidup sehat, seperti mengonsumsi makanan bergizi, menjaga berat badan yang ideal, serta rutin melakukan aktivitas fisik. Leaflet terbukti efektif sebagai media edukasi karena isinya yang padat, mudah dipahami, dan ringkas. Materi yang disampaikan melalui leaflet dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran secara cepat dan efisien.

Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada remaja dapat dilakukan melalui pelatihan keterampilan yang tepat. Dengan penilaian yang komprehensif melalui pre-test dan post-test, perubahan signifikan dapat dilihat dalam hal pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja setelah pelatihan. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya gaya hidup sehat, aktivitas fisik, dan pola makan yang tepat sangat diperlukan untuk mencegah diabetes di kalangan remaja. Program pelatihan keterampilan semacam ini dapat menjadi langkah preventif yang efektif untuk menekan laju peningkatan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada masa mendatang.

## Referensi

- American Diabetes Association. (2020). *Standards of Medical Care in Diabetes—2020*. *Diabetes Care*, 43(Supplement 1): S1-S212.
- Arisman, M.B. (2013). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Barker, D.J.P., et al. (2019). *The Origins of the Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis*. American Journal of Public Health, 109(S2), S51-S53.
- Bennett, C.L., et al. (2014). *Promosi Kesehatan Berbasis Bukti*. Jakarta: UI Press.
- Berkman, N.D., et al. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Evans, W.D., Christoffel, K.K., Necheles, J.W., & Becker, A.B. (2016). *Social marketing as a childhood obesity prevention strategy*. Obesity, 18(S1), S23–S26.
- Glanz, K., et al. (2015). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hammond, R.A., & Levine, R. (2010). *The Economic Impact of Obesity in the United States*. *Diabetes, Obesity and Metabolism*.
- Handayani, H., et al. (2017). *Pentingnya Pemberdayaan Masyarakat dalam Promosi Kesehatan Remaja*. *Jurnal Keperawatan*.
- Harris, P., et al. (2013). *Designing for Behavior Change: Applying Psychology and Behavioral Economics*. Sebastopol: O'Reilly Media.
- Hassan, E.M., et al. (2019). *Health Education and Health Promotion*. New York: Springer.
- Huang, K., et al. (2020). *Mobile Health Technology in Health Promotion and Disease Prevention*. *Journal of Health Promotion*, 32(2), 145-153.
- Hwang, K.O., et al. (2019). *Social Media in Health Communication Campaigns*. *American Journal of Public Health*.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). Brussels: International Diabetes Federation.
- Joyce, B., Weil, M., & Calhoun, E. (2009). *Models of teaching*. Allyn & Bacon.
- Miller, L., et al. (2015). *Video-Based Health Education and Health Promotion*. *Journal of Media Health*, 23(4), 88-95.
- Nadine, S., et al. (2020). *Dietary Patterns and Health Outcomes*. *Journal of Nutrition and Health*, 11(3), 102-109.
- Rini, N., et al. (2021). *Efektivitas Promosi Kesehatan dalam Mengurangi Risiko Diabetes pada Remaja*. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*.

- Rogers, E.M., & Storey, J.D. (1987). *Communication Campaigns*. In C. Berger & S. Chaffee (Eds.), *Handbook of Communication Science*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Sadeghi, R., et al. (2020). *Educational Materials and Health Literacy*. Tehran: Tehran University Press.
- Schwartz, B., et al. (2014). *Simple Rules for Better Living: Health Communication Strategies*. Boston: Harvard Health Publications.
- Setiawan, Y., et al. (2020). *Promosi Kesehatan Berbasis Sekolah dalam Pencegahan Diabetes Mellitus pada Remaja*. Jurnal Pendidikan dan Kesehatan.
- Siriwardhana, C., et al. (2018). *Community Health Education and Promotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Snyder, L.B., et al. (2004). *Health Communication Campaigns and Their Impact on Behavior*. Journal of Nutrition Education and Behavior.
- Weigel, M.M., et al. (2019). *Obesity and Diabetes Risk in Adolescents*. Diabetes Research and Clinical Practice, 154, 105-111.
- World Health Organization (WHO). *Promoting health through the life-course: A global perspective*.
- World Health Organization. (2020). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization.

## **Glosarium**

### **D**

**DM:** adalah Diabetes Mellitus



# BAB 4

## DIMENSI ASPEK SASARAN PROMOSI KESEHATAN

Maria Anita Yusiana

### A. Pendahuluan

Promosi kesehatan adalah pendekatan multifaset yang bertujuan untuk memungkinkan individu dan masyarakat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka (Kok, 2014). Oleh karena itu, promosi kesehatan memegang peranan penting dalam memastikan individu dan masyarakat memiliki pengetahuan, sikap, serta perilaku yang mendukung kesejahteraan hidup. Promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi lebih kepada pencegahan dan pembentukan kebiasaan sehat melalui pendekatan yang komprehensif (Kok, 2014). Salah satu aspek yang krusial dalam keberhasilan promosi kesehatan adalah memahami dimensi-dimensi sasaran yang terlibat.

Dalam konteks promosi kesehatan, sasaran tidak terbatas hanya pada individu, tetapi juga mencakup kelompok, komunitas, organisasi, bahkan kebijakan publik. Setiap sasaran ini memiliki karakteristik yang berbeda sehingga memerlukan pendekatan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi mereka (Gillon, 1987). Dengan memahami secara mendalam dimensi-dimensi dari setiap aspek sasaran promosi kesehatan, para praktisi kesehatan dapat merancang strategi yang lebih efektif dan berdampak dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan adalah salah satu upaya strategis yang dirancang untuk meningkatkan kualitas hidup individu dan masyarakat melalui peningkatan kesehatan secara menyeluruh. Pada dasarnya, promosi kesehatan bertujuan untuk memperkuat kemampuan individu, kelompok, dan komunitas dalam menjaga, melindungi, serta meningkatkan derajat kesehatan melalui perilaku yang lebih sehat dan lingkungan yang mendukung. Oleh karena itu, promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit setelah timbul, tetapi juga pada upaya mencegah penyakit dan memperbaiki kondisi kesehatan dari berbagai aspek. Dalam konteks yang lebih luas, promosi kesehatan melibatkan empat dimensi utama, yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang masing-masing memiliki peran spesifik dalam membangun pendekatan yang holistik untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Buku ini hadir untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai berbagai dimensi aspek sasaran promosi kesehatan, dengan harapan dapat menjadi referensi utama bagi akademisi, praktisi kesehatan, serta pihak-pihak yang terlibat dalam perencanaan dan pelaksanaan program promosi kesehatan. Pembahasan dimulai dengan penjelasan konsep dasar promosi kesehatan, diikuti oleh kajian mendalam tentang berbagai kelompok sasaran dan pendekatan yang relevan untuk masing-masing dimensi tersebut.

Melalui buku ini, diharapkan pembaca dapat memahami bagaimana setiap dimensi sasaran dalam promosi kesehatan perlu dianalisis dan didekati secara strategis, mulai dari skala individu hingga tataran kebijakan publik. Kesadaran ini penting, karena setiap sasaran membawa tantangan dan peluang tersendiri yang, jika dikelola dengan baik, akan berdampak signifikan terhadap keberhasilan promosi kesehatan secara keseluruhan.

## **B. Dimensi Aspek Sasaran Pelayanan Kesehatan**

---

Keluarga merupakan salah satu elemen terkecil masyarakat. Keberadaan keluarga di masyarakat akan menentukan perkembangan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 1996). Keluarga menjadi tempat sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu, sehingga keluarga menjadi salah satu aspek terpenting dari keperawatan. Keluarga bersama dengan individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan (Friedman et al., 2003). Keluarga secara empiris, disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga mempunyai hubungan yang erat (Isnaini et al., 2020). Keberadaan keluarga yang dinamis di lingkungan komunitas tersebut memerlukan pengawasan dan fasilitasi yang baik dari aspek kesehatan. Ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan keluarga dalam memfasilitasi tugas perkembangan dan melaksanakan tugas kesehatan keluarga akan mengakibatkan keluarga mengalami keadaan maladaptif dalam mencapai kemandirian keluarga (Isnaini et al., 2020). Hal ini memerlukan suatu fasilitas dari perawat keluarga dalam mengoptimalkan keluarga dalam mencapai tugas perkembangan dan kemandirian keluarga.

## **C. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Promotif**

---

### **1. Ruang lingkup promosi Kesehatan.**

Secara sederhana ruang lingkup promosi kesehatan antara lain adalah:

- a. Promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (health education) yang ditekankan pada perubahan atau perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan

- b. Promosi kesehatan mencakup pemasaran sosial yang menekankan pada pengenalan produk atau jasa
- c. Promosi kesehatan merupakan upaya penyuluhan (upaya komunikasi dan informasi yang ditekankan pada penyebaran informasi)
- d. Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan (promotif) yang menekankan pada upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
- e. Promosi kesehatan mencakup upaya advokasi dibidang Kesehatan

**2. Ruang lingkup promosi kesehatan menurut Notoadmodjo dapat dilihat dari beberapa dimensinya yaitu:**

- a. Promosi kesehatan pada tingkat promotif  
Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.
- b. Promosi kesehatan pada tingkat preventif  
Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang sehat juga terutama yang beresiko tinggi (high risk), misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas (kegemukan), para pekerja seks, dan sebagainya.
- c. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif  
Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit (pasien), terutama untuk penderita penyakit-penyakit kronis seperti: Asma, diabetes mellitus (gula), tuberculosis, rematik, hipertensi, dan sebagainya.
- d. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif  
Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit.

**3. Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan (tempat pelaksana)**

- a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga) Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Untuk mencapai perilaku sehat masyarakat, maka harus dimulai pada tatanan masing-masing keluarga. Dalam teori pendidikan dikatakan, bahwa keluarga adalah tempat persemaian manusia sebagai anggota masyarakat. Karena itu, bila persamaian itu jelek maka jelas akan berpengaruh pada masyarakat. Agar masing-masing keluarga menjadi tempat yang kondusif untuk tumbuhnya perilaku sehat bagi anak-anak sebagai calon anggota masyarakat, maka promosi kesehatan sangat berperan. Dalam pelaksanaan promosi kesehatan keluarga ini, sasaran utamanya adalah

orang tua, terutama ibu. Karena ibulah di dalam keluarga itu yang sangat berperan dalam meletakkan dasar perilaku sehat pada anak-anak mereka sejak lahir.

b. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Sekolah, terutama guru padaumumnya lebihdipatuhi oleh murid-muridnya. Oleh sebab itu lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial yang sehat, akan sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat anak-anak (murid). Kunci pendidikan kesehatan di sekolah adalah guru, oleh sebab itu perilaku guru harus dikondisikan, melalui pelatihan-pelatihan kesehatan, seminar lokakarya, dan sebaginya.

c. Promosi kesehatan di tempat kerja

Tempat kerja merupakan tempat orang dewasa memperoleh nafkah untuk keluarga. Lingkungan kerja yang sehat (fisik dan nonfisik) akan mendukung kesehatan pekerja ataukaryawannya danakhirnya akan menghasilkan produktivitas yang optimal. Sebaliknya lingkungan kerja yang tidak sehat serta rawan kecelakaan kerja akan menurunkan derajat kesehatan pekerjanya, dan akhirnya kurang produktif. Oleh sebab itu pemilik, pemimpin, atau manajer dari institusi tempat kerja termasuk perkantoran merupakan sasaran promosi kesehatan sehingga mereka peduli terhadap kesehatan para pekerjanya dan mengembangkan unit pendidikan kesehatan di tempat kerja.

d. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum

Tempat-tempat umum disini mencakup pasar, terminal bus, bandara udara, tempat-tempat perbelanjaan, tempat-tempat olahraga, taman-taman kota, dan sebagainya. Tempat-tempat umum yang sehat, bukan saja terjaga kebersihannya, tetapi juga harus dilengkapi dengan fasilitas kebersihan dan sanitasi, terutama WC umum dan sarana air bersih, serta tempat sampah. Para pengelola tempat- tempat umum merupakan tempat umum dengan fasilitas yang dimaksud, di samping melakukan imbauan-imbauan kebersihan dan kesehatan bagi pemakai tempat umum atau masyarakat melalui pengeras suara, poster, leaflet, dan sebagainya

e. Fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan ini mencakup rumah sakit (RS), puskesmas, poliklinik, rumah bersalin, dan sebagainya. Kadang- kadang sangat ironis, di mana rumah sakit atau puskesmas tidak menjaga kebersihan fasilitas pelayanan kesehatan. Keadaan fasilitas tersebut kotor, bau, tidak ada air,

tidak ada tempat sampah dan sebagainya. Oleh sebab itu pimpinan pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan sasaran utama promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan ini. Mereka inilah yang bertanggung jawab atas terlaksananya pendidikan dan promosi kesehatan di institusinya. Kepada para pemimpin atau manajer institusi pelayanan kesehatan ini diperlukan kegiatan advokasi. Sedangkan bagi para karyawannya diperlukan pelatihan tentang promosi kesehatan. Beberapa rumah sakit memang telah mengembangkan unit pendidikan (penyuluhan) tersendiri yang disebut PKMRS (Penyuluhan / Promosi Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit).

