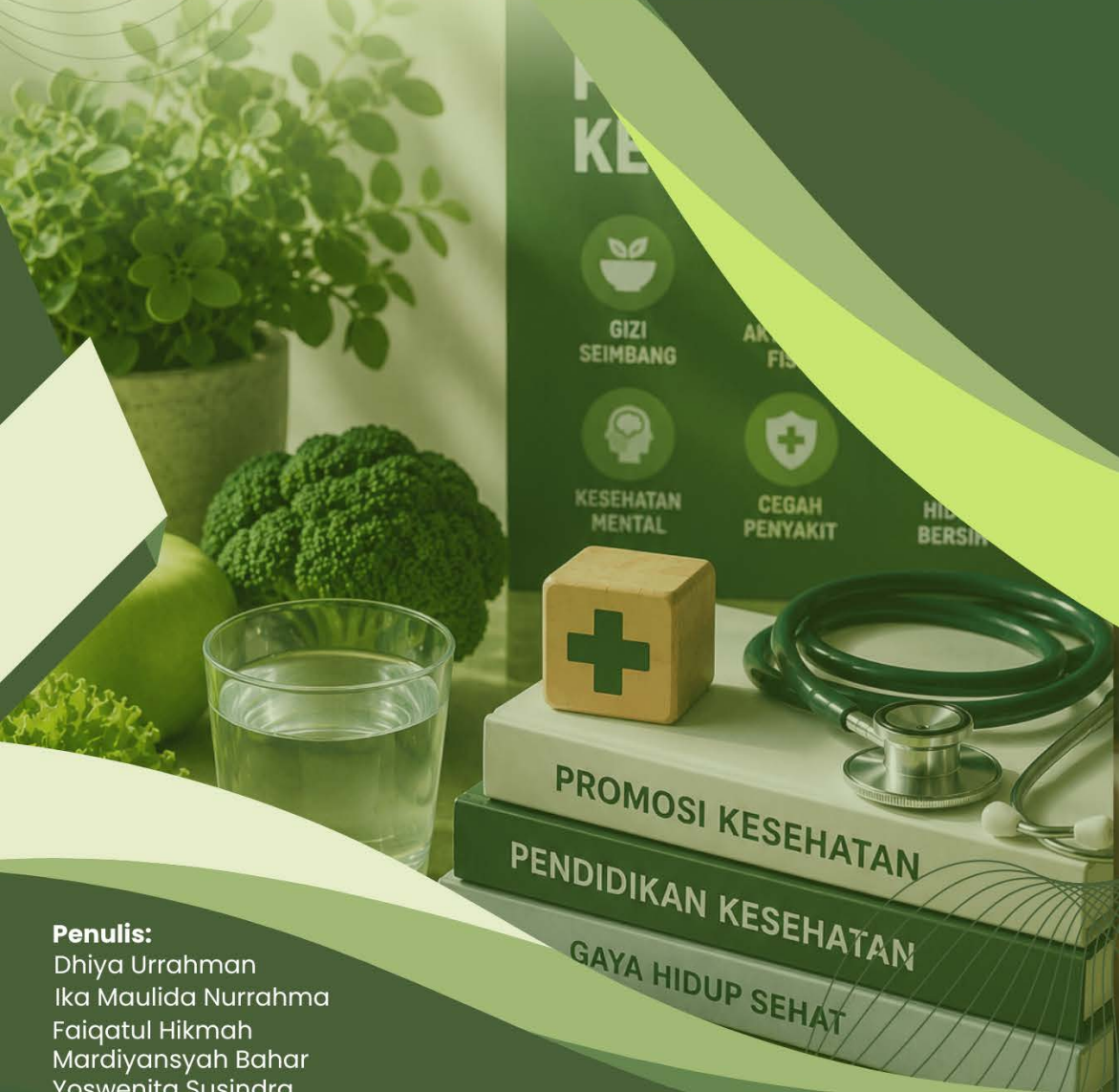


# PROMOSI KESEHATAN DAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Editor: Nina Sri



## Penulis:

Dhiya Urrahman  
Ika Maulida Nurrahma  
Faiqatul Hikmah  
Mardiyansyah Bahar  
Yoswenita Susindra  
Nurseha  
Ratna Widhiastuti  
Ria Chandra Kartika  
Fikria Nur Ramadani  
Eka Nurul Hidayah Puspa Seruni  
Dian Pratiwi

# PROMOSI KESEHATAN DAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Dhiya Urrahman  
Ika Maulida Nurrahma  
Faiqatul Hikmah  
Mardiyansyah Bahar  
Yoswenita Susindra  
Nurseha  
Ratna Widhiastuti  
Ria Chandra Kartika  
Fikria Nur Ramadani  
Eka Nurul Hidayah Puspa Seruni  
Dian Pratiwi

**Editor: Nina Sri**



**PT. Mustika Sri Rosadi**

## Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan

### **Penulis:**

Dhiya Urrahman  
Ika Maulida Nurrahma  
Faiqatul Hikmah  
Mardiyansyah Bahar  
Yoswenita Susindra  
Nurseha  
Ratna Widhiastuti  
Ria Chandra Kartika  
Fikria Nur Ramadani  
Eka Nurul Hidayah Puspa Seruni  
Dian Pratiwi

**Editor:** Nina Sri

**Layout:** Tim PT. Mustika Sri Rosadi

**Desain Sampul:** Tim PT. Mustika Sri Rosadi

**ISBN:** 978-634-7775-32-0 (PDF)

**Cetakan Pertama:** 09 Juli 2026

Hak Cipta 2026

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

---

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Diterbitkan oleh **Penerbit Mustika Sri Rosadi**

**Anggota IKAPI No. 544/JBA/2026**

Alamat:

Citra Indah City, Bukit Heliconia, Kec. Jonggol, Kab. Bogor.

Email: mars.mustikasrirosadi@gmail.com

Website: [mustikamars.com](http://mustikamars.com)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga buku "Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan" ini dapat disusun dan diselesaikan. Buku ini dirancang sebagai sumber pembelajaran yang komprehensif bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, dan praktisi dalam memahami konsep, strategi, serta implementasi promosi kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Buku ini membahas berbagai materi penting, mulai dari konsep dasar promosi kesehatan, determinasi perilaku kesehatan, teori perubahan perilaku, komunikasi kesehatan, media dan metode pendidikan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, promosi kesehatan di berbagai tatanan, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program, hingga promosi kesehatan berbasis kearifan lokal serta tantangan promosi kesehatan di era digital. Materi disajikan secara sistematis agar mudah dipahami dan diterapkan dalam praktik.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung tersusunnya buku ini. Semoga bermanfaat bagi pengembangan ilmu dan praktik di bidang kesehatan.

Bogor, 09 Juli 2026  
Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                       |            |
|-------------------------------------------------------|------------|
| <b>KATA PENGANTAR .....</b>                           | <b>ii</b>  |
| <b>DAFTAR ISI .....</b>                               | <b>iii</b> |
| <b>BAB 1 KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN -</b>         |            |
| <b>Dhiya Urrahman .....</b>                           | <b>7</b>   |
| A. Pendahuluan .....                                  | 7          |
| B. Pengertian Promosi Kesehatan .....                 | 8          |
| C. Tujuan Promosi Kesehatan .....                     | 10         |
| E. Latihan Soal .....                                 | 19         |
| <b>BAB 2 DETERMINASI PERILAKU KESEHATAN - Ika</b>     |            |
| <b>Maulida Nurrahma .....</b>                         | <b>22</b>  |
| A. Pendahuluan .....                                  | 22         |
| B. Determinan Perilaku Kesehatan .....                | 23         |
| C. Latihan Soal .....                                 | 31         |
| <b>BAB 3 TEORI DAN MODEL PERUBAHAN PERILAKU -</b>     |            |
| <b>Faiqatul Hikmah .....</b>                          | <b>35</b>  |
| A. Pendahuluan .....                                  | 35         |
| B. Konsep Dasar Teori dan Model Perubahan .....       | 36         |
| C. Teori dan Model Perubahan Perilaku Kesehatan ..... | 40         |
| D. Latihan Soal .....                                 | 57         |
| <b>BAB 4 KOMUNIKASI KESEHATAN - Mardiyansyah</b>      |            |
| <b>Bahar .....</b>                                    | <b>60</b>  |
| A. Pendahuluan .....                                  | 60         |
| B. Konsep Dasar Komunikasi Kesehatan .....            | 64         |
| C. Jenis Komunikasi Kesehatan .....                   | 68         |
| D. Latihan soal .....                                 | 73         |
| <b>BAB 5 MEDIA DAN METODE PENDIDIKAN</b>              |            |
| <b>KESEHATAN - Yoswenita Susindra .....</b>           | <b>77</b>  |
| A. Pendahuluan .....                                  | 77         |
| B. Konsep dasar .....                                 | 78         |
| C. Klasifikasi Media Kesehatan .....                  | 79         |

|                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| D. Metode Pendidikan Kesehatan .....                                           | 85         |
| E. Latihan Soal .....                                                          | 87         |
| <b>BAB 6 PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN - Nurseha .....</b>           | <b>92</b>  |
| A. Pendahuluan .....                                                           | 92         |
| B. Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan .....                               | 99         |
| C. Penutup .....                                                               | 206        |
| D. Latihan Soal .....                                                          | 210        |
| <b>BAB 7 PROMOSI KESEHATAN DI BERBAGAI TATANAN - Ratna Widhiastuti .....</b>   | <b>213</b> |
| A. Pendahuluan .....                                                           | 213        |
| B. Berbagai Tatanan Promosi Kesehatan .....                                    | 214        |
| C. Karakteristik dan Sasaran Promosi Kesehatan pada Setiap Tatanan .....       | 218        |
| D. Latihan soal .....                                                          | 223        |
| <b>BAB 8 PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN - Ria Chandra Kartika .....</b> | <b>226</b> |
| A. Pendahuluan .....                                                           | 226        |
| B. Konsep Perencanaan Program Promosi Kesehatan .....                          | 226        |
| C. Tahapan Perencanaan Program Promosi Kesehatan .....                         | 228        |
| D. Analisis Situasi dan Identifikasi Masalah .....                             | 231        |
| E. Penentuan Prioritas Masalah .....                                           | 232        |
| F. Identifikasi Penyebab Masalah .....                                         | 234        |
| G. Penetapan Tujuan dan Sasaran Program .....                                  | 235        |
| H. Penyusunan Strategi dan Rencana Operasional Promosi Kesehatan .....         | 238        |
| I. Penutup .....                                                               | 241        |
| J. Latihan Soal .....                                                          | 241        |

|                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BAB 9 PELAKSANAAN PROGRAM PENDIDIKAN KESEHATAN - Fikria Nur Ramadani .....</b>     | <b>245</b> |
| A. Pendahuluan .....                                                                  | 245        |
| B. Pengertian Pelaksanaan Program Pendidikan Kesehatan .....                          | 246        |
| C. Tujuan pelaksanaan program pendidikan kesehatan .....                              | 247        |
| D. Sasaran Program .....                                                              | 248        |
| F. Media Pendidikan Kesehatan .....                                                   | 249        |
| G. Strategi Pelaksanaan Program .....                                                 | 250        |
| H. Hal yang perlu diperhatikan saat implementasi ..                                   | 250        |
| I. Hambatan Dalam Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan .....                              | 251        |
| J. Latihan Soal .....                                                                 | 251        |
| <b>BAB 10 MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM - Eka Nurul Hidayah Puspa Seruni .....</b>  | <b>255</b> |
| A. Pendahuluan .....                                                                  | 255        |
| B. Monitoring Dan Evaluasi Program .....                                              | 259        |
| C. Penutup .....                                                                      | 281        |
| D. Latihan Soal .....                                                                 | 283        |
| <b>BAB 11 ISU DAN TANTANGAN PROMOSI KESEHATAN DI ERA DIGITAL - Dian Pratiwi .....</b> | <b>286</b> |
| A. Pendahuluan .....                                                                  | 286        |
| B. Konsep Promosi Kesehatan di Era Digital .....                                      | 287        |
| C. Perkembangan Promosi Kesehatan Digital di Indonesia .....                          | 288        |
| D. Isu-Isu Promosi Kesehatan di Era Digital .....                                     | 293        |
| E. <i>Evidence-Based Practice</i> dalam Promosi Kesehatan Digital .....               | 296        |
| F. Latihan Soal .....                                                                 | 297        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>                                                           | <b>301</b> |
| <b>BIOGRAFI PENULIS .....</b>                                                         | <b>335</b> |

**BIOGRAFI EDITOR.....350**  
**LAMPIRAN .....354**  
**SINOPSIS .....358**

# **BAB 1**

## **KONSEP DASAR PROMOSI KESEHATAN**

### **A. Pendahuluan**

#### **1. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa mampu memahami konsep dasar promosi kesehatan, tujuan, ruang lingkup, strategi, media, serta peran masyarakat dalam promosi kesehatan untuk meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat dalam mewujudkan perilaku hidup sehat dan derajat kesehatan yang optimal.

#### **2. Capaian Pembelajaran**

- a. Menjelaskan konsep dan tujuan promosi kesehatan dalam pembangunan kesehatan masyarakat.
- b. Menganalisis ruang lingkup promosi kesehatan pada berbagai kelompok sasaran dan tatanan masyarakat.
- c. Mengidentifikasi strategi promosi kesehatan yang meliputi advokasi, bina suasana, pemberdayaan masyarakat, dan komunikasi informasi edukasi.
- d. Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan promosi kesehatan serta pemanfaatan berbagai media promosi kesehatan.
- e. Menjelaskan peran masyarakat dalam mendukung keberhasilan program promosi

kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

## **B. Pengertian Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan merupakan proses sistematis yang bertujuan meningkatkan kemampuan individu maupun masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga mampu mencapai kondisi hidup yang lebih sehat secara fisik, mental, maupun sosial. Konsep ini tidak hanya berfokus pada pencegahan penyakit, tetapi juga menekankan penguatan kapasitas masyarakat melalui pendidikan kesehatan, pemberdayaan, penciptaan lingkungan sehat, serta dukungan kebijakan publik yang berorientasi pada kesehatan. Pendekatan promosi kesehatan berkembang dari paradigma kuratif menuju paradigma preventif dan promotif yang menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan (WHO, 2026).

Menurut pembaruan konsep dalam *Health Promotion Glossary* 2021, promosi kesehatan dipahami sebagai kombinasi strategi pendidikan, organisasi, ekonomi, politik, dan lingkungan yang dirancang untuk mendukung perubahan perilaku serta kondisi sosial yang lebih sehat. Definisi ini menunjukkan bahwa promosi kesehatan tidak hanya berkaitan dengan penyampaian informasi kesehatan, tetapi juga mencakup upaya membangun literasi kesehatan, partisipasi masyarakat, dan penguatan kebijakan lintas sektor.

Perspektif modern ini menempatkan promosi kesehatan sebagai bagian penting dalam pembangunan berkelanjutan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh (Nutbeam & Muscat, 2021).

Promosi kesehatan berbasis evidence menekankan bahwa setiap program, strategi, maupun intervensi kesehatan harus disusun berdasarkan bukti ilmiah yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan. Pendekatan ini menjadi penting karena efektivitas suatu intervensi kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh kualitas bukti penelitian, kesesuaian konteks sosial budaya, serta kemampuan implementasi di lapangan. *Evidence-based health promotion* membantu tenaga kesehatan dalam menentukan metode edukasi, media, maupun strategi pemberdayaan yang paling efektif untuk meningkatkan perilaku hidup sehat masyarakat (De Bock & Rehfuess, 2021).

Promosi kesehatan juga memiliki hubungan erat dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs), terutama dalam upaya menciptakan kehidupan sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk di semua usia. WHO menegaskan bahwa keberhasilan promosi kesehatan memerlukan kolaborasi multisektor melalui kebijakan publik yang mendukung kesehatan, peningkatan literasi kesehatan, keterlibatan komunitas, dan penguatan lingkungan sehat (WHO, 2024). Oleh karena itu, promosi kesehatan tidak dapat dilakukan hanya oleh sektor kesehatan, melainkan membutuhkan

keterlibatan pendidikan, ekonomi, lingkungan, serta sektor sosial lainnya secara terpadu (WHO, 2026).

### **C. Tujuan Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan bertujuan tidak hanya berfokus pada perubahan perilaku individu, tetapi juga menciptakan lingkungan sosial, ekonomi, dan budaya untuk meningkatkan kemampuan individu maupun masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga mampu mencapai derajat kesehatan yang optimal. Promosi kesehatan dipandang sebagai proses pemberdayaan masyarakat agar memiliki pengetahuan, kesadaran, serta keterampilan dalam mengambil keputusan kesehatan secara mandiri dan berkelanjutan (WHO, 2026). Adapun tujuannya sebagai berikut:

#### **1. Meningkatkan Pengetahuan Kesehatan Masyarakat**

Peningkatan pengetahuan menjadi dasar penting dalam promosi kesehatan karena pengetahuan yang baik akan memengaruhi sikap dan perilaku seseorang terhadap kesehatan. Edukasi kesehatan membantu masyarakat memahami faktor risiko penyakit, pentingnya pencegahan, serta cara mempertahankan kesehatan secara mandiri. Intervensi pendidikan kesehatan berbasis komunitas terbukti mampu meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap perilaku hidup sehat dan pengambilan keputusan

kesehatan yang lebih tepat (Larissa & Rachmayanti, 2022).

2. Membentuk Perilaku Hidup Sehat

Promosi kesehatan bertujuan mendorong perubahan perilaku masyarakat menuju pola hidup yang lebih sehat, seperti menjaga pola makan, meningkatkan aktivitas fisik, menghindari rokok, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan secara tepat. Perubahan perilaku tersebut dilakukan melalui komunikasi, edukasi, advokasi, dan pemberdayaan yang berkesinambungan sehingga masyarakat mampu menjadikan perilaku sehat sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari (Gelius et al., 2021).

3. Memberdayakan Individu dan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat menjadi tujuan utama promosi kesehatan karena keberhasilan pembangunan kesehatan tidak dapat dicapai hanya melalui pelayanan medis. Masyarakat perlu dilibatkan secara aktif dalam mengenali masalah kesehatan, menentukan solusi, serta berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan di lingkungannya. Pendekatan pemberdayaan mampu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam menjaga kesehatan diri, keluarga, dan komunitas secara berkelanjutan (WHO, 2021a).

4. Menciptakan Lingkungan yang Mendukung Kesehatan

Lingkungan fisik, sosial, dan budaya memiliki pengaruh besar terhadap status

kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, promosi kesehatan bertujuan menciptakan lingkungan yang aman, nyaman, dan mendukung perilaku sehat, baik di sekolah, tempat kerja, rumah sakit, maupun masyarakat umum. Lingkungan yang mendukung kesehatan akan mempermudah individu menerapkan perilaku sehat secara konsisten dalam kehidupan sehari-hari (WHO & UNESCO, 2021).

5. Meningkatkan Partisipasi Masyarakat dalam Program Kesehatan

Keberhasilan program kesehatan sangat dipengaruhi oleh keterlibatan masyarakat. Promosi kesehatan bertujuan meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam berbagai program kesehatan seperti imunisasi, pencegahan penyakit menular, kesehatan ibu dan anak, serta pengendalian penyakit tidak menular. Partisipasi masyarakat yang tinggi akan memperkuat efektivitas program kesehatan dan meningkatkan keberlanjutan intervensi kesehatan di masyarakat (Herawati & Maryani, 2022).

6. Mendukung Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat

Tujuan akhir promosi kesehatan adalah meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Upaya promotif dan preventif yang dilakukan secara konsisten terbukti mampu menurunkan angka kesakitan, meningkatkan harapan hidup, serta mengurangi ketimpangan kesehatan antar

kelompok masyarakat. Pendekatan promosi kesehatan juga mendukung pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs) melalui penguatan sistem kesehatan berbasis pencegahan dan pemberdayaan masyarakat (WHO, 2021b).

#### **D. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan**

Ruang lingkup promosi kesehatan mencakup seluruh upaya yang dirancang untuk meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam memelihara serta meningkatkan derajat kesehatannya. Promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada penyampaian informasi kesehatan, tetapi juga melibatkan pembentukan perilaku sehat, pemberdayaan masyarakat, penciptaan lingkungan yang mendukung kesehatan, serta penguatan kebijakan kesehatan. Perkembangan ilmu kesehatan masyarakat turut memperluas ruang lingkup promosi kesehatan hingga mencakup penggunaan teknologi digital dan keterlibatan lintas sektor dalam pembangunan kesehatan (Nutbeam & Lloyd, 2021).

##### **1. Promosi Kesehatan dalam Upaya Preventif dan Promotif**

Promosi kesehatan berperan penting dalam meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan sebelum munculnya penyakit. Upaya promotif dilakukan melalui peningkatan pengetahuan, pembentukan perilaku hidup sehat, dan penguatan kemampuan masyarakat dalam

memelihara kesehatannya. Sementara itu, upaya preventif diarahkan untuk mencegah timbulnya penyakit dan menurunkan faktor risiko kesehatan di masyarakat.

Bentuk kegiatan promotif dan preventif meliputi:

- a. Pendidikan kesehatan,
- b. Penyuluhan kesehatan,
- c. Kampanye perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS),
- d. Pencegahan penyakit menular dan tidak menular,
- e. Serta peningkatan literasi kesehatan masyarakat (Nuryanti et al., 2024).

## 2. Promosi Kesehatan pada Setiap Tahap Kehidupan

Promosi kesehatan dilakukan sepanjang siklus kehidupan manusia karena setiap kelompok usia memiliki kebutuhan kesehatan yang berbeda. Pendekatan promosi kesehatan dimulai sejak masa prakonsepsi hingga lanjut usia agar terbentuk perilaku sehat yang berkelanjutan dan mampu meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

Sasaran promosi kesehatan meliputi:

- a. Calon pengantin,
- b. Ibu hamil dan ibu nifas,
- c. Bayi dan balita,
- d. Anak usia sekolah,
- e. Remaja,
- f. Dewasa,
- g. Serta lansia (WHO, 2026).

### 3. Promosi Kesehatan di Berbagai Tataan Masyarakat

Pelaksanaan promosi kesehatan dapat dilakukan di berbagai lingkungan kehidupan masyarakat karena perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tempat individu beraktivitas sehari-hari. Pendekatan promosi kesehatan pada setiap tataan bertujuan menciptakan lingkungan yang mendukung terbentuknya perilaku sehat dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menjaga kesehatannya.

Penerapan promosi kesehatan di berbagai tataan meliputi:

- a. Rumah tangga,
- b. Sekolah dan perguruan tinggi,
- c. Tempat kerja,
- d. Fasilitas pelayanan kesehatan,
- e. Tempat ibadah,
- f. Serta lingkungan masyarakat umum.

Promosi kesehatan di sekolah, misalnya, diarahkan untuk membentuk kebiasaan hidup sehat sejak usia dini melalui edukasi kesehatan dan pembiasaan perilaku hidup bersih dan sehat. Pada tempat kerja, promosi kesehatan berfokus pada keselamatan kerja, kesehatan mental, serta peningkatan produktivitas pekerja. Sementara itu, pada fasilitas pelayanan kesehatan, promosi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai pencegahan penyakit serta perawatan kesehatan mandiri (Jenkins et al., 2023).

#### 4. Strategi dalam Promosi Kesehatan

Pelaksanaan promosi kesehatan memerlukan strategi yang tepat agar pesan kesehatan dapat diterima dan diterapkan oleh masyarakat. Strategi promosi kesehatan tidak hanya dilakukan melalui penyampaian informasi, tetapi juga melalui pemberdayaan masyarakat dan penguatan dukungan sosial maupun kebijakan kesehatan.

Beberapa strategi utama dalam promosi kesehatan meliputi:

- a. Advokasi,
- b. Bina suasana,
- c. Pemberdayaan masyarakat,
- d. Kemitraan lintas sektor,
- e. Serta komunikasi informasi dan edukasi (KIE).

Advokasi dilakukan untuk memperoleh dukungan dari pengambil kebijakan agar program kesehatan dapat berjalan secara optimal. Bina suasana bertujuan menciptakan lingkungan sosial yang mendukung perilaku sehat. Sementara itu, pemberdayaan masyarakat dilakukan agar masyarakat memiliki kemampuan dan kemandirian dalam menjaga kesehatannya (Endang Sutisna Sulaiman, 2021).

#### 5. Determinan yang Memengaruhi Promosi Kesehatan

Keberhasilan promosi kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Kondisi kesehatan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh perilaku individu, tetapi

juga dipengaruhi oleh lingkungan sosial, ekonomi, pendidikan, budaya, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut dapat mendukung maupun menghambat terbentuknya perilaku sehat di masyarakat.

Beberapa determinan yang memengaruhi promosi kesehatan meliputi:

- a. Tingkat pendidikan,
- b. Kondisi ekonomi,
- c. Lingkungan fisik,
- d. Budaya dan kebiasaan masyarakat,
- e. Akses pelayanan kesehatan,
- f. Serta dukungan kebijakan pemerintah.

Masyarakat dengan tingkat pendidikan dan akses informasi yang baik cenderung lebih mudah menerima pesan kesehatan dan menerapkan perilaku hidup sehat. Sebaliknya, keterbatasan ekonomi dan rendahnya akses pelayanan kesehatan dapat menjadi hambatan dalam pelaksanaan promosi kesehatan (Michael Marmot et al., 2020).

#### 6. Media dalam Promosi Kesehatan

Perkembangan teknologi informasi memberikan perubahan besar dalam pelaksanaan promosi kesehatan. Penyampaian informasi kesehatan saat ini tidak hanya dilakukan melalui komunikasi tatap muka, tetapi juga melalui media cetak, media elektronik, dan media digital yang mampu menjangkau masyarakat secara lebih luas dan cepat.

Media yang digunakan dalam promosi kesehatan antara lain:

- a. Leaflet,
- b. Poster,
- c. Booklet,
- d. Video edukasi,
- e. Media sosial,
- f. Aplikasi kesehatan,
- g. Webinar,
- h. Serta platform edukasi digital.

Penggunaan media digital dinilai efektif dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan. Media sosial juga menjadi sarana yang banyak digunakan untuk kampanye kesehatan karena mampu menjangkau berbagai kelompok usia dalam waktu singkat (McDaid et al., 2021).

#### 7. Peran Masyarakat dalam Promosi Kesehatan

Keterlibatan masyarakat menjadi bagian penting dalam pelaksanaan promosi kesehatan karena keberhasilan program kesehatan sangat dipengaruhi oleh partisipasi aktif masyarakat itu sendiri. Masyarakat tidak hanya berperan sebagai penerima informasi kesehatan, tetapi juga sebagai penggerak perubahan perilaku dan pendukung kegiatan kesehatan di lingkungannya.

Bentuk peran masyarakat dalam promosi kesehatan meliputi:

- a. Kegiatan posyandu,
- b. Kader kesehatan,
- c. Desa siaga,

- d. Kelompok pendukung kesehatan,
- e. Kegiatan pemberdayaan masyarakat,
- f. Serta gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS).

Partisipasi masyarakat mampu meningkatkan keberlanjutan program kesehatan karena masyarakat merasa memiliki tanggung jawab dalam menjaga kesehatan lingkungan dan komunitasnya. Pendekatan berbasis masyarakat juga membantu program kesehatan lebih sesuai dengan kebutuhan dan budaya setempat (Huw MacDonald et al., 2024).

#### **E. Latihan Soal**

1. Promosi kesehatan merupakan proses yang bertujuan untuk...
  - A. Mengobati penyakit menular
  - B. Meningkatkan kemampuan masyarakat mengendalikan faktor yang memengaruhi kesehatan
  - C. Meningkatkan produksi obat-obatan
  - D. Mengurangi jumlah tenaga kesehatan
  - E. Membatasi akses informasi kesehatan
2. Pendekatan promosi kesehatan modern lebih menekankan pada...
  - A. Kuratif
  - B. Rehabilitatif
  - C. Promotif dan preventif
  - D. Diagnostik
  - E. Paliatif
3. Salah satu tujuan utama promosi kesehatan adalah...

- A. Menambah jumlah rumah sakit
  - B. Membentuk perilaku hidup sehat
  - C. Meningkatkan impor obat
  - D. Mengurangi tenaga medis
  - E. Membatasi partisipasi masyarakat
4. Upaya yang bertujuan mencegah timbulnya penyakit disebut...
- A. Kuratif
  - B. Rehabilitatif
  - C. Preventif
  - D. Diagnostik
  - E. Paliatif
5. Sasaran promosi kesehatan mencakup...
- A. Hanya orang dewasa
  - B. Hanya lansia
  - C. Hanya anak sekolah
  - D. Seluruh tahap kehidupan manusia
  - E. Hanya tenaga kesehatan
6. Berikut yang termasuk strategi promosi kesehatan adalah...
- A. Advokasi
  - B. Operasi medis
  - C. Terapi intensif
  - D. Rawat inap
  - E. Bedah minor
7. Faktor yang memengaruhi keberhasilan promosi kesehatan adalah...
- A. Tingkat pendidikan
  - B. Warna pakaian
  - C. Hobi masyarakat
  - D. Cuaca harian
  - E. Jenis kendaraan

8. Media yang dapat digunakan dalam promosi kesehatan adalah...
  - A. Poster
  - B. Leaflet
  - C. Video edukasi
  - D. Media sosial
  - E. Semua benar
9. Kegiatan posyandu dan kader kesehatan merupakan bentuk...
  - A. Promosi perdagangan
  - B. Peran masyarakat dalam promosi kesehatan
  - C. Pelayanan kuratif
  - D. Penelitian kesehatan
  - E. Administrasi rumah sakit
10. Tujuan akhir promosi kesehatan adalah...
  - A. Meningkatkan penjualan obat
  - B. Menambah jumlah fasilitas kesehatan
  - C. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
  - D. Mengurangi jumlah penduduk
  - E. Meningkatkan biaya kesehatan

---

## **BAB 2**

---

### **DETERMINASI PERILAKU KESEHATAN**

---

#### **A. Pendahuluan**

##### **1. Tujuan Pembelajaran**

Mahasiswa mampu memahami konsep determinan perilaku kesehatan serta menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi terbentuknya perilaku manusia dalam konteks kesehatan masyarakat

##### **2. Capaian Pembelajaran**

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Mendefinisikan pengertian determinan perilaku dan menguraikan peranannya dalam membentuk perilaku kesehatan individu maupun masyarakat;
- b. Menjelaskan teori Lawrence Green beserta tiga faktor utama pembentuk perilaku kesehatan, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat;
- c. Menganalisis faktor-faktor determinan perilaku menurut teori Snehendu B. Karr yang meliputi niat, dukungan sosial, keterjangkauan informasi, otonomi pribadi, serta situasi dan kondisi yang mendukung;
- d. Menguraikan empat determinan perilaku kesehatan menurut teori WHO, yaitu pemikiran dan perasaan, referensi pribadi, sumber daya, serta sosio budaya;

- e. Mengaplikasikan ketiga teori determinan perilaku dalam mengidentifikasi dan menganalisis masalah perilaku kesehatan pada kasus nyata di masyarakat.

## **B. Determinan Perilaku Kesehatan**

Perilaku manusia pada dasarnya merupakan produk dari interaksi dinamis antara dua faktor utama: stimulus yang datang dari luar diri individu (faktor eksternal) dan respons yang muncul dari dalam diri individu itu sendiri (faktor internal). Kedua faktor ini tidak bekerja secara terpisah, melainkan saling berkaitan dan membentuk suatu pola tindakan yang kemudian kita amati sebagai "perilaku". Dengan kata lain, apa yang dilakukan seseorang bukanlah sekadar reaksi spontan terhadap lingkungan, melainkan hasil dari proses pengolahan internal yang kompleks terhadap berbagai rangsangan yang ia terima dari dunia sekitarnya.

Mengingat perilaku dibentuk oleh berbagai faktor, baik yang berasal dari dalam diri individu seperti pengetahuan, sikap, keyakinan, dan motivasi, maupun yang berasal dari luar seperti lingkungan sosial, budaya, ekonomi, dan akses terhadap informasi, maka para ilmuwan menyebut faktor-faktor pembentuk tersebut sebagai determinan perilaku. Determinan inilah yang menjadi kunci untuk memahami mengapa seseorang berperilaku dengan cara tertentu, dan mengapa perilaku yang sama bisa berbeda antara satu individu dengan

individu lainnya meskipun berada dalam situasi yang serupa.

Seiring perkembangan ilmu pengetahuan, berbagai teori telah dirumuskan para ahli untuk menjelaskan determinan perilaku ini. Masing-masing teori dibangun di atas asumsi-asumsi yang berbeda, bergantung pada perspektif keilmuan yang digunakan, baik psikologi, sosiologi, maupun ilmu kesehatan. Khusus dalam ranah perilaku kesehatan, terdapat tiga teori yang paling sering dijadikan landasan dalam penelitian-penelitian kesehatan masyarakat dan menjadi rujukan utama bagi para praktisi maupun akademisi di bidang promosi kesehatan. Ketiga teori tersebut adalah :

1. Teori Lawrence Green

Teori Lawrence W. Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah Kesehatan. Menurut Green, kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor di luar perilaku (non-behavior causes). Model konsep teori Lawrence Green mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang memengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara, atau meningkatkan perilaku tersebut ke arah yang lebih positif. Adapun faktor perilaku itu sendiri ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu:

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, sikap, perilaku, kepercayaan, keyakinan, status sosial, dan nilai-nilai yang dimiliki seseorang. Faktor ini merupakan modal awal yang mendorong seseorang untuk berperilaku tertentu, bahkan sebelum ia berhadapan langsung dengan fasilitas atau dukungan dari luar.

Salah satu cara untuk mengubah perilaku kesehatan adalah dengan melakukan intervensi pada faktor predisposisi, yakni mengubah pengetahuan, sikap, dan persepsi terhadap permasalahan kesehatan melalui aktivitas pendidikan kesehatan.

Contoh: Seorang remaja yang mengetahui bahaya merokok bagi kesehatan paru-parunya, termasuk risiko kanker dan penyakit jantung, akan cenderung menolak ajakan teman sebayanya untuk mencoba rokok. Tanpa pengetahuan tersebut, ia lebih rentan untuk ikut-ikutan karena tidak memahami konsekuensinya.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor pemungkin meliputi tersedia atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan maupun sarana-sarana pendukung, misalnya unit kesehatan sekolah (UKS), media edukasi kesehatan, obat-obatan, dan alat kesehatan. Faktor pemungkin juga

terwujud dalam lingkungan fisik dan jarak ke fasilitas kesehatan yang tersedia. Artinya, sekalipun seseorang sudah memiliki pengetahuan dan niat yang baik, tanpa ketersediaan fasilitas yang memadai, perilaku sehat tetap sulit untuk diwujudkan.

Contoh: Seorang lansia yang ingin rutin memeriksakan tekanan darahnya setiap bulan tidak dapat melakukannya karena Puskesmas terdekat berjarak lebih dari 10 km dari tempat tinggalnya dan ia tidak memiliki kendaraan. Ketiadaan fasilitas yang terjangkau menjadi hambatan nyata meskipun niatnya sudah ada.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor penguat terwujud dalam dukungan yang diberikan oleh keluarga maupun tokoh masyarakat. Faktor ini juga tercermin dari sikap dan perilaku guru, orang tua, serta petugas kesehatan. Faktor penguat berperan sebagai pendorong eksternal yang memotivasi seseorang untuk tetap konsisten dalam menjalankan perilaku sehat, terutama ketika motivasi dari dalam diri mulai melemah.

Contoh: Seorang karyawan kantor yang sebenarnya sudah tahu pentingnya olahraga rutin, namun tidak pernah melakukannya, akhirnya termotivasi untuk berolahraga setiap pagi setelah melihat atasannya yang rajin jogging dan secara aktif mengajak tim untuk mengikuti

program *healthy lifestyle* di tempat kerja. Keteladanan dari figur yang dihormati menjadi pendorong yang efektif.

2. Teori Snehandu B. Karr

Menurut Karr, seorang pakar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku dari Universitas California Los Angeles, perilaku manusia tidak muncul begitu saja, melainkan dibentuk oleh serangkaian faktor yang saling berkaitan. Melalui kajiannya, Karr mengidentifikasi lima faktor utama yang secara bersama-sama menentukan apakah seseorang akan bertindak atau tidak dalam situasi tertentu, khususnya dalam upaya menjaga dan meningkatkan derajat kesehatannya.

a. Niat (*Intention*)

Perilaku seseorang berawal dari adanya keinginan atau niat dalam dirinya untuk melakukan sesuatu sebagai respons terhadap situasi atau kebutuhan yang ia rasakan.

Contoh: Seorang lansia baru akan rutin meminum obat hipertensinya setiap hari jika ia sendiri memiliki niat dan kesadaran bahwa kepatuhan berobat sangat penting untuk mencegah komplikasi serius seperti stroke atau gagal jantung.

b. Dukungan Sosial (*Social Support*)

Seseorang cenderung menyesuaikan perilakunya dengan norma dan penerimaan lingkungan sekitarnya. Jika perilaku tertentu dipandang positif oleh komunitas, individu

akan lebih termotivasi untuk melakukannya. Sebaliknya, tanpa dukungan sosial, seseorang bisa merasa canggung atau ragu untuk bertindak.

Contoh: Seorang karyawan kantor akan lebih terdorong untuk berhenti merokok apabila rekan-rekan kerjanya mendukung gaya hidup sehat dan lingkungan kerja secara aktif menerapkan kawasan bebas rokok.

c. Keterjangkauan Informasi (*Accessibility of Information*)

Ketersediaan informasi yang jelas, lengkap, dan mudah diakses menjadi syarat penting agar seseorang dapat mengambil tindakan yang tepat berkaitan dengan kesehatannya.

Contoh: Seorang remaja putri baru akan memahami pentingnya menjaga kebersihan saat menstruasi apabila ia mendapat informasi yang memadai mengenai praktik higiene yang benar, misalnya melalui edukasi kesehatan di sekolah atau leaflet yang dibagikan oleh petugas Puskesmas.

d. Otonomi Pribadi (*Personal Autonomy*)

Kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan secara mandiri sangat menentukan apakah ia akan bertindak atau tidak. Ketika kebebasan mengambil keputusan dibatasi oleh pihak

lain, perilaku kesehatan yang diharapkan seringkali tidak terwujud.

Contoh: Seorang ibu rumah tangga yang ingin mengikuti program KB mungkin tidak dapat segera melaksanakan niatnya karena keputusan tersebut sepenuhnya bergantung pada persetujuan suami yang belum mendukung penggunaan alat kontrasepsi.

e. Situasi dan Kondisi yang Mendukung (*Action Situation*)

Sekalipun niat, informasi, dan dukungan sosial sudah ada, perilaku tetap tidak akan terjadi jika kondisi nyata di lapangan, seperti keterbatasan fasilitas, jarak, atau kemampuan ekonomi, tidak memungkinkan.

Contoh: Meski seorang ibu di wilayah pedalaman sudah mengetahui pentingnya melahirkan di fasilitas kesehatan, ia tetap terpaksa melahirkan di rumah karena tidak ada puskesmas atau bidan terdekat yang dapat dijangkau, sementara biaya transportasi ke kota pun jauh melampaui kemampuan ekonomi keluarganya.

3. Teori WHO

Tim kerja pendidikan kesehatan dari WHO merumuskan determinan perilaku ini sangat sederhana. Mereka mengatakan, bahwa mengapa seseorang berperilaku, karena adanya 4 alasan pokok (determinan), yaitu:

- a. Pemikiran dan *perasaan (thoughts and feeling)* Hasil pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku.

Contoh: seseorang akan memutuskan untuk berhenti merokok setelah mempertimbangkan dampak buruknya bagi kesehatan paru-paru, besarnya biaya yang ia keluarkan setiap bulan untuk membeli rokok, serta keinginannya untuk tampil lebih bugar di hadapan teman-temannya.

- b. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal references*). Di dalam masyarakat, di mana sikap paternalistik masih kuat, maka perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan (referensi) yang pada umumnya adalah para tokoh masyarakat setempat.

Contoh: warga di suatu desa akan rutin membawa anggota keluarganya untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah di Posyandu, setelah melihat kepala desa dan tokoh agama setempat terlebih dahulu melakukan hal yang sama secara konsisten.

- c. Sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Kalau

dibandingkan dengan teori Green, sumber daya ini adalah sama dengan faktor enabling (sarana dan prasarana atau fasilitas).

Contoh: Seorang ibu hamil akan rutin memeriksakan kandungannya ke bidan atau dokter apabila ia memiliki kartu jaminan kesehatan yang aktif, tempat tinggalnya terjangkau dari fasilitas kesehatan, serta tersedia kendaraan yang dapat mengantarnya sewaktu-waktu.

- d. Sosio budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Telah diuraikan terdahulu bahwa faktor sosio-budaya merupakan faktor eksternal untuk terbentuknya perilaku seseorang.

Contoh: Kebiasaan makan di berbagai daerah di Indonesia; masyarakat di wilayah tertentu cenderung mengonsumsi makanan tinggi garam atau santan sebagai bagian dari tradisi kuliner turun-temurun, sehingga upaya promosi pola makan sehat perlu mempertimbangkan dan menyesuaikan pendekatan dengan latar belakang budaya setempat.

### **C. Latihan Soal**

1. Perilaku manusia pada dasarnya merupakan hasil interaksi antara stimulus dan respons. Dalam konteks ini, yang dimaksud dengan faktor eksternal adalah...

- A. Pengetahuan dan keyakinan yang dimiliki individu
  - B. Motivasi dan sikap yang terbentuk dari pengalaman
  - C. Rangsangan yang datang dari lingkungan luar diri individu
  - D. Proses pengolahan informasi yang terjadi dalam pikiran seseorang
2. Menurut teori Lawrence Green, perilaku kesehatan seseorang ditentukan oleh tiga faktor utama. Berikut ini yang bukan termasuk faktor tersebut adalah...
- A. Faktor predisposisi
  - B. Faktor pemungkin
  - C. Faktor penguat
  - D. Faktor ekonomi
3. Seorang remaja menolak ajakan temannya untuk merokok karena ia memahami bahaya rokok bagi kesehatan paru-paru dan risiko kanker. Perilaku remaja tersebut paling tepat dipengaruhi oleh...
- A. Faktor penguat dari orang tua
  - B. Faktor pemungkin berupa fasilitas kesehatan
  - C. Faktor predisposisi berupa pengetahuan
  - D. Dukungan sosial dari lingkungan sekitar
4. Seorang lansia ingin rutin memeriksakan tekanan darahnya, namun Puskesmas terdekat berjarak lebih dari 10 km dan ia tidak memiliki kendaraan. Hambatan yang dialami lansia tersebut termasuk dalam faktor...
- A. Predisposisi

- B. Pemungkin
  - C. Penguat
  - D. Sosial budaya
5. Seorang karyawan yang sebelumnya malas berolahraga akhirnya termotivasi untuk rutin jogging setelah melihat atasannya aktif berolahraga dan mengajak seluruh tim mengikuti program hidup sehat. Hal ini mencerminkan pengaruh dari...
- A. Faktor predisposisi berupa pengetahuan
  - B. Faktor pemungkin berupa sarana olahraga
  - C. Faktor penguat berupa keteladanan figur yang dihormati
  - D. Otonomi pribadi dalam pengambilan keputusan
6. Menurut teori Snehandu B. Karr, faktor pertama yang menjadi dasar terbentuknya perilaku seseorang adalah...
- A. Dukungan sosial dari komunitas
  - B. Ketersediaan informasi yang memadai
  - C. Niat atau keinginan dari dalam diri individu
  - D. Kondisi dan situasi yang mendukung
7. Seorang ibu rumah tangga ingin mengikuti program KB, namun keputusannya tergantung pada persetujuan suami yang tidak mendukung. Dalam teori Karr, hambatan ini berkaitan dengan faktor...
- A. Keterjangkauan informasi
  - B. Dukungan sosial
  - C. Otonomi pribadi
  - D. Situasi dan kondisi yang mendukung

8. Menurut teori WHO, determinan perilaku yang berkaitan dengan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan memiliki kesamaan konsep dengan faktor apa dalam teori Lawrence Green?
  - A. Faktor predisposisi
  - B. Faktor penguat
  - C. Faktor pemungkin
  - D. Faktor sosial budaya
9. Di sebuah desa, warga mulai rutin memeriksakan tekanan darah ke Posyandu setelah kepala desa dan tokoh agama setempat terlebih dahulu melakukan hal yang sama. Berdasarkan teori WHO, perilaku warga tersebut dipengaruhi oleh...
  - A. Pemikiran dan perasaan pribadi
  - B. Referensi dari tokoh yang dipercaya
  - C. Ketersediaan sumber daya
  - D. Pengaruh sosio budaya setempat
10. Masyarakat di suatu daerah cenderung mengonsumsi makanan tinggi garam dan santan karena sudah menjadi tradisi turun-temurun, sehingga program promosi gizi sehat perlu disesuaikan dengan latar belakang lokal tersebut. Determinan perilaku yang paling dominan dalam kasus ini menurut teori WHO adalah...
  - A. Pemikiran dan perasaan individu
  - B. Referensi dari tokoh masyarakat
  - C. Ketersediaan sumber daya ekonomi
  - D. Faktor sosio budaya setempat

---

# **BAB 3**

---

## **TEORI DAN MODEL PERUBAHAN PERILAKU**

---

### **A. Pendahuluan**

#### **1. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Memahami konsep dasar teori dan model perubahan perilaku kesehatan serta perannya dalam pengembangan promosi kesehatan.
- b. Menganalisis penerapan berbagai pendekatan teori perilaku dalam penyusunan dan pelaksanaan program promosi kesehatan.
- c. Mengidentifikasi berbagai faktor yang berkontribusi terhadap terbentuknya dan berubahnya perilaku kesehatan pada individu maupun masyarakat.
- d. Menggunakan teori dan model perubahan perilaku sebagai dasar dalam merancang intervensi promosi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan sasaran.

#### **2. Capaian Pembelajaran**

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan konsep dasar dan prinsip teori perubahan perilaku dalam konteks promosi kesehatan.

- b. Menguraikan fungsi teori sebagai landasan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program promosi kesehatan.
- c. Mendeskripsikan serta membedakan karakteristik beberapa teori dan model perubahan perilaku, meliputi Health Belief Model (HBM), Theory of Planned Behavior (TPB), Transtheoretical Model (TTM), Social Cognitive Theory (SCT), dan PRECEDE–PROCEED Model.
- d. Mengaitkan penggunaan teori dan model perubahan perilaku dengan contoh penerapan pada intervensi kesehatan di masyarakat.

## **B. Konsep Dasar Teori dan Model Perubahan**

### **1. Pengertian Teori dan Model**

Teori dapat dipahami sebagai kumpulan konsep, definisi, dan proposisi yang disusun secara sistematis untuk menjelaskan hubungan antarvariabel sehingga suatu fenomena dapat dipahami dan diprediksi. Dalam kajian kesehatan, teori tidak hanya digunakan untuk menjelaskan mengapa suatu kondisi atau perilaku terjadi, tetapi juga membantu memperkirakan kemungkinan perubahan yang dapat muncul pada kondisi tertentu (Glanz et al., 2015)

Dalam bidang promosi kesehatan, teori berperan sebagai landasan konseptual untuk memahami alasan seseorang melakukan, mempertahankan, atau mengubah perilaku

kesehatan. Melalui pendekatan teoritis, faktor-faktor yang memengaruhi perilaku, baik yang berasal dari individu, lingkungan sosial, maupun kondisi eksternal, dapat diidentifikasi secara lebih terarah sehingga mendukung penyusunan intervensi kesehatan yang efektif dan sesuai kebutuhan sasaran (Glanz et al., 2015).

Berbeda dengan teori, model merupakan bentuk penyederhanaan dari konsep teoritis yang disusun agar lebih mudah digunakan dalam praktik. Model menggambarkan hubungan antar unsur atau komponen secara lebih operasional sehingga dapat membantu proses perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan (Glanz et al., 2015).

Secara umum, perbedaan antara teori dan model terletak pada fungsi dan tingkat abstraksinya. Teori memiliki cakupan yang lebih luas karena berupaya menjelaskan hubungan sebab akibat secara konseptual, sedangkan model lebih berorientasi pada penerapan praktis dan digunakan untuk menggambarkan bagaimana teori dapat diimplementasikan dalam situasi nyata, termasuk dalam upaya perubahan perilaku kesehatan masyarakat (Glanz et al., 2015).

## 2. Fungsi Teori dalam Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan proses yang bertujuan meningkatkan kemampuan individu maupun masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga dapat

mencapai kualitas hidup yang lebih baik (WHO, 1987). Dalam penerapannya, promosi kesehatan tidak hanya terbatas pada pemberian informasi kesehatan, tetapi juga mencakup proses pendidikan, pemberdayaan, serta penciptaan lingkungan yang mendukung terbentuknya perilaku sehat (Djannah et al., 2020).

Untuk mencapai perubahan perilaku yang berkelanjutan, diperlukan dasar konseptual yang mampu menjelaskan bagaimana perilaku terbentuk dan bagaimana perubahan dapat terjadi. Oleh karena itu, teori dan model perubahan perilaku menjadi komponen penting dalam penyusunan intervensi pendidikan kesehatan karena memberikan kerangka untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi keputusan dan tindakan individu (Glanz et al., 2015).

Pemanfaatan teori dalam promosi kesehatan membantu tenaga kesehatan memahami alasan seseorang memilih melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku kesehatan. Faktor psikologis, sosial, budaya, dan lingkungan yang memengaruhi perilaku dapat dianalisis secara lebih komprehensif sehingga program yang dirancang menjadi lebih relevan dengan kondisi sasaran dan memiliki peluang keberhasilan yang lebih besar (Candrawati et al., 2024).

Selain itu, teori juga berfungsi sebagai dasar dalam menentukan pendekatan

komunikasi, pemilihan media pendidikan, serta strategi pemberdayaan masyarakat agar intervensi yang diberikan mampu menghasilkan perubahan perilaku yang diharapkan.

Secara lebih rinci, teori memiliki beberapa fungsi utama dalam pelaksanaan promosi kesehatan, yaitu:

- a. Sebagai dasar analisis perilaku. Teori digunakan untuk mengidentifikasi faktor yang memengaruhi perilaku individu maupun kelompok sehingga kebutuhan intervensi dapat ditentukan secara lebih sistematis dan berbasis masalah (Glanz et al., 2015).
- b. Sebagai pedoman dalam penyusunan intervensi kesehatan. Teori membantu menentukan strategi, metode, dan pendekatan yang sesuai dengan karakteristik sasaran sehingga program yang dikembangkan memiliki arah dan tujuan yang lebih jelas (Glanz et al., 2008).
- c. Sebagai dasar evaluasi program. Teori juga berperan dalam menilai keberhasilan program promosi kesehatan melalui pengukuran perubahan perilaku sasaran, baik dari aspek proses pelaksanaan, hasil yang dicapai, maupun dampak yang ditimbulkan setelah intervensi dilakukan (Valente, 2002) (L. W. Green et al., 2022).

### 3. Konsep Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku kesehatan menggambarkan proses ketika individu beralih dari kebiasaan yang kurang mendukung kesehatan menuju perilaku yang lebih sehat dan adaptif. Perubahan tersebut tidak berlangsung secara spontan, tetapi terjadi melalui tahapan yang dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor, baik yang berasal dari dalam diri individu maupun dari lingkungan sekitarnya (Glanz et al., 2015).

Dalam konteks promosi kesehatan, perubahan perilaku dipahami sebagai proses yang dinamis karena dipengaruhi oleh pengalaman, pengetahuan, persepsi, dukungan sosial, serta kondisi lingkungan yang terus berkembang. Oleh karena itu, upaya perubahan perilaku tidak cukup dilakukan melalui peningkatan pengetahuan semata, tetapi perlu mempertimbangkan berbagai faktor yang dapat memperkuat atau menghambat terbentuknya perilaku sehat.(Glanz et al., 2015).

## C. Teori dan Model Perubahan Perilaku Kesehatan

### 1. *Health Belief Model (HBM)*

#### a. Pengertian *Health Belief Model (HBM)*

*Health Belief Model (HBM)* merupakan salah satu teori dalam kajian perilaku kesehatan yang digunakan untuk memahami alasan seseorang memilih melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan kesehatan. Teori ini berangkat dari

asumsi bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh cara individu memandang risiko penyakit serta penilaiannya terhadap manfaat dan hambatan dari tindakan yang akan dilakukan (Glanz et al., 2015).

HBM mulai dikembangkan pada era 1950-an oleh kelompok psikolog sosial di U.S. Public Health Service sebagai respons terhadap rendahnya keterlibatan masyarakat dalam kegiatan pencegahan dan deteksi dini penyakit (Rosenstock, 1974). Seiring perkembangan ilmu promosi kesehatan, model ini terus digunakan dan dikembangkan karena dinilai mampu menjelaskan proses pengambilan keputusan kesehatan pada berbagai kelompok masyarakat dan situasi kesehatan yang berbeda (Nganda & Mwithia, 2023). Sejumlah penelitian terbaru menunjukkan bahwa HBM masih relevan digunakan dalam menjelaskan perilaku kesehatan. Beberapa komponen seperti persepsi manfaat (*perceived benefits*), persepsi hambatan (*perceived barriers*), dan adanya pemicu tindakan (*cues to action*) terbukti memiliki kontribusi yang kuat terhadap keputusan seseorang dalam menerapkan perilaku sehat (Limbu & Gautam, 2023).

b. Komponen *Health Belief Model (HBM)*

- 1) Persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*).

Persepsi kerentanan menggambarkan sejauh mana seseorang merasa dirinya berisiko mengalami suatu penyakit atau gangguan kesehatan. Ketika individu memandang bahwa dirinya memiliki kemungkinan terkena penyakit, kecenderungan untuk melakukan tindakan pencegahan akan meningkat.

2) Persepsi keparahan (*perceived severity*).

Persepsi keparahan berkaitan dengan cara individu menilai tingkat keseriusan suatu penyakit beserta konsekuensi yang mungkin muncul. Dampak tersebut dapat dipahami dalam bentuk gangguan fisik, tekanan psikologis, konsekuensi sosial, maupun kerugian ekonomi yang dirasakan (Rosenstock, 1974).

3) Persepsi manfaat (*perceived benefits*)

Persepsi manfaat menunjukkan keyakinan individu bahwa perilaku kesehatan yang dilakukan dapat memberikan hasil yang positif, termasuk mengurangi risiko penyakit atau meningkatkan kondisi kesehatan. Semakin besar manfaat yang dirasakan, semakin besar pula kemungkinan seseorang bersedia melakukan tindakan kesehatan (Limbu & Gautam, 2023).

4) Persepsi hambatan (*perceived barriers*).

Persepsi hambatan mengacu pada penilaian individu terhadap berbagai kendala yang dapat menghambat pelaksanaan perilaku sehat. Hambatan tersebut dapat berupa keterbatasan biaya, kurangnya akses layanan, keterbatasan waktu, maupun rasa tidak nyaman selama menjalankan tindakan kesehatan. Apabila hambatan dipersepsikan terlalu besar, peluang perubahan perilaku cenderung menurun (Limbu & Gautam, 2023).

5) Isyarat untuk bertindak (*cues to action*).

*Cues to action* merupakan faktor yang mendorong individu untuk mulai melakukan tindakan kesehatan. Pemicu tersebut dapat berasal dari pengalaman pribadi, munculnya gejala penyakit, edukasi kesehatan, dukungan tenaga kesehatan, media informasi, maupun pengalaman orang lain yang dianggap relevan (Glanz et al., 2015).

6) Efikasi diri (*self-efficacy*).

Efikasi diri menunjukkan tingkat keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk memulai dan mempertahankan perilaku sehat. Dalam perkembangan HBM modern, konsep ini menjadi komponen penting karena keberhasilan perubahan perilaku tidak hanya dipengaruhi oleh persepsi risiko,

tetapi juga oleh keyakinan individu bahwa perilaku tersebut dapat dilakukan secara konsisten (Bandura, 1997).

Dalam praktik promosi kesehatan, HBM telah banyak digunakan sebagai dasar penyusunan intervensi pada berbagai isu kesehatan, seperti peningkatan cakupan vaksinasi, deteksi dini kanker, pencegahan HIV/AIDS, pengelolaan diabetes, peningkatan kepatuhan pengobatan, dan penguatan perilaku hidup sehat. Penggunaan model ini membantu tenaga kesehatan memahami faktor psikologis yang mendasari keputusan individu dalam mengambil tindakan terkait kesehatan (Glanz et al., 2015; Limbu & Gautam, 2023).

## 2. *Theory of Planned Behavior (TPB)*

### a. Pengertian *Theory of Planned Behavior (TPB)*.

*Theory of Planned Behavior (TPB)* merupakan teori perilaku yang dikembangkan oleh Ajzen untuk menjelaskan bagaimana proses terbentuknya suatu perilaku melalui peran niat (*intention*) individu. Dalam teori ini, niat dipandang sebagai faktor yang paling dekat dengan munculnya perilaku karena mencerminkan kesiapan seseorang untuk melakukan tindakan tertentu (Ajzen, 1991). Menurut TPB, terbentuknya niat tidak terjadi secara terpisah, tetapi dipengaruhi oleh tiga

komponen utama, yaitu sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*), dan kontrol perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*). Ketiga komponen tersebut bekerja secara bersama-sama dalam membentuk keputusan individu untuk melakukan atau menghindari suatu perilaku (Ajzen, 1991).

TPB merupakan pengembangan dari Theory of Reasoned Action (TRA). Perbedaan utama kedua teori tersebut terletak pada penambahan komponen *perceived behavioral control*, yang digunakan untuk menjelaskan bahwa tidak semua perilaku sepenuhnya berada dalam kendali individu. Faktor seperti ketersediaan sumber daya, kemampuan, kesempatan, maupun hambatan dari lingkungan dapat memengaruhi kemungkinan seseorang mewujudkan niat menjadi perilaku nyata (Ajzen, 1991).

Dalam bidang promosi kesehatan, TPB masih menjadi salah satu teori yang banyak digunakan karena memiliki kemampuan yang baik dalam memprediksi perilaku kesehatan pada berbagai kelompok sasaran. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa teori ini relevan untuk menjelaskan hubungan antara niat dan perilaku aktual dalam konteks kesehatan masyarakat, seperti perilaku merokok, aktivitas fisik, pola

makan sehat, kepatuhan pengobatan, serta perilaku pencegahan penyakit (Bosnjak et al., 2020).

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

1) Sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*). Sikap terhadap perilaku menggambarkan bagaimana individu menilai suatu tindakan berdasarkan keyakinannya terhadap konsekuensi yang mungkin diperoleh. Penilaian tersebut dapat bersifat positif maupun negatif tergantung pada pengalaman, pengetahuan, dan harapan yang dimiliki individu. Apabila seseorang meyakini bahwa suatu perilaku memberikan manfaat atau hasil yang menguntungkan, maka kecenderungan untuk memiliki niat melakukan perilaku tersebut akan semakin kuat (Ajzen, 1991).

2) Norma subjektif (*subjective norm*).

Norma subjektif berkaitan dengan persepsi individu mengenai harapan, dukungan, atau tekanan sosial dari pihak-pihak yang dianggap penting dalam kehidupannya. Keputusan seseorang untuk melakukan suatu perilaku sering kali dipengaruhi oleh pandangan keluarga, teman sebaya, pasangan, maupun tenaga kesehatan. Semakin besar dukungan sosial yang dirasakan, semakin besar pula

kemungkinan individu membentuk niat untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 1991).

3) Kontrol perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*).

Kontrol perilaku yang dipersepsikan menunjukkan sejauh mana individu merasa memiliki kemampuan, kesempatan, dan sumber daya untuk melakukan suatu tindakan. Persepsi ini tidak hanya dipengaruhi oleh kemampuan pribadi, tetapi juga oleh faktor eksternal seperti akses, waktu, fasilitas, maupun hambatan lingkungan. Ketika seseorang merasa perilaku tersebut dapat dilakukan dan berada dalam kendalinya, kemungkinan perilaku tersebut diwujudkan menjadi lebih besar (Ajzen, 1991).

4) Niat berperilaku (*behavioral intention*).

Niat berperilaku mencerminkan tingkat kesiapan individu untuk melakukan suatu tindakan dalam periode tertentu. Dalam TPB, niat dipandang sebagai faktor yang paling dekat dengan munculnya perilaku aktual karena menunjukkan adanya keputusan dan komitmen untuk bertindak. Semakin kuat niat yang terbentuk, semakin besar peluang perilaku tersebut benar-benar dilakukan (Bosnjak et al., 2020).

Keempat komponen tersebut bekerja secara saling berkaitan dalam membentuk perilaku kesehatan. Oleh karena itu, TPB banyak digunakan dalam promosi kesehatan untuk memahami serta memprediksi berbagai perilaku, seperti kebiasaan merokok, aktivitas fisik, pola konsumsi makanan sehat, perilaku seksual sehat, kepatuhan terhadap pengobatan, dan tindakan pencegahan penyakit kronis (Bosnjak et al., 2020).

3. *Transtheoretical Model (TTM)*

- a. Pengertian *Transtheoretical Model (TTM)* merupakan model perubahan perilaku yang menjelaskan bahwa perubahan tidak terjadi secara langsung, tetapi berlangsung melalui serangkaian tahapan yang menunjukkan tingkat kesiapan individu untuk berubah. Model ini dikembangkan oleh Prochaska dan DiClemente melalui penelitian mengenai proses seseorang menghentikan kebiasaan merokok, kemudian berkembang dan diterapkan pada berbagai intervensi perubahan perilaku dalam bidang kesehatan (Prochaska & Velicer, 1997). TTM memandang perubahan perilaku sebagai suatu proses yang dinamis dan berkelanjutan. Dalam proses tersebut, individu dapat mengalami kemajuan menuju perilaku yang diharapkan, namun juga memiliki kemungkinan kembali ke tahap sebelumnya sebelum perubahan

dapat dipertahankan secara konsisten. Oleh karena itu, perubahan perilaku dipahami sebagai proses adaptasi yang membutuhkan waktu, kesiapan, serta dukungan yang sesuai pada setiap tahap perubahan

b. Tahapan perubahan perilaku

1) Tahap *precontemplation*

Pada tahap *precontemplation*, individu belum menunjukkan keinginan untuk mengubah perilakunya dalam waktu dekat. Pada kondisi ini, individu sering kali belum menyadari adanya masalah kesehatan atau belum menganggap perubahan sebagai kebutuhan yang mendesak.

2) Tahap *contemplation*,

Tahap *contemplation* ditandai dengan mulai munculnya kesadaran terhadap adanya masalah atau risiko kesehatan. Individu mulai mempertimbangkan kemungkinan untuk melakukan perubahan, tetapi masih berada pada fase berpikir dan belum mengambil tindakan secara nyata.

3) Tahap *preparation*

Pada tahap *preparation*, individu mulai menunjukkan komitmen yang lebih kuat terhadap perubahan yang akan dilakukan. Selain memiliki niat yang lebih jelas, individu juga mulai

menyusun rencana, mencari informasi, atau menyiapkan langkah awal untuk mendukung perubahan perilaku dalam waktu dekat.

4) Tahap *action*

Tahap *action* merupakan fase ketika perubahan mulai diwujudkan dalam bentuk tindakan nyata. Individu secara aktif melakukan perilaku baru dan berupaya menjalankannya secara konsisten sesuai tujuan kesehatan yang ingin dicapai.

5) Tahap *maintenance*

Tahap *maintenance* berfokus pada upaya mempertahankan perilaku sehat yang telah terbentuk. Pada fase ini, individu berusaha menjaga konsistensi perilaku sekaligus mengurangi kemungkinan kembali pada kebiasaan sebelumnya (relapse).

Dalam praktik promosi kesehatan, TTM banyak digunakan sebagai dasar penyusunan intervensi yang menyesuaikan tingkat kesiapan individu untuk berubah. Pendekatan ini diterapkan pada berbagai program, seperti penghentian kebiasaan merokok, pengaturan pola makan, peningkatan aktivitas fisik, pengendalian berat badan, serta perubahan gaya hidup sehat lainnya karena memberikan ruang bagi intervensi yang lebih sesuai dengan kondisi sasaran (Prochaska & Velicer, 1997).

#### 4. *Social Cognitive Theory (SCT)*

##### a. Pengertian SCT

###### *Social Cognitive Theory (SCT)*

dikembangkan oleh Albert Bandura sebagai teori yang menjelaskan bahwa perilaku manusia terbentuk melalui proses interaksi yang berlangsung secara terus-menerus antara karakteristik individu, tindakan yang dilakukan, dan lingkungan tempat individu berada. Pendekatan ini menempatkan manusia sebagai pihak yang aktif dalam membentuk perilakunya, bukan hanya sebagai penerima pengaruh dari lingkungan sekitar (Bandura, 1986).