Menurut (Kok, 2014) bahwa kesehatan masyarakat merupakan ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari segi dimensi, antara lain: dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasaran pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu atau person
- b. Pendidikan kesehatan kelompok, dengan sasaran kelompok seperti kelompok pengajian, kelompok budaya, kelompok adat, organisasi wanita dan organisasi profesi serta lain-lainnya
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas seperti, melalui pembentukan wadah perwakilan masyarakat yang peduli terhadap kesehatan

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di tempat, adapun berdasarkan dimensi tempat sebagai berikut:

- a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan dengan para murid, misalnya perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa sekolah dasar yang meliputi pemeriksaan kuku, cara mencuci tangan yang baik dan bagaimana cara menggosok gigi yang benar
- b. Pendidikan kesehatan di Rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah sakit
- c. Pendidikan kesehatan di puskesmas dengan sasaran pasien atau orang yang datang berobat di Puskesmas
- d. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran adalah buruh dan karyawan yang bersangkutan.

Berdasarkan Dimensi tingkat pelayanan kesehatan ada lima tingkatan pencegahan yaitu sebagai berikut:

- a. Promosi kesehatan

- Promosi kesehatan dalam hal ini diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan status gizi, kebiasaan hidup dan sebagainya
- b. Perlindungan khusus  
Imunisasi polio, campak pada waktu kecil dengan tujuan sebagai perlindungan agar tidak terkena penyakit
  - c. Diagnosis dini dan perlindungan segera  
Kadang-kadang masyarakat sangat sulit atau tidak mau diobati penyakitnya. Dengan ini masyarakat tidak memiliki pelayanan yang layak
  - d. Pembatasan cacat  
Kurangnya kesadaran akan pentingnya pengobatan sampai tuntas, maka masyarakat sering berobat tidak sampai sembuh
  - e. Rehabilitasi  
Setelah dirawat sampai sembuh dari penyakit dan pulang ke rumah tiba-tiba orang menjadi cacat, untuk memulihkan cacatnya maka diperlukan latihan-latihan, serta orang yang sudah cacat biasanya malu melakukan sosialisasi kepada masyarakat.

## D. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Preventif

---

### Level Pencegahan pada Tatatan Promosi Kesehatan

Pencegahan penyakit adalah upaya untuk membatasi berkembangnya penyakit serta kesakitan supaya tidak mencapai level selanjutnya yang lebih buruk. Perkembangan penyakit dikenal dari riwayat alamiah penyakit, yang berarti dengan memahami perjalanan penyakit dari waktu ke waktu dan perubahan yang terjadi di tiap masa/fase tersebut, bisa direncanakan upaya pencegahan yang tepat. Upaya pencegahan yang diambil akan sejalan dengan perkembangan patologis penyakit tersebut dari fase ke fase, sehingga upaya pencegahan tersebut dibagi atas bermacam tingkatan sesuai dengan perjalanan penyakit.

Pada dasarnya terdapat tiga level pencegahan penyakit pada berbagai tatatan yaitu: pencegahan tingkat pertama atau pencegahan primer (*primary prevention*) yang mencakup promosi kesehatan dan pencegahan khusus pencegahan tingkat kedua atau pencegahan sekunder (*secondary prevention*) yang mencakup diagnosis dini dan pengobatan yang tepat serta pembatasan kecacatan, dan pencegahan tingkat ketiga atau pencegahan tersier (*tertiary prevention*) yang mencakup rehabilitasi.

## **1. Pencegahan Primer**

Pencegahan tingkat pertama atau pencegahan primer (primary prevention) adalah upaya pencegahan penyakit melalui upaya mengatasi dan mengendalikan faktor risiko (risk factor) sebelum dimulainya perubahan patologis, dilakukan pada tahap suseptibel serta induksi penyakit yang bertujuan untuk mencegah ataupun menunda kejadian baru suatu penyakit. Sasaran utama adalah orang yang sehat melalui upaya meningkatkan derajat kesehatan secara umum (promosi kesehatan) dan upaya pencegahan khusus pada penyakit tertentu. Pencegahan tingkat pertama ini berlandaskan pada hubungan interaksi antara pejamu (host), penyebab (agent/pempar), lingkungan, serta proses terjadinya penyakit.

Pencegahan primer secara garis besar bisa dilakukan melalui dua kelompok kegiatan, yakni (Gillon, 1987) :

- a. Peningkatan derajat kesehatan (*health promotion*) atau pencegahan umum yaitu meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga serta masyarakat secara maksimal, mengurangi peranan penyebab serta derajat risiko dan meningkatkan lingkungan yang sehat, melalui serangkaian kegiatan, sebagai berikut:
  - 1) Pendidikan kesehatan (*health education*)
  - 2) Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) contohnya: penyuluhan terkait masalah gizi
  - 3) Pengamatan tumbuh kembang anak (growth and development monitoring)
  - 4) Pengadaan rumah sehat
  - 5) Pengendalian lingkungan masyarakat
  - 6) Program pemberantasan penyakit tidak menular (P2M)
  - 7) Simulasi dini kesehatan keluarga serta asuhan pada anak dan balita, dan penyuluhan terkait pencegahan penyakit.
- b. Pencegahan khusus (specific protection) yaitu upaya yang ditujukan utamanya bagi orang-orang yang mempunyai risiko untuk terserang penyakit tertentu. Perlindungan tersebut dimaksudkan supaya kelompok yang berisiko dapat meningkat daya tahan tubuhnya sehingga terlindungi dari serangan penyakit yang mengincarnya. Oleh sebab itu, perlindungan khusus ini juga dikenal sebagai kekebalan buatan. Perlindungan khusus dapat dilakukan melalui serangkaian kegiatan, sebagai berikut :
  - 1) Imunisasi pada balita
  - 2) Personal Hygiene

- 3) Proteksi terhadap terjadinya kecelakaan
- 4) Proteksi terhadap lingkungan kesehatan kerja
- 5) Proteksi terhadap paparan karsinogen, toxic serta alergen. (Gillon, 1987)

Dalam level pencegahan ini, terdapat dua strategi utama, yaitu : (1) strategi yang sasarannya keseluruhan populasi, serta (2) strategi yang sasarannya terbatas untuk kelompok risiko tinggi (high risk groups) di mana masing- masing memiliki kekurangan dan kelebihan. Strategi pertama memiliki sasaran lebih luas maka lebih bersifat radikal, mempunyai potensi yang besar pada populasi serta sangat tepat bagi sasaran perilaku. Tetapi secara individual kurang bermanfaat, serta rasio antara manfaat dan tingkat risiko bisa jadi lebih rendah. Sedangkan pada strategi kedua, cukup mudah diterapkan secara individual, motivasi subjek serta pelaksana lebih tinggi dan rasio antara manfaat dengan tingkat risiko lebih baik. Namun juga mempunyai kelemahan- kelemahan, yaitu sulit untuk memilih kelompok dengan risiko tinggi, efeknya cukup rendah serta hanya bersifat temporer dan kurang tepat untuk sasaran perilaku.

Jika sasaran diperuntukkan bagi faktor penyebab maka upaya diutamakan untuk mengurangi atau mengeliminasi sumber penyebab serta menghindari ataupun mengurangi tiap faktor, utamanya faktor perilaku yang bisa meningkatkan risiko. Bagi penyakit menular dengan sasaran khusus diperuntukkan bagi penyebab kausal misalnya desinfeksi, sterilisasi, pasteurisasi, karantina dan lain sebagainya. Sebaliknya bagi penyakit tidak menular (non-infeksi) lewat cara melenyapkan sumber keracunan, sumber alergen, serta sumber pencemaran radiasi dan kimiaawi.

Jika sasaran diperuntukkan bagi lingkungan maka sasarnya bisa ditujukan kepada lingkungan fisik contohnya pengadaan air serta jamban. Juga sasaran bisa dilakukan pada lingkungan biologis contohnya pemberantasan serangga ataupun ditujukan terhadap lingkungan sosial dengan cara perbaikan serta peningkatan derajat sosial masyarakat. Adapun sasaran pencegahan tingkat pertama ini bisa juga ditujukan bagi faktor pejamu misalnya pemberian imunisasi, perbaikan gizi, peningkatan ketahanan fisik individu, serta peningkatan kehidupan sosial dan psikologis individu dan Masyarakat. (Janssen et al., 2014)

## 2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan tingkat kedua atau pencegahan sekunder (secondary prevention) adalah pencegahan pada masyarakat yang masih atau sedang sakit. Sasaran utama adalah mereka yang baru terkena penyakit ataupun

yang terancam akan menderita penyakit tertentu. Tujuan utama pencegahan tingkat kedua ini adalah untuk mencegah meluasnya penyakit/ terjadinya wabah pada penyakit menular, untuk menghentikan proses perkembangan penyakit serta mencegah komplikasi dan kecacatan. Pada pencegahan sekunder terdapat dua kelompok kegiatan, yakni:

- a. Diagnosis dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (Early diagnosis and prompt treatment)

Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan: pemeriksaan kasus dini (early case finding), pemeriksaan umum lengkap (general check up), pemeriksaan massal (mass screening), survey terhadap kontak, sekolah dan rumah (contact survey, school survey, household survey), kasus (case holding), dan pengobatan adekuat (adekuat treatment). Penemuan kasus secara dini dapat dilakukan melalui:

- 1) Pemeriksaan berkala pada kelompok populasi tertentu misalnya pegawai negeri, buruh/pekerja perusahaan tertentu, pelajar dan mahasiswa dan kelompok tentara, termasuk juga tes kesehatan terhadap calon mahasiswa, calon pegawai, calon tentara juga bagi siapa saja yang membutuhkan surat keterangan kesehatan untuk tujuan tertentu
- 2) Penyaringan (screening) yaitu pencarian penderita secara dini bagi penyakit yang secara klinis belum nampak pada penduduk secara umum ataupun pada kelompok risiko tinggi
- 3) Surveilans epidemiologi yaitu kegiatan pencatatan dan pelaporan yang teratur dan terus-menerus dengan tujuan memperoleh data mengenai proses penyakit yang ada pada masyarakat, termasuk data mengenai kelompok risiko tinggi penyakit menular tertentu. Disamping itu, pemberian pengobatan secara dini kepada penderita dan pemberian kemoprofilaksis kepada mereka yang sementara dalam proses patogenesis termasuk masyarakat dari kelompok risiko tinggi penyakit menular tertentu.(Janssen et al., 2014)

- b. Pembatasan kecacatan (Disability limitation)

Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan: menyempurnakan dan mengintensifkan pengobatan lanjutan, mencegah komplikasi, memperbaiki fasilitas kesehatan, menurunkan beban sosial penderita, dan lain sebagainya.

Tingkat pencegahan ini menekankan pada usaha penemuan kasus secara dini serta pengobatan yang cepat tepat (early diagnosis and prompt treatment). Pencegahan sekunder ini dimulai pada fase patogenesis (masa

inkubasi) yaitu ketika bibit penyakit sudah masuk ke dalam tubuh manusia hingga timbul gejala penyakit maupun gangguan kesehatan. Diagnosis dini serta intervensi yang tepat dengan tujuan menghambat proses perjalanan penyakit (patologik) diharapkan mampu memperpendek waktu sakit serta tingkat keparahan atau keseriusan penyakit.

Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat adalah langkah awal yang sangat penting ketika seseorang telah jatuh sakit. Perlu kita ketahui bahwa faktor kesembuhan seseorang dari penyakit yang dideritanya tidak hanya dipengaruhi dari jenis pengobatan yang diterima serta kemampuan tenaga medis yang menangani. Namun dipengaruhi pula dari kapan pengobatan itu diberikan. Semakin cepat pengobatan diberikan kepada penderita, maka semakin besar pula kemungkinan untuk sembuh.

### 3. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier (*Tertiary Prevention*) adalah pencegahan tingkat ketiga dengan sasaran utama yaitu masyarakat yang telah sembuh dari sakit dan menderita kecacatan. Tujuan utamanya adalah agar kelompok masyarakat yang dalam masa penyembuhan tersebut benar-benar pulih dari sakit sehingga mampu beraktivitas dengan normal kembali.

Upaya pencegahan tersier dimulai pada saat cacat ataupun ketidakmampuan terjadi penyembuhan hingga stabil/ menetap atau tidak dapat diperbaiki (*irreversible*). Pencegahan tersier dilakukan pada fase lanjut proses patogenesis suatu penyakit maupun gangguan pada kesehatan. Dalam pencegahan ini dapat dilakukan dengan program rehabilitasi untuk mengurangi ketidakmampuan serta meningkatkan efisiensi hidup penderita.

Menurut Noor (2008), rehabilitasi adalah usaha yang dilakukan guna memulihkan seseorang yang sakit melalui pengembalian fungsi fisik, psikologis dan sosial seoptimal mungkin dengan harapan setiap individu bisa menjadi anggota masyarakat yang berdaya guna, produktif, serta memberikan kualitas hidup sebaik mungkin.

## E. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Kuratif

---

Tingkat kuratif dalam perawatan kesehatan menargetkan pengobatan dan manajemen kondisi kesehatan yang ada, yang bertujuan untuk memulihkan kesehatan dan meringankan gejala. Dimensi ini berfokus pada tujuan dan hasil spesifik yang terkait dengan perawatan dan pemulihan pasien.