SCT menekankan bahwa perilaku kesehatan tidak dapat dipahami hanya dari faktor internal seperti pengetahuan atau motivasi individu. Pengalaman hidup, interaksi sosial, proses belajar, serta kondisi lingkungan juga berperan dalam memengaruhi bagaimana seseorang mengambil keputusan dan mempertahankan perilaku tertentu (Bandura, 1986).

Teori ini berangkat dari asumsi bahwa individu memiliki kemampuan untuk belajar melalui berbagai pengalaman, baik secara langsung maupun melalui pengamatan terhadap orang lain. Proses belajar tersebut dapat terjadi melalui observasi, refleksi diri, pengalaman pribadi, serta adanya penguatan (*reinforcement*)

yang membentuk kebiasaan dan pola perilaku. Dalam konteks promosi kesehatan, SCT digunakan untuk memahami bagaimana perilaku sehat berkembang melalui proses pembelajaran sosial dan meningkatnya keyakinan individu terhadap kemampuannya sendiri (*self-efficacy*) (Glanz et al., 2015). Hingga saat ini, SCT masih banyak digunakan dalam berbagai intervensi perubahan perilaku karena mampu menggambarkan hubungan yang saling memengaruhi antara faktor personal, perilaku, dan lingkungan dalam membentuk perilaku kesehatan (Young et al., 2014).

b. Konsep utama SCT

1) *Observational learning* (belajar melalui pengamatan)

*Observational learning* menggambarkan proses belajar yang terjadi ketika individu memperoleh pengetahuan, keterampilan, atau pola perilaku dengan mengamati tindakan orang lain beserta konsekuensi yang ditimbulkannya. Dalam konsep ini, pembelajaran tidak selalu harus diperoleh melalui pengalaman langsung karena individu dapat belajar melalui model sosial yang ada di sekitarnya, seperti keluarga, teman sebaya, pendidik, tenaga kesehatan, maupun media (Bandura, 1986).

2) *Self-efficacy* (efikasi diri)

Efikasi diri mengacu pada keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk memulai, menjalankan, dan mempertahankan suatu perilaku tertentu. Individu yang memiliki tingkat efikasi diri tinggi umumnya menunjukkan motivasi yang lebih baik, lebih siap menghadapi hambatan, serta memiliki konsistensi yang lebih tinggi dalam mempertahankan perilaku sehat (Bandura, 1997).

3) *Reinforcement* (penguatan)

*Reinforcement* merupakan bentuk respons atau konsekuensi yang dapat memperkuat maupun mengurangi kemungkinan suatu perilaku dilakukan kembali. Penguatan dapat muncul dalam bentuk penghargaan, dukungan sosial, pengalaman positif, umpan balik dari lingkungan, maupun konsekuensi tertentu yang memengaruhi keberlanjutan perilaku (Glanz et al., 2015).

4) *Reciprocal determinism* (Determinisme timbal balik).

Konsep *reciprocal determinism* menjelaskan bahwa perilaku individu tidak terbentuk secara satu arah. Faktor personal, perilaku, dan lingkungan

saling berinteraksi dan memengaruhi secara berkelanjutan. Perubahan pada salah satu komponen dapat memunculkan perubahan pada komponen lainnya sehingga proses perubahan perilaku dipahami sebagai proses yang dinamis (Bandura, 1986).

Dalam praktik promosi kesehatan, SCT banyak diterapkan dalam pendidikan kesehatan remaja, promosi aktivitas fisik, pencegahan obesitas, pengelolaan penyakit kronis, peningkatan kepatuhan terapi, serta program perubahan perilaku berbasis komunitas karena menekankan pembelajaran sosial dan penguatan perilaku sehat (Glanz et al., 2015; Young et al., 2020)

## 5. PRECEDE-PROCEED Model

### a. Pengertian Model PRECEDE–PROCEED

Model PRECEDE–PROCEED merupakan salah satu kerangka yang banyak digunakan dalam perencanaan program promosi kesehatan karena menyediakan langkah yang sistematis mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi hasil program. Model ini dikembangkan oleh Lawrence Green dan Marshall Kreuter untuk membantu tenaga kesehatan memahami kebutuhan masyarakat, mengenali faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan, serta menyusun intervensi yang sesuai dengan kondisi sasaran (L. Green & Kreuter, 2005). Dalam

model ini, proses perencanaan tidak dimulai dari penyusunan kegiatan, tetapi diawali dengan memahami terlebih dahulu masalah kesehatan yang terjadi serta faktor yang melatarbelakanginya. Pendekatan tersebut bertujuan agar program yang dilaksanakan lebih relevan dengan kebutuhan masyarakat dan memiliki peluang keberhasilan yang lebih besar.

Istilah PRECEDE merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*, sedangkan PROCEED merupakan singkatan dari *Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*. Kedua komponen tersebut saling melengkapi, di mana PRECEDE berfokus pada proses analisis dan identifikasi faktor penyebab masalah, sedangkan PROCEED berorientasi pada pelaksanaan serta evaluasi program kesehatan yang telah dirancang (Crosby & Noar, 2011).

- b. Tahapan PRECEDE meliputi:
  - 1) *Diagnosis sosial (social assessment)*, tahap ini bertujuan mengidentifikasi kebutuhan, kualitas hidup, dan masalah sosial yang dirasakan masyarakat sehingga program yang dirancang sesuai dengan kondisi dan prioritas sasaran (Green & Kreuter, 2005).

- 2) Diagnosis epidemiologi, tahap ini dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan utama berdasarkan data epidemiologi serta menentukan prioritas intervensi kesehatan (Crosby & Noar, 2011).
  - 3) Diagnosis perilaku dan lingkungan (*behavioral and environmental assessment*), tahap ini bertujuan mengidentifikasi perilaku serta faktor lingkungan yang berkontribusi terhadap terjadinya masalah kesehatan (Green & Kreuter, 2005)
  - 4) Diagnosis pendidikan dan organisasi (*educational and ecological assessment*), tahap ini menganalisis faktor predisposisi, pendukung, dan penguat yang memengaruhi kemungkinan terjadinya perubahan perilaku (Green & Kreuter, 2005).
- c. Tahapan PROCEED meliputi:
- 1) Implementasi program, tahap implementasi merupakan pelaksanaan intervensi kesehatan berdasarkan hasil analisis kebutuhan yang telah dilakukan sebelumnya.
  - 2) Evaluasi proses dilakukan untuk menilai apakah kegiatan telah dilaksanakan sesuai rencana dan prosedur yang telah ditetapkan.
  - 3) Evaluasi dampak bertujuan mengukur perubahan perilaku, faktor lingkungan,

maupun determinan kesehatan setelah program dilaksanakan.

- 4) Evaluasi hasil Evaluasi hasil dilakukan untuk menilai perubahan status kesehatan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat sebagai tujuan akhir program.

Model PRECEDE–PROCEED saat ini banyak digunakan dalam pengembangan program kesehatan masyarakat, promosi gaya hidup sehat, pencegahan penyakit tidak menular, pendidikan kesehatan sekolah, serta evaluasi program kesehatan berbasis komunitas (Green et al., 2022).

#### **D. Latihan Soal**

1. Teori yang menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap ancaman penyakit adalah ...
  - A. Social Cognitive Theory
  - B. Health Belief Model
  - C. Diffusion of Innovation
  - D. PRECEDE-PROCEED
  - E. Theory of Reasoned Action
2. Tahap seseorang mulai memiliki niat untuk berubah dalam Transtheoretical Model disebut ...
  - A. Action
  - B. Maintenance
  - C. Preparation
  - D. Contemplation
  - E. Reinforcement

3. Komponen utama Theory of Planned Behavior yang berkaitan dengan tekanan sosial adalah ...
  - A. Self-efficacy
  - B. Persepsi manfaat
  - C. Norma subjektif
  - D. Reinforcement
  - E. Cues to action
4. Konsep belajar melalui pengamatan terdapat pada teori ...
  - A. SCT
  - B. HBM
  - C. TTM
  - D. TPB
  - E. PRECEDE
5. Tahap pertama dalam proses adopsi inovasi adalah ...
  - A. Interest
  - B. Evaluation
  - C. Trial
  - D. Awareness
  - E. Adoption
6. Self-efficacy merupakan konsep utama dari teori ...
  - A. HBM
  - B. SCT
  - C. TPB
  - D. TTM
  - E. PRECEDE
7. Model PRECEDE-PROCEED digunakan terutama untuk ...
  - A. Pengobatan pasien
  - B. Diagnosis klinis

- C. Perencanaan program kesehatan
  - D. Penelitian laboratorium
  - E. Pemeriksaan kesehatan
8. Perceived barriers dalam HBM berarti ...
- A. Persepsi manfaat
  - B. Persepsi ancaman
  - C. Persepsi hambatan
  - D. Persepsi tindakan
  - E. Persepsi risiko
9. Tahap mempertahankan perilaku baru disebut ...
- A. Action
  - B. Preparation
  - C. Maintenance
  - D. Adoption
  - E. Contemplation
10. Teori yang menekankan hubungan timbal balik antara individu, lingkungan, dan perilaku adalah ...
- A. SCT
  - B. TPB
  - C. HBM
  - D. TTM
  - E. TRA

---

## **BAB 4**

---

### **KOMUNIKASI KESEHATAN**

---

#### **A. Pendahuluan**

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat merupakan sebuah proses dinamis yang tidak hanya bertumpu pada penyediaan sarana medis dan intervensi klinis semata. Kesehatan secara holistik, sebagaimana didefinisikan dalam paradigma kesehatan masyarakat modern, mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang optimal. Dalam mewujudkan kondisi ini, tantangan terbesar yang sering dihadapi oleh para praktisi kesehatan bukanlah ketiadaan teknologi atau obat-obatan, melainkan kesenjangan perilaku dan minimnya kesadaran masyarakat dalam menerapkan pola hidup sehat (Silitonga et al., 2024). Perilaku kesehatan individu maupun kelompok sangat dipengaruhi oleh persepsi, nilai sosial-budaya, tingkat pemahaman, dan akses terhadap informasi yang akurat. Di sinilah komunikasi kesehatan memegang peran krusial sebagai instrumen strategis yang menjembatani pengetahuan ilmiah medis dengan tindakan nyata masyarakat sehari-hari (Marpaung et al., 2022).

Komunikasi bukan sekadar proses pengiriman pesan verbal dari satu pihak ke pihak lain, melainkan sebuah seni dan sains untuk memengaruhi, mengedukasi, serta memberdayakan sasaran agar mampu mengambil keputusan mandiri terkait kesehatannya. Melalui komunikasi kesehatan

yang dirancang secara sistematis, informasi yang rumit mengenai pencegahan penyakit, penularan virus, sanitasi lingkungan, hingga pola makan seimbang dapat disederhanakan tanpa mengurangi esensi ilmiahnya (Sari et al., 2020). Ketidakmampuan dalam mengomunikasikan risiko dan rekomendasi kesehatan sering kali berujung pada kegagalan program-program preventif pemerintah, meningkatnya ketidakpercayaan publik, serta maraknya penyebaran mitos atau disinformasi yang merugikan (Mulasari, 2020).

Secara historis, pendidikan kesehatan di masa lalu cenderung menggunakan pendekatan didaktik satu arah, di mana tenaga kesehatan bertindak sebagai instruktur otoritatif yang mendikte apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh masyarakat. Namun, seiring dengan berkembangnya ilmu promosi kesehatan, disadari bahwa metode instruktif tersebut kurang efektif dalam menghasilkan perubahan perilaku yang langgeng (Silitonga et al., 2024). Paradigma baru menuntut adanya pendekatan yang partisipatif dan transaksional. Komunikasi kesehatan masa kini menempatkan masyarakat bukan sekadar sebagai objek penerima informasi pasif (*audiens*), melainkan sebagai mitra dialog yang memiliki latar belakang, pengalaman, dan otonomi sendiri (Dewi & Suryono, 2023).

Perubahan paradigma ini juga didorong oleh kesadaran akan pentingnya literasi kesehatan (*health literacy*). Banyak kegagalan terapi medis atau program pencegahan penyakit di komunitas

terjadi bukan karena masyarakat menolak untuk sehat, melainkan karena mereka tidak memahami instruksi kesehatan yang diberikan akibat penggunaan jargon medis yang terlalu rumit (Badiah et al., 2022). Oleh sebab itu, setiap tenaga kesehatan dituntut untuk memiliki kompetensi interpersonal yang kuat serta kepekaan budaya (*cultural competence*) guna memastikan pesan yang disampaikan dapat diterima dengan baik, dipahami, dan diinternalisasi menjadi kebiasaan hidup baru (Dewi & Suryono, 2023).

Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan adalah dua pilar yang saling melengkapi dalam mengupayakan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Promosi kesehatan berfokus pada pemberdayaan masyarakat dan advokasi kebijakan lingkungan yang kondusif, sedangkan pendidikan kesehatan berfokus pada peningkatan pengetahuan dan sikap individu (Silitonga et al., 2024). Komunikasi kesehatan bertindak sebagai "mesin penggerak" utama bagi kedua pilar tersebut. Tanpa strategi komunikasi yang efektif, kebijakan promosi kesehatan yang baik tidak akan mendapatkan dukungan publik, dan program pendidikan kesehatan tidak akan mampu menyentuh hati serta pikiran sasaran (Rayhaniah, 2022).

Dengan memahami urgensi dan landasan teoritis komunikasi kesehatan pada bagian pendahuluan ini, pembaca diharapkan dapat melihat bahwa penguasaan teknik komunikasi bukanlah sekadar keterampilan tambahan (*soft skill*)

bagi tenaga kesehatan, melainkan kompetensi inti (*core competency*) yang sangat menentukan keberhasilan setiap intervensi kesehatan di masyarakat (Harahap & Putra, 2017).

#### 1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari materi ini, peserta didik diharapkan mampu memahami konsep, prinsip, dan urgensi komunikasi kesehatan sebagai bagian dari promosi dan pendidikan kesehatan, menganalisis peran komunikasi dalam membentuk perilaku hidup sehat, meningkatkan literasi kesehatan masyarakat, serta menerapkan strategi komunikasi yang efektif, partisipatif, dan berorientasi pada pemberdayaan dalam berbagai program kesehatan.

#### 2. Capaian Pembelajaran

- a. Menjelaskan konsep dasar, tujuan, dan urgensi komunikasi kesehatan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Menganalisis peran komunikasi kesehatan dalam promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, dan perubahan perilaku masyarakat.
- c. Mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas komunikasi kesehatan, termasuk literasi kesehatan dan kompetensi budaya.
- d. Menerapkan prinsip komunikasi yang efektif, partisipatif, dan berpusat pada masyarakat dalam penyampaian pesan kesehatan.

- e. Mengevaluasi pentingnya komunikasi kesehatan sebagai kompetensi utama tenaga kesehatan dalam mendukung keberhasilan program kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

## **B. Konsep Dasar Komunikasi Kesehatan**

Untuk memahami komunikasi kesehatan secara komprehensif, kita harus mengurai dua konsep dasarnya, yaitu "komunikasi" dan "kesehatan". Secara epistemologis, komunikasi berasal dari bahasa Latin *communis* yang berarti membuat kebersamaan atau membangun pemahaman bersama antara dua orang atau lebih. Sementara itu, komunikasi kesehatan secara spesifik diartikan sebagai studi dan penggunaan strategi komunikasi untuk menginformasikan serta memengaruhi keputusan individu dan komunitas guna meningkatkan kesehatan mereka (Sari et al., 2020).

Komunikasi kesehatan mencakup penyebaran informasi kesehatan publik, kampanye pencegahan penyakit, edukasi klinis antara nakes dan pasien, hingga advokasi kebijakan kesehatan pada tingkat pemerintahan (Ramli et al., 2022). Esensi utama dari komunikasi kesehatan tidak hanya terletak pada pengiriman data medis, melainkan pada bagaimana data tersebut diinterpretasikan, dirasakan manfaatnya, dan diaplikasikan dalam kehidupan nyata untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian di masyarakat (Rayhaniah, 2022).

## 1. Unsur-Unsur Utama dalam Proses Komunikasi Kesehatan

Sebagaimana model komunikasi klasik yang dikembangkan oleh Harold Lasswell maupun Shannon-Weaver, proses komunikasi kesehatan melibatkan komponen-komponen utama yang saling berinteraksi secara dinamis. Kegagalan atau hambatan pada salah satu komponen ini akan merusak kualitas pemahaman pesan secara keseluruhan. Komponen-komponen tersebut meliputi (Harahap & Putra, 2017; Sari et al., 2020):

- a. **Komunikator (Sumber/*Sender*):** Pihak yang menginisiasi komunikasi dan merumuskan pesan kesehatan. Dalam konteks ini, komunikator dapat berupa dokter, perawat, penyuluh kesehatan, kader posyandu, lembaga kesehatan pemerintah (seperti Kemenkes atau WHO), atau media massa. Kredibilitas, empati, dan penampilan komunikator sangat menentukan tingkat kepercayaan (*trust*) dari penerima pesan.
- b. **Pesan (*Message*):** Gagasan, informasi, instruksi, atau nasihat kesehatan yang ingin disampaikan. Pesan harus disusun menggunakan bahasa yang sederhana, logis, aplikatif, dan bebas dari jargon medis yang membingungkan. Pesan dapat dikemas dalam bentuk verbal (kata-kata, lisan/tulisan) maupun non-verbal (bahasa tubuh, gambar, infografis, video).

- c. Saluran/Media (*Channel*): Alat atau sarana yang digunakan untuk mengantarkan pesan dari komunikator ke komunikan. Pemilihan media harus disesuaikan dengan karakteristik sasaran. Media komunikasi dapat berkisar dari saluran interpersonal (konseling tatap muka), media cetak (*leaflet, poster, buklet*), media elektronik (radio, televisi), hingga media digital interaktif (media sosial, aplikasi kesehatan, website) (Mulasari, 2020).
- d. Komunikan (Penerima/Receiver): Sasaran atau audiens yang menerima pesan kesehatan. Penerima pesan ini sangat beragam, mulai dari pasien individu di klinik, keluarga, kelompok rentan (seperti ibu hamil atau lansia), hingga masyarakat umum. Memahami karakteristik psikologis, sosial, budaya, dan tingkat pendidikan komunikan adalah kunci utama keberhasilan perancangan pesan.
- e. Efek/Dampak (*Effect*): Perubahan yang terjadi pada diri komunikan setelah menerima pesan. Dalam promosi kesehatan, efek yang diharapkan berjenjang mulai dari peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan sikap (afektif), hingga adopsi perilaku sehat yang konsisten (psikomotorik) (Silitonga et al., 2024).
- f. Umpan Balik (*Feedback*): Respon atau reaksi yang diberikan oleh komunikan kembali kepada komunikator. Umpan balik dapat

bersifat positif (menunjukkan pemahaman dan persetujuan) atau negatif (menunjukkan kebingungan atau penolakan). Umpan balik sangat penting untuk mengevaluasi apakah pesan kesehatan telah dipahami dengan benar atau perlu diklarifikasi lebih lanjut.

- g. Hambatan/Gangguan (*Noise*): Segala sesuatu yang mendistorsi jalannya pesan sehingga pesan yang diterima berbeda dengan yang dikirimkan. Hambatan ini bisa berupa gangguan fisik (bising), hambatan semantik (perbedaan bahasa atau istilah), hambatan psikologis (kecemasan, ketakutan pasien), atau hambatan sosiokultural (pantangan adat, stigma penyakit) (Sari et al., 2020).

## 2. Tujuan dan Fungsi Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan memiliki fungsi multidimensional yang sangat luas dalam ekosistem pelayanan dan promosi kesehatan. Tujuan utamanya tidak terbatas pada penyampaian instruksi pengobatan, melainkan mencakup aspek-aspek berikut (Dewi & Suryono, 2023; Rayhaniah, 2022):

- a. Fungsi Informatif: Menyediakan informasi kesehatan yang akurat dan berbasis bukti ilmiah kepada masyarakat agar mereka menyadari risiko kesehatan di sekitar mereka (misalnya informasi mengenai gejala DBD atau protokol isolasi mandiri).
- b. Fungsi Persuasif: Memengaruhi sikap dan keyakinan masyarakat agar mereka secara

sukarela mengubah perilaku buruk menjadi perilaku sehat, seperti berhenti merokok, melakukan imunisasi anak, atau membuang sampah pada tempatnya.

- c. Fungsi Edukatif: Memberikan bimbingan terstruktur dan sistematis bagi individu atau kelompok agar mereka terampil dalam mengelola kesehatan mereka sendiri secara mandiri (misalnya edukasi teknik menyusui yang benar bagi ibu baru).
- d. Fungsi Relasional: Membangun kemitraan, kepercayaan, dan hubungan terapeutik yang harmonis antara tenaga kesehatan dan pasien, yang terbukti meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi medis (*patient compliance*).

### **C. Jenis Komunikasi Kesehatan**

Komunikasi kesehatan diimplementasikan dalam berbagai dimensi kehidupan manusia melalui metode dan saluran yang bervariasi. Klasifikasi jenis komunikasi kesehatan ini didasarkan pada jumlah partisipan yang terlibat, konteks interaksi, serta media yang digunakan untuk menyampaikan pesan. Memahami karakteristik masing-masing jenis komunikasi ini memudahkan tenaga kesehatan dalam memilih strategi terbaik untuk setiap program intervensi.

#### **1. Komunikasi Kesehatan Intrapersonal**

Komunikasi intrapersonal adalah proses komunikasi yang terjadi di dalam diri individu itu sendiri. Proses ini melibatkan aktivitas

berpikir, merenung, menganalisis, dan mengevaluasi informasi yang diterima oleh indra sebelum diekspresikan keluar (Sari et al., 2020). Dalam konteks kesehatan, komunikasi intrapersonal sangat menentukan bagaimana seseorang mempersepsikan kondisi tubuhnya sendiri. Sebagai contoh, ketika seseorang merasakan gejala nyeri dada, terjadi dialog internal dalam dirinya: *"Apakah ini sekadar lelah, atau gejala serangan jantung? Haruskah saya memeriksakan diri ke dokter besok?"* Kemampuan seseorang untuk melakukan komunikasi intrapersonal yang objektif sangat dipengaruhi oleh pengetahuan kesehatannya. Individu dengan literasi kesehatan yang baik akan mampu melakukan penilaian diri secara rasional dan mengambil tindakan preventif yang cepat, sementara individu yang minim informasi mungkin mengabaikan gejala bahaya atau justru mengalami kepanikan berlebih (cyberchondria akibat mencari gejala di internet secara tidak terarah) (Badiyah et al., 2022).

## 2. Komunikasi Kesehatan Interpersonal (Antarpribadi)

Komunikasi interpersonal merupakan interaksi tatap muka secara langsung antara dua orang atau lebih, yang memungkinkan adanya umpan balik secara instan baik verbal maupun non-verbal (Dewi & Suryono, 2023). Dalam dunia kesehatan, komunikasi interpersonal adalah bentuk komunikasi yang paling krusial karena langsung berdampak pada

kualitas layanan klinis dan kepuasan pasien. Contoh paling nyata adalah komunikasi antara dokter/perawat dengan pasien selama proses anamnesis, pemeriksaan, penyampaian diagnosis, hingga konseling pengobatan.

Komunikasi interpersonal yang efektif harus dilandasi oleh prinsip komunikasi terapeutik, di mana tenaga kesehatan menggunakan keterampilan mendengarkan aktif (*active listening*), empati, keterbukaan, dan sikap menghargai (Dewi & Suryono, 2023). Tenaga kesehatan tidak boleh mendominasi percakapan atau bersikap menghakimi. Melalui dialog interpersonal yang hangat, pasien akan merasa nyaman untuk menceritakan keluhan yang sensitif (seperti masalah kesehatan reproduksi atau gangguan kesehatan mental), sehingga diagnosis yang ditegakkan menjadi lebih akurat dan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat akan meningkat secara signifikan (Harahap & Putra, 2017).

### 3. Komunikasi Kesehatan Kelompok

Komunikasi kelompok terjadi ketika tiga orang atau lebih berkumpul bersama dengan tujuan yang sama untuk saling bertukar informasi dan memecahkan suatu masalah kesehatan (Ramli et al., 2022). Komunikasi kelompok dalam promosi kesehatan sering kali diterapkan dalam dua bentuk utama:

- a. Kelompok Kecil (misalnya Focus Group Discussion / FGD): Melibatkan 6 hingga 12 orang. Sangat efektif digunakan oleh

penyuluh kesehatan untuk menggali secara mendalam persepsi, hambatan, dan kebutuhan spesifik suatu komunitas sebelum merancang program intervensi. FGD memungkinkan terjadinya diskusi yang intim dan interaktif di antara peserta.

- b. Kelompok Besar (misalnya Penyuluhan Kesehatan Komunitas): Melibatkan puluhan hingga ratusan orang, seperti penyuluhan gizi seimbang di balai desa, posyandu, atau penyuluhan bahaya narkoba di sekolah-sekolah (Ramli et al., 2022). Metode komunikasi kelompok besar ini menuntut penyuluh untuk menguasai teknik presentasi yang menarik, menggunakan alat bantu visual yang memadai, serta menyediakan sesi tanya jawab agar audiens tetap fokus dan terlibat aktif.

#### 4. Komunikasi Kesehatan Massa dan Media

Komunikasi massa adalah proses penyampaian pesan kesehatan kepada khalayak luas, heterogen, dan tersebar secara geografis melalui perantaraan media massa cetak, elektronik, maupun digital (Mulasari, 2020). Jenis komunikasi ini sangat efisien dalam meningkatkan kesadaran umum masyarakat (*public awareness*) mengenai isu-isu kesehatan yang mendesak dalam skala nasional maupun global.

- a. Media Cetak Tradisional: Poster, brosur, leaflet, dan baliho yang dipasang di tempat-tempat strategis (seperti Puskesmas atau

pasar) membantu mengingatkan masyarakat secara visual mengenai pola hidup bersih dan sehat (PHBS).

- b. Media Elektronik: Radio dan televisi sering digunakan untuk menyiarkan Iklan Layanan Masyarakat (ILM), drama radio edukasi, atau bincang-bincang kesehatan interaktif. Keunggulan televisi terletak pada kemampuannya menggabungkan unsur audio dan visual yang menarik minat penonton lintas usia (Mulasari, 2020).
- c. Media Digital dan Sosial (*e-Health*): Di era digital saat ini, pemanfaatan Instagram, TikTok, YouTube, WhatsApp, dan aplikasi kesehatan online (*telemedicine*) menjadi garda terdepan dalam komunikasi kesehatan. Media sosial memungkinkan penyebaran informasi kesehatan secara viral, interaktif, dan langsung menyasar kalangan muda dengan gaya bahasa yang lebih santai namun tetap ilmiah (Buku Promosi Kesehatan, 2018). Namun, tantangan terbesar media digital adalah tingginya risiko penyebaran *hoaks* kesehatan, sehingga tenaga kesehatan dituntut aktif memproduksi konten klarifikasi medis yang menarik dan kredibel.

#### **D. Latihan soal**

1. Perilaku hidup sehat masyarakat sering kali terhambat karena sulitnya memahami informasi kesehatan yang disampaikan oleh tenaga medis yang sarat akan istilah klinis. Upaya menjembatani informasi ilmiah tersebut agar mudah dipahami masyarakat merupakan fungsi utama dari...
  - A. Intervensi kuratif
  - B. Komunikasi kesehatan
  - C. Epidemiologi komunitas
  - D. Administrasi kebijakan kesehatan
  - E. Rehabilitasi sosial
2. Perubahan paradigma pendidikan kesehatan dari masa lalu ke masa kini menuntut perubahan peran tenaga kesehatan, dari yang semula mendikte audiens secara searah menjadi dialog interaktif yang menempatkan masyarakat sebagai mitra. Pendekatan baru ini disebut sebagai pendekatan...
  - A. Didaktik-Instruktif
  - B. Monolog-Otoritatif
  - C. Transaksional-Partisipatif
  - D. Mekanistik-Linier
  - E. Klasik-Biomedis
3. Seorang perawat sedang memberikan penjelasan mengenai cara merawat luka operasi di rumah kepada pasien pasca-bedah. Dalam komponen komunikasi, penjelasan mengenai cara merawat luka tersebut berkedudukan sebagai...
  - A. Komunikator

- B. Saluran (*Channel*)
  - C. Hambatan (*Noise*)
  - D. Pesan (*Message*)
  - E. Umpan Balik (*Feedback*)
4. Tingkat literasi kesehatan masyarakat yang rendah sering kali memicu hambatan komunikasi berupa ketidakpahaman terhadap arti kata atau istilah kedokteran yang digunakan oleh penyuluh. Jenis hambatan komunikasi semacam ini disebut sebagai...
- A. Hambatan fisik
  - B. Hambatan psikologis
  - C. Hambatan semantik
  - D. Hambatan sosiokultural
  - E. Hambatan mekanis
5. Setelah mendengarkan penyuluhan mengenai bahaya jentik nyamuk DBD di wilayahnya, warga desa sepakat untuk mengadakan kerja bakti mandiri setiap hari Minggu guna menguras bak mandi. Perubahan berupa tindakan nyata warga tersebut menunjukkan efek komunikasi pada tataran...
- A. Kognitif
  - B. Afektif
  - C. Psikomotorik (Perilaku)
  - D. Sensibilitas
  - E. Persepsi spasial
6. Ketika seseorang merasakan tubuhnya demam dan mulai berdialog di dalam pikirannya: "Apakah ini gejala flu biasa atau gejala tipes? Lebih baik saya istirahat penuh hari ini," individu

tersebut sedang mempraktikkan jenis komunikasi...

- A. Interpersonal
  - B. Kelompok kecil
  - C. Intrapersonal
  - D. Komunikasi massa
  - E. Komunikasi publik
7. Prinsip utama yang wajib diterapkan oleh dokter atau perawat saat melakukan komunikasi interpersonal dengan pasien guna meminimalkan ketegangan dan meningkatkan keterbukaan informasi klinis pasien adalah...
- A. Komunikasi asimetris
  - B. Komunikasi terapeutik dan empati
  - C. Komunikasi instruktif dan tegas
  - D. Komunikasi satu arah tanpa selaan
  - E. Komunikasi formal-akademis
8. Penyuluh kesehatan puskesmas mengumpulkan 8 orang ibu hamil di ruang KIA untuk mendiskusikan hambatan pemberian ASI eksklusif di wilayah mereka dengan teknik diskusi interaktif dua arah. Metode komunikasi ini tergolong ke dalam...
- A. Komunikasi intrapersonal
  - B. Komunikasi massa
  - C. Focus Group Discussion (FGD) Kelompok Kecil
  - D. Advokasi publik
  - E. Penyuluhan kelompok besar
9. Kementerian Kesehatan memproduksi sebuah video edukasi singkat mengenai pencegahan stunting dan menyiarkannya secara nasional

melalui stasiun televisi nasional, YouTube, dan Instagram. Jenis media penyiaran ini dikategorikan ke dalam saluran...

- A. Komunikasi intrapersonal
  - B. Komunikasi interpersonal klinis
  - C. Komunikasi massa dan media digital
  - D. Advokasi organisasi
  - E. Konseling kelompok tertutup
10. Berdasarkan pembagian tingkat tujuan komunikasi kesehatan, fungsi komunikasi yang berfokus untuk memberikan pengaruh agar masyarakat bersedia mengubah pola hidup mereka yang tidak sehat secara sukarela adalah fungsi...
- A. Informatif
  - B. Persuasif
  - C. Edukatif
  - D. Koersif
  - E. Relasional

---

## **BAB 5**

---

# **MEDIA DAN METODE PENDIDIKAN KESEHATAN**

---

### **A. Pendahuluan**

Pendidikan kesehatan berperan penting dalam mencegah penyakit, mendorong perilaku sehat, dan meningkatkan kualitas hidup, terutama bila intervensi disesuaikan dengan kebutuhan local. Bukti empiris dari konteks Indonesia menunjukkan bahwa intervensi edukasi yang dirancang dengan pendekatan partisipatif dan berbasis kebutuhan mampu meningkatkan pengetahuan dan praktik kesehatan pada kelompok sasaran (Saptawulan dkk, 2025). Selain itu, perkembangan digital memperluas saluran komunikasi termasuk media sosial dan aplikasi pesan yang dapat memperbesar jangkauan intervensi edukasi. Kajian nasional melaporkan efektivitas penggunaan konten visual interaktif dan kolaborasi lokal dalam beberapa konteks (Wenas dkk, 2025).

Efektivitas pendidikan kesehatan tidak semata bergantung pada konten pesan, tetapi sangat dipengaruhi oleh pemilihan media dan metode yang sesuai karakteristik audiens, konteks budaya, dan kapasitas sumber daya.