Penyampaian Layanan: Ini termasuk penyediaan perawatan medis yang sebenarnya, seperti diagnosis, pengobatan, dan perawatan lanjutan. Penyediaan layanan yang efektif diukur dengan berbagai parameter, termasuk perawatan

antenatal, perawatan pascakelahiran, dan imunisasi, dengan nilai kinerja yang tinggi mengindikasikan penyediaan layanan yang efisien (Upadhyay et al., 2021)

**Penyediaan Layanan:** Aspek ini melibatkan ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi pasien. Hal ini dinilai melalui umpan balik pasien dan pengasuh, yang sering kali menyoroti kualitas dan kelengkapan perawatan yang diberikan (Upadhyay et al., 2021)

**Penilaian Fasilitas:** Mengevaluasi infrastruktur dan sumber daya yang tersedia di fasilitas kesehatan sangat penting untuk memastikan bahwa fasilitas tersebut dapat mendukung layanan kuratif yang efektif. Hal ini termasuk menilai kecukupan peralatan medis, staf, dan kondisi fasilitas secara keseluruhan. (Upadhyay et al., 2021)

**Perawatan yang Berpusat pada Pasien:** Menekankan rasa hormat, perawatan yang komprehensif, dan otonomi pasien sangatlah penting. Pendekatan ini memastikan bahwa pasien adalah peserta aktif dalam perawatan mereka, yang dapat menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik dan kepuasan yang lebih tinggi. (Pascual López et al., 2022)

**Efisiensi dan Efektivitas:** Memastikan bahwa layanan kesehatan diberikan secara efisien dan efektif sangat penting. Hal ini mencakup meminimalkan risiko, mengoptimalkan penggunaan sumber daya, dan mencapai hasil kesehatan terbaik dengan biaya terendah. (Academy, 2009)

## **F. Dimensi Aspek Sasaran Pada Tingkat Rehabilitatif**

---

Kegiatan rehabilitasi ini meliputi 4 aspek antara lain (Baker et al., 2023):

### **1. Rehabilitasi fisik**

Tujuan rehabilitasi fisik adalah agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik secara maksimal. Bentuk rehabilitasi fisik seperti pemasangan protesa, terapi fisik untuk mempertahankan kondisi otot, pergerakan, dan mencegah kontraktor bagi penderita paralise akibat stroke.

### **2. Rehabilitasi mental**

Tujuan rehabilitasi mental adalah agar bekas penderita dapat menyesuaikan dirinya dalam hubungan perorangan maupun sosial secara memuaskan. Tak jarang bersamaan dengan terjadinya cacat fisik disertai juga kelainan-kelainan dan gangguan mental. Untuk itulah bekas penderita harus mendapat bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke dalam masyarakat, melalui pusat-pusat rehabilitasi seperti pusat rehabilitasi bagi korban narkoba, rehabilitasi korban kekerasan, dan lain sebagainya.

### **3. Rehabilitasi sosial**

Tujuan rehabilitasi sosial adalah agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/jabatan di tengah masyarakat dengan kapasitas kerja yang optimal berdasarkan kemampuan atau ketidakmampuannya.

#### 4. **Rehabilitasi estetis**

Tujuan rehabilitasi estetis adalah upaya rehabilitasi yang dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, meskipun terkadang fungsi dari alat tubuh itu sendiri tidak bisa lagi dikembalikan contohnya: penggunaan mata palsu.

Perawatan penderita pada stadium terminal (pasien yang tidak mampu diatasi penyakitnya) jarang dikategorikan dalam pencegahan tersier namun bersifat paliatif, prinsip tindakan pencegahan ialah mencegah supaya individu ataupun kelompok masyarakat tidak jatuh sakit, meringankan gejala penyakit atau komplikasi akibat penyakit, serta meningkatkan fungsi tubuh penderita pasca tindakan perawatan. Rehabilitasi sebagai tujuan pencegahan tersier lebih dari upaya untuk menghambat proses penyakitnya sendiri yakni mengembalikan individu pada tingkat yang optimal dari ketidakmampuannya. Jadi pada prinsipnya pencegahan pada fase pathogenesis ini bermaksud untuk memperbaiki keadaan masyarakat yang sudah jatuh pada kondisi sakit ringan, sakit, serta sakit berat agar se bisa mungkin kembali ke tahap sehat yang optimum.

### G. Penutup

---

Dimensi Aspek Sasaran Pelayanan Kesehatan terdiri atas Dimensi Aspek Sasaran pada Tingkat Promotif, Dimensi Aspek Sasaran pada Tingkat Preventif, Dimensi Aspek Sasaran pada Tingkat Kuratif dan Dimensi Aspek Sasaran pada Tingkat Rehabilitatif.

Level Pencegahan pada berbagai Tatapan Promosi Kesehatan terdiri dari beberapa level. Pada dasarnya terdapat tiga level pencegahan penyakit pada berbagai tatapan yaitu: pencegahan tingkat pertama atau pencegahan primer (primary prevention) yang mencakup promosi kesehatan dan pencegahan khusus pencegahan tingkat kedua atau pencegahan sekunder (secondary prevention) yang mencakup diagnosis dini dan pengobatan yang tepat serta pembatasan kecacatan, dan pencegahan tingkat ketiga atau pencegahan tersier (tertiary prevention) yang mencakup rehabilitasi.

## Referensi

- Academy, R. (2009). *University „ Valahia ” Târgovi te E-mail: cide@zappmobile.ro.* XII(26), 277–287.
- Baker, A., Cornwell, P., Gustafsson, L., Stewart, C., & Lannin, N. A. (2023). Implementation of Best Practice Goal-Setting in Five Rehabilitation Services: a Mixed-Methods Evaluation Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 55(2). <https://doi.org/10.2340/jrm.v55.4471>
- Friedman, M. ., Bowden, V. ., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice* (5th Editio). Pearson Education Inc.
- Gillon, R. (1987). Health education and health promotion. *Journal of Medical Ethics*, 13(1), 3–4. <https://doi.org/10.1136/jme.13.1.3>
- Isnaini, A. F., Susanto, T., Susumaningrung, L. A., Rasni, H., & Siswayo, S. (2020). Hubungan fungsi keluarga dengan status gizi balita pada keluarga tiri di kecamatan panti kabupaten jember. *Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas*, 3(1), 1–10.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2014). Balancing risk prevention and health promotion: Towards a harmonizing approach in care for older people in the community. *Health Care Analysis*, 22(1), 82–102. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0200-1>
- Kok, G. (2014). Health promotion. In *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Second Edition* (pp. 355–359). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543579.078>
- Pascual López, J. A., Gil Pérez, T., Sánchez Sánchez, J. A., & Menárguez Puche, J. F. (2022). How to assess Person-Centered Care according to professionals? A Delphi study. *Atencion Primaria*, 54(1). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community health nursing : promoting health of aggregates, families, and individuals.*
- Upadhyay, K., Kumar Pentapati, S. S., Singh, R., & Goel, S. (2021). Assessment of grassroot level health care service delivery system in a community development block of Haryana: A cross sectional study. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 124–129. [https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH\\_1325\\_20](https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_1325_20)

## **Glosarium**

### **A**

Akses Kesehatan: Kemampuan individu atau kelompok untuk mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan, termasuk faktor sosial, ekonomi, dan geografis yang mempengaruhi kemampuan tersebut.

Asesmen Kesehatan: Proses pengumpulan data tentang status kesehatan individu atau populasi untuk menentukan kebutuhan layanan kesehatan.

---

### **D**

Deteksi Dini: Proses identifikasi penyakit atau kondisi kesehatan pada tahap awal untuk meningkatkan peluang pengobatan yang efektif.

---

### **E**

Edukasi Kesehatan: Proses penyampaian informasi kepada masyarakat tentang praktik-praktik sehat dan pencegahan penyakit untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan kesehatan.

---

### **K**

Kesehatan Promotif: Upaya untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat melalui pendidikan kesehatan dan promosi perilaku sehat di kalangan individu yang sehat.

Kesehatan Preventif: Tindakan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit atau masalah kesehatan, termasuk imunisasi dan pemeriksaan kesehatan berkala.

Kesehatan Kuratif: Upaya pengobatan yang dilakukan untuk menyembuhkan penyakit atau mengurangi penderitaan akibat penyakit, termasuk terapi dan intervensi medis

Kesehatan Rehabilitatif: Proses pemulihan bagi individu yang telah mengalami penyakit atau cedera, dengan tujuan mengembalikan fungsi fisik dan mental mereka

---

### **M**

Monitoring Kesehatan: Pengawasan berkelanjutan terhadap kondisi kesehatan individu atau populasi untuk mendeteksi perubahan atau masalah kesehatan.

---

## P

Pelayanan Kesehatan Promotif: Layanan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam menjaga kesehatan mereka sendiri.

Pelayanan Kesehatan Preventif: Layanan yang fokus pada pencegahan penyakit melalui berbagai tindakan seperti vaksinasi, edukasi tentang pola hidup sehat, dan deteksi dini.

Pelayanan Kesehatan Kuratif: Layanan medis yang bertujuan untuk mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan pasien melalui diagnosis dan pengobatan.

Pelayanan Kesehatan Rehabilitatif: Layanan yang membantu individu dalam proses pemulihan setelah sakit atau cedera, termasuk fisioterapi dan terapi okupasi.

---

## R

Rehabilitasi Medis: Proses perawatan medis yang bertujuan untuk memulihkan fungsi tubuh setelah cedera atau penyakit, sering kali melibatkan tim multidisiplin.



# BAB 5

## KONSEP DASAR & SEJARAH PROMOSI KESEHATAN

Dyah Ayu Kartika Wulan Sari

### A Pendahuluan

---

Istilah Pendidikan kesehatan lebih dikenal oleh masyarakat sebelum istilah promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan menurut Green (1980) adalah "any combination of learning's experiences designed to facilitate voluntary adaptations of behavior conducive to health". Diartikan sebagai Pendidikan kesehatan tidak hanya melakukan pendidikan kesehatan melalui penyuluhan. World Health Organization (WHO) pada tahun 1984 istilah pendidikan kesehatan diubah dengan istilah promosi kesehatan. Secara resmi pertama kali disampaikan dalam Konferensi Internasional tentang Health Promotion di Ottawa, Canada. Konferensi tersebut menghasilkan piagam Ottawa. Menurut Piagam Ottawa sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa, Canada menyatakan bahwa : Health promotion is the process of enabling people to increase control over and improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify the realize aspiration to satisfy needs and to change or cope with the environment. Dengan kata lain, promosi kesehatan adalah proses memampukan orang untuk meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan memperbaikinya.

Promosi kesehatan pada dasarnya adalah upaya pemberdayaan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri dan lingkungannya. Memberdayakan adalah upaya untuk membangun daya atau mengembangkan kemandirian yang dilakukan dengan menimbulkan kesadaran, kemampuan serta mengembangkan iklim yang mendukung kemandirian. Dengan demikian, promosi kesehatan adalah upaya untuk menghentikan masyarakat berperilaku yang beresiko tinggi terhadap kesehatan dan mengubahnya dengan berperilaku yang beresiko rendah atau berperilaku sehat. Dari penelitian-penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa kesadaran dan pengetahuan masyarakat sudah tinggi tentang kesehatan namun praktik atau perilaku tentang kesehatan sangatlah rendah. Setelah dilakukan pengkajian oleh WHO di negara berkembang ternyata faktor pendukung atau sarana dan prasarana tidak

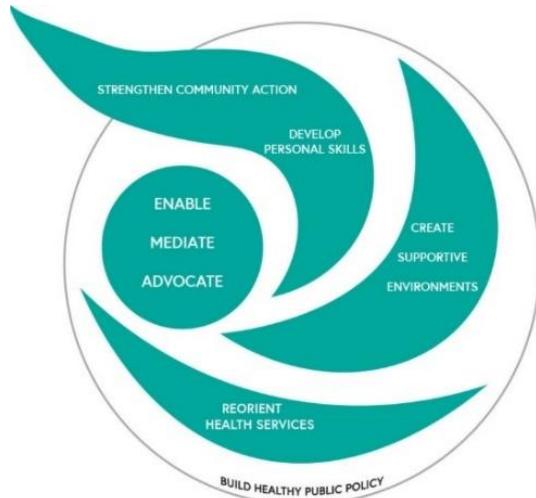
mendukung untuk berperilaku hidup sehat. Oleh sebab itu WHO menyimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tidak mampu mencapai tujuannya apabila hanya memfokuskan pada perubahan perilakunya, namun juga harus mencakup upaya perubahan lingkungan (fisik, sosial budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya). Jadi dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan bukan hanya proses penyadaran, peningkatan pengetahuan tentang kesehatan namun juga disertai upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku.

Melalui peningkatan pengetahuan terkait promosi kesehatan dan sejarah promosi kesehatan diharapkan mampu meningkatkan pemahaman Masyarakat terkait aplikasi promosi Kesehatan di Masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan dan mempertahankan gaya hidup sehat yang bersinergi dengan ketercapaian program pemerintah terkait pemberdayaan masyarakat.

## **B. Sejarah Singkat Promosi Kesehatan**

---

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



**Gambar 5.1 Ottawa Charter**

Perubahan penyebutan Penyuluhan Kesehatan menjadi Promosi Kesehatan dipengaruhi oleh perkembangan di dunia karena munculnya Konferensi Internasional tentang Pencegahan pada tahun 1986 di Kanada yang dikenal dengan nama Ottawa Charter (Febrianti, Mardhatillah & Ramlan, 2022).