Proses perencanaan yang mencakup analisis kebutuhan, segmentasi audiens, uji coba materi, dan evaluasi direkomendasikan untuk memastikan pesan dapat dipahami, diterima, dan diadopsi secara berkelanjutan (Saptawulan et al, 2025).

1. Tujuan Pembelajaran  
Mahasiswa mampu memahami Media dan Metode Pendidikan Kesehatan.
2. Capaian Pembelajaran  
Setelah membaca topik ini mahasiswa mampu :
  - a. Menjelaskan konsep dasar dan peran media serta metode pendidikan dalam promosi kesehatan.
  - b. Menguraikan kelebihan dan kekurangan dari berbagai jenis media pendidikan kesehatan.
  - c. Mendemonstrasikan penggunaan metode pendidikan kesehatan dalam skenario nyata atau simulasi.
  - d. Menghasilkan produk media edukasi kesehatan yang inovatif dan sesuai dengan target audiens.

## **B. Konsep dasar**

Pemilihan media pendidikan kesehatan (cetak, audio, audio-visual, digital/sosial media) yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan, harus mempertimbangkan jangkauan, aksesibilitas, literasi target, dan karakteristik pesan agar meningkatkan pemahaman dan keterlibatan. (Pandhika, 2023)

Metode pendidikan kesehatan (ceramah, diskusi, demonstrasi, *peer education*, konseling, kampanye digital) yang mengatur cara penyampaian pesan dan fasilitasi perubahan perilaku, kombinasi metode tatap muka dan digital sering direkomendasikan untuk menjangkau

khalayak luas sekaligus mempertahankan interaksi personal. (Maulidina, 2023)

Beberapa penelitian lokal menunjukkan bahwa kombinasi media cetak (leaflet) dan audio-visual (video) efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien terhadap intervensi kesehatan tertentu. Surastiningsih & Putri (2024) melaporkan peningkatan signifikan pada skor pengetahuan dan sikap pasien mengenai pencegahan jatuh setelah intervensi edukasi menggunakan leaflet dan video di ruang rawat inap, menunjukkan bahwa penggunaan media ganda dapat memperkuat pemahaman dan motivasi tindakan preventif pada populasi rumah sakit.

### **C. Klasifikasi Media Kesehatan**

Media pendidikan kesehatan dikelompokkan menurut bentuk penyampaian dan karakteristik responden. Setiap jenis media memiliki fungsi, kelebihan, dan keterbatasan yang berbeda, yang berpengaruh pada efektivitas komunikasi kesehatan. Pemilihan media harus mempertimbangkan usia, akses teknologi, tujuan pesan, konteks layanan, dan SDM. Berikut ini beberapa contoh media yang dapat di pertimbangkan dan digunakan sebagai analisa awal untuk membuat media pemdidikan kesehatan.

#### **1. Media Cetak**

Menurut (Hasibuan et al., 2023). Media ini terdiri dari leaflet, brosur, poster, modul, buku saku, dll. Media cetak berfungsi sebagai sarana komunikasi kesehatan yang

menyampaikan informasi ringkas, langkah praktis, dan pesan pengingat yang dapat disebarluaskan atau dipajang di tempat-tempat strategis (puskesmas, posyandu, sekolah) sehingga mudah dijangkau oleh masyarakat.

Kelemahan utama media cetak meliputi ketergantungan pada tingkat literasi audiens, risiko materi menjadi usang, dan keterbatasan interaktivitas, sehingga untuk pengajaran keterampilan praktis sering diperlukan pendampingan masyarakat.

## 2. Media audio

Media ini terdiri dari podcast, audiobook, rekaman pembelajaran, dan audio guide telah memperoleh perhatian besar sebagai media pembelajaran dan komunikasi selama lima tahun terakhir.

Keunggulan media ini yaitu Fleksibilitas dan aksesibilitas, dimana memungkinkan pembelajaran mobile dan asinkron sehingga cocok untuk audiens yang sibuk atau berada di lokasi terdesentralisasi. Hal ini dilaporkan berkontribusi pada jangkauan edukasi pasien dan pembelajaran profesional yang lebih luas. (O'Connor, et al. 2025)

Keterbatasan: Media audio minim unsur visual sehingga kurang cocok untuk menyampaikan instruksi teknis atau demonstrasi prosedur; efektivitas perilaku juga bergantung pada keterlibatan pendengar dan pengulangan pesan. Selain itu, perubahan preferensi audiens bergeser ke platform digital,

menuntut integrasi radio dengan kanal online. (Astuti dkk, 2024)

Implikasi praktis: Gunakan radio/podcast untuk pesan singkat, pengulangan, dan penguatan; kombinasikan dengan materi cetak atau audio-visual untuk menjelaskan detail teknis; desain program harus mencakup evaluasi jangkauan dan frekuensi siaran. (Putri dkk, 2023)

### 3. Media Audio Visual

Fungsi dan keunggulan: Media audio-visual menyajikan kombinasi gambar dan suara yang mempermudah pemahaman konsep, proses, dan keterampilan praktis. Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan peningkatan signifikan pada pengetahuan dan sikap setelah intervensi video edukasi dibanding metode non-audiovisual. Media video juga dapat diputar di pertemuan kelompok, ruang tunggu, maupun diunggah ke platform digital untuk jangkauan yang lebih luas.

Penelitian yang dihasilkan oleh Susindra,dkk (2024) menjelaskan bahwa Media audiovisual seperti video edukasi yang dimasukkan ke dalam *e-advertorial*, berperan penting sebagai sarana promosi dan edukasi kesehatan karena mampu menggabungkan visual dan narasi sehingga menarik perhatian, mempermudah pemahaman, dan menimbulkan daya ingat yang lebih kuat. Penerapan model ADDIE dalam pengembangan media memastikan konten relevan dan teruji,

sementara uji validitas dan kelayakan pada studi ini menunjukkan bahwa *e-advertorial* berbasis video efektif, informatif, dan mudah diakses untuk meningkatkan *awareness* serta kunjungan layanan kesehatan bila dilengkapi elemen visual, suara, dan penyajian narasi yang jelas.

Keterbatasan: Produksi yang berkualitas memerlukan biaya, keterampilan teknis, dan fasilitas pemutaran, akses ke perangkat dan listrik menjadi hambatan terutama di wilayah terpencil.

Implikasi praktis: Memprioritaskan media video visual untuk mengajar keterampilan, melakukan pra-uji kelayakan (bahasa, durasi, relevansi budaya) dan menyiapkan versi dengan ukuran file kecil agar dapat menjangkau wilayah dengan keterbatasan bandwidth. (Yulianti dkk, 2023)

#### 4. Media Digital/online

Fungsi dan keunggulan: *Platform* digital memungkinkan penyajian konten interaktif (kuis, video pendek, *chatbot*, *e-magazine*, dll), pembaruannya cepat, segmentasi audiens lebih beragam, dan dapat diukur untuk menilai capaian dan keterlibatan.

Salah satu media yang menarik dari media digital/online adalah *elektronik magazine* (*e-magazine*). Satya dkk, (2025) menjelaskan Media *e-magazine* adalah bentuk media digital yang menyajikan informasi secara interaktif dan multimedia—menggabungkan teks, gambar, audio, dan video—serta dapat diakses kapan

saja melalui perangkat digital seperti ponsel atau laptop. Sebagai salah satu bentuk media *online* yang fleksibel dan mudah diperbarui, *e-magazine* efektif untuk edukasi dan promosi karena menarik perhatian pembaca, memungkinkan interaksi, serta dapat disesuaikan dengan kebutuhan audiens. Salah satu contoh yang direkomendasikan adalah Hema-Magz, sebuah e-magazine bertema kesehatan kampus yang menyajikan konten PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) secara komunikatif dan interaktif; evaluasi menunjukkan bahwa penggunaan Hema-Magz mampu meningkatkan pengetahuan pembaca, sehingga layak dijadikan pilihan media online dalam program promosi kesehatan dan pendidikan.

Keterbatasan: media online ini memberikan dampak ketergantungan pada infrastruktur (internet, *smartphone*, literasi digital, dll) risiko disinformasi dan komentar negatif menuntut moderasi konten, pengukuran dampak perilaku masih menantang meski metrik keterlibatan tersedia.

Implikasi praktis: Gunakan media digital untuk jangkauan cepat dan interaksi, kombinasikan analytics dengan survei outcome untuk mengukur perubahan perilaku. Sediakan alternatif offline bagi audiens atau sasaran komunikasi yang tidak memiliki jaringan internet atau audiens yang tidak dapat

mengakses media digital/online tersebut. (Pandhika dkk, 2023)

5. Media interaktif dan alat peraga (model anatomi, papan permainan edukatif, simulasi) Fungsi dan keunggulan: Alat peraga dan media interaktif menyediakan pengalaman langsung (*hands-on*) yang mempercepat pembelajaran psikomotor dan meningkatkan retensi; efektif untuk pelatihan keterampilan klinis, pendidikan anak, dan program komunitas yang menekankan praktik.

Keterbatasan: Memerlukan fasilitas, pemeliharaan, dan instruktur terlatih; tidak mudah didistribusikan massal tanpa investasi.

Implikasi praktis: Gunakan alat peraga untuk pelatihan keterampilan; integrasikan dengan modul pembelajaran dan evaluasi kompetensi; rencanakan pemeliharaan dan rotasi pemakaian pada skala layanan primer. (Astuti.,dkk, 2023)

6. Media interpersonal

Media komunikasi yang terdiri dari tatap muka, konseling, *home visit*

Fungsi dan keunggulan: Interaksi langsung memungkinkan personalisasi pesan, penanganan hambatan psikososial, dan pembentukan kepercayaan krusial untuk intervensi yang sensitif atau yang memerlukan tindakan lanjutan misalnya manajemen penyakit kronis, konseling keluarga. *Scoping review* tentang *home visit* menegaskan peran kunjungan rumah untuk meningkatkan akses layanan primer dan mendukung kelompok rentan.

Keterbatasan: Sumber daya intensif yaitu waktu, dan tenaga terlatih, sehingga kurang efisien untuk cakupan populasi besar tanpa dukungan ,

memerlukan mekanisme supervisi dan kualitas layanan.

Implikasi praktis: Terapkan interpersonal untuk kasus prioritas, tindak lanjut, dan kelompok berisiko, gunakan kombinasi misalnya *home visit*, materi cetak/digital untuk efisiensi dan dokumentasi. (Putri.,dkk, 2023)

#### **D. Metode Pendidikan Kesehatan**

Program pendidikan kesehatan yang efektif dimulai dengan identifikasi kebutuhan lokal melalui metode kualitatif dan kuantitatif (survei, wawancara, FGD), sehingga intervensi dapat disesuaikan secara budaya dan operasional yang mendorong relevansi dan keberlanjutan. (Anggreiny.,dkk, 2025).

Prinsip desain program meliputi: (1) berbasis bukti pilihan metode dan pesan didukung data lokal atau bukti ilmiah; (2) kontekstual materi disesuaikan bahasa, budaya, dan akses teknologi audiens; (3) partisipatif komunitas dilibatkan dalam perancangan dan evaluasi; dan (4) berorientasi hasil setiap aktivitas dihubungkan dengan indikator keluaran (pengetahuan, sikap), indikator hasil (perilaku), dan bila memungkinkan indikator outcome kesehatan (Wijayanto et al., 2023)

##### **1. Metode Partisipatif**

Metode partisipatif menempatkan komunitas sebagai mitra aktif dalam seluruh siklus program pendidikan kesehatan mulai dari *assessment* kebutuhan, perumusan tujuan, desain materi, hingga evaluasi dengan tujuan meningkatkan kepemilikan lokal, relevansi budaya, dan keberlanjutan intervensi. Teknik utama yang perlu dikenalkan kepada pembaca meliputi: *focus group discussion* (FGD)

untuk menggali persepsi dan hambatan, *peer-education* untuk transfer pengetahuan antar anggota komunitas, pelatihan kader lokal untuk membangun kapasitas berkelanjutan, serta pendekatan partisipatif lain seperti *photovoice* atau *participatory action research* untuk memfasilitasi refleksi kolektif dan tindakan.

Dalam praktik operasional perlu dijelaskan langkah langkah identifikasi pemangku kepentingan, penentuan sampel kunci, fasilitasi pertemuan inklusif, dokumentasi temuan dalam matriks rekomendasi, dan mekanisme tindak lanjut. Indikator keberhasilan yang disarankan antara lain tingkat partisipasi, adopsi praktik rekomendasi, dan bukti perubahan perilaku. Risiko seperti representasi yang timpang atau resistensi lokal harus diantisipasi dengan strategi inklusi dan umpan balik berulang (Christanti et al., 2023; Nisa et al., 2024).

## 2. Metode Informatif

Metode informatif yaitu *Information, Education, Communication* (IEC) berfokus pada penyampaian pesan kesehatan yang jelas, singkat, dan dapat ditindaklanjuti untuk meningkatkan pengetahuan serta memicu niat tindakan. Pembaca perlu menerima penjelasan tentang elemen inti pesan, pilihan media berdasarkan tujuan dan jangkauan (leaflet untuk rujukan pribadi, poster untuk pengulangan visual, ceramah singkat untuk interaksi Tanya jawab, spot radio untuk menjangkau area dengan akses internet terbatas), serta prinsip desain materi (uji coba pra publikasi dengan audiens sasaran, penggunaan bahasa lokal, dan aspek aksesibilitas. (Kemenkes RI, 2023)

### 3. Metode digital & blended

Metode digital mencakup intervensi pembelajaran sepenuhnya daring (*modul e-learning*, video singkat, kuis interaktif), sedangkan pendekatan blended mengombinasikan elemen daring dengan tatap muka untuk memaksimalkan jangkauan sekaligus mempertahankan aspek praktik langsung. Untuk pembaca jelaskan keuntungan dan persyaratan: keuntungan akses materi terstruktur, kemudahan dokumentasi, fleksibilitas waktu, akses perangkat/kuota, kapasitas fasilitator untuk moderasi, format efektif (*microlearning*/video demo singkat, grup WhatsApp sebagai platform tindak lanjut, kuis dan prepost test daring), serta strategi retensi pembelajaran seperti spaced learning dan pengulangan terprogram. (Herlambang et al., 2025).

### E. Latihan Soal

1. Dalam pemilihan media pendidikan kesehatan, menurut Pandhika (2023), kombinasi faktor berikut yang paling tepat untuk dipertimbangkan adalah...
  - A. Biaya produksi dan selera pembuat materi
  - B. Jangkauan, aksesibilitas, literasi target, dan karakteristik pesan
  - C. Hanya jenis fasilitas kesehatan dan jam layanan
  - D. Warna dan desain tanpa melihat audiens
  - E. Kebiasaan tenaga kesehatan menggunakan PowerPoint
2. Berdasarkan uraian, kelemahan utama media cetak seperti leaflet dan brosur adalah...

- A. Tidak dapat diperbanyak dalam jumlah besar
  - B. Selalu membutuhkan listrik dan koneksi internet
  - C. Efektivitas sangat bergantung pada tingkat literasi dan minat baca audiens
  - D. Tidak bisa digunakan di fasilitas kesehatan
  - E. Tidak dapat menampilkan pesan singkat
3. Menurut O'Connor et pernyataan yang paling tepat tentang media audio seperti podcast dalam pendidikan kesehatan adalah...
- A. Selalu cocok untuk menyampaikan instruksi teknis tanpa bantuan media lain
  - B. Hanya bisa digunakan di rumah sakit besar
  - C. Tidak dapat menjangkau audiens di daerah terpencil
  - D. Tidak membutuhkan perencanaan evaluasi program
  - E. Fleksibel dan mendukung pembelajaran mobile dan asinkron, namun minim unsur visual
4. Karakteristik penting media audiovisual (misalnya video edukasi dalam e-advertorial) adalah...
- A. Hanya mengandalkan teks panjang tanpa narasi
  - B. Tidak dapat diuji kelayakannya
  - C. Tidak dapat diakses melalui platform digital
  - D. Menggabungkan visual dan narasi sehingga meningkatkan perhatian, pemahaman, dan daya ingat

- E. Tidak relevan untuk promosi layanan kesehatan
- 5. Salah satu implikasi praktis yang disarankan Pandhika dalam penggunaan media digital/online adalah...
  - A. Menggabungkan analytics dengan survei outcome untuk mengukur perubahan perilaku, serta menyediakan alternatif offline bagi audiens yang tidak punya akses internet
  - B. Mengabaikan metrik keterlibatan karena tidak penting
  - C. Hanya mengandalkan jumlah like dan komentar tanpa menilai perubahan perilaku
  - D. Menggunakan media online tanpa moderasi konten
  - E. Menyasar hanya audiens dengan literasi digital tinggi
- 6. Menurut Anggreiny langkah awal penting dalam merancang program pendidikan kesehatan yang efektif adalah...
  - A. Identifikasi kebutuhan lokal melalui metode kualitatif dan kuantitatif seperti survei, wawancara, dan FGD
  - B. Menentukan media promosi terlebih dahulu
  - C. Menyusun jadwal kegiatan tanpa melihat kebutuhan lokal
  - D. Menyalin program dari negara lain tanpa adaptasi
  - E. Menentukan indikator outcome di akhir program saja

7. Salah satu ciri utama metode partisipatif dalam pendidikan kesehatan adalah...
  - A. Komunitas hanya menjadi penerima informasi
  - B. Semua keputusan diambil oleh pakar tanpa konsultasi local
  - C. Tidak memerlukan indikator keberhasilan
  - D. Hanya fokus pada penyampaian ceramah satu arah
  - E. Komunitas dilibatkan sebagai mitra aktif dari tahap assessment kebutuhan hingga evaluasi program
8. Dalam metode partisipatif, indikator keberhasilan yang dianjurkan menurut antara lain...
  - A. Banyaknya banner yang dicetak
  - B. Jumlah dana yang terserap
  - C. Tingkat partisipasi, adopsi praktik rekomendasi, dan bukti perubahan perilaku
  - D. Banyaknya media sosial yang digunakan
  - E. Lama waktu pelatihan berlangsung
9. Metode informatif/IEC (Information, Education, Communication) berfokus pada...
  - A. Penelitian laboratorium untuk menemukan obat baru
  - B. Penyampaian pesan kesehatan yang jelas, singkat, dan actionable untuk meningkatkan pengetahuan dan memicu niat tindakan
  - C. Hanya mengumpulkan data tanpa memberi edukasi
  - D. Diskusi kelompok tanpa materi tertulis
  - E. Promosi komersial tanpa muatan kesehatan

10. Dalam metode digital & blended, salah satu keuntungan utama penggunaan e-learning, video singkat, dan kuis interaktif menurut Herlambang adalah...
- A. Menghilangkan kebutuhan dokumentasi program
  - B. Memaksa peserta belajar di waktu yang sama
  - C. Tidak memerlukan fasilitator sama sekali
  - D. Memberikan akses materi terstruktur, fleksibilitas waktu belajar, dan kemudahan dokumentasi
  - E. Selalu lebih murah daripada metode tatap muka

---

## **BAB 6**

---

# **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM KESEHATAN**

---

### **A. Pendahuluan**

1. Konsep Dasar Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan merupakan pendekatan strategis yang menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam pembangunan kesehatan, bukan sekadar sebagai penerima manfaat dari pelayanan kesehatan formal. Konsep ini berkembang dari kesadaran bahwa derajat kesehatan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh intervensi klinis, tetapi juga oleh kemampuan individu dan komunitas dalam memahami, mengendalikan, serta memengaruhi berbagai determinan kesehatan yang meliputi faktor sosial, ekonomi, budaya, lingkungan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Dalam perspektif ini, masyarakat dipandang memiliki pengetahuan lokal, pengalaman hidup, jejaring sosial, dan potensi kolektif yang dapat menjadi modal penting dalam menciptakan perubahan kesehatan yang berkelanjutan. Oleh karena itu, pemberdayaan tidak hanya berorientasi pada peningkatan pengetahuan kesehatan, tetapi juga pada pembangunan kapasitas, penguatan *agency*, dan *redistribusi* peran masyarakat

dalam sistem kesehatan (Duea et al., 2022; Strack et al., 2022).

Secara konseptual, pemberdayaan masyarakat merupakan proses transformasi sosial sekaligus outcome yang ditandai dengan meningkatnya kapasitas masyarakat untuk bertindak secara mandiri maupun kolektif dalam meningkatkan kesehatannya. Sebagai proses, pemberdayaan melibatkan tahapan peningkatan kesadaran kritis, penguatan keterampilan, peningkatan efikasi diri, pengembangan kepemimpinan lokal, dan keterlibatan aktif dalam pengambilan keputusan kesehatan. Sebagai outcome, pemberdayaan tercermin dalam meningkatnya kontrol masyarakat terhadap determinan kesehatan, penguatan modal sosial, perubahan perilaku kesehatan yang lebih baik, serta kemampuan komunitas dalam memobilisasi sumber daya lokal untuk mempertahankan perubahan kesehatan secara berkelanjutan (Gourlay et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023). Dengan demikian, pemberdayaan tidak dapat dipahami sebagai intervensi sesaat, melainkan sebagai proses jangka panjang yang membangun kapasitas sosial komunitas.

Secara filosofis, pemberdayaan masyarakat berakar pada prinsip keadilan sosial, otonomi, partisipasi, dan penghormatan terhadap hak masyarakat untuk menentukan masa depan kesehatannya sendiri. Pendekatan

ini menolak paradigma paternalistik yang menempatkan tenaga kesehatan sebagai satu-satunya pihak yang menentukan kebutuhan masyarakat. Sebaliknya, pemberdayaan menekankan hubungan kemitraan antara masyarakat dan sistem kesehatan, di mana masyarakat diposisikan sebagai mitra aktif yang memiliki legitimasi untuk terlibat dalam identifikasi masalah, penetapan prioritas, perencanaan intervensi, hingga evaluasi program kesehatan. Dalam konteks ini, pemberdayaan juga berkaitan dengan redistribusi kekuasaan agar masyarakat memiliki ruang yang lebih besar dalam memengaruhi keputusan yang berdampak pada kesehatannya (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024). Oleh karena itu, pemberdayaan merupakan pendekatan etis sekaligus strategis dalam pembangunan kesehatan.

Prinsip utama pemberdayaan masyarakat meliputi *enabling*, *empowering*, dan *protecting*. *Enabling* berarti menciptakan lingkungan yang mendukung agar masyarakat memiliki akses terhadap informasi, sumber daya, keterampilan, dan kesempatan untuk berkembang. *Empowering* berarti memperkuat kapasitas, efikasi diri, dan kemampuan masyarakat untuk mengambil keputusan serta bertindak secara mandiri dalam menyelesaikan masalah kesehatan. *Protecting* menekankan perlindungan terhadap kelompok rentan agar memperoleh akses yang setara, adil, dan aman

dalam proses pembangunan kesehatan (Duea et al., 2022; Salami et al., 2025; Tucker et al., 2024). Prinsip-prinsip ini memastikan bahwa pemberdayaan tidak hanya meningkatkan kapasitas individu, tetapi juga menciptakan sistem kesehatan yang lebih inklusif dan berkeadilan.

Dalam praktik kesehatan masyarakat, pemberdayaan memiliki keterkaitan dengan konsep partisipasi masyarakat, *community engagement*, mobilisasi sosial, dan *community-based participatory research*, tetapi memiliki cakupan yang lebih *transformatif*. Partisipasi masyarakat menekankan keterlibatan dalam kegiatan, *community engagement* menekankan hubungan antara komunitas dan institusi, sedangkan mobilisasi sosial berfokus pada penggerakan tindakan kolektif. Pemberdayaan melampaui konsep-konsep tersebut karena secara khusus menekankan peningkatan kapasitas, agency, kontrol terhadap determinan kesehatan, dan perubahan relasi kekuasaan antara masyarakat dan sistem kesehatan (Duea et al., 2022; Kogen, 2022; Xiong et al., 2024). Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat merupakan pendekatan komprehensif yang tidak hanya bertujuan meningkatkan keterlibatan masyarakat, tetapi membangun komunitas yang mandiri, tangguh, dan mampu menjadi penggerak utama perubahan kesehatan yang berkelanjutan.

## 2. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari Bab 6 Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan, mahasiswa mampu:

- a. Memahami konsep dasar pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan.
- b. Menjelaskan filosofi, tujuan, dan prinsip pemberdayaan masyarakat.
- c. Menganalisis teori dan model pemberdayaan masyarakat dalam konteks kesehatan.
- d. Memahami strategi promosi kesehatan berbasis komunitas (*community-based health promotion*).
- e. Menganalisis pendekatan *bottom-up* dan *top-down* dalam pemberdayaan masyarakat.
- f. Menjelaskan peran advokasi, kemitraan, dan pengorganisasian masyarakat dalam pembangunan kesehatan.
- g. Menguraikan tahapan implementasi pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan.
- h. Menjelaskan bentuk implementasi pemberdayaan masyarakat pada berbagai program kesehatan di Indonesia.
- i. Menganalisis peran *stakeholder* dalam keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
- j. Memahami perkembangan tren global dan nasional terkait pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan.

- k. Mengidentifikasi tantangan dan peluang pemberdayaan masyarakat di era pelayanan kesehatan modern.
  - l. Mengaplikasikan konsep pemberdayaan masyarakat dalam perencanaan program kesehatan berbasis komunitas.
3. Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Menguraikan konsep dasar pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan, termasuk definisi, filosofi, tujuan, prinsip, dan strategi pemberdayaan masyarakat.
- b. Menjelaskan perbedaan pemberdayaan masyarakat dengan konsep terkait seperti partisipasi masyarakat, mobilisasi sosial, *community engagement*, dan *community-based participatory research*.
- c. Menganalisis strategi pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan melalui pendekatan *community-based health promotion*, pendekatan *bottom-up* dan *top-down*, serta peran advokasi, kemitraan, dan pengorganisasian masyarakat.
- d. Menjelaskan teori dan model pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan, termasuk Ottawa Charter, *Community Organization Model*, *Social Cognitive Theory*, *self-efficacy*, *capacity building*, dan *Asset-Based Community Development*.

- e. Menguraikan tahapan implementasi pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan, mulai dari identifikasi masalah kesehatan komunitas, analisis kebutuhan masyarakat, pemetaan potensi dan sumber daya lokal, perencanaan partisipatif, pelaksanaan program berbasis komunitas, hingga monitoring dan evaluasi.
- f. Menjelaskan berbagai bentuk implementasi pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan, seperti Posyandu, Desa Siaga, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), program kesehatan ibu dan anak, pencegahan stunting, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, serta kesehatan lingkungan berbasis masyarakat.
- g. Menganalisis peran berbagai stakeholder dalam pemberdayaan masyarakat, termasuk tenaga kesehatan, kader kesehatan, keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama, pemerintah daerah, serta kolaborasi lintas sektor.
- h. Mengidentifikasi perkembangan tren global pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan, termasuk pergeseran paradigma menuju *promotif-preventif*, *community engagement* dalam *Universal Health Coverage* (UHC), penguatan *health literacy*, *digital community engagement*, serta pemberdayaan masyarakat dalam kesiapsiagaan bencana dan pandemi.

- i. Menjelaskan perkembangan program pemberdayaan masyarakat di Indonesia, termasuk transformasi Posyandu, partisipasi masyarakat dalam program kesehatan, desa/kelurahan siaga aktif, peran kader kesehatan, percepatan penurunan stunting, dan kebijakan Kementerian Kesehatan terkait pemberdayaan masyarakat.
- j. Menganalisis tantangan dan arah masa depan pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan, termasuk kesenjangan partisipasi antarwilayah, rendahnya literasi kesehatan, ketergantungan pada tenaga kesehatan, hambatan sosial budaya, pemanfaatan teknologi digital, dan integrasi pemberdayaan masyarakat dengan pelayanan kesehatan primer.
- k. Mengaplikasikan prinsip pemberdayaan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan pengembangan program kesehatan berbasis komunitas secara profesional dan berkelanjutan.

## **B. Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan**

1. Konsep dasar pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan
  - a. Definisi dan Filosofi Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan
    - 1) Definisi Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan merupakan pendekatan yang menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam pembangunan kesehatan, bukan sekadar penerima pasif layanan kesehatan. Konsep ini berpijak pada pemahaman bahwa kesehatan tidak hanya ditentukan oleh pelayanan medis formal, tetapi juga oleh kemampuan masyarakat untuk mengenali masalah kesehatan, memahami determinan yang memengaruhinya, memobilisasi sumber daya yang tersedia, serta berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berdampak pada kesehatan mereka. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat bukan sekadar strategi pelibatan komunitas, tetapi suatu proses yang memungkinkan masyarakat memperoleh kontrol yang lebih besar terhadap faktor-faktor yang menentukan kesehatan individu maupun komunitas (Duesa et al., 2022; Strack et al., 2022).

Secara konseptual, pemberdayaan menandai perubahan paradigma dari pendekatan kesehatan yang bersifat paternalistik menuju pendekatan partisipatif dan kolaboratif. Pada model konvensional, masyarakat sering diposisikan sebagai objek intervensi

yang menerima arahan dari tenaga kesehatan atau institusi formal. Sebaliknya, dalam pendekatan pemberdayaan, masyarakat dipandang sebagai aktor yang memiliki pengetahuan lokal, pengalaman hidup, jaringan sosial, dan kapasitas kolektif yang dapat menjadi kekuatan dalam menciptakan perubahan kesehatan. Perspektif ini menegaskan bahwa solusi kesehatan yang efektif tidak selalu harus berasal dari pihak eksternal, tetapi dapat dikembangkan dari komunitas itu sendiri melalui proses partisipatif yang memperkuat kemampuan masyarakat untuk bertindak secara mandiri (Duesa et al., 2022).

Definisi pemberdayaan masyarakat juga menekankan pentingnya kontrol terhadap determinan kesehatan. Determinan kesehatan mencakup faktor biologis, perilaku, sosial, ekonomi, budaya, lingkungan, akses layanan kesehatan, hingga kebijakan publik yang memengaruhi kualitas hidup masyarakat. Dalam konteks ini, pemberdayaan berarti meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memahami dan memengaruhi faktor-faktor tersebut, baik melalui perubahan perilaku, tindakan kolektif, maupun partisipasi dalam pengambilan

keputusan kesehatan. Oleh karena itu, pemberdayaan tidak hanya berorientasi pada peningkatan pengetahuan individu, tetapi juga pada penguatan kapasitas sosial komunitas untuk mengubah kondisi yang memengaruhi kesehatan mereka (Duesa et al., 2022; Strack et al., 2022).

Aspek penting lainnya adalah kemampuan masyarakat dalam memobilisasi sumber daya. Pemberdayaan mengakui bahwa setiap komunitas memiliki aset internal seperti pengetahuan lokal, tokoh masyarakat, jejaring sosial, solidaritas komunitas, serta fasilitas lokal yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kesehatan. Pendekatan ini menekankan bahwa pembangunan kesehatan yang berkelanjutan tidak seharusnya bergantung sepenuhnya pada bantuan eksternal, melainkan bertumpu pada penguatan kapasitas masyarakat untuk mengidentifikasi, mengorganisasi, dan memanfaatkan sumber daya yang mereka miliki. Kemampuan ini menjadi indikator penting dari masyarakat yang berdaya karena menunjukkan adanya kemandirian dalam menghadapi tantangan kesehatan (Duesa et al., 2022). Selain itu, pemberdayaan masyarakat ditandai oleh partisipasi yang bermakna

dalam pengambilan keputusan. Partisipasi dalam konteks ini bukan sekadar keterlibatan simbolik atau kehadiran dalam kegiatan kesehatan, tetapi keterlibatan aktif dalam identifikasi masalah, penetapan prioritas, perencanaan program, implementasi intervensi, hingga evaluasi hasil. Partisipasi yang bermakna menunjukkan adanya redistribusi kekuasaan, di mana masyarakat memiliki pengaruh nyata terhadap keputusan yang memengaruhi kesehatan mereka. Dengan demikian, pemberdayaan bukan sekadar upaya meningkatkan keterlibatan masyarakat, tetapi proses transformasional yang memperkuat kapasitas, kontrol, dan posisi masyarakat sebagai pemilik perubahan dalam pembangunan kesehatan (Duesa et al., 2022; Strack et al., 2022).

2) Pemberdayaan sebagai Proses dan *Outcome Multidimensional*

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan merupakan konsep yang harus dipahami sebagai proses transformasi sosial sekaligus outcome multidimensional, bukan sekadar hasil akhir dari suatu program kesehatan. Sebagai proses, pemberdayaan menggambarkan perjalanan bertahap di mana individu dan komunitas

meningkatkan kemampuan untuk memahami kondisi kesehatan mereka, mengembangkan kesadaran kritis, memperkuat kapasitas pengambilan keputusan, serta memperoleh kontrol yang lebih besar terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan. Sebagai outcome, pemberdayaan tercermin dalam meningkatnya kapasitas masyarakat, agency, efikasi diri, modal sosial, perubahan perilaku kesehatan, akses terhadap layanan, dan kemampuan komunitas dalam memengaruhi kebijakan maupun lingkungan yang berdampak pada kesehatan (Gourlay et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023) Dengan demikian, pemberdayaan tidak dapat direduksi hanya sebagai peningkatan partisipasi masyarakat, tetapi harus dipahami sebagai perubahan struktural dan sosial yang memperkuat posisi masyarakat dalam sistem kesehatan.

Sebagai proses, pemberdayaan berlangsung melalui keterlibatan aktif masyarakat dalam mengenali masalah kesehatan, memahami penyebabnya, serta berpartisipasi dalam merancang dan melaksanakan solusi yang sesuai dengan konteks lokal. Proses ini tidak hanya memberikan informasi kepada

masyarakat, tetapi membangun pembelajaran sosial yang mendorong munculnya kesadaran, refleksi kritis, dan kemampuan bertindak secara kolektif. Dalam proses tersebut, terjadi perubahan relasi kekuasaan antara masyarakat dan sistem kesehatan, di mana masyarakat yang sebelumnya pasif mulai memperoleh ruang untuk menyuarakan kebutuhan, memengaruhi keputusan, dan mengambil peran yang lebih besar dalam pembangunan kesehatan. Literatur menekankan bahwa pemberdayaan sebagai proses berkaitan erat dengan partisipasi bermakna, penguatan kepercayaan sosial, pembangunan hubungan kolaboratif, dan peningkatan legitimasi masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan (Gourlay et al., 2024; Röger-Offergeld et al., 2023). Karena itu, pemberdayaan merupakan proses jangka panjang yang memerlukan waktu, pengalaman, dukungan lingkungan, dan keterlibatan berkelanjutan.

Sebagai outcome, salah satu hasil utama pemberdayaan adalah peningkatan kapasitas (*capacity building*), yaitu berkembangnya kemampuan masyarakat dalam memahami informasi kesehatan,

mengidentifikasi masalah, mengorganisasi sumber daya, serta mengambil tindakan yang tepat untuk meningkatkan kesehatan. Kapasitas ini tidak hanya mencakup aspek pengetahuan, tetapi juga keterampilan sosial, kemampuan organisasi, kepemimpinan, dan kapasitas kolektif komunitas dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Pemberdayaan yang efektif menghasilkan masyarakat yang tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan, tetapi juga memiliki kemampuan nyata untuk melakukannya secara mandiri. Literatur menunjukkan bahwa komunitas dengan kapasitas yang lebih kuat cenderung lebih mampu mempertahankan program kesehatan, beradaptasi terhadap tantangan baru, dan memobilisasi sumber daya lokal secara berkelanjutan (Nagorcka-Smith et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023).

Dimensi penting lainnya adalah *agency*, yaitu kemampuan individu atau komunitas untuk bertindak secara sadar, membuat pilihan, dan memengaruhi kondisi yang menentukan kesehatan mereka. *Agency* merupakan inti pemberdayaan karena tanpa kemampuan bertindak, peningkatan pengetahuan tidak akan menghasilkan

perubahan yang bermakna. Dalam konteks kesehatan, *agency* terlihat ketika masyarakat mampu menyampaikan aspirasi, menentukan prioritas kesehatan, memilih tindakan yang sesuai, serta berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Sejalan dengan itu, pemberdayaan juga meningkatkan *self-efficacy* atau efikasi diri, yaitu keyakinan individu maupun komunitas terhadap kemampuan mereka untuk mencapai perubahan kesehatan yang diinginkan. Ketika masyarakat terlibat langsung dalam proses pemecahan masalah, mereka membangun kepercayaan diri, rasa kompeten, dan keyakinan kolektif bahwa perubahan dapat dicapai melalui tindakan bersama (Gourlay et al., 2024; Röger-Offergeld et al., 2023). Kedua dimensi ini menjadi fondasi psikososial yang sangat penting dalam perubahan perilaku kesehatan.

Selain perubahan individu, pemberdayaan juga menghasilkan penguatan *social capital* atau modal sosial. Modal sosial mencakup hubungan sosial, rasa percaya, solidaritas, kerja sama, dan jejaring komunitas yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam konteks kesehatan masyarakat, modal

sosial menjadi aset penting karena banyak perubahan kesehatan membutuhkan tindakan kolektif, dukungan sosial, dan koordinasi antaranggota komunitas. Proses pemberdayaan yang partisipatif memperkuat hubungan sosial karena masyarakat belajar berdialog, membangun kepercayaan, dan bekerja bersama dalam menghadapi masalah kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa komunitas dengan modal sosial yang kuat lebih mampu mempertahankan intervensi kesehatan, memperjuangkan kebutuhan komunitas, serta membangun kemitraan dengan sistem kesehatan maupun pihak eksternal (Nagorcka-Smith et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023).

Sebagai outcome, pemberdayaan juga berkaitan dengan perubahan perilaku kesehatan dan peningkatan akses layanan. Ketika masyarakat memiliki kapasitas, agency, efikasi diri, dan modal sosial yang kuat, mereka cenderung lebih mampu mengadopsi perilaku promotif dan preventif secara konsisten, seperti meningkatkan praktik hidup sehat, memanfaatkan layanan kesehatan, serta berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan komunitas. Perubahan ini tidak terjadi karena

instruksi eksternal semata, tetapi sebagai hasil dari meningkatnya kontrol masyarakat terhadap keputusan kesehatan mereka. Literatur menunjukkan bahwa intervensi berbasis pemberdayaan berkontribusi pada peningkatan perilaku kesehatan dan penggunaan layanan, terutama ketika masyarakat dilibatkan secara aktif dalam seluruh proses perubahan (Gourlay et al., 2024; Röger-Offergeld et al., 2023).

Secara multidimensional, pemberdayaan terjadi pada beberapa level sekaligus. Pada tingkat individu, pemberdayaan tampak dalam peningkatan pengetahuan, efikasi diri, dan kemampuan mengambil keputusan kesehatan. Pada tingkat organisasi, pemberdayaan terlihat dalam kemampuan kelompok atau institusi komunitas dalam mengelola program, membangun kepemimpinan, dan memobilisasi sumber daya. Pada tingkat komunitas, pemberdayaan tercermin dalam kapasitas kolektif untuk memengaruhi kebijakan, mengorganisasi tindakan sosial, dan mengendalikan determinan kesehatan yang lebih luas. Literatur menegaskan bahwa *empowerment* merupakan konstruk multilevel yang tidak dapat dinilai hanya dari perubahan perilaku

individu, melainkan harus dilihat dari perubahan kapasitas sosial, struktural, dan komunitas secara keseluruhan (Gourlay et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023). Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan merupakan proses transformasional yang menghasilkan perubahan komprehensif dan berkelanjutan pada berbagai dimensi kehidupan masyarakat.

### 3) Filosofi Dasar Pemberdayaan Masyarakat

Filosofi dasar pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan berangkat dari pandangan bahwa kesehatan bukan semata-mata hasil intervensi medis, tetapi merupakan fenomena sosial yang dipengaruhi oleh distribusi kekuasaan, akses terhadap sumber daya, kondisi lingkungan, serta kemampuan masyarakat dalam menentukan keputusan yang memengaruhi kehidupan mereka. Perspektif ini menempatkan kesehatan sebagai hak sosial yang harus diperjuangkan secara kolektif, bukan sekadar layanan yang diberikan oleh institusi kesehatan. Karena itu, pemberdayaan masyarakat tidak hanya dipahami sebagai strategi teknis dalam promosi kesehatan, tetapi sebagai paradigma pembangunan

kesehatan yang menempatkan masyarakat sebagai subjek aktif, pemilik hak, dan mitra sejajar dalam proses perubahan Kesehatan (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024).

Landasan filosofis utama pemberdayaan adalah keadilan sosial (*social justice*), yaitu keyakinan bahwa setiap individu dan kelompok masyarakat berhak memperoleh kesempatan yang setara untuk hidup sehat, mengakses pelayanan kesehatan, dan terlibat dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi kesehatannya. Ketimpangan kesehatan sering kali muncul bukan semata karena faktor biologis, tetapi akibat distribusi sumber daya yang tidak merata, hambatan struktural, dan marginalisasi kelompok tertentu. Oleh karena itu, pemberdayaan tidak hanya bertujuan meningkatkan status kesehatan, tetapi juga mengurangi ketidakadilan sosial yang menjadi akar masalah kesehatan masyarakat. Dalam konteks ini, pemberdayaan menjadi instrumen untuk memperkuat posisi kelompok rentan agar memiliki akses, suara, dan pengaruh yang lebih besar dalam sistem Kesehatan (Herath et al., 2024). Prinsip berikutnya adalah otonomi dan self-determination, yaitu pengakuan

terhadap hak masyarakat untuk menentukan pilihan, prioritas, dan arah pembangunan kesehatan mereka sendiri. Filosofi ini menolak pendekatan paternalistik yang menganggap tenaga kesehatan atau institusi formal sebagai satu-satunya pihak yang mengetahui kebutuhan masyarakat. Sebaliknya, masyarakat dipandang memiliki kapasitas untuk memahami konteks hidup mereka, mengenali masalah kesehatan, dan menentukan solusi yang sesuai dengan nilai budaya serta kebutuhan lokal. Ketika masyarakat diberi ruang untuk menentukan masa depannya sendiri, proses pembangunan kesehatan menjadi lebih demokratis, relevan, dan berkelanjutan karena perubahan lahir dari aspirasi komunitas, bukan sekadar agenda eksternal (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024).

Filosofi pemberdayaan juga sangat terkait dengan redistribusi kekuasaan. Dalam sistem kesehatan konvensional, kekuasaan sering terpusat pada institusi, tenaga profesional, atau pembuat kebijakan, sementara masyarakat hanya berperan sebagai penerima layanan. Pemberdayaan bertujuan mengubah relasi yang hierarkis tersebut menjadi hubungan yang lebih setara melalui peningkatan kontrol, pengaruh, dan

kapasitas masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Redistribusi kekuasaan bukan berarti menghilangkan peran tenaga kesehatan, tetapi mengubah posisi mereka dari pengendali utama menjadi fasilitator, pendamping, dan mitra kolaboratif. Dengan demikian, pemberdayaan tidak hanya berbicara tentang partisipasi, tetapi juga transformasi relasi kekuasaan agar masyarakat memiliki legitimasi yang lebih besar dalam menentukan kebijakan dan tindakan yang memengaruhi kesehatan mereka (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024). Prinsip penting lainnya adalah penghargaan terhadap pengetahuan lokal. Filosofi pemberdayaan mengakui bahwa masyarakat memiliki pengetahuan kontekstual yang berasal dari pengalaman hidup, budaya, interaksi sosial, dan pemahaman terhadap kondisi lokal. Pengetahuan ini merupakan aset penting dalam memahami masalah kesehatan, hambatan perilaku, dan strategi intervensi yang sesuai dengan realitas komunitas. Pendekatan yang hanya mengandalkan perspektif profesional tanpa menghargai pengalaman masyarakat cenderung menghasilkan program yang kurang relevan atau sulit

diterima. Sebaliknya, pendekatan kolaboratif yang menghargai pengetahuan lokal terbukti lebih efektif dalam membangun intervensi yang kontekstual, diterima komunitas, dan berkelanjutan (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024). Oleh karena itu, masyarakat harus dipandang bukan hanya sebagai penerima informasi, tetapi sebagai produsen pengetahuan yang sah dalam pembangunan kesehatan.

Pada akhirnya, filosofi pemberdayaan masyarakat menuntut perubahan relasi antara masyarakat dan sistem kesehatan. Jika model konvensional bersifat satu arah sistem kesehatan memberi layanan, masyarakat menerima maka pemberdayaan menekankan hubungan berbasis kemitraan, dialog, saling percaya, dan *co-creation*. Dalam paradigma ini, keberhasilan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kualitas intervensi teknis, tetapi juga oleh kualitas hubungan sosial, legitimasi masyarakat, dan kapasitas komunitas untuk bertindak secara kolektif. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat merupakan paradigma pembangunan kesehatan yang berorientasi pada keadilan, demokrasi, partisipasi, dan keberlanjutan, di mana masyarakat tidak

hanya menjadi sasaran program, tetapi benar-benar menjadi pemilik perubahan kesehatan di komunitasnya (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024).

#### 4) Prinsip Utama Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan dibangun atas prinsip-prinsip fundamental yang menjadi landasan dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi kesehatan berbasis komunitas. Prinsip-prinsip ini memastikan bahwa pemberdayaan tidak berhenti pada pelibatan formal masyarakat, tetapi benar-benar menghasilkan peningkatan kapasitas, kontrol, dan kemampuan masyarakat dalam mengelola kesehatannya sendiri. Dalam konteks kesehatan, prinsip utama pemberdayaan meliputi kemandirian (self-reliance), partisipasi aktif, kesetaraan (equity), dan keberlanjutan (sustainability). Keempat prinsip ini saling berkaitan dan membentuk kerangka transformasional yang memungkinkan masyarakat beralih dari posisi penerima manfaat pasif menjadi pelaku utama perubahan kesehatan (Salami et al., 2025; Tucker et al., 2024). Prinsip pertama adalah kemandirian, yaitu kemampuan masyarakat untuk mengenali kebutuhan kesehatannya,

mengambil keputusan yang relevan, serta mengelola sumber daya yang tersedia secara mandiri. Kemandirian dalam pemberdayaan tidak berarti masyarakat harus sepenuhnya tanpa dukungan eksternal, tetapi menunjukkan adanya kapasitas internal untuk bertindak tanpa ketergantungan pasif pada pihak luar. Prinsip ini menekankan pentingnya penguatan pengetahuan, keterampilan, efikasi diri, kepemimpinan lokal, dan kemampuan memobilisasi sumber daya komunitas. Literatur menunjukkan bahwa pemberdayaan yang efektif berkaitan erat dengan peningkatan agency, yaitu kemampuan masyarakat untuk bertindak secara sadar dan memengaruhi perubahan yang berkaitan dengan kehidupan mereka (Le, 2025; Tucker et al., 2024). Dengan demikian, kemandirian merupakan indikator bahwa masyarakat telah memiliki kontrol yang lebih besar terhadap proses pembangunan kesehatan.

Prinsip kedua adalah partisipasi aktif, yang merupakan inti operasional pemberdayaan masyarakat. Partisipasi aktif berarti masyarakat terlibat secara bermakna dalam seluruh tahapan proses kesehatan, mulai dari identifikasi

masalah, penetapan prioritas, perencanaan program, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi hasil. Dalam konteks pemberdayaan, partisipasi tidak sekadar kehadiran fisik atau keterlibatan simbolik, tetapi keterlibatan substantif yang memungkinkan masyarakat memengaruhi keputusan yang berdampak pada kesehatan mereka. Melalui partisipasi aktif, masyarakat memperoleh pengalaman langsung dalam pengambilan keputusan, pengorganisasian sosial, dan pemecahan masalah, yang pada akhirnya meningkatkan kapasitas individu maupun kolektif. Literatur menunjukkan bahwa partisipasi aktif menjadi mekanisme utama dalam penguatan kapasitas, pembangunan kepercayaan sosial, dan pembentukan rasa memiliki terhadap program kesehatan (Salami et al., 2025; Tucker et al., 2024). Oleh karena itu, partisipasi aktif bukan hanya alat implementasi program, tetapi inti dari proses pemberdayaan itu sendiri.

Prinsip ketiga adalah kesetaraan, yaitu pengakuan bahwa seluruh kelompok masyarakat memiliki hak yang sama untuk terlibat, didengar, dan memperoleh manfaat dari pembangunan kesehatan. Prinsip ini

penting karena ketimpangan sosial sering menyebabkan kelompok tertentu—seperti perempuan, migran, masyarakat miskin, remaja, atau komunitas marginal—mengalami hambatan dalam mengakses layanan kesehatan maupun berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Pemberdayaan yang sejati harus menciptakan ruang yang inklusif dan adil, sehingga kelompok rentan tidak semakin terpinggirkan. Kesetaraan juga berarti menghargai keragaman konteks budaya, pengalaman hidup, dan kebutuhan spesifik setiap komunitas, sehingga intervensi kesehatan tidak bersifat seragam atau eksklusif. Literatur menunjukkan bahwa pendekatan empowerment yang berfokus pada kelompok marginal dapat meningkatkan keterhubungan sosial, akses layanan, serta kapasitas masyarakat untuk memperjuangkan hak kesehatannya (Salami et al., 2025; Tucker et al., 2024). Dengan demikian, kesetaraan menjadikan pemberdayaan sebagai instrumen keadilan sosial dalam kesehatan.

Prinsip keempat adalah keberlanjutan, yaitu kemampuan proses pemberdayaan untuk menghasilkan perubahan kesehatan yang tetap

bertahan dalam jangka panjang, bahkan setelah dukungan eksternal berakhir. Banyak program kesehatan berhasil dalam jangka pendek tetapi gagal mempertahankan dampaknya karena tidak membangun kapasitas internal komunitas. Oleh karena itu, pemberdayaan yang berkelanjutan harus memperkuat kepemimpinan lokal, membangun jejaring sosial, mentransfer keterampilan, serta menumbuhkan rasa memiliki terhadap program kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa pemberdayaan yang efektif menghasilkan komunitas yang mampu melanjutkan perubahan secara mandiri, beradaptasi terhadap tantangan baru, dan mempertahankan tindakan kolektif tanpa ketergantungan berlebihan pada pihak luar (Le, 2025; Tucker et al., 2024). Dengan demikian, keberlanjutan menjadi indikator bahwa pemberdayaan telah menghasilkan perubahan sistemik, bukan sekadar aktivitas sesaat. Secara keseluruhan, prinsip kemandirian, partisipasi aktif, kesetaraan, dan keberlanjutan merupakan fondasi utama dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Kemandirian membangun kapasitas internal komunitas, partisipasi aktif memastikan keterlibatan bermakna,

kesetaraan menjamin keadilan sosial dan inklusivitas, sedangkan keberlanjutan memastikan perubahan tetap berlangsung dalam jangka panjang. Penerapan keempat prinsip ini secara terpadu sangat penting agar pemberdayaan benar-benar menjadi proses transformasional yang memperkuat kemampuan masyarakat dalam mengendalikan kesehatannya sendiri (Le, 2025; Salami et al., 2025; Tucker et al., 2024).

5) Perbedaan Pemberdayaan dengan Konsep Terkait

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan sering digunakan bersama dengan istilah seperti partisipasi masyarakat, mobilisasi sosial, *community engagement*, dan *community-based participatory research* (CBPR) karena semuanya melibatkan komunitas dalam upaya kesehatan. Namun, meskipun saling berkaitan, konsep-konsep tersebut memiliki fokus, tujuan, dan kedalaman perubahan yang berbeda. Perbedaan ini penting dipahami agar program kesehatan tidak keliru menganggap keterlibatan masyarakat semata sebagai bentuk pemberdayaan. Literatur menegaskan bahwa pemberdayaan memiliki karakteristik khas berupa

peningkatan kapasitas, penguatan agency, peningkatan kontrol terhadap determinan kesehatan, serta transformasi relasi kekuasaan antara masyarakat dan sistem kesehatan (Duea et al., 2022; Kogen, 2022; Xiong et al., 2024).

Partisipasi masyarakat merupakan keterlibatan masyarakat dalam kegiatan atau proses pembangunan kesehatan, seperti menghadiri pertemuan, memberikan masukan, atau terlibat dalam pelaksanaan program. Partisipasi penting karena dapat meningkatkan relevansi program, memperkuat penerimaan masyarakat, dan mendukung implementasi intervensi kesehatan. Namun, partisipasi tidak selalu identik dengan pemberdayaan. Keterlibatan masyarakat dapat bersifat simbolik atau administratif tanpa memberikan pengaruh nyata terhadap keputusan strategis maupun peningkatan kapasitas masyarakat. Dalam pemberdayaan, partisipasi harus bersifat bermakna, yaitu memungkinkan masyarakat memperoleh kontrol, pengalaman pengambilan keputusan, dan kemampuan memengaruhi perubahan kesehatan. Dengan demikian, partisipasi merupakan komponen penting pemberdayaan, tetapi tidak

semua partisipasi dapat disebut sebagai *empowerment* (Duea et al., 2022; Xiong et al., 2024).

Mobilisasi sosial (*social mobilization*) berfokus pada penggerakan masyarakat untuk melakukan tindakan kolektif guna mencapai tujuan kesehatan tertentu, seperti kampanye imunisasi, promosi sanitasi, atau pengendalian penyakit. Pendekatan ini efektif dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam waktu singkat karena menekankan komunikasi, pengorganisasian, dan aksi bersama. Namun, mobilisasi sosial umumnya berorientasi pada pencapaian target program tertentu, bukan pada pembangunan kapasitas jangka panjang atau perubahan relasi kekuasaan. Dalam banyak kasus, masyarakat dimobilisasi untuk mendukung agenda yang telah ditetapkan oleh institusi eksternal. Sebaliknya, pemberdayaan menekankan kemampuan masyarakat untuk menentukan prioritas, mengendalikan perubahan, dan mempertahankan hasil kesehatan secara mandiri. Oleh karena itu, mobilisasi sosial dapat menjadi strategi dalam pemberdayaan, tetapi bukan pemberdayaan itu sendiri (Duea et al., 2022; Kogen, 2022).

*Community engagement* merupakan konsep yang menekankan keterlibatan komunitas dalam pengembangan program, kebijakan, atau layanan kesehatan. Bentuknya dapat bervariasi, mulai dari komunikasi satu arah, konsultasi, hingga kolaborasi aktif. Pendekatan ini penting untuk membangun kepercayaan masyarakat, meningkatkan legitimasi program, dan memastikan intervensi sesuai dengan kebutuhan lokal. Namun, *community engagement* tidak selalu berarti masyarakat memperoleh kontrol atau kekuasaan dalam pengambilan keputusan. Dalam beberapa kasus, masyarakat hanya dilibatkan untuk memberikan masukan tanpa memiliki pengaruh substantif terhadap hasil akhir. Literatur menegaskan bahwa *community engagement* dapat menjadi langkah menuju pemberdayaan, tetapi belum tentu menghasilkan empowerment jika tidak disertai peningkatan kapasitas, redistribusi kontrol, dan perubahan relasi kekuasaan (Duesa et al., 2022; Xiong et al., 2024).

*Community-Based Participatory Research* (CBPR) adalah pendekatan penelitian yang menekankan kolaborasi setara antara peneliti dan komunitas dalam seluruh tahapan penelitian, mulai

dari identifikasi masalah hingga diseminasi hasil. CBPR sejalan dengan prinsip pemberdayaan karena menghargai pengetahuan lokal, mendorong partisipasi aktif, dan memperkuat kapasitas komunitas dalam proses penelitian. Namun, CBPR pada dasarnya merupakan pendekatan metodologis dalam penelitian, sedangkan pemberdayaan merupakan konsep yang lebih luas yang mencakup transformasi sosial, peningkatan kontrol masyarakat, dan perubahan hubungan kekuasaan di luar konteks penelitian. Dengan kata lain, CBPR dapat menjadi sarana untuk mencapai pemberdayaan, tetapi tidak seluruh proses pemberdayaan harus melalui pendekatan penelitian partisipatif (Duesa et al., 2022; Xiong et al., 2024).

Perbedaan mendasar antara konsep-konsep tersebut terletak pada tujuan transformasional pemberdayaan. Partisipasi menekankan keterlibatan, mobilisasi sosial berorientasi pada aksi kolektif, *community engagement* menitikberatkan hubungan antara komunitas dan institusi, sedangkan CBPR berfokus pada kolaborasi penelitian. Sebaliknya, pemberdayaan berorientasi pada peningkatan kapasitas, penguatan agency, peningkatan kontrol

terhadap determinan kesehatan, serta redistribusi kekuasaan yang memungkinkan masyarakat menjadi pengambil keputusan yang sah dalam kesehatan mereka. Oleh karena itu, pemberdayaan merupakan konsep yang lebih komprehensif, mendalam, dan transformatif dibandingkan konsep-konsep terkait lainnya (Duesa et al., 2022; Kogen, 2022; Xiong et al., 2024).

- b. Tujuan, Prinsip, dan Strategi Pemberdayaan
  - 1) Tujuan Pemberdayaan dalam Peningkatan Derajat Kesehatan  
Tujuan utama pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengendalikan determinan kesehatan yang memengaruhi kehidupan mereka, baik pada tingkat individu, keluarga, maupun komunitas. Determinan tersebut mencakup faktor sosial, ekonomi, budaya, lingkungan, perilaku, hingga akses terhadap pelayanan kesehatan. Dalam perspektif pemberdayaan, masyarakat tidak diposisikan sebagai penerima pasif layanan kesehatan, tetapi sebagai aktor utama yang mampu mengenali masalah, menetapkan prioritas, serta mengambil keputusan yang relevan dengan kebutuhan lokal. Oleh karena itu, pemberdayaan bertujuan menciptakan

distribusi kontrol yang lebih seimbang antara masyarakat dan sistem kesehatan sehingga komunitas memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap kondisi yang menentukan kesehatannya (Duea et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023; Tucker et al., 2024).

Tujuan berikutnya adalah meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam seluruh proses pembangunan kesehatan. Pemberdayaan mendorong masyarakat untuk terlibat secara bermakna dalam identifikasi masalah, perencanaan program, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi hasil. Keterlibatan ini penting karena program kesehatan yang dikembangkan melalui pendekatan partisipatif cenderung lebih sesuai dengan kebutuhan masyarakat, lebih diterima secara sosial budaya, dan lebih berkelanjutan. Literatur menunjukkan bahwa partisipasi aktif juga memperkuat hubungan antara masyarakat dan sistem kesehatan, meningkatkan rasa memiliki terhadap program, serta membangun kepercayaan sosial yang mendukung keberhasilan intervensi kesehatan (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024; Salami et al., 2025).

Pemberdayaan juga bertujuan membangun kemandirian dan kapasitas

komunitas dalam menyelesaikan masalah kesehatan secara berkelanjutan. Hal ini mencakup kemampuan masyarakat dalam mengenali potensi lokal, memobilisasi sumber daya, membangun kepemimpinan komunitas, dan mengorganisasi tindakan kolektif untuk meningkatkan kesehatan. Pendekatan ini penting karena program yang bergantung sepenuhnya pada dukungan eksternal cenderung sulit bertahan dalam jangka panjang. Sebaliknya, komunitas yang memiliki kapasitas internal yang kuat akan lebih mampu mempertahankan perubahan kesehatan, beradaptasi terhadap tantangan baru, dan melanjutkan program secara mandiri. Literatur menegaskan bahwa penguatan kapasitas dan efikasi kolektif merupakan outcome penting dari proses pemberdayaan masyarakat (Duela et al., 2022; Nagorcka-Smith et al., 2022; Xiong et al., 2024).

Tujuan lain yang sangat penting adalah meningkatkan literasi kesehatan masyarakat. Literasi kesehatan mencakup kemampuan untuk memperoleh, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan dalam pengambilan keputusan yang tepat. Dalam pendekatan

pemberdayaan, peningkatan literasi tidak dilakukan secara satu arah melalui penyuluhan pasif, tetapi melalui proses partisipatif yang mendorong pembelajaran kritis, dialog, dan refleksi bersama. Masyarakat dengan literasi kesehatan yang baik cenderung lebih mampu menerapkan perilaku promotif dan preventif, memanfaatkan layanan kesehatan secara tepat, serta mengambil keputusan kesehatan yang lebih mandiri. Literatur menunjukkan bahwa peningkatan literasi kesehatan melalui pendekatan partisipatif berkontribusi terhadap perbaikan perilaku kesehatan dan penggunaan layanan kesehatan yang lebih optimal (Conlin et al., 2023; Gourlay et al., 2024; Tucker et al., 2024).

Selain itu, pemberdayaan bertujuan mengurangi kesenjangan kesehatan dan memperkuat keadilan sosial (health equity). Banyak kelompok masyarakat, terutama kelompok marginal, menghadapi hambatan dalam mengakses informasi, pelayanan kesehatan, maupun peluang untuk terlibat dalam pengambilan keputusan. Pemberdayaan berupaya memperkuat posisi kelompok rentan agar memiliki akses yang lebih setara terhadap sumber daya kesehatan dan

kemampuan untuk menyuarakan kebutuhan mereka. Dengan demikian, pemberdayaan tidak hanya menargetkan perubahan perilaku individu, tetapi juga perubahan pada struktur sosial yang menyebabkan ketidakadilan kesehatan (Herath et al., 2024; Okpalauwaekwe et al., 2022; Salami et al., 2025).

Pada akhirnya, pemberdayaan masyarakat bertujuan membentuk perilaku kesehatan yang berkelanjutan melalui peningkatan kesadaran kritis, motivasi internal, dan tindakan kolektif masyarakat. Perubahan perilaku yang lahir dari proses pemberdayaan cenderung lebih bertahan lama dibandingkan intervensi yang bersifat instruktif, karena masyarakat memahami alasan perubahan tersebut dan merasa menjadi bagian dari prosesnya. Berbagai studi menunjukkan bahwa pendekatan berbasis pemberdayaan efektif dalam meningkatkan perilaku promotif dan preventif pada berbagai isu kesehatan masyarakat. Dengan demikian, tujuan pemberdayaan bukan hanya meningkatkan status kesehatan sesaat, tetapi membangun masyarakat yang sehat, mandiri, adil, dan mampu mempertahankan perubahan kesehatan secara berkelanjutan (Chinapaw et al.,

2024; Duea et al., 2022; Indravudh et al., 2025).

2) Prinsip Pemberdayaan: Enabling, Empowering, Protecting

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan didasarkan pada tiga prinsip utama, yaitu *enabling*, *empowering*, dan *protecting*, yang menjadi fondasi dalam menciptakan proses perubahan kesehatan yang partisipatif, adil, dan berkelanjutan. Ketiga prinsip ini menegaskan bahwa pemberdayaan bukan sekadar memberikan pelayanan atau informasi kesehatan, tetapi menciptakan kondisi yang memungkinkan masyarakat berkembang, memperkuat kapasitas mereka untuk bertindak, serta memastikan kelompok rentan memperoleh perlindungan dan akses yang setara dalam sistem Kesehatan (Duea et al., 2022; Herath et al., 2024).

Prinsip pertama, *enabling*, berarti menciptakan lingkungan yang memungkinkan masyarakat mengembangkan potensi dan kapasitasnya dalam mengelola kesehatan. Banyak masyarakat menghadapi hambatan seperti keterbatasan informasi, rendahnya literasi kesehatan, hambatan geografis, norma sosial, atau kurangnya akses

terhadap sumber daya kesehatan. Oleh karena itu, pemberdayaan harus diawali dengan penyediaan kondisi yang mendukung, seperti akses terhadap informasi kesehatan, pendidikan, pelatihan keterampilan, dukungan sosial, dan ruang partisipasi yang terbuka. Dalam pendekatan ini, tenaga kesehatan berperan sebagai fasilitator yang membantu masyarakat memperoleh sumber daya yang dibutuhkan untuk berkembang. Literatur menunjukkan bahwa akses terhadap informasi dan lingkungan yang mendukung berkaitan erat dengan peningkatan health literacy, partisipasi aktif, dan penggunaan layanan kesehatan yang lebih efektif (Gourlay et al., 2024; Le, 2025; Tucker et al., 2024). Dengan demikian, enabling merupakan tahap awal yang membuka peluang bagi tumbuhnya kemandirian masyarakat.

Prinsip kedua, *empowering*, berfokus pada penguatan daya, kapasitas, dan kemampuan masyarakat agar mampu mengambil keputusan serta mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mereka. Jika enabling menciptakan kesempatan, maka empowering memastikan masyarakat mampu memanfaatkan

kesempatan tersebut secara aktif. Prinsip ini menekankan peningkatan agency, efikasi diri, kepemimpinan lokal, serta keterlibatan bermakna dalam pengambilan keputusan kesehatan. Masyarakat tidak hanya diberi pengetahuan, tetapi juga dilibatkan dalam identifikasi masalah, perencanaan program, implementasi intervensi, dan evaluasi hasil. Literatur menunjukkan bahwa pendekatan partisipatif seperti *community-based participatory research, co-design, photovoice, dan community mobilization* dapat meningkatkan rasa percaya diri, kepemimpinan komunitas, serta kapasitas kolektif untuk menciptakan perubahan kesehatan (Mosnier et al., 2023; Röger-Offergeld et al., 2023; Salami et al., 2025). Dengan demikian, *empowering* merupakan inti pemberdayaan karena menyangkut redistribusi kekuasaan dari sistem kesehatan kepada masyarakat. Prinsip ketiga, *protecting*, berarti melindungi kelompok rentan agar memperoleh akses yang adil, aman, dan setara dalam proses pembangunan kesehatan. Tidak semua kelompok masyarakat memiliki kapasitas, sumber daya, atau posisi sosial yang sama untuk berpartisipasi dalam sistem kesehatan.