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. Pada Konferensi tersebut health promotion didefinisikan sebagai "the process of enabling peoples to increase controls over, and to improved their health" yaitu proses yang memungkinkan seseorang untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan. Definisi ini mengandung pemahaman bahwa upaya promosi kesehatan membutuhkan adanya kegiatan pemberdayaan masyarakat sebagai cara untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan baik perorangan maupun masyarakat (Indah, 2022)

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 haru dilibatkan dalam upaya peningkatan kesehatan. Deklarasi Almaata mengajukan banyak ide yang kemudian muncul di Piagam Ottawa (Sholihah & Sakinah, 2022).

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, membuat keputusan, komitmen hak asasi manusia dan perdamaian (3) dimensi ekonomi termasuk perkembangan yang berkelanjutan dan (4) mengakui dan memberdayakan kemampuan dan pengetahuan perempuan (Suiraoka, et al, 2024).

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 tersbesar 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 (Fabanyo & Anggreini, 2022).

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan yang terahir 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, meminvestasikan kebijakan berkelanjutan, tindakan atau aksi dan menempatkan determinan kesehatan dalam infrastruktur, pemindahan atau transfer pengetahuan dan penelitian sebagai target, dan menempatkan literatur kesehatan Advokasi untuk mensetarakan kebutuhan dalam bidang kesehatan dan kesejahteraan untuk semua orang. Kesehatan sekarang merupakan bagian kritis untuk kebijakan penduduk, keamanan nasional, perdagangan dan geopolitik. (Howard, Nieuwenhuijsen and Saleeb dalam Santoso, 2024).

## C Pengertian Promosi Kesehatan

---

Berbagai sumber berbeda mengungkapkan beberapa pengertian dari Promosi Kesehatan antara lain :

### 1. World Health Organization (WHO) (1984)

Promosi kesehatan sebagai "*The process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health*" (proses yang mengupayakan individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya).

### 2. 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".

### **3. Mubarak dkk (2007)**

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

### **4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/ SK/VII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah**

Upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

### **5. Syarifudin (2009)**

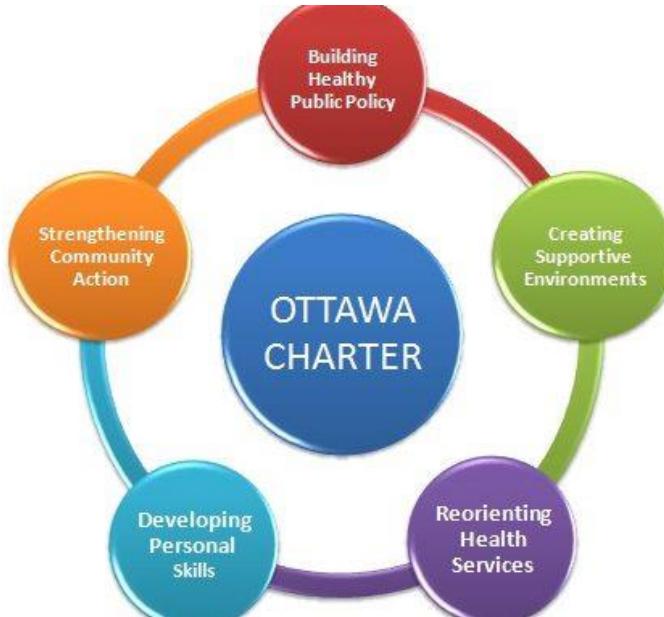
Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya melalui pembelajaran.

### **6. Notoatmodjo (2014)**

Pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup dalam masyarakat yang selalu memerlukan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu, dan sebagainya). (Suhaid et al 2022 ; Mamahit et al, 2022 ; Milah, 2022 ; Yusriani, & Alwi, 2018 ; Muzdalia et al, 2022).

## D. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986, ruang lingkup promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area yaitu (Mamahit et al, 2022 ; Sholihah, & Sakinah, 2022) :



**Gambar 5.2 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan  
(Ottawa Charter, 1986)**

**Berdasarkan Gambar diatas dapat dimaknai sebagai berikut :**

### 1. 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

### 2. 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

- b. Penyediaan tempat sampah
- c. Pengembangan tempat konseling remaja

### **3. *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:

- a. Terbentuknya yayasan atau lembaga konsumen kesehatan
- b. Terbentuknya posyandu
- c. Terbentuknya pembiayaan kesehatan bersumber daya masyarakat

### **4. *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.

### **5. *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.

## **E Tujuan dan Strategi Promosi Kesehatan**

---

Tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Permatasari, Lolita & Chotimah, 2023).

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

status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, pencegahan penyakit tidak menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak, serta pelayanan kesehatan (Notoatmodjo dalam Setiawan, 2017).

Berdasarkan Piagam Ottawa (1984), misi promosi kesehatan dapat dilakukan menggunakan 3 strategi yang dijelaskan sebagai berikut (Dewi et al, 2024) :

### **1. Advokasi (*Advocate*)**

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

### **2. Mediasi (*Mediate*)**

Promosi kesehatan juga mempunyai misi sebagai mediator atau menjembatani antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra. Hal ini dikarenakan faktor yang memengaruhi kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja. Promosi kesehatan membutuhkan upaya bersama dari semua pihak baik dari pemerintah, sektor kesehatan, sektor ekonomi, lembaga nonprofit, industri, dan media. Dengan kata lain promosi kesehatan merupakan perekat kemitraan di bidang pelayanan kesehatan. Kemitraan sangat penting sebab tanpa kemitraan sektor kesehatan tidak akan mampu menangani masalah kesehatan yang begitu kompleks dan luas. Promosi kesehatan di sini bertanggung jawab untuk memediasi berbagai kepentingan berbagai sektor yang terlibat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Sehingga, strategi dan program promosi kesehatan harus mempertimbangkan kebutuhan lokal dan memungkinkan berbagai sektor baik di lingkup regional, nasional maupun internasional untuk dapat terlibat di dalamnya.

### **3. Memampukan (*Enable*)**

Promosi kesehatan berfokus pada keadilan dan pemerataan sumber daya kesehatan untuk semua lapisan masyarakat. Hal ini mencakup memastikan setiap orang di masyarakat memiliki lingkungan yang kondusif

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

Strategi promosi kesehatan menurut WHO (1994) secara global terdiri dari 3 hal sebagai berikut (Amalia, 2024 ; Mamahit, 2022)

### **1. Advokasi (*Advocacy*)**

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

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

Kegiatan advokasi memiliki bermacam-macam bentuk, baik formal maupun informal. Advokasi dalam bentuk formal seperti penyajian atau presentasi dan seminar tentang usulan program yang diharapkan mendapat dukungan dari pejabat terkait. Sedangkan kegiatan advokasi dalam bentuk informal seperti mengunjungi pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, yang secara tidak langsung bermaksud untuk

meminta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, dan/atau fasilitas lain. Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kegiatan untuk mendapatkan dukungan dari para pejabat baik eksekutif dan legislatif di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan.

## 2. Dukungan Sosial (*Social Support*)

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

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

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

## 3. Pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat secara langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Kegiatan pemberdayaan di masyarakat sering disebut gerakan masyarakat untuk kesehatan. Bentuk kegiatan pemberdayaan dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi atau pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (incomes generating skill). Dengan meningkatkan kemampuan ekonomi keluarga, akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan, sebagai contoh yaitu terbentuknya pos obat desa, terbentuknya dana sehati, berdirinya polindes dan sebagainya. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah

masyarakat itu sendiri.

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

a. Kebijakan berwawasan kesehatan (Healthy Public Policy)

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

b. Lingkungan yang mendukung (Supporting Environment)

Setiap aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat harus memerhatikan dampak pada lingkungan sekitar agar mempermudah pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan (Nugroho, 2023).

## F. Rangkuman Materi

---

1. Perubahan penyebutan Penyuluhan Kesehatan menjadi Promosi Kesehatan dipengaruhi oleh perkembangan di dunia karena munculnya Konferensi Internasional tentang Pencegahan pada tahun 1986 di Kanada yang dikenal dengan nama Ottawa Charter.
2. Promosi Kesehatan adalah upaya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.
3. Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986, ruang lingkup promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area yaitu *Build Healthy Policy, Create Supportive Environment, Strengthen Community Action Develop Personal Skill dan Re-Orient Health Service*
4. Tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif

5. Berdasarkan Piagam Ottawa (1984), misi promosi kesehatan dapat dilakukan menggunakan 3 strategi yang dijelaskan sebagai berikut : Advokasi (Advocate), Mediasi (Mediate) dan Memampukan (Enable)
6. Strategi promosi kesehatan menurut WHO (1994) secara global terdiri dari 3 hal sebagai berikut Advokasi (*Advocacy*), Dukungan Sosial (*Social Support*), dan Pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*)
7. Strategi dalam melaksanakan upaya promosi kesehatan juga telah dirumuskan dalam Ottawa Charter 'Piagam Ottawa'. Dalam Piagam Ottawa tersebut disebutkan bahwa upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat dilakukan melalui kegiatan antara lain Kebijakan berwawasan kesehatan (*Healthy Public Policy*) dan Lingkungan yang mendukung (*Supporting Environment*)

## Referensi

- Amalia, R. N., Windusari, Y., Sari, N., Fajar, N. A., & Rahmiwati, A. (2024). Strategi Promosi Kesehatan dalam Menghadapi Dampak Perubahan Iklim bagi Kesehatan Masyarakat: Systematic Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 7(1), 51-57.
- Dewi, N., Wasita, R. R. R., Sutrisna, M., Pertiwi, W. E., Ningsi, N., Arsyati, A. M., ... & Aswari, N. W. C. (2024). *Promosi Kesehatan: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Fabanyo, R. A., & Anggreini, Y. S. (2022). *Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan dalam Lingkup Keperawatan Komunitas*. Penerbit NEM.
- Febrianti, D., Mardhatillah, M., & Ramlan, P. (2022). *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Purbalingga : Penerbit Eureka
- Indah, R. (2022). *Promosi Kesehatan Dalam Berbagai Perspektif*. Syiah Kuala University Press.
- Mamahit, A. Y., Oktavyanti, D., Aprilyawan, G., Wibowo, M., Ishak, S. N., Solehah, E. L., ... & La Patilaiya, H. (2022). *Teori Promosi Kesehatan*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Milah, A. S. (2022). *Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan dalam Keperawatan*. Edu Publisher.
- Muzdalia, I., Ns, S. K., Sri Darmawan, S. K. M., Sakka, L., Farm, S., & Muzakkir, S. S. (2022). *Belajar Promosi Kesehatan: Study Health Promotion* (Vol. 1). Eksismedia Grafisindo.
- Nugroho, F. S. (2023). BOOK-PROMOSI DAN PENDIDIKAN KESEHATAN DI MASYARAKAT (Strategi Dan Tahapannya)-Farid Setyo Nugroho, SKM, M. Kes-Universitas Veteran Bangun Nusantara.
- Permatasari, A. A., Lolita, D. C., & Chotimah, C. C. (2023). Peran Media Digital Dalam Upaya Promosi Kesehatan Untuk Meningkatkan Kesehatan Masyarakat: Tinjauan Literatur. *Zaitun (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 11(1), 1-4.
- Santoso, E. B., Desi, N. M., & SIT, S. (2024). *Buku ajar promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan*. Basya Media Utama.
- Setiawan, H., Adi, S., & Ulfah, N. H. (2017). Pengembangan multimedia interaktif berbasis autoplay sebagai media promosi kesehatan tentang kesehatan gigi dan mulut pada siswa kelas V SDN Percobaan 02 Kota Malang. *Preventia Jurnal*, 2(2).
- Sholihah, N. A., & Sakinah, S. (2022). *Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Penerbit NEM.
- Suhaid, D. N., Sulistiani, R. P., Manungkalit, E. M., Pabeno, Y., Sada, M., Pratiwi, A. I., ...

- & Wicaksono, D. (2022). *Pengantar Promosi Kesehatan*. Pradina Pustaka.
- Suiraoaka, I. Putu, S. St, Christine JK Ekawati, Egy Sunanda Putra, M. Gz, Fiashriel Lundy, (2024). *Promosi Kesehatan*. CV Rey Media Grafika,
- Yusriani, Y., & Alwi, M. K. (2018). Buku ajar promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES).

## **Gloasrium**

### **A**

Advokasi: Serangkaian kegiatan untuk mempengaruhi pihak lain, dalam hal ini khususnya yang bertujuan untuk merubah atau mempertahankan suatu pandangan dan arah kebijakan, atau bahkan seluruh sistem

---

### **B**

Build Healthy Policy: Pengembangan undang-undang, perpajakan, langkah-langkah fiskal, dan perubahan organisasi yang bertujuan untuk mempromosikan kesehatan

---

### **C**

Create Supportive Environment: Menciptakan suasana lingkungan baik fisik maupun sosial politik yang mendukung (kondusif), sehingga masyarakat termotivasi untuk melakukan upaya-upaya yang positif bagi kesehatan

---

### **D**

Deklarasi Alma-Ata: Kesepakatan bersama yang ditetapkan pada tahun 1978 untuk meningkatkan kesehatan bagi semua orang. Deklarasi ini merupakan hasil dari Konferensi Internasional tentang Perawatan Kesehatan Primer (PHC) yang diadakan di Almaty, Kazakhstan

Develop Personal Skill: Upaya untuk meningkatkan kualitas dan kapasitas diri, baik di bidang pribadi maupun profesional

---

### **E**

Empowerment: Upaya untuk memberikan kekuatan, kemampuan, dan wewenang seseorang atau sekelompok orang

---

### **M**

Mediasi: Proses penyelesaian sengketa dengan melibatkan pihak ketiga yang netral untuk membantu para pihak mencapai kesepakatan. Mediasi merupakan cara penyelesaian sengketa yang damai, efektif, dan berkeadilan.