Kelompok seperti masyarakat miskin, perempuan, migran, remaja, dan komunitas marginal sering menghadapi hambatan struktural berupa diskriminasi, keterbatasan akses, dan ketidakadilan kebijakan. Oleh karena itu, pemberdayaan harus dirancang dengan perspektif equity, sehingga tidak hanya menguntungkan kelompok yang sudah kuat, tetapi juga memperkuat kelompok yang paling rentan. Protecting mencakup perlindungan hak kesehatan, penghapusan hambatan struktural, peningkatan akses terhadap layanan, serta advokasi kebijakan yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat marginal (Okpalauwaekwe et al., 2022; Salami et al., 2025). Prinsip ini memastikan bahwa pemberdayaan berlangsung secara inklusif dan tidak memperlebar kesenjangan kesehatan yang sudah ada.

Secara keseluruhan, *enabling* menciptakan kesempatan, *empowering* membangun kapasitas untuk bertindak, dan *protecting* menjamin keadilan serta perlindungan bagi seluruh kelompok masyarakat. Ketiga prinsip ini harus diterapkan secara terpadu agar pemberdayaan benar-benar menghasilkan transformasi sosial yang berkelanjutan. Tanpa enabling,

masyarakat tidak memiliki ruang untuk berkembang; tanpa empowering, masyarakat tetap pasif; dan tanpa protecting, pemberdayaan berisiko memperkuat ketimpangan yang sudah ada. Oleh karena itu, integrasi ketiga prinsip ini menjadi kunci keberhasilan promosi kesehatan berbasis pemberdayaan masyarakat (Duesa et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023).

3) Strategi Pendekatan *Community-Based Health Promotion*

*Community-based health promotion* merupakan strategi promosi kesehatan yang menempatkan masyarakat sebagai pusat dalam seluruh proses intervensi kesehatan. Pendekatan ini didasarkan pada pemahaman bahwa masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan secara efektif hanya melalui pelayanan formal atau intervensi dari institusi kesehatan, tetapi memerlukan keterlibatan aktif masyarakat sebagai pihak yang paling memahami kondisi, kebutuhan, dan konteks kehidupan mereka. Dalam pendekatan ini, masyarakat dipandang sebagai mitra aktif yang memiliki pengetahuan lokal, pengalaman hidup, sumber daya sosial, dan kapasitas kolektif untuk menciptakan perubahan kesehatan

yang relevan dan berkelanjutan (Duea et al., 2022; Herath et al., 2024).

Karakter utama strategi ini adalah partisipasi aktif masyarakat dalam seluruh tahapan promosi kesehatan, mulai dari identifikasi masalah, penentuan prioritas, perencanaan program, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi hasil. Partisipasi yang bermakna membuat intervensi kesehatan lebih sesuai dengan kebutuhan lokal, lebih mudah diterima, dan memiliki tingkat keberlanjutan yang lebih tinggi. Literatur menunjukkan bahwa pendekatan partisipatif juga meningkatkan rasa memiliki terhadap program, memperkuat hubungan antara komunitas dan sistem kesehatan, serta membangun kepercayaan sosial yang penting bagi keberhasilan intervensi (Conlin et al., 2023; Herath et al., 2024; Röger-Offergeld et al., 2023).

Strategi ini juga menekankan pemanfaatan sumber daya lokal (community assets) sebagai kekuatan utama dalam pembangunan kesehatan. Sumber daya tersebut mencakup pengetahuan masyarakat, tokoh lokal, kader kesehatan, jejaring sosial, organisasi komunitas, serta potensi sosial dan budaya yang tersedia di lingkungan masyarakat. Pendekatan ini

tidak berfokus pada kekurangan komunitas, tetapi pada potensi yang dapat dimobilisasi untuk mendukung perubahan kesehatan. Pemanfaatan aset lokal membuat intervensi lebih kontekstual, meningkatkan rasa percaya diri masyarakat, dan memperkuat kemandirian komunitas dalam mempertahankan program kesehatan jangka panjang (Dua et al., 2022; Gourlay et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022).

Dalam implementasinya, community-based health promotion menggunakan metode partisipatif seperti community-based participatory research (CBPR), participatory action research, co-design, community mobilization, photovoice, dan youth participatory action research. Metode ini memungkinkan masyarakat terlibat secara setara dalam mengidentifikasi masalah, merancang solusi, dan mengevaluasi program kesehatan. Selain meningkatkan efektivitas intervensi, pendekatan partisipatif juga memperkuat efikasi diri, solidaritas sosial, kapasitas kolektif, dan rasa kepemilikan terhadap perubahan kesehatan yang terjadi (Conlin et al., 2023).

Aspek penting lainnya adalah pengembangan solusi kesehatan yang

sesuai dengan konteks sosial budaya masyarakat. Intervensi kesehatan yang tidak mempertimbangkan norma sosial, kepercayaan lokal, bahasa, dan kondisi ekonomi masyarakat sering kali kurang efektif. Pendekatan berbasis komunitas memungkinkan masyarakat memastikan bahwa strategi yang dikembangkan relevan dengan kehidupan mereka. Literatur menunjukkan bahwa intervensi yang sensitif terhadap konteks lokal lebih mudah diterima, meningkatkan partisipasi, dan menghasilkan perubahan perilaku yang lebih berkelanjutan (Dua et al., 2022; Gourlay et al., 2024; Röger-Offergeld et al., 2023).

Secara keseluruhan, community-based health promotion merupakan strategi promosi kesehatan yang tidak hanya bertujuan mengubah perilaku individu, tetapi juga memperkuat kapasitas komunitas, membangun modal sosial, meningkatkan kepercayaan terhadap sistem kesehatan, dan menciptakan perubahan sosial yang berkelanjutan. Keberhasilan strategi ini sangat bergantung pada kualitas partisipasi masyarakat, kekuatan kemitraan dengan sistem kesehatan, dan kesesuaian intervensi dengan konteks lokal, sehingga menjadikannya pendekatan

yang sangat relevan dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan (Conlin et al., 2023)

4) Pendekatan *Bottom-Up vs Top-Down*

Dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, terdapat dua pendekatan utama, yaitu bottom-up dan top-down, yang membedakan cara program kesehatan dirancang, diimplementasikan, dan dikelola. Pendekatan bottom-up berangkat dari kebutuhan, pengalaman, dan aspirasi masyarakat, sedangkan pendekatan top-down berasal dari kebijakan, arahan institusi, atau keputusan otoritas kesehatan. Perbedaan utama keduanya terletak pada sumber pengambilan keputusan, tingkat partisipasi masyarakat, dan distribusi kekuasaan dalam proses pembangunan kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa kedua pendekatan memiliki kelebihan dan keterbatasan, sehingga efektivitas program kesehatan sangat bergantung pada kemampuan mengintegrasikan keduanya secara tepat sesuai konteks (Dua et al., 2022; Herath et al., 2024).

Pendekatan bottom-up menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam pembangunan kesehatan. Dalam model ini, masyarakat dilibatkan secara aktif dalam mengidentifikasi masalah,

menetapkan prioritas, merancang solusi, melaksanakan program, hingga mengevaluasi hasil intervensi. Pendekatan ini berpijak pada asumsi bahwa masyarakat adalah pihak yang paling memahami kondisi, kebutuhan, dan hambatan kesehatan di lingkungannya sendiri. Karena itu, solusi yang dihasilkan cenderung lebih relevan, sesuai konteks sosial budaya, dan lebih mudah diterima oleh komunitas. Literatur menunjukkan bahwa pendekatan partisipatif seperti ini memperkuat rasa memiliki terhadap program, meningkatkan kepercayaan terhadap sistem kesehatan, serta mendorong keberlanjutan perubahan perilaku Kesehatan (Conlin et al., 2023; Röger-Offergeld et al., 2023; Tucker et al., 2024). Dengan demikian, *bottom-up* merupakan pendekatan yang paling selaras dengan prinsip pemberdayaan masyarakat.

Namun, pendekatan *bottom-up* juga memiliki keterbatasan. Proses partisipatif memerlukan waktu lebih panjang karena membutuhkan dialog, pembangunan kepercayaan, dan fasilitasi yang intensif. Tidak semua komunitas memiliki kapasitas organisasi, kepemimpinan lokal, atau pengalaman dalam pengambilan keputusan

kesehatan, sehingga proses pemberdayaan memerlukan pendampingan yang konsisten. Selain itu, terdapat risiko dominasi kelompok tertentu dalam komunitas yang dapat mengurangi inklusivitas partisipasi. Oleh karena itu, keberhasilan pendekatan bottom-up sangat bergantung pada kualitas fasilitasi, kesiapan masyarakat, dan dukungan sistem yang memadai (Herath et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022).

Sebaliknya, pendekatan top-down merupakan model yang dirancang dan dikendalikan oleh institusi kesehatan, pemerintah, atau tenaga profesional, kemudian diterapkan kepada masyarakat. Dalam pendekatan ini, prioritas kesehatan, desain program, dan mekanisme implementasi umumnya ditentukan berdasarkan kebijakan, standar nasional, atau kebutuhan sistem kesehatan. Model ini sering digunakan pada program yang memerlukan koordinasi luas, standarisasi, atau respons cepat, seperti imunisasi nasional, pengendalian wabah, atau intervensi kesehatan skala besar. Keunggulan pendekatan top-down terletak pada efisiensi, kecepatan pengambilan keputusan, konsistensi implementasi, serta kemampuan

menyediakan dukungan regulasi, pendanaan, dan sumber daya secara sistematis (Herath et al., 2024; Lladó & Úcar, 2022; Nagorcka-Smith et al., 2022). Meskipun demikian, pendekatan top-down memiliki kelemahan dalam konteks pemberdayaan masyarakat. Program yang dirancang tanpa keterlibatan komunitas berisiko kurang sesuai dengan kebutuhan lokal, kurang diterima secara sosial budaya, dan menimbulkan resistensi masyarakat. Selain itu, rendahnya keterlibatan masyarakat dapat mengurangi rasa memiliki terhadap program, sehingga keberlanjutan intervensi setelah dukungan eksternal berakhir menjadi lemah. Pendekatan ini juga cenderung mempertahankan relasi kekuasaan yang hierarkis antara sistem kesehatan dan masyarakat, yang bertentangan dengan prinsip empowerment yang menekankan peningkatan kapasitas dan kontrol masyarakat terhadap kesehatannya sendiri (Lladó & Úcar, 2022; Nagorcka-Smith et al., 2022). Dalam praktik kesehatan masyarakat modern, kedua pendekatan tidak seharusnya dipertentangkan, melainkan diintegrasikan secara komplementer. Pendekatan bottom-up unggul dalam membangun partisipasi, relevansi lokal,

dan keberlanjutan komunitas, sementara top-down kuat dalam aspek regulasi, koordinasi sistem, pendanaan, dan dukungan kebijakan. Integrasi keduanya memungkinkan program kesehatan dirancang dengan dukungan sistem kesehatan yang kuat, tetapi tetap responsif terhadap kebutuhan dan aspirasi masyarakat. Model ini dianggap paling realistis dan efektif karena mampu menyeimbangkan efisiensi kebijakan dengan prinsip pemberdayaan masyarakat. Oleh karena itu, strategi terbaik dalam pembangunan kesehatan adalah pendekatan integratif yang menggabungkan kekuatan bottom-up dan top-down secara proporsional sesuai konteks program dan komunitas (Conlin et al., 2023; Duea et al., 2022; Herath et al., 2024).

- 5) Peran Advokasi, Kemitraan, dan Pengorganisasian Masyarakat  
Dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, advokasi, kemitraan, dan pengorganisasian masyarakat merupakan strategi utama yang memperkuat kapasitas komunitas untuk menciptakan perubahan kesehatan yang berkelanjutan. Pemberdayaan tidak hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan atau perubahan perilaku

individu, tetapi juga pada penguatan posisi masyarakat dalam memengaruhi kebijakan, membangun kolaborasi sosial, dan menciptakan kekuatan kolektif untuk mengatasi masalah kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa keberhasilan pemberdayaan sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan antara masyarakat, sistem kesehatan, dan lingkungan sosial yang mendukung partisipasi aktif (Duesa et al., 2022; Herath et al., 2024).

Advokasi berperan sebagai strategi untuk memperjuangkan hak masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang adil, berkualitas, dan sesuai kebutuhan. Dalam konteks pemberdayaan, advokasi memungkinkan masyarakat menyuarkan kebutuhan, pengalaman, dan aspirasi mereka kepada pengambil kebijakan, sehingga sistem kesehatan menjadi lebih responsif. Strategi ini sangat penting karena banyak masalah kesehatan dipengaruhi oleh hambatan struktural, ketimpangan sosial, dan kebijakan yang kurang berpihak pada masyarakat, khususnya kelompok rentan. Advokasi juga memperkuat agency masyarakat, yaitu kemampuan untuk memengaruhi lingkungan sosial-politik yang menentukan kesehatan mereka (Herath et al., 2024; Salami et al.,

2025). Pada kelompok marginal seperti masyarakat miskin, perempuan, migran, dan remaja, advokasi menjadi instrumen penting untuk meningkatkan akses, perlindungan hak, dan akuntabilitas sistem kesehatan (Okpalauwaekwe et al., 2022; Salami et al., 2025).

Kemitraan merupakan strategi kolaboratif yang menghubungkan masyarakat dengan berbagai pemangku kepentingan, seperti tenaga kesehatan, pemerintah, akademisi, organisasi masyarakat sipil, dan sektor lain yang relevan. Masalah kesehatan masyarakat bersifat kompleks dan multidimensional, sehingga tidak dapat diselesaikan oleh satu pihak saja. Dalam pemberdayaan, kemitraan harus dibangun atas prinsip kesetaraan, saling menghormati, dan tujuan bersama, bukan hubungan yang hierarkis atau dominatif. Kemitraan yang efektif memungkinkan pertukaran pengetahuan, sumber daya, pengalaman, dan dukungan teknis yang memperkuat implementasi program kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa kemitraan partisipatif meningkatkan relevansi intervensi, memperkuat legitimasi program, membangun kepercayaan, dan meningkatkan keberhasilan implementasi di tingkat komunitas

(Conlin et al., 2023; Gourlay et al., 2024; Röger-Offergeld et al., 2023). Dengan demikian, kemitraan merupakan fondasi penting dalam memperluas dukungan terhadap pemberdayaan masyarakat. Pengorganisasian masyarakat berfungsi membangun kekuatan kolektif komunitas dalam mengidentifikasi masalah, memobilisasi sumber daya, dan melakukan tindakan bersama untuk meningkatkan kesehatan. Strategi ini penting karena pemberdayaan tidak cukup dilakukan pada tingkat individu, tetapi harus diperkuat melalui struktur sosial yang memungkinkan masyarakat bekerja secara kolektif. Bentuk pengorganisasian dapat berupa kader kesehatan, forum warga, kelompok dukungan komunitas, atau organisasi lokal lainnya. Literatur menunjukkan bahwa pengorganisasian masyarakat memperkuat social capital, solidaritas sosial, kepemimpinan lokal, dan efikasi kolektif masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan (Duea et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023). Komunitas dengan organisasi yang kuat cenderung lebih mampu mempertahankan program kesehatan, membangun inovasi lokal, dan beradaptasi terhadap tantangan kesehatan jangka panjang

(Herath et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022).

Secara keseluruhan, advokasi memperkuat suara masyarakat, kemitraan memperluas dukungan multipihak, dan pengorganisasian masyarakat membangun kekuatan kolektif serta keberlanjutan program kesehatan. Ketiga strategi ini saling melengkapi dalam menciptakan sistem kesehatan yang lebih partisipatif, inklusif, dan berkeadilan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat yang efektif harus mengintegrasikan advokasi, kemitraan, dan pengorganisasian sebagai fondasi utama dalam pembangunan kesehatan berbasis komunitas (Duesa et al., 2022; Herath et al., 2024).

c. Teori dan Model Pemberdayaan dalam Kesehatan

1) *Model Ottawa Charter: Strengthening Community Action*

Secara operasional, *model Ottawa Charter* dalam *strengthening community action* menekankan tiga aspek utama, yaitu keterlibatan masyarakat dalam penetapan prioritas kesehatan, penguatan kapasitas komunitas dalam pengambilan keputusan, dan mobilisasi sumber daya lokal untuk mendukung tindakan kesehatan kolektif.

Keterlibatan masyarakat memastikan bahwa intervensi kesehatan berangkat dari kebutuhan nyata komunitas, bukan semata agenda institusional. Penguatan kapasitas komunitas memungkinkan masyarakat memiliki keterampilan, pengetahuan, dan kepemimpinan yang diperlukan untuk mengelola program kesehatan secara mandiri. Sementara itu, mobilisasi sumber daya lokal memperkuat keberlanjutan program karena komunitas mampu memanfaatkan potensi internal seperti kader kesehatan, tokoh masyarakat, jejaring sosial, dan aset sosial budaya untuk mendukung perubahan kesehatan jangka Panjang (Conlin et al., 2023; Nagorcka-Smith et al., 2022).

*Model Ottawa Charter* menempatkan *strengthening community action* sebagai salah satu pilar utama promosi kesehatan yang sangat relevan dengan konsep pemberdayaan masyarakat. Dalam perspektif ini, peningkatan kesehatan tidak hanya bergantung pada intervensi layanan kesehatan formal, tetapi pada kemampuan komunitas untuk secara kolektif menentukan prioritas kesehatan, mengambil keputusan, merencanakan strategi, dan melaksanakan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Prinsip ini

sejalan dengan konsep pemberdayaan sebagai proses peningkatan kontrol masyarakat terhadap determinan kesehatan, penguatan kapasitas kolektif, dan partisipasi bermakna dalam pengambilan keputusan Kesehatan (Duea et al., 2022; Herath et al., 2024). Pendekatan ini menekankan bahwa komunitas bukan sekadar sasaran program, melainkan pemilik perubahan. Ketika masyarakat dilibatkan secara aktif dalam perencanaan dan implementasi program, intervensi menjadi lebih relevan secara sosial budaya, meningkatkan rasa memiliki, serta memperkuat keberlanjutan perubahan kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa pendekatan partisipatif berbasis komunitas memperkuat legitimasi program, meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan, dan mendorong keterlibatan jangka panjang dalam tindakan promotif maupun preventif (Conlin et al., 2023; Röger-Offergeld et al., 2023). Dengan demikian, *strengthening community action* menjadi landasan konseptual bagi pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan.

2) *Community Organization Model*

Secara operasional, *community organization* model menekankan tiga

komponen utama, yaitu pengorganisasian sosial komunitas, penguatan kepemimpinan lokal, dan pengembangan tindakan kolektif untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Pengorganisasian sosial bertujuan membangun struktur komunitas yang memungkinkan masyarakat berkoordinasi, berbagi peran, dan memobilisasi sumber daya secara efektif. Penguatan kepemimpinan lokal penting untuk menciptakan figur penggerak yang dipercaya komunitas dan mampu menjaga keberlanjutan program kesehatan. Sementara itu, tindakan kolektif memungkinkan masyarakat bekerja bersama dalam mengidentifikasi masalah, menetapkan prioritas, dan melaksanakan solusi kesehatan berbasis kebutuhan lokal, sehingga perubahan yang terjadi lebih berkelanjutan dan memiliki legitimasi sosial yang kuat (Herath et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022).

*Community organization* model merupakan model pemberdayaan yang berfokus pada penguatan kapasitas komunitas melalui pengorganisasian sosial, kepemimpinan lokal, dan tindakan kolektif. Model ini berpandangan bahwa perubahan kesehatan yang berkelanjutan tidak

cukup dilakukan melalui perubahan perilaku individu, tetapi membutuhkan struktur sosial yang memungkinkan masyarakat bekerja bersama untuk mengatasi masalah kesehatan. Dalam konteks ini, organisasi komunitas, kelompok warga, kader kesehatan, dan jejaring sosial menjadi instrumen penting dalam mobilisasi sumber daya dan penguatan kapasitas komunitas (Duea et al., 2022; Röger-Offergeld et al., 2023).

Model ini menekankan identifikasi masalah bersama, pembangunan solidaritas sosial, pengembangan kepemimpinan komunitas, dan pengorganisasian tindakan kolektif. Literatur menunjukkan bahwa komunitas dengan modal sosial yang kuat, organisasi lokal aktif, dan kepemimpinan yang berkembang dari dalam komunitas cenderung lebih berhasil mempertahankan intervensi kesehatan dalam jangka panjang (Herath et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022). Oleh karena itu, *community organization* model menjadi pendekatan penting dalam pemberdayaan karena memperkuat kapasitas kolektif dan keberlanjutan perubahan.

- 3) *Social Cognitive Theory* dalam Perubahan Perilaku Kolektif
- Secara operasional, *Social Cognitive Theory* dalam pemberdayaan masyarakat menekankan tiga komponen utama, yaitu pembelajaran sosial melalui observasi, pengaruh norma dan lingkungan sosial terhadap perilaku, serta penguatan motivasi dan keyakinan kolektif untuk melakukan perubahan kesehatan. Pembelajaran sosial terjadi ketika anggota komunitas meniru perilaku sehat dari tokoh lokal, kader, atau kelompok sebaya yang menjadi model perilaku positif. Norma dan lingkungan sosial berperan dalam membentuk dukungan kolektif terhadap perilaku sehat sehingga perubahan tidak hanya terjadi pada individu, tetapi juga menjadi bagian dari budaya komunitas. Sementara itu, penguatan motivasi kolektif meningkatkan keyakinan bahwa perubahan kesehatan dapat dicapai melalui tindakan bersama, sehingga mendorong partisipasi aktif dalam program kesehatan berbasis komunitas (Chinapaw et al., 2024; Gourlay et al., 2024).
- Social Cognitive Theory* relevan dalam pemberdayaan masyarakat karena menekankan interaksi antara faktor personal, lingkungan sosial, dan

perilaku dalam membentuk perubahan kesehatan. Dalam konteks komunitas, perubahan perilaku tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan individu, tetapi juga oleh observasi sosial, norma kelompok, dukungan komunitas, dan keyakinan bahwa perubahan dapat dilakukan bersama. Literatur pemberdayaan menunjukkan bahwa perubahan perilaku kesehatan lebih efektif ketika masyarakat terlibat dalam proses partisipatif yang membangun pembelajaran sosial, refleksi kolektif, dan penguatan motivasi internal (Chinapaw et al., 2024; Gourlay et al., 2024).

Pendekatan ini membantu menjelaskan mengapa intervensi berbasis komunitas lebih efektif dibanding pendekatan instruktif satu arah. Ketika anggota komunitas melihat perilaku sehat dipraktikkan oleh tokoh lokal atau kelompok sebaya, kemungkinan adopsi perilaku meningkat. Selain itu, norma sosial yang mendukung perilaku sehat memperkuat perubahan kolektif. Dengan demikian, *Social Cognitive Theory* memberi dasar teoritis bagi perubahan perilaku kolektif dalam pemberdayaan masyarakat.

- 4) *Self-Efficacy* dan *Capacity Building* Masyarakat

Secara operasional, konsep *self-efficacy* dan *capacity building* menekankan tiga komponen utama, yaitu penguatan keyakinan masyarakat terhadap kemampuan bertindak, peningkatan keterampilan dan pengetahuan kesehatan, serta pengembangan kapasitas organisasi komunitas untuk mempertahankan perubahan kesehatan. Penguatan keyakinan diri penting karena masyarakat yang percaya pada kemampuannya cenderung lebih aktif dalam pengambilan keputusan dan tindakan kesehatan kolektif. Peningkatan keterampilan dan pengetahuan memperkuat kemampuan masyarakat dalam mengenali masalah, merancang solusi, dan mengelola program kesehatan secara mandiri. Sementara itu, pengembangan kapasitas organisasi komunitas memastikan bahwa perubahan tidak hanya terjadi pada individu, tetapi juga pada sistem sosial komunitas yang mendukung keberlanjutan intervensi kesehatan (Nagorcka-Smith et al., 2022; Tucker et al., 2024).

Self-efficacy merupakan keyakinan individu atau komunitas terhadap kemampuan mereka untuk melakukan tindakan yang diperlukan guna mencapai perubahan kesehatan. Dalam

pemberdayaan masyarakat, konsep ini sangat penting karena masyarakat yang merasa mampu akan lebih aktif terlibat dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan tindakan kesehatan kolektif. Literatur menunjukkan bahwa pendekatan partisipatif dapat meningkatkan efikasi diri melalui pengalaman langsung, pengambilan keputusan bersama, dan keberhasilan tindakan komunitas (Gourlay et al., 2024; Tucker et al., 2024). Konsep ini berkaitan erat dengan *capacity building*, yaitu proses penguatan kemampuan masyarakat dalam aspek pengetahuan, keterampilan, kepemimpinan, pengorganisasian, dan mobilisasi sumber daya. Peningkatan kapasitas merupakan outcome utama pemberdayaan karena memungkinkan komunitas bertindak mandiri dan mempertahankan perubahan jangka Panjang (Duea et al., 2022; Nagorcka-Smith et al., 2022). Dengan demikian, self-efficacy menjadi fondasi psikologis, sedangkan capacity building menjadi fondasi struktural dalam pemberdayaan masyarakat.

5) Pendekatan *Asset-Based Community Development* (ABCD)

Secara operasional, pendekatan *Asset-Based Community Development* (ABCD) menekankan tiga komponen utama, yaitu identifikasi aset dan potensi lokal komunitas, mobilisasi sumber daya internal untuk tindakan kesehatan, serta pengembangan inovasi lokal yang berkelanjutan. Identifikasi aset bertujuan mengenali kekuatan yang telah dimiliki komunitas, seperti pengetahuan lokal, tokoh masyarakat, kader kesehatan, jejaring sosial, dan sumber daya budaya yang dapat dimanfaatkan untuk peningkatan kesehatan. Mobilisasi sumber daya internal memperkuat kemampuan komunitas untuk bertindak secara mandiri tanpa ketergantungan berlebihan pada dukungan eksternal. Sementara itu, pengembangan inovasi lokal memungkinkan masyarakat menciptakan solusi kesehatan yang relevan dengan konteks sosial budaya mereka, sehingga meningkatkan efektivitas, rasa memiliki, dan keberlanjutan program kesehatan (Duesa et al., 2022; Gourlay et al., 2024).

Asset-Based Community Development (ABCD) merupakan pendekatan pemberdayaan yang berfokus pada kekuatan, aset, dan potensi yang telah dimiliki komunitas, bukan semata pada

kekurangan atau masalah kesehatan yang dihadapi. Dalam konteks kesehatan masyarakat, pendekatan ini berpandangan bahwa setiap komunitas memiliki sumber daya internal yang dapat dioptimalkan untuk menciptakan perubahan kesehatan yang berkelanjutan. Aset tersebut dapat berupa individu yang memiliki pengaruh sosial, kader kesehatan, organisasi komunitas, pengetahuan lokal, pengalaman hidup, jejaring sosial, maupun nilai budaya yang mendukung perilaku sehat. Pendekatan ini sejalan dengan konsep pemberdayaan yang menempatkan masyarakat sebagai pemilik kapasitas perubahan, bukan penerima bantuan pasif dari pihak eksternal (Dua et al., 2022; Herath et al., 2024).

Identifikasi aset merupakan langkah awal yang penting dalam pendekatan ABCD karena memungkinkan komunitas mengenali kekuatan yang sering kali belum dimanfaatkan secara optimal. Dengan memetakan aset lokal, masyarakat dapat memahami bahwa mereka memiliki modal sosial dan kapasitas internal yang relevan untuk mengatasi persoalan kesehatan. Pendekatan ini membantu mengubah cara pandang masyarakat dari orientasi

ketergantungan terhadap bantuan eksternal menjadi orientasi berbasis kekuatan internal. Literatur menunjukkan bahwa pendekatan berbasis aset dapat meningkatkan rasa percaya diri komunitas, memperkuat legitimasi tindakan lokal, dan membangun motivasi untuk terlibat dalam perubahan kesehatan secara aktif (Gourlay et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022).

Mobilisasi sumber daya internal menjadi inti dari implementasi ABCD karena pemberdayaan yang berkelanjutan membutuhkan kemampuan komunitas untuk mengorganisasi dan menggunakan aset yang dimiliki secara kolektif. Mobilisasi ini dapat berupa pemanfaatan kader kesehatan, kepemimpinan tokoh masyarakat, dukungan keluarga, jaringan komunitas, maupun ruang sosial yang dapat digunakan untuk promosi kesehatan. Ketika komunitas mampu memobilisasi sumber dayanya sendiri, ketergantungan terhadap intervensi eksternal menjadi berkurang dan keberlanjutan program kesehatan menjadi lebih kuat. Selain itu, proses ini memperkuat agency komunitas karena masyarakat belajar bahwa mereka memiliki kapasitas nyata untuk

menciptakan perubahan kesehatan secara mandiri (Duesa et al., 2022; Herath et al., 2024).

Pengembangan inovasi lokal yang berkelanjutan merupakan komponen penting lain dalam pendekatan ABCD. Karena solusi dikembangkan berdasarkan pengalaman, budaya, dan konteks komunitas, intervensi yang dihasilkan cenderung lebih relevan, lebih diterima, dan lebih mudah dipertahankan. Inovasi lokal juga memungkinkan adaptasi yang lebih fleksibel terhadap tantangan kesehatan yang berubah sesuai kondisi komunitas. Literatur menunjukkan bahwa program kesehatan yang bertumpu pada kekuatan internal komunitas lebih berpeluang menghasilkan perubahan jangka panjang karena masyarakat memiliki rasa memiliki yang tinggi terhadap program tersebut (Gourlay et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022). Oleh karena itu, ABCD menjadi model penting dalam pemberdayaan masyarakat berbasis promosi kesehatan yang berorientasi pada kemandirian, partisipasi, dan keberlanjutan.

2. Implementasi Pemberdayaan Masyarakat dalam Program Kesehatan
  - a. Tahapan Pemberdayaan Masyarakat

Implementasi pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan merupakan proses sistematis yang menempatkan masyarakat sebagai aktor utama dalam seluruh siklus intervensi kesehatan. Pemberdayaan tidak dipahami sebagai kegiatan sesaat, melainkan sebagai proses bertahap yang bertujuan membangun kapasitas individu dan komunitas agar mampu mengenali masalah, mengambil keputusan, memobilisasi sumber daya, serta mempertahankan perubahan kesehatan secara berkelanjutan. Literatur menegaskan bahwa keberhasilan pemberdayaan sangat dipengaruhi oleh desain implementasi yang melibatkan masyarakat sejak tahap awal, didukung oleh proses kolaboratif, penguatan kapasitas, dan evaluasi berkelanjutan (Gebremeskel et al., 2022; Hooda, 2025; Nagorcka-Smith et al., 2022). Oleh karena itu, tahapan pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan mencakup identifikasi masalah kesehatan komunitas, analisis kebutuhan masyarakat, pemetaan potensi dan sumber daya lokal, perencanaan partisipatif, pelaksanaan program berbasis komunitas, serta monitoring dan evaluasi.

#### 1) Identifikasi Masalah Kesehatan Komunitas

Tahap pertama dalam pemberdayaan masyarakat adalah identifikasi masalah

kesehatan komunitas. Tahap ini bertujuan untuk memahami kondisi kesehatan yang dihadapi masyarakat berdasarkan realitas kehidupan mereka sendiri, bukan semata-mata berdasarkan asumsi institusi kesehatan. Pendekatan pemberdayaan menekankan bahwa masyarakat merupakan sumber informasi utama karena mereka memiliki pengalaman langsung terhadap hambatan kesehatan, faktor risiko, dan konteks sosial budaya yang memengaruhi kesehatan komunitas. Oleh karena itu, identifikasi masalah harus dilakukan melalui keterlibatan aktif masyarakat agar masalah yang ditemukan benar-benar mencerminkan kebutuhan nyata komunitas (Grafft et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022). Proses ini dapat dilakukan melalui diskusi kelompok, wawancara komunitas, observasi partisipatif, maupun forum warga. Keterlibatan masyarakat sejak tahap identifikasi juga penting untuk membangun legitimasi program dan rasa memiliki terhadap proses perubahan. Dengan demikian, identifikasi masalah bukan hanya tahap pengumpulan data, tetapi juga langkah awal membangun keterlibatan dan

kepercayaan masyarakat dalam program kesehatan.

2) Analisis Kebutuhan Masyarakat

Setelah masalah kesehatan teridentifikasi, tahap berikutnya adalah analisis kebutuhan masyarakat. Analisis kebutuhan bertujuan untuk menentukan prioritas masalah, memahami faktor penyebab, serta mengidentifikasi hambatan dan faktor pendukung yang memengaruhi perubahan kesehatan. Dalam pendekatan pemberdayaan, analisis kebutuhan tidak dilakukan secara top-down oleh tenaga profesional semata, tetapi melalui proses dialog bersama masyarakat agar perspektif lokal menjadi dasar pengambilan keputusan. Literatur menunjukkan bahwa *community-engaged needs assessment* merupakan strategi penting untuk memastikan program kesehatan relevan dengan konteks komunitas, meningkatkan keterlibatan masyarakat, dan memperkuat kepemilikan program (Gebremeskel et al., 2022; Grafft et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022). Analisis kebutuhan juga harus mempertimbangkan dimensi sosial, budaya, bahasa, akses layanan, kapasitas komunitas, serta kerentanan kelompok tertentu. Dengan pendekatan

ini, kebutuhan kesehatan tidak hanya dipahami sebagai kebutuhan medis, tetapi juga sebagai kebutuhan sosial yang memengaruhi kemampuan masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan optimal. Oleh karena itu, analisis kebutuhan menjadi fondasi strategis dalam perencanaan program pemberdayaan.

### 3) Pemetaan Potensi dan Sumber Daya Lokal

Tahap berikutnya adalah pemetaan potensi dan sumber daya lokal sebagai bagian dari pendekatan berbasis aset komunitas. Pemberdayaan masyarakat tidak hanya berfokus pada masalah atau kekurangan, tetapi juga pada kekuatan yang dimiliki komunitas untuk mendukung perubahan kesehatan. Sumber daya lokal dapat berupa kader kesehatan, tokoh masyarakat, jejaring sosial, kelompok perempuan, organisasi komunitas, fasilitas lokal, pengalaman komunitas, maupun kapasitas informal yang telah berkembang di masyarakat. Literatur menunjukkan bahwa program pemberdayaan yang berhasil umumnya dibangun melalui penguatan kapasitas lokal, pengembangan kepemimpinan komunitas, dan pemanfaatan sumber daya internal masyarakat secara strategis (Kaysin et al., 2024; Nagorcka-

Smith et al., 2022; Perry et al., 2023). Pemetaan ini penting agar program tidak menciptakan ketergantungan berlebihan pada dukungan eksternal. Selain itu, pendekatan ini memperkuat efikasi kolektif karena masyarakat mulai melihat bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menjadi bagian dari solusi. Dengan demikian, pemetaan potensi lokal merupakan tahap penting dalam membangun kemandirian dan keberlanjutan pemberdayaan.

4) Perencanaan Partisipatif

Perencanaan partisipatif merupakan tahap penyusunan program kesehatan yang dilakukan secara kolaboratif antara masyarakat, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait. Dalam pendekatan pemberdayaan, perencanaan tidak boleh hanya ditentukan oleh institusi eksternal, tetapi harus melibatkan masyarakat secara bermakna dalam menentukan tujuan, strategi, peran, dan mekanisme implementasi program. Literatur menegaskan bahwa pendekatan partisipatif meningkatkan relevansi intervensi, memperkuat legitimasi program, serta menciptakan rasa memiliki yang lebih kuat dalam komunitas (Harsch & Bittlingmayer, 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022;

Wang, 2025). Perencanaan partisipatif juga memungkinkan integrasi antara pengetahuan profesional dengan pengalaman dan nilai lokal masyarakat. Dalam proses ini, penting memastikan keterlibatan kelompok yang representatif, termasuk kelompok rentan yang sering kurang terwakili dalam pengambilan keputusan. Perencanaan yang baik juga harus mempertimbangkan kelayakan implementasi, kesiapan komunitas, sumber daya yang tersedia, serta strategi keberlanjutan. Oleh karena itu, perencanaan partisipatif menjadi inti dari proses pemberdayaan karena mencerminkan redistribusi peran dan kekuasaan dalam pembangunan kesehatan.

#### 5) Pelaksanaan Program Berbasis Komunitas

Tahap implementasi merupakan proses menerjemahkan rencana ke dalam tindakan nyata di tingkat komunitas. Dalam pendekatan pemberdayaan, pelaksanaan program berbasis komunitas menekankan keterlibatan aktif masyarakat sebagai pelaksana, penggerak, maupun mitra dalam program kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa program berbasis komunitas lebih efektif ketika

masyarakat memiliki peran nyata, tenaga pelaksana yang berasal dari komunitas, serta dukungan penguatan kapasitas yang berkelanjutan (Gebremeskel et al., 2022; Hooda, 2025; Kaysin et al., 2024). Tenaga kesehatan dalam tahap ini lebih berperan sebagai fasilitator, pendamping, dan penghubung dengan sistem kesehatan formal, bukan sebagai pengendali tunggal program. Implementasi juga perlu memperhatikan kesesuaian budaya, bahasa, dan konteks sosial masyarakat agar intervensi dapat diterima dengan baik. Program yang sensitif terhadap konteks lokal cenderung meningkatkan keterlibatan, efektivitas, dan keberlanjutan perubahan perilaku kesehatan (Betancourt, 2025; Silva & Pereira, 2023; Wang, 2025). Dengan demikian, pelaksanaan program berbasis komunitas merupakan tahap penguatan agency masyarakat dalam tindakan nyata.

#### 6) Monitoring dan Evaluasi

Tahap akhir adalah monitoring dan evaluasi sebagai mekanisme untuk menilai proses implementasi, capaian program, serta perkembangan pemberdayaan masyarakat. Dalam konteks pemberdayaan, evaluasi tidak

hanya berfokus pada indikator hasil kesehatan, tetapi juga pada perubahan kapasitas masyarakat, keterlibatan komunitas, efikasi diri, modal sosial, keberlanjutan, dan legitimasi masyarakat dalam sistem kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa evaluasi pemberdayaan sebaiknya menggunakan pendekatan multidimensional dan mixed methods agar mampu menangkap perubahan proses maupun outcome secara komprehensif (Hooda, 2025; Nagorcka-Smith et al., 2022; Shiyanbola et al., 2025). Monitoring juga penting untuk mendeteksi hambatan implementasi, kebutuhan (Gebremeskel et al., 2022; Hooda, 2025; Nagorcka-Smith et al., 2022; Perry et al., 2023) adaptasi program, dan kualitas kolaborasi antar stakeholder. Evaluasi yang melibatkan masyarakat secara aktif akan memperkuat refleksi kolektif dan meningkatkan kualitas pengambilan keputusan di tahap berikutnya. Selain sebagai alat penilaian, monitoring dan evaluasi juga merupakan bagian dari proses pembelajaran sosial dalam pemberdayaan. Oleh karena itu, evaluasi harus dipandang sebagai proses penguatan kapasitas, bukan sekadar pelaporan administratif.

## 7) Sintesis Tahapan Pemberdayaan

Secara keseluruhan, tahapan pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan merupakan proses berkelanjutan yang dimulai dari pengenalan masalah hingga evaluasi perubahan secara partisipatif. Identifikasi masalah memastikan program berangkat dari realitas komunitas, analisis kebutuhan membantu menetapkan prioritas intervensi, pemetaan sumber daya memperkuat kemandirian lokal, perencanaan partisipatif menciptakan legitimasi dan kepemilikan, implementasi berbasis komunitas memperkuat agency masyarakat, sedangkan monitoring dan evaluasi memastikan keberlanjutan pembelajaran dan perbaikan program. Literatur secara konsisten menunjukkan bahwa program kesehatan berbasis pemberdayaan akan lebih efektif ketika masyarakat dilibatkan sejak awal, didukung oleh penguatan kapasitas, kemitraan yang setara, dan sistem evaluasi yang adaptif (Gebremeskel et al., 2022; Hooda, 2025; Nagorcka-Smith et al., 2022; Perry et al., 2023). Dengan demikian, tahapan pemberdayaan bukan sekadar prosedur implementasi, tetapi merupakan mekanisme

transformasi sosial dalam pembangunan kesehatan masyarakat.

b. Bentuk Implementasi di Berbagai Program Kesehatan

Implementasi pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan dapat diterapkan pada berbagai bidang pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif berbasis komunitas, maupun upaya penguatan determinan sosial kesehatan. Pemberdayaan tidak terbatas pada satu model intervensi tertentu, melainkan merupakan pendekatan lintas program yang menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif dalam identifikasi masalah, pengambilan keputusan, pelaksanaan kegiatan, dan evaluasi hasil. Literatur menunjukkan bahwa program kesehatan yang mengintegrasikan pemberdayaan masyarakat cenderung memiliki tingkat keterlibatan yang lebih tinggi, meningkatkan kapasitas komunitas, memperkuat legitimasi program, dan menghasilkan perubahan perilaku yang lebih berkelanjutan ketika dibandingkan dengan pendekatan yang hanya berorientasi pada pelayanan institusional (Duesa et al., 2022; Herath et al., 2024; Perry et al., 2023). Implementasi pemberdayaan ini dapat diwujudkan dalam berbagai program kesehatan yang relevan dengan kebutuhan komunitas, termasuk pelayanan

kesehatan ibu dan anak, pencegahan stunting, pengendalian penyakit, hingga kesehatan lingkungan berbasis masyarakat.

1) Posyandu sebagai Model Pemberdayaan

Posyandu merupakan salah satu bentuk implementasi pemberdayaan masyarakat yang paling representatif dalam pelayanan kesehatan berbasis komunitas. Secara konseptual, model ini mencerminkan prinsip pemberdayaan karena melibatkan masyarakat secara aktif melalui kader kesehatan sebagai penggerak utama pelayanan promotif dan preventif di tingkat komunitas. Dalam kerangka pemberdayaan, keberadaan kader menunjukkan bentuk capacity building komunitas, di mana anggota masyarakat memperoleh pengetahuan, keterampilan, legitimasi sosial, dan kemampuan untuk berkontribusi dalam peningkatan kesehatan lingkungan mereka sendiri (Hooda, 2025; Kaysin et al., 2024). Model seperti ini sejalan dengan temuan bahwa pemberdayaan tenaga komunitas meningkatkan keberlanjutan intervensi, memperkuat hubungan masyarakat dengan sistem kesehatan formal, dan meningkatkan efektivitas penyampaian layanan kesehatan. Posyandu juga mencerminkan

pendekatan community-based health promotion karena intervensi dilakukan dekat dengan komunitas, menggunakan sumber daya lokal, dan melibatkan interaksi sosial yang kuat. Dari perspektif implementasi, keberhasilan model seperti Posyandu sangat dipengaruhi oleh dukungan pelatihan, supervisi, legitimasi kader, dan integrasi dengan sistem kesehatan yang lebih luas. Dengan demikian, Posyandu dapat diposisikan sebagai model operasional pemberdayaan masyarakat berbasis komunitas.

## 2) Desa Siaga dan UKBM

Desa Siaga dan berbagai bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) merupakan implementasi pemberdayaan yang menekankan kemandirian komunitas dalam mengelola masalah kesehatan lokal. Pendekatan ini selaras dengan konsep empowerment sebagai proses peningkatan kapasitas kolektif masyarakat dalam mengenali masalah, mengorganisasi sumber daya, dan membangun kesiapsiagaan komunitas terhadap tantangan kesehatan (Grafft et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022). Dalam implementasinya, Desa Siaga mencerminkan community coalition model, di mana masyarakat, kader,

tokoh lokal, dan institusi terkait bekerja bersama dalam struktur kolaboratif untuk mencapai tujuan kesehatan bersama. Literatur menunjukkan bahwa efektivitas pendekatan berbasis komunitas sangat dipengaruhi oleh tata kelola yang jelas, kepemimpinan lokal, komunikasi yang baik, dan dukungan lintas sektor. UKBM juga menunjukkan prinsip keberlanjutan karena bertumpu pada sumber daya komunitas dan bukan sepenuhnya bergantung pada intervensi eksternal. Selain itu, model seperti ini memperkuat modal sosial masyarakat melalui solidaritas, kerja sama, dan rasa tanggung jawab bersama. Oleh karena itu, Desa Siaga dan UKBM merupakan bentuk nyata implementasi pemberdayaan yang memperkuat kesiapan komunitas dalam pembangunan kesehatan.

- 3) Program Kesehatan Ibu dan Anak  
Pemberdayaan masyarakat merupakan strategi yang sangat relevan dalam program kesehatan ibu dan anak karena keberhasilan intervensi pada kelompok ini sangat dipengaruhi oleh perilaku keluarga, dukungan sosial, akses layanan, dan penguatan kapasitas komunitas. Literatur menunjukkan bahwa program maternal and child health berbasis pemberdayaan mampu

meningkatkan keterlibatan masyarakat, memperkuat peran tenaga komunitas, dan menghasilkan perbaikan indikator kesehatan ketika dikombinasikan dengan penguatan sistem kesehatan (Gebremeskel et al., 2022; Perry et al., 2023). Dalam implementasinya, pemberdayaan dapat dilakukan melalui pelibatan kader, pendidikan kesehatan partisipatif, penguatan dukungan keluarga, serta pengembangan komunitas yang mendukung kesehatan ibu dan anak. Pendekatan ini penting karena keputusan terkait kehamilan, persalinan, menyusui, dan pengasuhan anak sering kali dipengaruhi oleh norma keluarga dan budaya lokal. Model pemberdayaan memungkinkan ibu, keluarga, dan komunitas menjadi pelaku aktif dalam pengambilan keputusan kesehatan, bukan hanya penerima instruksi tenaga kesehatan. Program yang dibangun melalui pendekatan partisipatif juga meningkatkan rasa memiliki, kepercayaan terhadap layanan kesehatan, dan keberlanjutan perilaku sehat. Dengan demikian, pemberdayaan dalam kesehatan ibu dan anak memperkuat ketahanan keluarga sekaligus kapasitas komunitas.

#### 4) Pemberdayaan dalam Pencegahan Stunting

Pencegahan stunting merupakan salah satu area yang sangat membutuhkan pendekatan pemberdayaan masyarakat karena determinan stunting bersifat multidimensional dan tidak dapat diatasi hanya melalui intervensi klinis. Faktor seperti pola asuh, praktik pemberian makan, literasi kesehatan, sanitasi, akses layanan, serta kondisi sosial ekonomi sangat dipengaruhi oleh kapasitas keluarga dan komunitas. Literatur menunjukkan bahwa pemberdayaan perempuan, penguatan modal sosial, dan pendekatan komunitas berkontribusi terhadap peningkatan kapasitas kesehatan keluarga dan perbaikan outcome kesehatan anak (Grafft et al., 2024; Perry et al., 2023). Dalam implementasinya, pemberdayaan untuk pencegahan stunting dapat dilakukan melalui edukasi partisipatif, penguatan kader, mobilisasi keluarga, pemanfaatan sumber daya lokal, dan kolaborasi lintas sektor. Pendekatan ini relevan karena perubahan perilaku pemberian makan anak dan praktik kesehatan keluarga membutuhkan keterlibatan aktif, refleksi bersama, dan dukungan sosial yang kuat. Program pencegahan stunting yang hanya bersifat instruktif cenderung kurang berkelanjutan jika tidak

membangun kapasitas keluarga sebagai aktor utama perubahan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat menjadi strategi penting dalam intervensi stunting berbasis komunitas.

5) Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular

Pemberdayaan masyarakat juga memiliki peran strategis dalam pengendalian penyakit menular maupun penyakit tidak menular (PTM), terutama karena keberhasilan pengendalian sangat bergantung pada perilaku masyarakat, keterlibatan komunitas, dan keberlanjutan perubahan kesehatan. Dalam konteks penyakit menular, pemberdayaan mendukung peningkatan deteksi dini, kepatuhan terhadap tindakan pencegahan, penerimaan layanan, dan integrasi dengan tenaga kesehatan komunitas (Hooda, 2025). Dalam konteks PTM, pendekatan empowerment terbukti relevan dalam meningkatkan self-management, kepatuhan perilaku sehat, aktivasi pasien, dan kesejahteraan psikososial, terutama ketika intervensi disesuaikan dengan konteks budaya masyarakat (Page-Reeves et al., 2024). Pendekatan ini menempatkan masyarakat bukan hanya sebagai target perubahan

perilaku, tetapi sebagai mitra aktif dalam pengelolaan kesehatan jangka panjang. Penguatan efikasi diri, edukasi yang relevan secara budaya, dan keterlibatan komunitas merupakan elemen penting dalam implementasi program ini. Selain itu, pemberdayaan juga membantu meningkatkan legitimasi intervensi dan memperluas jangkauan layanan melalui tenaga kesehatan komunitas. Dengan demikian, pengendalian penyakit menjadi lebih efektif ketika didukung pendekatan pemberdayaan yang terstruktur.

6) Kesehatan Lingkungan Berbasis Masyarakat

Kesehatan lingkungan berbasis masyarakat merupakan bentuk implementasi pemberdayaan yang menekankan tindakan kolektif komunitas dalam mengelola faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan. Masalah seperti sanitasi, air bersih, pengelolaan limbah, perilaku hidup bersih, dan lingkungan sehat tidak dapat diatasi hanya melalui intervensi teknis, tetapi membutuhkan keterlibatan sosial dan perubahan norma komunitas. Literatur menunjukkan bahwa empowerment yang didukung oleh coalition building, kepemimpinan lokal, dan modal sosial

berkontribusi pada penciptaan lingkungan yang mendukung kesehatan (Greene et al., 2023; Nagorcka-Smith et al., 2022). Pendekatan ini mengandalkan kekuatan komunitas untuk mengidentifikasi risiko lingkungan, memobilisasi tindakan bersama, dan mempertahankan perubahan perilaku kolektif. Keterlibatan tokoh lokal, kelompok masyarakat, dan jejaring komunitas sangat penting untuk memperkuat legitimasi intervensi dan memastikan keberlanjutan perubahan. Selain memperbaiki kondisi lingkungan, pendekatan ini juga memperkuat kapasitas sosial masyarakat dalam menghadapi tantangan kesehatan lainnya. Oleh karena itu, kesehatan lingkungan berbasis masyarakat merupakan salah satu bentuk implementasi pemberdayaan yang paling nyata dalam promosi kesehatan.

#### 7) Sintesis Implementasi Program

Secara keseluruhan, implementasi pemberdayaan masyarakat dapat diterapkan dalam berbagai program kesehatan dengan bentuk yang disesuaikan terhadap konteks dan kebutuhan komunitas. Posyandu, Desa Siaga, kesehatan ibu dan anak, pencegahan stunting, pengendalian penyakit, serta kesehatan lingkungan

menunjukkan bahwa pemberdayaan bukan konsep abstrak, tetapi strategi operasional yang dapat diterapkan lintas program kesehatan. Literatur secara konsisten menunjukkan bahwa pendekatan berbasis pemberdayaan meningkatkan kapasitas komunitas, memperkuat legitimasi program, meningkatkan keterlibatan masyarakat, dan mendukung keberlanjutan hasil kesehatan ketika didukung oleh pelatihan, kemitraan, tata kelola yang baik, dan integrasi sistem kesehatan (Dua et al., 2022; Herath et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022; Perry et al., 2023). Dengan demikian, implementasi pemberdayaan masyarakat merupakan fondasi penting dalam pembangunan kesehatan yang partisipatif, inklusif, dan berkelanjutan.

- c. Peran Stakeholder dalam Pemberdayaan  
Keberhasilan pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan sangat dipengaruhi oleh keterlibatan berbagai stakeholder yang memiliki peran saling melengkapi dalam mendukung perubahan kesehatan yang berkelanjutan. Pemberdayaan bukan proses yang dapat dijalankan oleh masyarakat secara terisolasi, melainkan membutuhkan ekosistem pendukung yang memungkinkan peningkatan

kapasitas, penguatan legitimasi, penyediaan sumber daya, dan integrasi dengan sistem kesehatan formal. Literatur menunjukkan bahwa implementasi program berbasis pemberdayaan menjadi lebih efektif ketika didukung oleh hubungan kolaboratif antara masyarakat, tenaga kesehatan, kader komunitas, keluarga, tokoh sosial, sektor lintas bidang, dan pemerintah sebagai pengampu kebijakan (Herath et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022; Perry et al., 2023). Dalam konteks ini, stakeholder tidak hanya berfungsi sebagai pelaksana teknis, tetapi juga sebagai fasilitator perubahan sosial yang memperkuat agency masyarakat. Oleh karena itu, pemahaman tentang peran masing-masing stakeholder menjadi penting dalam memastikan pemberdayaan berjalan secara partisipatif, inklusif, dan berkelanjutan.

1) Peran Tenaga Kesehatan sebagai Fasilitator

Dalam pendekatan pemberdayaan masyarakat, tenaga kesehatan tidak lagi diposisikan sebagai pusat pengambil keputusan yang mendominasi program, melainkan sebagai fasilitator yang mendukung masyarakat untuk mengembangkan kapasitasnya sendiri.

Peran fasilitator ini mencakup membantu masyarakat mengidentifikasi masalah kesehatan, memfasilitasi analisis kebutuhan, mendukung proses pembelajaran, memperkuat pengambilan keputusan partisipatif, serta menjembatani komunitas dengan sistem pelayanan kesehatan formal. Literatur menegaskan bahwa model pemberdayaan yang efektif memerlukan perubahan hubungan antara masyarakat dan tenaga kesehatan dari pola hierarkis menjadi hubungan kemitraan yang kolaboratif (Duesa et al., 2022; Herath et al., 2024). Dalam konteks implementasi, tenaga kesehatan juga berperan dalam memberikan supervisi, penguatan kapasitas, serta memastikan bahwa intervensi yang dilakukan tetap sesuai dengan standar kesehatan tanpa menghilangkan partisipasi masyarakat. Pendekatan ini meningkatkan legitimasi program karena masyarakat merasa dihargai sebagai mitra yang setara. Dengan demikian, tenaga kesehatan berfungsi sebagai enabler yang menciptakan kondisi bagi tumbuhnya empowerment masyarakat.

## 2) Peran Kader Kesehatan

Kader kesehatan merupakan komponen strategis dalam pemberdayaan

masyarakat karena berfungsi sebagai penghubung antara komunitas dengan sistem kesehatan formal. Sebagai anggota masyarakat yang berasal dari lingkungan sosial yang sama, kader memiliki kedekatan budaya, sosial, dan komunikasi yang mempermudah penerimaan program kesehatan di tingkat komunitas. Literatur menunjukkan bahwa pemberdayaan tenaga kesehatan komunitas berkontribusi signifikan terhadap efektivitas intervensi, peningkatan keterlibatan masyarakat, serta keberlanjutan program kesehatan (Biks et al., 2024; Hooda, 2025; Kaysin et al., 2024). Peran kader mencakup edukasi kesehatan, mobilisasi masyarakat, pendampingan keluarga, pemantauan kondisi kesehatan komunitas, hingga dukungan terhadap implementasi program promotif dan preventif. Selain fungsi teknis, kader juga memiliki fungsi sosial sebagai agen perubahan yang memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap program kesehatan. Agar peran ini optimal, kader memerlukan pelatihan berkelanjutan, penguatan legitimasi, supervisi, dan dukungan institusional yang memadai. Dengan demikian, kader merupakan aktor kunci

dalam operasionalisasi pemberdayaan berbasis komunitas.

### 3) Peran Keluarga dalam Perubahan Perilaku Kesehatan

Keluarga memiliki peran sentral dalam pemberdayaan masyarakat karena banyak keputusan kesehatan individu, terutama pada kesehatan ibu, anak, nutrisi, dan pengelolaan penyakit kronis, ditentukan dalam konteks keluarga. Pemberdayaan yang hanya menasar individu tanpa melibatkan keluarga cenderung memiliki dampak terbatas karena perilaku kesehatan dipengaruhi oleh norma rumah tangga, dukungan sosial, dan pola pengambilan keputusan keluarga. Literatur menunjukkan bahwa intervensi berbasis pemberdayaan yang melibatkan keluarga berkontribusi terhadap peningkatan health literacy, penguatan perilaku sehat, dan ketahanan kesehatan rumah tangga (Kaysin et al., 2024; Page-Reeves et al., 2024). Keluarga berperan dalam mendukung perubahan perilaku, memperkuat kepatuhan terhadap tindakan kesehatan, menyediakan dukungan emosional, dan menciptakan lingkungan rumah yang mendukung kesehatan. Dalam konteks pemberdayaan, keluarga juga merupakan unit penting dalam

membangun efikasi kolektif untuk mempertahankan perubahan kesehatan. Oleh karena itu, keterlibatan keluarga menjadi strategi penting dalam menciptakan perubahan perilaku yang berkelanjutan di tingkat komunitas.

4) Peran Tokoh Masyarakat dan Tokoh Agama

Tokoh masyarakat dan tokoh agama memiliki peran strategis dalam pemberdayaan karena mereka memiliki legitimasi sosial, pengaruh normatif, dan kapasitas mobilisasi dalam komunitas. Dalam banyak konteks sosial, penerimaan masyarakat terhadap program kesehatan sangat dipengaruhi oleh dukungan figur yang dipercaya. Literatur menunjukkan bahwa pemberdayaan berbasis komunitas lebih efektif ketika melibatkan kepemimpinan lokal yang mampu membangun kepercayaan, memperkuat partisipasi, dan mendorong perubahan norma sosial (Grafft et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022). Tokoh masyarakat dapat membantu menghubungkan program kesehatan dengan kebutuhan komunitas, memediasi komunikasi antara masyarakat dan institusi kesehatan, serta mendukung mobilisasi sosial dalam implementasi program. Tokoh

agama juga memiliki pengaruh penting dalam membentuk nilai, keyakinan, dan perilaku kesehatan masyarakat, terutama dalam komunitas yang religius. Keterlibatan mereka membantu meningkatkan legitimasi intervensi dan memperkuat penerimaan masyarakat terhadap perubahan perilaku kesehatan. Dengan demikian, tokoh sosial berfungsi sebagai katalis perubahan dalam proses pemberdayaan masyarakat.

5) Kolaborasi Lintas Sektor

Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan tidak dapat dilakukan secara efektif hanya oleh sektor kesehatan karena determinan kesehatan sangat dipengaruhi oleh faktor pendidikan, ekonomi, lingkungan, sosial, dan kebijakan publik. Oleh karena itu, kolaborasi lintas sektor menjadi strategi penting dalam memperkuat implementasi pemberdayaan. Literatur menunjukkan bahwa *intersectoral collaboration* dan *community coalition* merupakan faktor penting dalam keberhasilan program kesehatan berbasis pemberdayaan karena memungkinkan mobilisasi sumber daya, sinergi kebijakan, dan penguatan kapasitas komunitas secara lebih luas (Kaysin et al., 2024; Nagorcka-Smith et

al., 2022). Kolaborasi ini dapat melibatkan sektor pendidikan, sosial, pemerintahan lokal, organisasi masyarakat, sektor swasta, hingga lembaga keagamaan. Pendekatan lintas sektor memungkinkan intervensi kesehatan menjadi lebih komprehensif karena tidak hanya menangani gejala kesehatan, tetapi juga akar determinan sosialnya. Selain itu, kolaborasi memperluas legitimasi program dan memperkuat keberlanjutan implementasi. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat membutuhkan pendekatan multisektoral yang terkoordinasi.

6) Peran Pemerintah Daerah dan Kebijakan Publik

Pemerintah daerah memiliki peran fundamental dalam menciptakan lingkungan kebijakan yang mendukung pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Meskipun pemberdayaan menekankan partisipasi komunitas dan kemandirian lokal, keberhasilannya tetap memerlukan dukungan struktural berupa regulasi, pendanaan, tata kelola, kebijakan inklusif, dan integrasi dengan sistem kesehatan formal. Literatur menunjukkan bahwa empowerment yang berkelanjutan membutuhkan governance structure yang jelas,

akuntabilitas kelembagaan, dukungan sumber daya, dan komitmen kebijakan yang konsisten (Nagorcka-Smith et al., 2022; Wang, 2025). Pemerintah daerah berperan dalam menyediakan kerangka kebijakan yang memungkinkan keterlibatan masyarakat, memperkuat kapasitas tenaga komunitas, memfasilitasi kemitraan lintas sektor, dan memastikan kelompok rentan memperoleh perlindungan yang adil dalam sistem kesehatan. Selain itu, kebijakan publik yang responsif terhadap kebutuhan lokal sangat penting untuk memastikan bahwa program pemberdayaan tidak hanya bersifat proyek jangka pendek, tetapi menjadi bagian dari pembangunan kesehatan daerah. Pemerintah juga berfungsi sebagai penjamin keberlanjutan melalui integrasi program ke dalam sistem pelayanan yang lebih luas. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat membutuhkan dukungan kebijakan yang kuat agar perubahan sosial yang dihasilkan dapat bertahan dalam jangka panjang.

7) Sintesis Peran Stakeholder

Secara keseluruhan, pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan merupakan proses kolaboratif yang membutuhkan kontribusi berbagai

stakeholder dengan peran yang berbeda namun saling melengkapi. Tenaga kesehatan berfungsi sebagai fasilitator perubahan, kader sebagai penghubung komunitas, keluarga sebagai unit utama perubahan perilaku, tokoh masyarakat dan agama sebagai penguat legitimasi sosial, kolaborasi lintas sektor sebagai penggerak sinergi sumber daya, serta pemerintah daerah sebagai penjamin dukungan kebijakan dan keberlanjutan program. Literatur secara konsisten menunjukkan bahwa pemberdayaan akan lebih efektif ketika dibangun melalui kemitraan yang setara, tata kelola yang kuat, penguatan kapasitas komunitas, dan integrasi sistem kesehatan dengan struktur sosial masyarakat (Dua et al., 2022; Herath et al., 2024; Kaysin et al., 2024; Nagorcka-Smith et al., 2022). Dengan demikian, keberhasilan pemberdayaan tidak hanya ditentukan oleh masyarakat itu sendiri, tetapi oleh kualitas ekosistem stakeholder yang mendukung transformasi kesehatan berbasis komunitas.

3. Perkembangan Data Terkini Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan
  - a. Tren Global Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan

1) Pergeseran Paradigma dari Pelayanan Kuratif ke *Promotif-Preventif*

Tren global dalam pembangunan kesehatan menunjukkan adanya pergeseran paradigma yang nyata dari model pelayanan kesehatan yang berfokus pada aspek kuratif menuju pendekatan promotif dan preventif yang lebih berorientasi pada masyarakat. Pendekatan kuratif yang menitikberatkan pada pengobatan setelah penyakit muncul dinilai kurang memadai dalam menghadapi tantangan kesehatan modern yang semakin kompleks, terutama penyakit tidak menular, masalah kesehatan mental, dan ketimpangan kesehatan berbasis determinan sosial. Oleh karena itu, promosi kesehatan kini semakin menekankan intervensi hulu yang bertujuan mencegah masalah kesehatan sebelum berkembang menjadi kondisi yang lebih berat. Dalam konteks ini, pemberdayaan masyarakat menjadi strategi penting karena perubahan perilaku dan lingkungan kesehatan yang berkelanjutan hanya dapat tercapai ketika masyarakat terlibat aktif dalam proses perubahan. Pendekatan *promotif-preventif* juga memungkinkan sistem kesehatan menjadi lebih efisien, adaptif, dan berorientasi jangka panjang.

Literatur menegaskan bahwa promosi kesehatan modern semakin menempatkan *community engagement* sebagai inti implementasi karena keberhasilan intervensi sangat dipengaruhi oleh keterlibatan komunitas dalam desain, implementasi, dan evaluasi program kesehatan (Shin et al., 2023; Wolfenden et al., 2024). Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat menjadi fondasi penting dalam transformasi paradigma kesehatan global.