---

**O**

Ottawa Charter: Kesepakatan yang dihasilkan dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Pertama di Ottawa, Kanada pada tahun 1986

---

**S**

Strengthen Community Action: Memberikan dukungan terhadap kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam upaya mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Social Support: Sumber-sumber yang disediakan orang lain untuk mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang

---

**W**

World Health Organization: Badan khusus Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang bertugas mengatur dan mengoordinasikan isu-isu kesehatan global



# BAB 6

## HIV/AIDS DAN PROMOSI KESEHATAN UNTUK MENGATASI HIV DAN MENINGKATKAN KONSUMSI ANTRITEROVIRAL PADA ODHIV

Fenita Purnama

### A. Pendahuluan

*The Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) menyatakan bahwa secara global, pada tahun 2022 terdapat 1,3 juta infeksi baru dan total terdapat 39 juta ODHIV (orang dengan HIV) serta 630 ribu kasus kematian akibat AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Penyebaran HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) sebenarnya dapat dicegah dengan penekanan *Viral load* melalui terapi Antiretroviral (ARV). Namun jumlah ODHIV yang mengakses terapi Antiretroviral baru mencapai 29,8 juta (76,4%) dari 39 juta yang terdiagnosis HIV. Berdasarkan data tersebut maka dapat disimpulkan bahwa hingga saat ini AIDS tetap menjadi krisis global yang mendesak. Apalagi target global mengenai tes dan pengobatan ARV dalam semua subpopulasi dan kelompok usia yang dicanangkan oleh UNAIDS telah meningkat (UNAIDS, 2021).

### B. HIV/AIDS

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah *Syndrome* akibat defisiensi imunitas seluler tanpa penyebab lain yang diketahui, ditandai dengan infeksi oportunistik keganasan berakibat fatal (Ponte-Sucre *et al*, 2017). Munculnya sindrom ini erat hubungannya dengan berkurangnya zat kekebalan tubuh yang prosesnya tidaklah terjadi seketika melainkan sekitar 5-10 tahun setelah seseorang terinfeksi HIV (Purnomo, 2021; Ranti, 2020).

Berdasarkan hal tersebut maka penderita AIDS di masyarakat digolongkan kedalam 2 kategori yaitu:

1. Penderita yang mengidap HIV dan telah menunjukkan gejala klinis (penderita AIDS positif)
2. Penderita yang mengidap HIV, tetapi belum menunjukkan gejala klinis (penderita AIDS negatif)

Terdapat 5-10 juta HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) positif yang dalam waktu 5-7 tahun mendatang diperkirakan 10-30% diantaranya menjadi penderita AIDS. Pada tingkat pandemi HIV tanpa gejala jauh lebih banyak dari pada penderita AIDS itu sendiri. Tetapi infeksi HIV itu dapat berkembang lebih lanjut dan menyebabkan kelainan imunologis yang luas dan gejala klinik yang bervariasi. AIDS merupakan penyakit yang sangat berbahaya karena mempunyai *case fatality rate* 100% dalam 5 tahun setelah diagnosa AIDS ditegakkan, maka semua penderita akan meninggal (Yunartha, 2017).

### C. Pencegahan HIV/AIDS

---

Mengingat sampai saat ini obat untuk mengobati dan vaksin untuk mencegah AIDS belum ditemukan, maka alternatif untuk menanggulangi masalah AIDS yang terus meningkat ini adalah dengan upaya pencegahan oleh semua pihak untuk tidak terlibat dalam lingkaran transmisi yang memungkinkan dapat terserang HIV

Pada prinsipnya pencegahan dapat dilakukan dengan cara mencegah penularan virus HIV melalui perubahan perilaku seksual yang terkenal dengan istilah ABC yang telah terbukti mampu menurunkan percepatan penularan HIV. Prinsip ABC ini telah dipakai dan dibakukan secara internasional, sebagai cara paling efektif mencegah HIV lewat hubungan seksual. Prinsip ABC itu adalah (Comulada *et al*, 2019):

- A: *Abstinence* (Jauhi seks sampai menikah atau menjalin hubungan jangka panjang dengan pasangan)
- B: *Be faithful* (Bersikap saling setia dengan pasangan dalam hubungan perkawinan atau hubungan jangka panjang tetap)
- C: *Condom* (Cegah dengan memakai kondom yang benar dan konsisten untuk penaja seks atau orang yang tidak mampu melaksanakan A dan B)

Untuk penularan non seksual berlaku prinsip D dan E yaitu

D: *Drug; say no to drug atau katakan tidak pada narkoba*

E: *Equipment; no sharing atau jangan memakai alat suntik secara bergantian*

Pencegahan HIV didefinisikan sebagai upaya menurunkan kejadian penularan dan penambahan infeksi HIV melalui beberapa strategi, aktivitas, intervensi dan pelayanan. Upaya pencegahan AIDS adalah dengan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), memberikan informasi kepada kelompok resiko tinggi bagaimana pola penyebaran virus AIDS (HIV), sehingga dapat diketahui langkah-langkah pencegahannya. Ada 3 pola penyebaran virus HIV:

#### 1. Pencegahan Infeksi HIV Melalui Hubungan Seksual

HIV terdapat pada semua cairan tubuh penderita tetapi yang terbukti berperan dalam penularan AIDS adalah mani, cairan vagina dan darah. HIV dapat menyebar melalui hubungan seksual pria ke wanita, dari wanita ke pria dan dari pria ke pria (Spiritia, 2013).

Setelah mengetahui cara penyebaran HIV melalui hubungan seksual maka upaya pencegahan adalah dengan cara:

- a. Tidak melakukan hubungan seksual. Walaupun cara ini sangat efektif, namun tidak mungkin dilaksanakan sebab seks merupakan kebutuhan biologis
- b. Melakukan hubungan seksual hanya dengan seorang mitra seksual yang setia dan tidak terinfeksi HIV (homogami)
- c. Mengurangi jumlah mitra seksual sesedikit mungkin
- d. Hindari hubungan seksual dengan kelompok resiko tinggi tertular AIDS
- e. Tidak melakukan hubungan anogenital
- f. Gunakan kondom mulai dari awal sampai akhir hubungan seksual dengan kelompok resiko tinggi tertular AIDS dan pengidap HIV

## **2. Pencegahan Infeksi HIV Melalui Darah**

Darah merupakan media yang cocok untuk hidup virus AIDS. Penularan AIDS melalui darah terjadi dengan cara (Spiritia, 2014):

- a. Transfusi darah yang mengandung HIV
- b. Jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupuntur, tato, tindik) bekas pakai orang yang mengidap HIV tanpa disterilkan dengan baik
- c. Pisau cukur, gunting kuku atau sikat gigi bekas pakai orang yang mengidap virus HIV

## **3. Pencegahan Infeksi HIV Melalui Ibu**

Salah satu cara penularan HIV adalah dari ibu HIV positif ke bayinya, dimana penularan ini dapat berlangsung mulai dari kehamilan, persalinan maupun menyusui. Faktor penyebab penularan yang terpenting adalah jumlah virus dalam darah sehingga perlu mendeteksi ibu hamil HIV positif dan memberikan pengobatan ARV seawal mungkin sehingga kemungkinan bayi tertular HIV menurun (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Transmisi vertikal merupakan metode penularan infeksi HIV dari seorang ibu kepada bayinya melalui salah satu tahapan yaitu pada saat intrauterin, intrapartum, atau pasca-natal (saat menyusui). Transmisi vertikal berperan sebagai metode penularan utama (92%) infeksi HIV pada anak berusia <13 tahun. Transmisi intrauterin terjadi melalui penyebaran hematogen melewati plasenta atau ascending infection ke cairan dan membran amnion. Transmisi saat persalinan terjadi melalui kontak

mukokutan antara bayi dengan darah ibu, cairan amnion, dan sekret servikovaginal saat melewati jalan lahir. Transmisi saat persalinan juga dapat terjadi melalui ascending infection dari serviks serta transfusi fetal maternal saat uterus berkontraksi pada saat persalinan. Sebelum ditemukannya metode intervensi preventif yang efektif, angka transmisi vertikal HIV pada bayi yang tidak mendapat ASI sebesar 15–30%, sedangkan bayi yang mendapat ASI sebesar 25–45% (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Transmisi vertikal intrauterin memiliki risiko sebesar 5- 10%, sedangkan saat persalinan sebesar 10-20%. Pada populasi yang mendapatkan ASI risiko penularan infeksi HIV pada saat menyusui adalah sebesar 5-20%. Intervensi pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak yang efektif dapat menurunkan angka transmisi vertikal hingga kurang dari 2%. Pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak (PPIA) didefinisikan sebagai intervensi pencegahan infeksi HIV dari ibu kepada bayi. Intervensi pencegahan tersebut meliputi penanganan komprehensif dan berkelanjutan pada perempuan dengan HIV sejak sebelum kehamilan hingga setelah kehamilan serta termasuk penanganan bayi lahir dari ibu HIV.

Empat pendekatan komprehensif untuk mencegah transmisi vertikal HIV, yaitu:

- a. Pencegahan primer infeksi HIV pada wanita usia reproduksi
- b. Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita terinfeksi HIV
- c. Pencegahan transmisi vertikal HIV dari ibu kepada bayi
- d. Penyediaan terapi, perawatan dan dukungan yang baik bagi ibu dengan HIV, serta anak dan keluarganya.

#### **4. Terapi Antiretroviral untuk Mencegah Penularan HIV Secara Seksual (Pengobatan sebagai Pencegahan)**

Penggunaan Terapi Antiretroviral dapat digunakan untuk mencegah penularan HIV secara seksual. ODHIV yang mulai ART (*Antiretroviral Therapy*) harus menggunakan bentuk pencegahan lain dengan pasangan seksualnya (misalnya, kondom, profilaksis pra pajanan [PrEP] untuk pasangan seksual yang HIV-negatif, pantang melakukan hubungan seksual) setidaknya selama 6 bulan pertama pengobatan dan sampai *viral load* <200 kopi/mL telah didokumentasikan. Banyak ahli akan merekomendasikan untuk memastikan penekanan berkelanjutan sebelum berasumsi bahwa tidak ada risiko lebih lanjut penularan HIV melalui hubungan seksual.

Orang dengan HIV yang ingin mengandalkan ART untuk pencegahan perlu mempertahankan tingkat kepatuhan ART yang tinggi. Mereka harus diberitahu bahwa penularan mungkin terjadi selama periode kepatuhan yang

buruk atau penghentian pengobatan. Pada setiap kunjungan untuk mendapatkan layanan HIV, dokter harus menilai kepatuhan terhadap ART dan memberikan konseling kepada pasien mengenai pentingnya ART bagi kesehatan mereka serta perannya dalam mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual. Penyedia layanan harus memberi tahu pasien bahwa mempertahankan *viral load* <200 kopi/mL tidak mencegah penularan atau penularan Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya. Penyedia layanan kesehatan juga harus secara rutin melakukan skrining terhadap IMS pada semua pengidap HIV yang aktif secara seksual, baik untuk kesehatan mereka sendiri maupun untuk mencegah penularan IMS kepada orang lain.

#### D. Pengertian ODHIV

---

ODHIV adalah sebutan untuk orang-orang yang telah mengidap HIV/AIDS. Untuk mengidentifikasi orang terinfeksi HIV, dapat dilakukan tes langsung terhadap virus HIV atau secara tidak langsung dengan cara menemukan antibody. Bila pada seseorang ditemukan antibodi terhadap HIV berarti orang tersebut telah terinfeksi HIV (Ardhiyanti & Lusiana, 2015).

Orang dikatakan terinfeksi HIV jika orang tersebut sudah melakukan tes VCT (*Voluntary Conseling and Testing*) merupakan tes yang sering dilakukan dan dilakukan secara sukarela tanpa paksaan. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan yang sering dilakukan. Pemeriksaan ini dilakukan tiga kali, jika yang pertama dan kedua hasilnya negatif dimungkinkan virus masih dalam window period atau masa jendela, masa dimana tes serologis untuk antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif sementara virus sudah ada dalam jumlah banyak dalam darah penderita. Tes ketiga jika orang tersebut masih negatif berarti orang tersebut memang tidak ada virus HIV dalam tubuhnya akan tetapi jika positif berarti ada virus HIV dalam tubuhnya.

Adapun gejala-gejala seseorang kemungkinan terjangkit HIV diantaranya adalah sebagai berikut (Spiritia, 2014):

- a. Rasa lelah berkepanjangan
- b. Sesak nafas dan batuk yang berkepanjangan
- c. Berat badan turun secara menyolok
- d. Pembesaran kelenjar (di leher, ketiak, lipatan paha) tanpa sebab yang jelas
- e. Bercak merah kebiruan pada kulit (kanker kulit)
- f. Sering demam (lebih dari 38 derajat Celcius) disertai keringat malam tanpa sebab yang jelas
- g. Diare lebih dari satu bulan tanpa sebab yang jelas

Pada awal-awal kasus terjangkitnya HIV, kebanyakan orang tersebut cenderung menunjukkan reaksi-reaksi keras seperti menolak hasil tes, menangis, menyesali dan memarahi diri sendiri, bahkan mengucilkan diri sendiri. Saat-saat seperti itu merupakan gejala psikologis yang justru dapat membuat orang tersebut semakin terpuruk. Pembinaan terhadap ODHIV diperlukan agar selanjutnya ODHIV kembali melanjutkan hidup (Spiritia, 2014).

Penelitian yang dilakukan Lima tentang dampak peningkatan terapi antiretroviral kombinasi pada pola kematian di antara orang HIV-positif di British Columbia, Kanada menunjukkan harapan hidup pada ART usia 20 tahun adalah 34.5 tahun pada tahun 2003-2013. Semua hal tersebut ditentukan dari bagaimana ODHIV itu sendiri mengisi hidupnya yang lebih berguna bagi diri sendiri, menjalani hidup yang produktif (Nikmah, 2014):

- a. Mengikuti diet tinggi akan protein dan kilojoule yang sehat
- b. Mengatur tingkat stres dan emosinya, misalnya dengan perilaku emosi dan spiritual yang sehat berimbang
- c. Seks yang aman, misalnya dengan menggunakan kondom agar tidak melakukan penularan
- d. Menjauhkan diri dari narkoba (*drugs*), minuman keras, rokok
- e. Menjaga kesehatan makanan, minuman, tempat tinggal, pakaian, dan badan
- f. Konsultasi ke dokter secara teratur
- g. Memilih pergaulan yang baik

## **E. Antiretroviral (ARV)**

---

### **1. Jenis Antiretroviral (ARV)**

Antiretroviral (ARV) adalah obat yang menhambat replikasi *Human immunodeficiency Virus* (HIV). Terapi dengan ARV adalah strategi yang secara klinis paling berhasil hingga saat ini. Tujuan terapi ARV dengan menekan replikasi HIV secara maksimum, meningkatkan limfosit CD4 dan memperbaiki kualitas hidup penderita yang pada gilirannya akan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas (Battistini, 2014).

Obat ARV terdiri atas beberapa jenis, setiap jenis atau golongan ARV menyerang HIV dengan cara yang berbeda. Golongan obat anti-HIV yang pertama adalah *nucleoside reverse inhibitor* atau NRTI, biasanya disebut analog nukleosida. Obat golongan ini menghambat perubahan kode genetik HIV dari RNA menjadi DNA. Golongan obat kedua menghambat dengan cara yang berbeda, yang dinamakan *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* atau NNRTI. Golongan ketiga obat ARV adalah *protease inhibitor* atau PI. Obat ini bekerja dengan cara menhambat pematangan virus baru.

Golongan ARV yang keempat adalah *fusion* dan *attachment inhibitor* yang mencegah pengikatan virus pada sel. Golongan obat ARV terbaru adalah *integrase inhibitor* yang dapat mencegah pemanjangan kode genetik HIV dengan kode genetik sel.

## 2. Tujuan Terapi ARV

Tujuan utama terapi antiretrovirus adalah penekanan secara maksimum dan berkelanjutan terhadap jumlah virus, pemulihan atau pemeliharaan fungsi imunologik, perbaikan kualitas hidup, dan pengurangan morbiditas dan mortalitas HIV.

Pemberian ARV telah menyebabkan kondisi kesehatan ODHIV menjadi jauh lebih baik. Infeksi criptosporidiasis yang sebelumnya sukar diobati, menjadi jauh lebih mudah ditangani. Infeksi penyakit oportunistik lainnya yang berat, seperti infeksi virus sitomegalovirus dan infeksi mikobakterium aktif, dapat disembuhkan. Pneumonia *Pneumocystis Carinii* pada ODHIV yang hilang timbul, biasanya mengharuskan ODHIV minum obat infeksi agar tidak kambuh. Namun sekarang dengan minum ARV teratur, banyak ODHIV yang tidak memerlukan minum obat profilaksis terhadap pneumonia (Ardhiyanti & Lusiana, 2015).

## 3. Tata Laksana Terapi ARV

Pedoman pemberian terapi Antiretroviral (ARV) di Indonesia telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 87 Tahun 2017 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral yang bertujuan untuk menjadi bagian dari pengobatan HIV/AIDS secara paripurna, sebagai berikut (Kemenkes RI, 2017):

### a. Pengkajian Setelah Diagnosis HIV

Setelah dinayatakan HIV positif, langkah selanjutnya yang dilakukan yaitu melakukan pemerikasaan untuk mendiagnosa adanya penyakit penyerta serta infeksi oportunistik, dan pemeriksaan laboratorium. Selanjutnya ODHIV akan mendapatkan paket layanan perawatan dukungan pengobatan dan pencatatan pada Ikhtisar Perawatan dan Terapi Antiretroviral. CD4 merupakan parameter terbaik untuk mengukur imunodefisiensi. Pemancautan CD4 dapat digunakan untuk memulai pemberian ARV atau penggantian obat.

### b. Persiapan Pemberian ARV

Pemberian ARV memiliki prinsip dimana harus menggunakan 3 obat yang harus terserap dan berapa dalam dosis terapeutik dalam darah, atau dikenal dengan *High Active Antiretroviral Therapy* (HAART) atau lebih sering disingkat menjadi ART (*Antiretroviral Therapy*) atau terapi ARV.

Pemerintah telah menetapkan paduan dalam pengobatan ARV berdasarkan 5 aspek yaitu efektivitas, efek samping/toksisitas, interaksi obat, kepatuhan, dan harga obat. Konseling terapi yang memadai penting untuk terapi seumur hidup dan keberhasilan terapi jangka Panjang, dimana isi dari konseling terapi mencakup: kepatuhan minum obat, kemungkinan resiko efek samping atau terjadinya sindrom pulih imun (*Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome/IRIS*) setelah memulai terapi ARV terutama pada ODHIV dengan stadium klinis lanjut atau yang memiliki jumlah CD4 <100 sel/mm<sup>3</sup>, dan komplikasi yang berhubungan dengan terapi ARV jangka Panjang.

ODHIV harus mendapatkan informasi serta konseling yang benar dan cukup sebelum memulai ART. Hal tersebut penting untuk mempertahankan kepatuhan minum ARV karena harus diminum seumur hidup. Setelah diberikan konseling kepatuhan, ODHIV diminta untuk berkomitmen menjalani pengobatan ARV secara teratur untuk jangka panjang. Konseling meliputi cara dan ketepatan minum obat, efek samping, interaksi dengan obat lain, monitoring keadaan pemeriksaan laboratorium secara berkala termasuk pemeriksaan CD4.

c. Pemantauan pada ODHIV yang Belum Mendapat ART

Bagi ODHIV yang belum memenuhi syarat untuk mendapatkan terapi ARV perlu dilakukan monitoring perjalanan klinis penyakit dan jumlah CD4-nya setiap 6 bulan sekali, atau lebih sering pada anak dan bayi yang lebih muda. Evaluasi klinis yang dilakukan meliputi parameter seperti pada evaluasi awal termasuk pemantauan berat badan dan munculnya tanda gejala klinis perkembangan infeksi HIV. Pada anak dilakukan pemantauan tumbuh kembang serta pelayanan rutin lainnya seperti imunisasi. Parameter klinis dan CD4 digunakan untuk mencatat perkembangan stadium klinis pada setiap kunjungan dan menuntukan apakah ODHIV dapat memenuhi syarat untuk mendapatkan pengobatan pencegahan kotrimoksazol (PPK) atau ARV. Evakuasi klinis dan jumlah CD4 perlu dilakukan secara lebih ketat ketika mulai mendekati ambang dan syarat untuk memulai ART.

## **G. Dampak ARV Kompetensi Inti Promosi Kesehatan**

---

Antiretroviral merupakan suatu revolusi dalam perawatan ODHIV. Terapi dengan Antiretroviral (ARV) terdiri atas beberapa kombinasi obat yang secara maksimal mampu menekan jumlah virus dan menghentikan perkembangan infeksi HIV. Efektivitas ARV telah banyak diteliti, diantaranya penelitian yang dilakukan di Haiti pada tahun 2005 sampai 2008 terhadap 816 ODHIV, menunjukkan bahwa penggunaan ARV pada tahap awal penyakit mampu menurunkan angka mortalitas sebesar 75% dan morbiditas sebesar 50% (Larasati dan Shaluhiyah, 2015).

Di Indonesia efektivitas ARV memberikan dampak positif dimana proporsi harapan hidup ODHIV dengan ARV berdasarkan lama pengobatan yang semakin membaik pada setiap tahunnya. Data Kementerian Kesehatan menunjukkan proporsi hidup selama 12 bulan naik dari 48% tahun 2004 menjadi 69% tahun 2009. Sedangkan angka kematian ODHIV juga menurun dari 46% tahun 2006 menjadi 22% tahun 2010. Selain itu, perkembangan pengobatan ARV telah dipertimbangkan tidak hanya sebagai upaya pengobatan namun mengarah pada upaya pencegahan, bahkan pemberantasan infeksi HIV/AIDS, meskipun perlu dibuktikan melalui penelitian klinis (Spiritia, 2014).

## **H. Upaya untuk Mencapai Indikator ODHIV dalam ART**

---

Berbagai upaya terus dilakukan untuk mendekatkan akses layanan yang berkualitas dan bermutu kepada masyarakat yang membutuhkan sekaligus dapat meningkatkan akses ODHIV untuk mendapatkan pengobatan ARV. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator ODHIV on ART antara lain (Kemenkes RI, 2017; Permatasari et al., 2017):

1. Meningkatkan kapasitas SDM (Sumber Daya Manusia), perluasan layanan ARV dan penguatan layanan FKTP yang ada melalui rangkaian kegiatan Pelatihan PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan) bagi petugas Kesehatan sehingga akses fasyankes terutama FKTP dalam menemukan dan melakukan tatalaksana HIV tanpa komplikasi dapat ditingkatkan. Akses layanan yang dekat dengan masyarakat ini diharapkan dapat menekan angka LFU dan setiap ODHIV yang ditemukan dapat mencapai akses pengobatan;
2. Penerapan kebijakan *Test & Treat* di semua layanan melalui Surat Edaran Dirjen P2P nomor PR.01.05/I/1822/2019, tanggal 31 Juli 2019, perihal Akselerasi ART pada tahun 2019-2020, untuk melakukan Akselerasi ART dengan mengintensifkan penerapan kebijakan *Test & Treat*, penemuan kasus lama yang belum ART dan *Loss to Follow Up* serta penemuan kasus baru

termasuk pada pasien IMS (Infeksi Menular Seksual), TB (Tuberkulosis) dan Hepatitis;

3. Kampanye bulan pemeriksaan *Viral load* yaitu pemeriksaan yang dilakukan untuk melihat efektivitas terapi ARV pada ODHIV pada bulan ke 6 dan bulan ke 12 sejak mulai ARV
4. Penguatan pendampingan ODHIV oleh pendukung sebaya (komunitas) maupun oleh Kader Kesehatan
5. Meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam upaya pencegahan dan pengendalian penularan HIV
6. Peningkatan pengetahuan komprehensif melalui media KIE cetak dan elektronik
7. Penguatan sistem pencatatan dan pelaporan berbasis online dan real time sehingga keberhasilan dari kebijakan yang telah dilaksanakan dapat terukur dengan baik
8. Membuat Protokol Pelaksanaan Layanan HIV/AIDS selama pandemi COVID-19 dimana Layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan untuk HIV/AIDS dan IMS dilaksanakan sesuai *standard precaution* (kewaspadaan standar) untuk pencegahan dan pengendalian infeksi. Bagi layanan PDP termasuk PTRM (Program Terapi Rumatan Metadon) yang menjadi layanan rujukan COVID-19 dapat memperimbangkan untuk mengalihkan layanan PDP/ARV/PTRM tersebut ke layanan PDP/ARV/PTRM lain. Pemberian persediaan obat ARV untuk masa 2-2 bulan dapat dipertimbangkan bagi ODHIV yang stabil, secara selektif dan hanya dilakukan jika persediaan ARV mencukupi, selanjutnya pemberian multi bulan ARV diprioritaskan bagi ODHIV yang tinggal di wilayah episentrum COVID-19, kerjasama dengan komunitas/pendukung ODHIV untuk memastikan kondisi dan keberlangsungan ARV pada ODHIV
9. Meningkatkan cakupan pemberian dan retensi terapi ARV, serta perawatan kronis
  - a. Menggunakan rejimen pengobatan ARV kombinasi dosis tetap (KDT-*Fixed Dose Combination*-FDC), di dalam satu tablet mengandung tiga obat. Satu tablet setiap hari pada jam yang sama, hal ini mempermudah pasien supaya patuh dan tidak lupa menelan obat
  - b. Inisiasi ARV pada fasylanes seperti puskesmas
  - c. Memulai pengobatan ARV sesegera mungkin berapapun jumlah CD4 dan apapun stadium klinisnya pada: kelompok populasi kunci, yaitu : pekerja seks, lelaki seks lelaki, pengguna napza suntik, dan waria, dengan atau tanpa IMS lain ; populasi khusus, seperti: wanita hamil dengan HIV,

- pasien koinfeksi TB-HIV, pasien ko infeksi Hepatitis-HIV (Hepatitis B), ODHIV yang pasangannya HIV negatif (pasangan sero-diskor), dan bayi/anak dengan HIV (usia<5tahun) ; semua orang yang terinfeksi HIV di daerah dengan epidemi meluas
- d. Mempertahankan kepatuhan pengobatan ARV dan pemakaian kondom konsisten melalui kondom sebagai bagian dari paket pengobatan
  - e. Memberikan konseling kepatuhan minum obat ARV
  - f. Mengembangkan pelayanan kesehatan HIV-AIDS di Puskesmas yang disebut dengan *One Stop Service* di beberapa puskesmas untuk layanan terpadu HIV/AIDS
10. Memperluas akses pemeriksaan CD4 dan Viral load (VL) termasuk Early Infant Diagnosis (EID), hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah ODHIV yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV segera mungkin, melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan
  11. Peningkatan kualitas layanan fasyankes dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau FKTP
  12. Mengadvokasi pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV-AIDS
  13. Menyediakan pilihan obat ARV yang baru (TLD) dengan efek samping yang sangat jarang terjadi. Obat kombinasi terbaru bagi pengobatan HIV jenis TLD merupakan obat ARV (Anti Retro Viral) dengan sediaan kombinasi dosis tetap mengandung Tenofovir, Lamivudine, dan Dolutegravir (TLD). Obat ini terbukti klinis memiliki tingkat efektivitas yang tinggi dan memiliki efek samping yang sangat rendah
  14. Memperkirakan efek peluncuran pemberian obat multi bulan (MMD) dan model DSD lainnya pada tenaga kesehatan

## I. Kepatuhan ARV

---

Kepatuhan adalah sejauh mana perilaku seseorang untuk minum obat, mengikuti diet dan melaksanakan perubahan gaya hidup, memberikan respon yang baik dalam menjalankan rekomendasi dari penyedia layanan kesehatan. Pengertian lainnya, kepatuhan berobat merupakan kemampuan pasien untuk mengikuti petunjuk medis. Kepatuhan meliputi dosis, tepat waktu dan tepat frekuensi. Kepatuhan diperlukan dalam setiap terapi obat yang dijalankan. Penjelasannya adalah bahwa setiap obat yang dikonsumsi masuk ke dalam aliran darah, dan sewaktu darah melewati hati dan ginjal, sebagian obat itu disaring dan

dibuang. Jadi, jumlah obat dalam aliran darah semakin kecil, sehingga orang yang mengonsumsi obat harus mengulanginya lagi (Spiritia, 2014).

Sebelum menggunakan obat, petunjuk pemakaian menjadi hal penting yang wajib diketahui oleh ODHIV, agar selalu tersedia obat yang cukup dalam aliran darah. Hal-hal yang perlu diketahui pasien sebelum minum obat diantaranya (Kemenkes RI, 2017):

1. Obat yang benar, artinya pasien mengambil medikasi yang cocok untuk penyakitnya. Ketika mencampur obat dalam satu wadah kemasan untuk pagi, malam, misalnya, pasien harus paham betul nama obat, warna dan bentuk, dosis, agar tidak terjadi kebingungan.
2. Cara yang benar, artinya, obat harus digunakan dengan cara yang benar, apakah sebelum atau sesudah makan atau harus dikunyah terlebih dahulu.
3. Jumlah yang benar, artinya dosis obat harus tepat, jangan lebih atau kurang dari aturannya.
4. Waktu yang tepat, artinya, pasien harus minum obat pada jam yang ditentukan misalnya setiap empat jam. Lebih baik jika dituliskan waktu minum obat agar tidak membingungkan misal pukul 10.00, 12.00, 16.00, 20.00.

Petunjuk ini penting dilakukan karena berpengaruh terhadap tingkat obat dalam aliran darah yang dapat menjadi terlalu rendah. Tingkat obat yang rendah dapat memungkinkan virus HIV tetap mengandalkan diri dalam tubuh. Semakin banyak virus dibuat, semakin mungkin akan dibuat virus yang cacat dan resisten terhadap obat. Jika HIV dalam tubuh menjadi resisten terhadap obat yang digunakan, terapi akan mulai gagal. Kegagalan ini ditandai dengan *Viral load* yang meningkat dan menjadi terdeteksi. Cara terbaik mencegah terjadinya resistensi adalah dengan kepatuhan.

Berdasarkan hal tersebut, maka diperlukan upaya efektif dalam meningkatkan kepatuhan pada ODHIV, misalnya saja dengan pemberian edukasi melalui *m-Health* pada ODHIV. Berdasarkan penelitian terkait mengenai kepatuhan ARV, kepatuhan dipengaruhi oleh pemberian edukasi kesehatan. DeFulio mengungkapkan bahwa ODHIV yang diberikan pengetahuan melalui pemberian *m-Health* berupa SMS selama dua tahun dengan berbasis *Smartphone* meningkatkan kepatuhan dari 81,7% menjadi 89,9%. (DeFulio *et al*, 2021) Selain itu Bui dalam penelitiannya juga mengungkapkan hal serupa. Dalam penelitiannya pada dua klinik rawat jalan perkotaan di Hanoi, Vietnam yang bertujuan untuk memeriksa efektivitas aplikasi *smartphone* binaan HIV pada pengobatan pasien HIV/AIDS, diperoleh hasil bahwa aplikasi *smartphone* efektif dalam meningkatkan penggunaan ARV. Menurut catatan medis dan wawancara

tatap muka pada pasien, ARV sebelum intervensi hanya 7,3% sedangkan sesudah intervensi mengalami peningkatan signifikan menjadi 75,0% (Bui *et al*, 2021).

Selain itu, hal ini juga didukung oleh Mao *et al* yang memberikan intervensi selama 4 bulan pada ODHIV di Australia, dengan judul penelitian: *Beyond mere pill taking: Aplikasi m-Health OMA (ODHIV Mengonsumsi ARV) for HIV treatment adherence delivered to mobile phones of clients in a community support network in Australia*. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa setelah pemberian intervensi selama 4 bulan, kepatuhan minum ARV pada ODHIV meningkat dari 37,1% menjadi 82,3% (Mao *et al*, 2018). Othman juga memperoleh hasil yang sama. Penelitian dengan judul *Mobile phone reminders and peer counseling improve adherence and treatment outcomes of patients on ART in Malaysia: A randomized clinical trial* selama 6 bulan meningkatkan kepatuhan minum ARV dari 93% menjadi 95% (Abdulrahman, 2017).

## J. Pengukuran Kepatuhan

---

Kepatuhan merupakan suatu proses yang bersifat tidak tetap sehingga sulit untuk dinilai dalam suatu waktu melainkan dilakukan secara serial. Penilaian kepatuhan dapat dinilai saat, beberapa hari, beberapa minggu setelah pasien mendapat oar ARV. Untuk mencapai keberhasilan terapi maka diperlukan kepatuhan tinggi yaitu  $\geq 95\%$  (Mudhune *et al*, 2018). Tidak ada metode yang secara tepat dapat mengukur kepatuhan. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan dengan beberapa metode. Setiap metode yang digunakan memiliki kelebihan dan kekurangan, diantaranya (Spiritia, 2014):

### 1. Menanyakan kepada petugas klinik

Metode ini merupakan metode yang hampir selalu menjadi pilihan paling akhir yang digunakan karena keakuratan dan estimasi yang dilakukan oleh dokter pada umumnya kurang tepat.

### 2. Menanyakan kepada pasien (*self report*)

Pasien ditanya tentang tingkat kepatuhan dengan mengingat kembali jadwal minum obat selama beberapa periode waktu yang berbeda. Kepatuhan tinggi atau  $\geq 95\%$  berarti tidak melewatkannya obat paling kurang 3 dosis dalam 1 bulan, atau tidak melewatkannya lebih dari satu dosis dalam seminggu ataupun dalam kurun waktu 4 hari terakhir. Metode ini lebih valid dibanding metode sebelumnya, tapi juga memiliki kelemahan yaitu kemungkinan pasien tidak berkata jujur dengan berbagai alasan dan mungkin pasien tidak mengetahui seberapa besar tingkat kepatuhan mereka sendiri, oleh karena itu metode ini perlu ditunjang dengan metode lainnya.

### **3. Menanyakan kepada individu lain yang memonitor keadaan pasien (PMO)**

Metode ini juga memiliki kekurangan seperti observasi tidak mungkin dapat dilakukan secara konstan, terutama untuk hal-hal tertentu seperti diet makanan dan konsumsi alkohol. Selain itu pengamatan yang terus menerus menciptakan situasi buatan dan seringkali menjadikan tingkat kepatuhan yang lebih besar dari pengukuran kepatuhan yang lainnya. Tingkat kepatuhan yang besar ini memang sesuatu yang diinginkan, tetapi hal ini tidak sesuai dengan tujuan pengukuran sendiri dan menyebabkan observasi yang dilakukan tidak akurat.

### **4. Menghitung jumlah obat (*pill count*)**

Metode ini mungkin merupakan metode yang paling ideal karena hanya sedikit saja kesalahan yang dapat dilakukan dalam menghitung jumlah obat yang berkurang. Tetapi metode ini dapat saja menjadi tidak akurat. Pertama, pasien mungkin saja, dengan berbagai alasan, dengan sengaja tidak mengonsumsi beberapa jenis obat. Kedua, pasien mungkin mengonsumsi semua pil, tetapi tidak sesuai dengan saran medis yang diberikan. Perhitungan sisa obat untuk menilai % kepatuhan (Mudhune *et al*, 2018):

$$\frac{\text{Jumlah obat yang seharusnya diminum} - \text{jumlah obat yang tidak diminum}}{\text{jumlah obat yang seharusnya diminum}} \times 100\%$$

### **5. Monitoring dengan elektronik sistem (MEMS)**

Monitoring dengan menggunakan sistem elektronik seperti *the medication event monitoring system* (MEMS) adalah dengan memasukkan tutup botol obat yang berisi *chips computer* yang mampu mencatat waktu dan saat tutup botol terbuka dan tertutup, dengan pengertian obat diminum setiap botol terbuka. Namun metode ini cukup mahal dan penggunaannya perlu melatih petugas kesehatan. penelitian oleh Lyimo dkk di Tanzania telah membuktikan penggunaan MEMS sebagai alat ukur kepatuhan yang layak dan dapat diterima oleh pasien. Selain itu penelitian ini juga secara tidak terduga menunjukkan bahwa penggunaan botol MEMS mengurangi ketakutan pasien untuk mengungkapkan status HIVnya.

## K. Promosi Kesehatan untuk Mengatasi HIV dan Meningkatkan Konsumsi Antriteroviral Pada ODHIV

---

*The Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) menyatakan bahwa secara global, pada tahun 2022 terdapat 1,3 juta infeksi baru dan total terdapat 39 juta ODHIV (orang dengan HIV) serta 630 ribu kasus kematian akibat AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Penyebaran HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) sebenarnya dapat dicegah dengan penekanan *Viral load* melalui terapi Antiretroviral (ARV). Namun jumlah ODHIV yang mengakses terapi Antiretroviral baru mencapai 29,8 juta (76,4%) dari 39 juta yang terdiagnosis HIV. Berdasarkan data tersebut maka dapat disimpulkan bahwa hingga saat ini AIDS tetap menjadi krisis global yang mendesak. Apalagi target global mengenai tes dan pengobatan ARV dalam semua subpopulasi dan kelompok usia yang dicanangkan oleh UNAIDS telah meningkat (UNAIDS, 2023).

Pada Kawasan Asia Tenggara, Indonesia memiliki pengidap HIV terbanyak di Asia Tenggara. Kasus HIV menyumbang 10% dari total beban HIV di seluruh dunia (Kementerian Kesehatan, 2023). Berdasarkan target UNAIDS, Indonesia juga telah mengadopsi target yang sama. Meskipun demikian, Indonesia masih tertinggal untuk mencapai target global pengendalian HIV tersebut.

Tingginya HIV dan tingginya ketidakpatuhan terhadap konsumsi ARV diakibatkan karena salah satu atau lebih dari beberapa faktor psikososial, seperti depresi dan gangguan mental, gangguan neurokognitif, rendahnya pengetahuan tentang kesehatan, rendahnya *social support*, konsumsi alkohol berlebihan, pengguna napsa aktif, tunawisma, kemiskinan, menjaga rahasia status HIV, penolakan, stigma. Selain itu, umur pasien juga mempengaruhi kepatuhan. Khususnya, beberapa remaja dan pasien HIV dewasa muda merupakan kelompok yang memiliki tantangan yang cukup besar dalam mencapai tingkat kepatuhan (Sitorus, 2022).

Pengetahuan dan pemahaman ODHIV tentang penyakit dan pengobatan yang dijalani ODHIV merupakan faktor yang dapat mendorong motivasi ODHIV untuk patuh. Semakin tinggi tingkat pengetahuan yang dimiliki ODHIV, semakin tinggi pula pemahaman mereka terhadap manfaat kepatuhan terapi (memperlambat perburukan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup mereka baik secara fisik, psikologis, maupun sosial). Tidak hanya itu, berdasarkan Spiritia kepatuhan kian menurun, bahkan pada orang yang sangat patuh. Gejala ini disebut ‘kejemuhan pil’ atau ‘kejemuhan terapi’. Oleh karena itu, dibutuhkan dukungan dan semangat untuk para ODHIV, sehingga dapat meningkatkan motivasi ODHIV dalam konsumsi ARV. Motivasi sangat diperlukan dalam

menjalankan kepatuhan terapi ARV, tanpa adanya motivasi, terapi ARV tidak dapat dilanjutkan.

Salah satu upaya untuk meningkatkan kepatuhan ODHIV dalam menjalani terapi ARV dengan memberikan promosi kesehatan pengingat minum obat, terutama saat ini dengan pemanfaatan teknologi melalui telepon seluler. Peningkatan pemanfaatan teknologi juga merupakan program Kementerian Kesehatan (Kemenkes RI, 2022), yang merupakan salah satu dari 6 (enam) bidang transformasi kesehatan, sebagai bagian dari upaya memperbarui dan menyempurnakan kesehatan. Keenam bidang transformasi kesehatan tersebut yaitu transformasi di layanan primer, transformasi layanan rujukan, transformasi dari sistem ketahanan kesehatan, transformasi sistem pembiayaan kesehatan, transformasi di bidang sumber daya kesehatan, dan transformasi teknologi kesehatan. Berkaitan dengan hal ini, pemberian edukasi dan juga motivasi kepada para ODHIV terkait konsumsi ARV dengan memanfaatkan teknologi digital mendukung upaya transformasi Kesehatan yang pertama yaitu transformasi di layanan primer berupa edukasi penduduk serta transformasi keenam berupa transformasi teknologi kesehatan (Devianti & Waluyo, 2022).

Oleh karena itu diperlukan suatu inovasi yang komprehensif dan efektif dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan juga kepatuhan mengonsumsi ARV pada ODHIV yaitu pengembangan aplikasi *m-Health* OMA (ODHIV Mengonsumsi ARV) yang tidak hanya memberikan informasi terkait HIV/AIDS dan ARV, namun juga memberikan motivasi kepada para ODHIV.

## **L. Penutup**

---

Masalah promosi kesehatan guna meningkatkan kesehatan dan pemerataan kesehatan adalah merupakan pusat pembangunan global dan nasional. Untuk peningkatan dan pemerataan kesehatan bagi semua orang ini peran Promosi Kesehatan sangat besar. Maka dari itu dikatakan bahwa peran promosi Kesehatan sudah harus menjadi isu dunia atau "mendunia" untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan di Indonesia, termasuk HIV/AIDS.

## Referensi

- Abdulrahman, S. A., Rampal, L., Ibrahim, F., Radhakrishnan, A. P., Shahar, H. K., & Othman, N. (2017). Mobile phone reminders and peer counseling improve adherence and treatment outcomes of patients on ART in Malaysia: A randomized clinical trial. *PLoS ONE*, 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177698>
- Ardhiyanti, Y., & Lusiana, N. (2015). *Bahan ajar AIDS pada asuhan kebidanan*. Deepublish.
- Battistini, A., & Sgarbanti, M. (2014). HIV-1 latency: An update of molecular mechanisms and therapeutic strategies. *Viruses*, 6(4), 1715–1758. <https://doi.org/10.3390/v6041715>
- Bui, T. M., Hoang, M. T., Van Ngo, T., Do, C. D., Nghiem, S. H., Byrnes, J., Phung, D. T., Nguyen, T. H. T., Vu, G. T., Do, H. T., Latkin, C. A., Ho, R. C. M., & Ho, C. S. H. (2021). Smartphone use and willingness to pay for hiv treatment-assisted smartphone applications among hiv-positive patients in urban clinics of vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041467>
- Comulada, W. S., Wynn, A., van Rooyen, H., Barnabas, R. V., Eashwari, R., & van Heerden, A. (2019). Using mHealth to Deliver a Home-Based Testing and Counseling Program to Improve Linkage to Care and ART Adherence in Rural South Africa. *Prevention Science*, 20(1), 126–136. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0950-1>
- Devianti, Y., & Waluyo, A. (2022). Mobile Phone Sebagai Reminder Upaya Meningkatkan Kepatuhan Pengobatan Arv Pada Orang Dengan Hiv. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 1162–1169.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Ditjen PP dan PL. (2017). *Laporan Perkembangan HIV/AIDS & Penyakit Infeksi Menular (PMS) Triwulan 1 Tahun 2017*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV*.
- Larasati ND, Shaluhiyah Z, S. A. (2015). Bentuk-Bentuk Dukungan Keluarga Terhadap Ibu dengan HIV Positif dalam Kepatuhan Terapi ARV di Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 10(2).
- Mudhune, V., Gvetadze, R., Girde, S., Ndivo, R., Angira, F., Zeh, C., Thomas, T., & Lecher, S. L. (2018). Correlation of Adherence by Pill Count, Self-report, MEMS and Plasma Drug Levels to Treatment Response Among Women Receiving ARV Therapy for PMTCT in Kenya. *AIDS and Behavior*, 22(3),

918–928. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1724-7>

- Nikmah, J. F. (2014). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Hiv/Aids Dengan Psychological Well Being Pada ODHIV (Orang dengan HIV) Di Surabaya*. Doctoral dissertation, Untag Surabaya.
- Permatasari, J., Almasdy, D., & Raveinal, R. (2017). Pengaruh Konseling Farmasis Terhadap Pengetahuan Dan Kepatuhan Pasien HIV/AIDS Di Poliklinik VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi Dan Klinis*, 3(2), 178–185.
- Purnomo M, F. U. (2021). HUBUNGAN KONDISI KESEHATAN DAN STRES EMOSIONAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN HIV AIDS DI RSUD RAA SOEWONDO PATI. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 12(1), 9–20.
- Sitorus. (2022). *MONOGRAF Peningkatan Kepatuhan Berobat Pada Orang dengan HIV (ODHIV) Di Kota Palembang*. Wawasan Ilmu.
- Spiritia. (2014). *Resistensi Terhadap Obat Lembaran Informasi* 126. <http://spiritia.or.id/li/pdf/LI126.pdf>
- UNAIDS. (2023). *Mengakhiri ketidaksetaraan mengakhiri AIDS, Strategi AIDS global 2021-2026*.
- Yunartha, M. (2017). Pengaruh Metode Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan tentang Hiv/Aids pada Remaja di SMK N 3 Wilayah Kerja Puskesmas Rawasari Kota Jambi Tahun 2016 6(2), 135-142. *Scientia Journal*.

## Glosarium

### A

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ART	: Anti Retroviral <i>Therapy</i> (= Pengobatan ARV)
ARV	: Anti Retro Viral

---

### C

CD4	: <i>Cluster of Differentiation 4</i>
-----	---------------------------------------

---

### D

DSD	: <i>Differentiated Service Deliver</i> /Penyampaian Layanan Terdiferensiasi
-----	--

---

### E

EID	: <i>Early Infant Diagnosis</i>
-----	---------------------------------

---

### F

FDC	: <i>Fixed Dose Combination</i>
-----	---------------------------------

---

### H

HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
-----	---------------------------------------

---

### I

IMS	: Infeksi Menular Seksual
IO	: Infeksi Oportunistik

---

### K

KDT	: Kombinasi Dosis Tetap
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi

---

### L

LFU	: <i>Loss to Follow-Up</i> /Hilang dari Pengamatan
-----	--

---

### M

<i>m-Health</i>	: <i>mobile Health</i>
MMD	: <i>Multi-Month Dispensing</i> /Pemberian Obat Multi Bulan

---

### O

**ODHIV** : Orang dengan HIV

---

**P**

PDP : Perawatan Dukungan dan Pengobatan

PPIA : Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak

---

**R**

RS : Rumah Sakit

---

**S**

SDM : Sumber Daya Manusia

SMS : *Short Message Service*

---

**T**

TB : Tuberkulosis

TLD : *Tenofovir Lamivudine Dolutegravir*

---

**U**

USAID : *United States Agency for International Development*

---

**V**

VL : *Viral load*

## PROFIL PENULIS



**Dadang Darmawan M.Kes.**, Lahir di Bandung , 10 Juli 1972. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Respati Indonesia lulus tahun 2005. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Padjadjaran Bandung dan lulus tahun pada tahun 2008. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2000 bekerja di Akademi Keperawatan RS. Dustira, dan sekarang bekerja sebagai dosen di Prodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) RS. Dustira mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan dan Keperawatan Keluarga. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Buku yang sudah ditulis penulis diantaranya adalah Komunikasi dalam Keperawatan, Promosi Kesehatan dalam Keperawatan Anak. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: dadangdarmawan697@gmail.com



**Syaiful, SPd., S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kes.**, Lahir di Bima-NTB, , 23 Mei 1968, Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Adibiana Surabaya dengan gelar M.Pd pada tahun 2009 sedangkan gelar M.Kes diraih pada universitas Badaruddin Lombok Tengah NTB lulus pada tahun 2023. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2000 Prodi Keperawatan Bima Akper Depkes Mataram NTB sampai saat ini sudah dikonversi menjadi Poltekkes Kemekes Mataram. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Mataram-NTB mengampu mata kuliah Metodologi penelitian, Konsep Dasar Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Keperawatan Jiwa dan Keperawatan Keluarga/Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, nara sumber berbagai workshop, dll, Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: syaiful6823@gmail.com

Motto: "Jangan biarkan matahari terbenam tanpa makna"

Motto: "Membaca adalah pintu gerbang keterampilan yang membuat semua pembelajaran lainnya menjadi mungkin. Ayo semangat membaca"

## **PROFIL PENULIS**



**Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep, Ns, M.Kes.,** Lahir di Malang, 20 Februari 1965. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan Universitas Brawijaya Malang tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus tahun pada tahun 2010. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1987. Saat ini penulis bekerja di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: tavipdw202@gmail.com

Motto: "Membaca adalah pintu gerbang keterampilan yang membuat semua pembelajaran lainnya menjadi mungkin. Ayo semangat membaca"



**Maria Anita Yusiana, S.Kep., Ns., M.Kes.,** Lahir di Tulungagung, 28 Mei 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Airlangga tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga dan lulus tahun pada tahun 2011.

Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2007 sampai sekarang di STIKES RS Baptis Kediri.

Saat ini penulis bekerja di STIKES RS Baptis Kediri mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, dan mata kuliah Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yusianamaria@gmail.com

Motto: "Every small step is progress towards big dreams"



**Dyah Ayu Kartika Wulan Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.,** Lahir di Kediri, 9 September 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi Keperawatan di STIKES Karya Husada Kediri Tahun 2011, Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Brawijaya Malang dan lulus pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 sebagai Dosen di STIKES RS Baptis Kediri sampai dengan Sekarang. Saat ini Penulis menjadi Kaprodi keperawatan Program sarjana dan mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Dasar, Keperawatan Dewasa, Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan

serta Kebijakan Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [dyah.ayu.kartika.w.s@gmail.com](mailto:dyah.ayu.kartika.w.s@gmail.com)

Motto : "**Work Hard In Silence, Success Be Your Noise**"

## **PROFIL PENULIS**



**Dr. Fenita Purnama Sari Indah, SKM., M.Kes** Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKes Widya Dharma Husada Tangerang Penulis lahir di Bandar Lampung, 12 Juni 1991. Pada tahun 2009-2013 menempuh S1 Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Biostatistika di Universitas Diponegoro, Semarang. Melanjutkan studi S2 Kesehatan Masyarakat pada 2013 hingga 2015 di perguruan tinggi yang sama. Sejak September 2020- Januari 2024 penulis menempuh Pendidikan doktoral di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Penulis aktif menulis artikel di beberapa jurnal ilmiah nasional, internasional, maupun buku. Saat ini tercatat sudah pernah mendapatkan beberapa hibah penelitian berupa Penelitian Fundamental, Penelitian Dasar Kompetitif Nasional, Penelitian Dosen Pemula dan Hibah BKBN. Penulis juga merupakan awardee Beasiswa LPDP. Kepakaran Penulis adalah Kesehatan Masyarakat, HIV/AIDS dan Statistik Fasilitas Pelayanan Kesehatan..". Penulis dapat dihubungi pada alamat email: fenita.purnama@masda.ac.id

Moto Penulis yaitu "**Work hard, Pray Hard and Thankful**

## SINOPSIS BUKU

Buku **Aplikasi Promosi Kesehatan Melalui Evidence Based Practice** Buku ini mengupas berbagai contoh penelitian promosi kesehatan. Tujuannya adalah untuk memberikan pemahaman yang mendalam tentang pentingnya promosi Kesehatan dalam bidang keperawatan, guna memastikan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal.

Dalam buku ini, pembaca akan mempelajari dan melihat contoh penelitian promosi Kesehatan dalam berbagai macam penerapannya.

Selain itu, buku ini juga menyoroti pentingnya penerapan promosi Kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan berbagai macam penyakitnya dan peningkatan keterampilan perawat, serta penggunaan teknologi dalam perawatan pasien.

Buku ini ditujukan bagi manajer keperawatan, kepala ruang, serta akademisi yang ingin memahami teknik-teknik promosi Kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas manajemen keperawatan dan membantu merencanakan sesuai dengan tuntutan klinis.

Buku Aplikasi Promosi Kesehatan Melalui Evidence Based Practice Buku ini mengupas berbagai contoh penelitian promosi kesehatan. Tujuannya adalah untuk memberikan pemahaman yang mendalam tentang pentingnya promosi Kesehatan dalam bidang keperawatan, guna memastikan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal.

Dalam buku ini, pembaca akan mempelajari dan melihat contoh penelitian promosi Kesehatan dalam berbagai macam penerapannya.

Selain itu, buku ini juga menyoroti pentingnya penerapan promosi Kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan berbagai macam penyakitnya dan peningkatan keterampilan perawat, serta penggunaan teknologi dalam perawatan pasien.

Buku ini ditujukan bagi manajer keperawatan, kepala ruang, serta akademisi yang ingin memahami teknik-teknik promosi Kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas manajemen keperawatan dan membantu merencanakan sesuai dengan tuntutan klinis.

ISBN 978-634-7097-16-3



9 786347 097163

Penerbit :  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)**  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919