- 2) *Community Engagement* dalam *Universal Health Coverage* (UHC)  
Perkembangan global juga menunjukkan bahwa *community engagement* semakin terintegrasi dalam implementasi *Universal Health Coverage* (UHC). UHC tidak hanya bertujuan memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, tetapi juga memastikan bahwa layanan tersebut berkualitas, setara, relevan, dan *responsif* terhadap kebutuhan komunitas. Dalam konteks ini, keterlibatan masyarakat menjadi komponen penting karena akses layanan yang tersedia belum tentu efektif jika masyarakat tidak merasa memiliki hubungan dengan sistem kesehatan atau tidak memahami

manfaat layanan tersebut. *Community engagement* memungkinkan masyarakat berperan dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi pelayanan kesehatan, sehingga program yang dikembangkan lebih sesuai dengan kebutuhan lokal. Literatur menunjukkan bahwa integrasi pendekatan berbasis komunitas dalam reformasi sistem kesehatan mampu memperkuat cakupan layanan, meningkatkan penerimaan program, serta menciptakan jalur implementasi yang lebih siap untuk diperluas (Palma et al., 2025; Shin et al., 2023). Pendekatan ini mencerminkan perubahan sistem kesehatan dari *provider-centered* menuju *people-centered care*. Dengan demikian, *community engagement* menjadi instrumen strategis dalam mewujudkan UHC yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

3) Penguatan *Health Literacy* dan *Digital Community Engagement*

*Health literacy* atau literasi kesehatan menjadi salah satu fokus utama dalam tren global pemberdayaan masyarakat. Literasi kesehatan kini dipahami sebagai kemampuan individu dan komunitas untuk memperoleh, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan

dalam pengambilan keputusan yang tepat. Dalam pendekatan pemberdayaan, *health literacy* tidak hanya berkaitan dengan transfer informasi, tetapi juga peningkatan kapasitas masyarakat untuk berpikir kritis, memilih tindakan kesehatan yang sesuai, dan berpartisipasi dalam sistem kesehatan. Seiring perkembangan teknologi, penguatan *health literacy* juga semakin didukung oleh digital *community engagement* melalui media digital, platform edukasi online, forum komunitas *virtual*, dan sistem komunikasi berbasis teknologi. Pendekatan digital memungkinkan jangkauan intervensi kesehatan yang lebih luas, efisiensi komunikasi, serta respons yang lebih cepat terhadap kebutuhan masyarakat. Namun demikian, literatur juga menekankan pentingnya mempertimbangkan *equity* dalam implementasi digital *engagement* karena kesenjangan akses teknologi dapat memperlebar ketimpangan kesehatan (Chambers & Goddard, 2024; Wolfenden et al., 2024). Oleh karena itu, penguatan *health literacy* dan transformasi digital harus dikembangkan secara inklusif agar benar-benar mendukung pemberdayaan masyarakat secara luas.

- 4) Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesiapsiagaan Bencana dan Pandemi
- Tren global terbaru menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat semakin dipandang sebagai komponen krusial dalam kesiapsiagaan bencana dan pandemi. Pengalaman berbagai krisis kesehatan global menunjukkan bahwa respons yang hanya bergantung pada sistem kesehatan formal sering kali tidak cukup untuk menghadapi situasi darurat yang berkembang cepat. Komunitas yang memiliki kapasitas organisasi, jejaring sosial yang kuat, dan keterlibatan aktif dalam kesehatan terbukti lebih tangguh dalam merespons ancaman kesehatan masyarakat. Dalam konteks ini, pemberdayaan masyarakat berperan dalam meningkatkan kesiapsiagaan, memperkuat komunikasi risiko, mempercepat adopsi perilaku protektif, serta mendukung pemulihan pascakrisis. Literatur menekankan pentingnya *rapid adaptation frameworks* dalam memastikan bahwa intervensi kesehatan berbasis komunitas tetap responsif, adaptif, dan adil selama kondisi krisis (Eisman et al., 2022; Wolfenden et al., 2024). Selain itu, keterlibatan komunitas juga meningkatkan kepercayaan terhadap sistem kesehatan, yang

merupakan faktor kunci dalam keberhasilan respons kesehatan masyarakat. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat kini menjadi strategi penting dalam membangun resilience sistem kesehatan global.

5) Penekanan pada *Community Engagement* dalam Promosi Kesehatan dan *People-Centered Care*

Arah perkembangan global saat ini semakin menegaskan pentingnya *community engagement* sebagai elemen utama dalam promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan yang berpusat pada masyarakat (*people-centered care*). Pendekatan ini menekankan bahwa kesehatan yang efektif tidak dapat dibangun melalui hubungan satu arah antara institusi kesehatan dan masyarakat, tetapi harus melalui kemitraan yang memungkinkan masyarakat terlibat sebagai *co-producer* dalam kesehatan. *Community engagement* meningkatkan relevansi program, memperkuat legitimasi kebijakan, serta mendorong keberlanjutan intervensi karena masyarakat merasa memiliki peran nyata dalam perubahan yang terjadi. Literatur menunjukkan bahwa program kesehatan yang dirancang dengan pendekatan *co-design*, kolaborasi lintas

sektor, dan keterlibatan komunitas yang bermakna cenderung menghasilkan dampak yang lebih berkelanjutan dan lebih adil (Hacker et al., 2023; Shin et al., 2023). Dalam konteks *people-centered care*, masyarakat dipandang bukan sebagai objek layanan, tetapi sebagai mitra aktif dalam sistem kesehatan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat kini telah berkembang menjadi prinsip utama dalam reformasi promosi kesehatan global yang menekankan keadilan, partisipasi, dan keberlanjutan.

b. Data Nasional dan Program di Indonesia

- 1) Perkembangan Transformasi Posyandu  
Transformasi Posyandu di Indonesia menunjukkan perubahan paradigma dari model layanan kesehatan komunitas yang semula berfokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak menjadi platform pelayanan sosial dasar yang lebih terintegrasi. Posyandu kini tidak hanya berfungsi sebagai tempat pemantauan tumbuh kembang balita, imunisasi, dan pelayanan maternal, tetapi berkembang menjadi wahana pemberdayaan masyarakat yang mendukung integrasi layanan kesehatan primer. Transformasi ini menekankan penguatan kapasitas kader, perluasan cakupan layanan lintas siklus hidup,

serta peningkatan partisipasi masyarakat dalam pengelolaan kesehatan komunitas. Dalam perspektif pemberdayaan, Posyandu menjadi model nyata *community-based health promotion* karena mengandalkan keterlibatan aktif masyarakat sebagai pelaksana sekaligus penerima manfaat. Pendekatan ini sejalan dengan tren global yang menekankan *community engagement*, penguatan kapasitas lokal, dan integrasi pelayanan *promotif-preventif* dalam sistem kesehatan masyarakat (Shin et al., 2023; Wolfenden et al., 2024). Transformasi Posyandu juga memperlihatkan pergeseran dari layanan yang bersifat programatik menjadi platform pemberdayaan sosial berbasis komunitas. Dengan demikian, Posyandu tetap menjadi tulang punggung pemberdayaan kesehatan masyarakat di Indonesia.

2) Data Partisipasi Masyarakat dalam Program Kesehatan

Partisipasi masyarakat merupakan indikator utama keberhasilan pemberdayaan kesehatan di Indonesia. Keterlibatan masyarakat terlihat melalui keikutsertaan dalam Posyandu, kegiatan UKBM, program imunisasi, promosi kesehatan, pencegahan stunting,

pengendalian penyakit menular maupun tidak menular, serta kegiatan kesehatan lingkungan berbasis komunitas. Dalam konteks pemberdayaan, partisipasi tidak hanya diukur dari kehadiran masyarakat dalam kegiatan, tetapi dari kualitas keterlibatan dalam pengambilan keputusan, implementasi, dan keberlanjutan program. Literatur menegaskan bahwa program kesehatan berbasis komunitas lebih efektif ketika masyarakat dilibatkan secara aktif sebagai co-producer, bukan hanya sebagai penerima layanan (Hacker et al., 2023; Shin et al., 2023). Namun, tingkat partisipasi masyarakat di Indonesia masih menunjukkan variasi antarwilayah, dipengaruhi oleh kapasitas kader, dukungan pemerintah daerah, budaya lokal, dan akses terhadap informasi kesehatan. Oleh karena itu, peningkatan partisipasi masyarakat masih menjadi agenda penting dalam penguatan pemberdayaan kesehatan nasional.

3) Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif dan Peran Kader Kesehatan

Desa/Kelurahan Siaga Aktif merupakan salah satu bentuk implementasi pemberdayaan masyarakat yang dirancang untuk memperkuat kesiapsiagaan komunitas dalam

menghadapi masalah kesehatan. Konsep ini menempatkan masyarakat sebagai aktor utama dalam mengenali, mencegah, dan menangani masalah kesehatan lokal melalui mekanisme gotong royong, kesiapsiagaan sosial, dan mobilisasi sumber daya komunitas. Keberhasilan desa siaga sangat bergantung pada keberadaan kader kesehatan sebagai penghubung antara sistem kesehatan formal dan masyarakat. Kader berperan dalam edukasi kesehatan, pemantauan keluarga berisiko, mobilisasi masyarakat, promosi perilaku sehat, serta pendampingan program kesehatan prioritas. Literatur global menunjukkan bahwa community health workers merupakan komponen strategis dalam keberhasilan program pemberdayaan karena memperkuat legitimasi program, meningkatkan penerimaan komunitas, dan mendukung keberlanjutan intervensi kesehatan (Packard-Winkler et al., 2024; Shin et al., 2023). Dalam konteks Indonesia, kader kesehatan menjadi modal sosial yang sangat penting dalam menjaga kesinambungan program kesehatan berbasis masyarakat. Oleh karena itu, penguatan kapasitas kader merupakan investasi strategis

dalam pemberdayaan kesehatan nasional.

4) Data Program Percepatan Penurunan Stunting

Pencegahan dan penurunan stunting merupakan salah satu contoh implementasi pemberdayaan masyarakat yang sangat menonjol di Indonesia. Program percepatan penurunan stunting tidak hanya mengandalkan intervensi pelayanan kesehatan, tetapi juga keterlibatan keluarga, kader, komunitas, dan kolaborasi lintas sektor dalam perubahan perilaku kesehatan, gizi, sanitasi, dan pengasuhan. Pendekatan ini sejalan dengan literatur global yang menunjukkan bahwa intervensi berbasis komunitas dengan community engagement yang kuat lebih efektif dalam mendorong perubahan perilaku gizi dan kesehatan pada skala populasi (Obeagu & Obeagu, 2024; Packard-Winkler et al., 2024). Dalam konteks pemberdayaan, keluarga tidak hanya menjadi sasaran edukasi, tetapi juga aktor utama dalam pengambilan keputusan terkait praktik pemberian makan anak, kebersihan lingkungan, dan pemanfaatan layanan kesehatan. Pendekatan ini juga menekankan pentingnya local champions, kader, dan

dukungan komunitas dalam memastikan keberlanjutan perubahan perilaku. Dengan demikian, program stunting di Indonesia merupakan model integratif antara pemberdayaan masyarakat, perubahan perilaku, dan intervensi kesehatan masyarakat.

- 5) Kebijakan Kemenkes Terkait Pemberdayaan Masyarakat  
Kebijakan Kementerian Kesehatan Indonesia saat ini semakin menempatkan pemberdayaan masyarakat sebagai bagian penting dari transformasi sistem kesehatan, terutama dalam penguatan layanan kesehatan primer dan promosi kesehatan berbasis komunitas. Arah kebijakan ini sejalan dengan tren global yang menekankan bahwa sistem kesehatan yang efektif harus dibangun melalui *community engagement*, penguatan jejaring komunitas, serta kolaborasi lintas sektor yang berkelanjutan (Chambers & Goddard, 2024; Wolfenden et al., 2024). Kebijakan transformasi kesehatan mendorong integrasi *promotif-preventif*, penguatan Posyandu, peningkatan kapasitas kader, penguatan literasi kesehatan, serta digitalisasi pelayanan kesehatan masyarakat. Selain itu, kebijakan nasional juga menunjukkan orientasi yang semakin kuat terhadap

pelayanan kesehatan berpusat pada masyarakat (*people-centered care*), di mana komunitas diposisikan sebagai mitra aktif dalam pembangunan kesehatan. Pendekatan ini menandai perubahan dari model pelayanan yang berorientasi institusi menuju model kesehatan yang lebih partisipatif dan berbasis komunitas. Dengan demikian, kebijakan Kemenkes semakin memperkuat legitimasi pemberdayaan masyarakat sebagai strategi utama pembangunan kesehatan Indonesia.

c. Tantangan dan Arah Masa Depan

1) Kesenjangan Partisipasi Antarwilayah

Salah satu tantangan utama dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah adanya kesenjangan partisipasi antarwilayah, baik antara wilayah perkotaan dan pedesaan maupun antar daerah dengan kapasitas sumber daya yang berbeda. Tidak semua komunitas memiliki tingkat kesiapan organisasi, kepemimpinan lokal, akses informasi, dan dukungan kelembagaan yang sama untuk terlibat aktif dalam program kesehatan. Akibatnya, implementasi pemberdayaan masyarakat sering menunjukkan hasil yang tidak merata. Literatur menegaskan bahwa keberhasilan *community empowerment* sangat

dipengaruhi oleh konteks lokal, kapasitas komunitas, jejaring sosial, dan dukungan sistem kesehatan, sehingga pendekatan yang efektif di satu wilayah belum tentu berhasil di wilayah lain (Khader et al., 2025; Shin et al., 2023). Selain itu, keterbatasan infrastruktur, hambatan geografis, dan disparitas pembangunan dapat memperlemah partisipasi masyarakat di daerah tertentu. Oleh karena itu, arah masa depan pemberdayaan harus menekankan pendekatan kontekstual dan *equity-oriented* agar kesenjangan partisipasi tidak semakin memperlebar ketidakadilan kesehatan.

## 2) Literasi Kesehatan Masyarakat

Rendahnya literasi kesehatan masyarakat masih menjadi tantangan besar dalam implementasi pemberdayaan kesehatan. Literasi kesehatan tidak hanya berkaitan dengan kemampuan memahami informasi kesehatan, tetapi juga kemampuan menilai informasi secara kritis, mengambil keputusan yang tepat, serta menggunakan layanan kesehatan secara efektif. Masyarakat dengan literasi kesehatan yang rendah cenderung lebih pasif dalam pengambilan keputusan, kurang optimal dalam memanfaatkan layanan

kesehatan, dan lebih rentan terhadap informasi yang salah. Literatur menunjukkan bahwa penguatan health literacy merupakan fondasi penting dalam community empowerment karena tanpa kapasitas memahami informasi kesehatan, masyarakat sulit berkembang menjadi aktor aktif dalam perubahan kesehatan (Chambers & Goddard, 2024; Shin et al., 2023). Tantangan ini semakin kompleks di era digital ketika informasi kesehatan tersedia dalam jumlah besar tetapi kualitasnya sangat bervariasi. Oleh karena itu, masa depan pemberdayaan masyarakat perlu mengintegrasikan strategi peningkatan literasi kesehatan yang lebih partisipatif, inklusif, dan adaptif terhadap perubahan media informasi.

3) Ketergantungan pada Tenaga Kesehatan

Meskipun pemberdayaan bertujuan membangun kemandirian masyarakat, dalam praktiknya banyak program kesehatan masih menunjukkan ketergantungan yang tinggi pada tenaga kesehatan formal. Program yang terlalu bergantung pada arahan petugas kesehatan sering kali kehilangan keberlanjutan ketika dukungan eksternal berkurang atau berakhir.

Ketergantungan ini menunjukkan bahwa transfer kapasitas dan kepemilikan program kepada komunitas belum sepenuhnya terjadi. Literatur menegaskan bahwa *community empowerment* yang efektif harus membangun kapasitas internal masyarakat, termasuk melalui penguatan kader, kepemimpinan lokal, dan mekanisme pengorganisasian komunitas yang mandiri (Packard-Winkler et al., 2024; Shin et al., 2023). Jika masyarakat tetap bergantung pada sistem eksternal, maka pemberdayaan hanya bersifat administratif, bukan transformasional. Oleh karena itu, arah masa depan pemberdayaan harus memperkuat strategi *capacity building* yang memungkinkan masyarakat menjadi pengelola utama perubahan kesehatan di komunitas mereka.

#### 4) Hambatan Sosial Budaya dalam Pemberdayaan

Faktor sosial budaya juga menjadi tantangan penting dalam pemberdayaan masyarakat. Norma sosial, struktur kekuasaan lokal, peran gender, kepercayaan tradisional, serta pola komunikasi dalam komunitas dapat memengaruhi tingkat partisipasi masyarakat dalam program kesehatan. Dalam beberapa konteks, kelompok

tertentu seperti perempuan, remaja, masyarakat miskin, atau kelompok marginal mungkin menghadapi hambatan untuk menyuarkan kebutuhan kesehatan mereka. Literatur menunjukkan bahwa intervensi pemberdayaan yang tidak sensitif terhadap konteks sosial budaya berisiko mengalami resistensi, rendahnya penerimaan, atau bahkan memperkuat eksklusi sosial yang sudah ada (Abbass, 2024; Packard-Winkler et al., 2024). Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat harus dirancang dengan pendekatan yang menghargai budaya lokal, mendorong inklusivitas, dan memastikan kelompok rentan memiliki ruang partisipasi yang setara. Masa depan *community empowerment* sangat bergantung pada kemampuan sistem kesehatan untuk membangun intervensi yang *culturally responsive* dan *socially inclusive*.

5) Pemanfaatan Teknologi Digital dalam *Community Empowerment*

Perkembangan teknologi digital membuka peluang besar bagi pemberdayaan masyarakat, tetapi sekaligus menghadirkan tantangan baru. Platform digital memungkinkan perluasan edukasi kesehatan, komunikasi komunitas, penguatan

jejaring sosial, monitoring program, serta peningkatan akses terhadap informasi kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa digital engagement dapat mempercepat implementasi program kesehatan, memperluas jangkauan intervensi, dan mendukung rapid adaptation dalam situasi dinamis seperti krisis kesehatan Masyarakat (Eisman et al., 2022; Wolfenden et al., 2024). Namun demikian, tantangan seperti kesenjangan akses internet, rendahnya literasi digital, keterbatasan infrastruktur, dan risiko misinformation dapat menghambat efektivitas pendekatan ini. Jika tidak dikelola secara adil, digitalisasi justru dapat memperlebar kesenjangan kesehatan antar kelompok masyarakat. Oleh karena itu, arah masa depan pemberdayaan harus memanfaatkan teknologi digital secara strategis dengan tetap memperhatikan prinsip equity, accessibility, dan community inclusion.

6) Integrasi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pelayanan Primer

Arah masa depan yang paling strategis adalah integrasi pemberdayaan masyarakat dengan pelayanan kesehatan primer. Pelayanan primer merupakan titik kontak utama

masyarakat dengan sistem kesehatan, sehingga menjadi ruang ideal untuk mengembangkan model pemberdayaan yang berkelanjutan. Integrasi ini memungkinkan *community engagement* tidak hanya menjadi program tambahan, tetapi menjadi bagian inti dari sistem pelayanan kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa model health system strengthening yang mengintegrasikan *community engagement, cross-sector collaboration, dan learning health systems* lebih efektif dalam menciptakan perubahan kesehatan yang berkelanjutan (Chambers & Goddard, 2024; Shin et al., 2023; Wolfenden et al., 2024). Dalam pendekatan ini, tenaga kesehatan berperan sebagai fasilitator, sementara masyarakat berfungsi sebagai mitra aktif dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, monitoring komunitas, dan pengambilan keputusan kesehatan. Integrasi dengan pelayanan primer juga memperkuat kesinambungan antara intervensi komunitas dan sistem kesehatan formal. Dengan demikian, masa depan pemberdayaan masyarakat terletak pada transformasi pelayanan primer menjadi sistem yang benar-benar

people-centered, participatory, dan empowerment-oriented.

### C. Penutup

#### 1. Ringkasan Konsep Utama

Bab ini menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan pendekatan fundamental dalam pembangunan kesehatan modern yang menempatkan masyarakat sebagai subjek aktif dalam proses perubahan kesehatan, bukan sekadar penerima manfaat dari intervensi pelayanan kesehatan. Konsep pemberdayaan berkembang dari pemahaman bahwa kesehatan tidak hanya ditentukan oleh pelayanan medis, tetapi juga oleh determinan sosial, ekonomi, budaya, lingkungan, serta kapasitas masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor tersebut. Dalam perspektif ini, pemberdayaan dipahami sebagai proses sekaligus outcome yang mencakup peningkatan kapasitas, agency, efikasi diri, modal sosial, partisipasi aktif, dan kemampuan kolektif masyarakat dalam memengaruhi keputusan yang berdampak pada kesehatan. Bab ini juga membahas landasan filosofis pemberdayaan yang berakar pada prinsip keadilan sosial, otonomi, redistribusi kekuasaan, penghargaan terhadap pengetahuan lokal, dan penguatan kemitraan antara masyarakat dengan sistem kesehatan. Selain itu, berbagai teori dan model pemberdayaan seperti *Ottawa Charter*, *community organization model*, *social*

*cognitive theory, self-efficacy, dan asset-based community development* menunjukkan bahwa perubahan kesehatan yang berkelanjutan harus dibangun melalui keterlibatan aktif masyarakat. Implementasi pemberdayaan dilakukan melalui tahapan sistematis, mulai dari identifikasi masalah kesehatan komunitas, analisis kebutuhan, pemetaan sumber daya lokal, perencanaan partisipatif, pelaksanaan program berbasis komunitas, hingga monitoring dan evaluasi. Dalam praktiknya, pemberdayaan masyarakat telah diterapkan dalam berbagai program kesehatan seperti Posyandu, desa siaga, kesehatan ibu dan anak, pencegahan stunting, pengendalian penyakit, dan kesehatan lingkungan. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat merupakan pendekatan komprehensif yang menghubungkan perubahan perilaku individu, kapasitas komunitas, dan transformasi sistem kesehatan secara berkelanjutan.

## 2. Refleksi Strategis Pemberdayaan Masyarakat dalam Sistem Kesehatan Modern

Perkembangan sistem kesehatan modern menunjukkan bahwa pendekatan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pengobatan semata tidak lagi cukup untuk menjawab kompleksitas tantangan kesehatan masyarakat saat ini. Meningkatnya penyakit tidak menular, ancaman pandemi, masalah kesehatan mental, ketimpangan akses pelayanan kesehatan, serta pengaruh kuat determinan sosial terhadap

kesehatan menuntut perubahan paradigma menuju pendekatan promotif, preventif, partisipatif, dan berpusat pada masyarakat. Dalam konteks ini, pemberdayaan masyarakat menjadi strategi yang sangat relevan karena memungkinkan masyarakat menjadi mitra aktif dalam menciptakan perubahan kesehatan yang berkelanjutan. Pemberdayaan bukan hanya tentang meningkatkan pengetahuan kesehatan, tetapi tentang membangun kapasitas masyarakat untuk memahami masalah, mengambil keputusan, memobilisasi sumber daya, serta bertindak secara kolektif dalam meningkatkan kualitas hidup mereka. Pendekatan ini juga mencerminkan transformasi hubungan antara masyarakat dan sistem kesehatan, dari model paternalistik menuju model kemitraan yang lebih demokratis dan partisipatif. Dalam era transformasi kesehatan global, *people-centered care*, *community engagement*, *digital health*, dan *resilience system* menjadi agenda utama, sehingga pemberdayaan masyarakat semakin memiliki posisi strategis dalam reformasi pelayanan kesehatan. Masyarakat yang berdaya tidak hanya lebih mampu menjaga kesehatan dirinya sendiri, tetapi juga lebih tangguh dalam menghadapi krisis kesehatan, perubahan lingkungan, maupun tantangan sosial yang memengaruhi kesejahteraan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat harus dipandang sebagai investasi jangka panjang dalam

membangun sistem kesehatan yang adil, inklusif, responsif, dan berkelanjutan.

3. Implikasi bagi Praktik, Pendidikan, dan Kebijakan Kesehatan

Implikasi dari pendekatan pemberdayaan masyarakat sangat luas dan memerlukan transformasi pada berbagai level sistem kesehatan. Bagi tenaga kesehatan, pemberdayaan menuntut perubahan peran dari sekadar pemberi layanan menjadi fasilitator, educator, pendamping, advokat, dan mitra kolaboratif bagi masyarakat. Tenaga kesehatan perlu memiliki kemampuan dalam membangun komunikasi partisipatif, memfasilitasi pengorganisasian komunitas, memperkuat kapasitas lokal, serta mendorong keterlibatan masyarakat dalam pengambilan keputusan kesehatan. Bagi institusi pendidikan kesehatan, pemberdayaan masyarakat harus menjadi bagian penting dalam pengembangan kurikulum agar calon tenaga kesehatan tidak hanya unggul secara klinis, tetapi juga kompeten dalam *community engagement*, *cultural competence*, promosi kesehatan, dan pemberdayaan berbasis komunitas. Pendidikan kesehatan perlu membentuk tenaga profesional yang memahami bahwa keberhasilan pelayanan kesehatan sangat bergantung pada kemampuan membangun kemitraan dengan masyarakat. Sementara itu, bagi pembuat kebijakan, pemberdayaan masyarakat menuntut kebijakan kesehatan yang lebih berpihak pada

pendekatan promotif-preventif, penguatan pelayanan kesehatan primer, pengembangan kapasitas kader, transformasi Posyandu, serta dukungan terhadap model pelayanan kesehatan berbasis komunitas. Kebijakan juga harus mendorong kolaborasi lintas sektor, integrasi teknologi digital yang inklusif, serta penguatan sistem monitoring yang mampu menilai perubahan kapasitas masyarakat, bukan hanya output program. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat bukan hanya tanggung jawab komunitas, tetapi merupakan agenda bersama seluruh aktor dalam sistem kesehatan untuk mewujudkan pembangunan kesehatan yang lebih efektif, berkeadilan, dan berkelanjutan.

#### **D. Latihan Soal**

1. Pemberdayaan masyarakat dalam kesehatan menempatkan masyarakat sebagai...
  - A. Objek pembangunan kesehatan
  - B. Penerima bantuan pasif
  - C. Subjek utama pembangunan kesehatan
  - D. Pengawas tenaga kesehatan
  - E. Pengguna layanan semata
2. Salah satu tujuan utama pemberdayaan masyarakat adalah...
  - A. Meningkatkan ketergantungan pada tenaga kesehatan
  - B. Meningkatkan kemampuan masyarakat mengendalikan faktor kesehatan
  - C. Mengurangi partisipasi masyarakat

- D. Membatasi akses informasi kesehatan
- E. Mengurangi peran komunitas
- 3. Prinsip utama pemberdayaan masyarakat yang berarti menciptakan lingkungan yang mendukung masyarakat berkembang adalah...
  - A. Protecting
  - B. Mobilizing
  - C. Enabling
  - D. Evaluating
  - E. Supervising
- 4. Prinsip empowering dalam pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk...
  - A. Mengurangi peran masyarakat
  - B. Memperkuat kapasitas dan kemampuan masyarakat
  - C. Membatasi pengambilan keputusan
  - D. Menggantikan peran tenaga kesehatan
  - E. Mengurangi akses layanan kesehatan
- 5. Pendekatan yang menempatkan masyarakat sebagai pusat dalam seluruh proses intervensi kesehatan disebut...
  - A. Hospital-based health promotion
  - B. Community-based health promotion
  - C. Curative approach
  - D. Clinical promotion
  - E. Medical intervention
- 6. Pendekatan bottom-up dalam pemberdayaan masyarakat berfokus pada...
  - A. Arahan pemerintah pusat
  - B. Keputusan tenaga kesehatan
  - C. Kebutuhan dan aspirasi masyarakat
  - D. Kebijakan rumah sakit

- E. Standar internasional
- 7. Salah satu bentuk implementasi pemberdayaan masyarakat di Indonesia adalah...
  - A. Posyandu
  - B. Laboratorium klinik
  - C. Pabrik obat
  - D. Instalasi radiologi
  - E. Unit bedah
- 8. Strategi yang bertujuan memperjuangkan hak masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang adil disebut...
  - A. Edukasi
  - B. Advokasi
  - C. Observasi
  - D. Dokumentasi
  - E. Registrasi
- 9. Community organization model menekankan pentingnya...
  - A. Pengobatan individu
  - B. Organisasi sosial dan tindakan kolektif masyarakat
  - C. Pemeriksaan laboratorium
  - D. Teknologi medis canggih
  - E. Pelayanan rumah sakit
- 10. Self-efficacy dalam pemberdayaan masyarakat adalah...
  - A. Kemampuan membuat obat
  - B. Keyakinan terhadap kemampuan diri untuk melakukan perubahan kesehatan
  - C. Kemampuan mengelola rumah sakit
  - D. Tingkat pendidikan masyarakat
  - E. Jumlah kader kesehatan

---

## **BAB 7**

---

### **PROMOSI KESEHATAN DI BERBAGAI TATANAN**

---

#### **A. Pendahuluan**

Pendekatan promosi kesehatan berdasarkan tatanan bertujuan menciptakan lingkungan yang mendukung terbentuknya perilaku hidup sehat dan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Dengan melibatkan seluruh komponen masyarakat dalam berbagai tatanan, diharapkan tercipta budaya hidup sehat yang berkelanjutan.

##### **1. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mempelajari Bab 7 tentang Promosi Kesehatan di Berbagai Tatanan, mahasiswa mampu memahami konsep, prinsip, strategi, dan penerapan promosi kesehatan pada berbagai tatanan kehidupan masyarakat sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

##### **2. Capaian Pembelajaran**

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Mengidentifikasi berbagai tatanan promosi kesehatan yang meliputi keluarga, sekolah, tempat kerja, fasilitas pelayanan kesehatan, dan masyarakat.
- b. Menjelaskan karakteristik serta sasaran promosi kesehatan pada setiap tatanan.

## **B. Berbagai Tatanan Promosi Kesehatan**

### **1. Promosi Kesehatan pada Tatanan Keluarga**

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki peran penting dalam pembentukan perilaku kesehatan setiap anggotanya. Sejak usia dini, individu belajar berbagai kebiasaan hidup dari lingkungan keluarga, termasuk pola makan, kebersihan diri, aktivitas fisik, dan perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, keluarga menjadi tatanan yang sangat strategis dalam pelaksanaan promosi Kesehatan (Basińska-Zych A, 2021).

Promosi kesehatan pada tatanan keluarga bertujuan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, serta melakukan tindakan pencegahan dan perawatan sederhana. Keluarga yang memiliki pengetahuan kesehatan yang baik akan lebih mampu menjaga kesehatan anggota keluarganya dan mencegah terjadinya penyakit. Kegiatan promosi kesehatan pada tatanan keluarga dapat dilakukan melalui penyuluhan kesehatan, konseling keluarga, kunjungan rumah, pendampingan keluarga berisiko, serta pemberian media edukasi seperti leaflet dan booklet. Materi yang diberikan dapat mencakup gizi keluarga, kesehatan ibu dan anak, imunisasi, sanitasi lingkungan, pencegahan penyakit menular, dan pengelolaan penyakit kronis. Keberhasilan promosi kesehatan di keluarga

sangat dipengaruhi oleh partisipasi seluruh anggota keluarga, terutama kepala keluarga dan pengasuh utama (Basińska-Zych A,2021).

## 2. Promosi Kesehatan pada Tataan Sekolah

Sekolah merupakan lingkungan yang sangat efektif untuk menanamkan perilaku hidup sehat sejak usia dini. Sebagian besar waktu anak dan remaja dihabiskan di sekolah sehingga institusi ini memiliki peran penting dalam membentuk pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan peserta didik. Sekolah juga menjadi tempat yang ideal untuk membangun budaya hidup sehat secara berkelanjutan. Tujuan promosi kesehatan di sekolah adalah meningkatkan kemampuan peserta didik untuk menjaga kesehatan diri, mencegah penyakit, serta menciptakan lingkungan sekolah yang sehat dan aman. Selain siswa, sasaran promosi kesehatan juga meliputi guru, tenaga kependidikan, dan orang tua sebagai bagian dari komunitas sekolah. Pelaksanaan promosi kesehatan di sekolah dapat dilakukan melalui kegiatan UKS, pendidikan kesehatan dalam pembelajaran, pemeriksaan kesehatan berkala, kantin sehat, kegiatan olahraga, serta kampanye kesehatan. Topik yang sering diberikan antara lain gizi seimbang, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan merokok, kesehatan mental, dan kebersihan diri. Keberhasilan promosi kesehatan di sekolah memerlukan dukungan seluruh warga sekolah dan kerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan setempat. Lingkungan

sekolah yang bersih, aman, dan mendukung perilaku sehat akan membantu peserta didik menerapkan kebiasaan sehat tidak hanya di sekolah tetapi juga dalam kehidupan sehari-hari (Liamputtong, P. 2026)

3. Promosi Kesehatan pada Tataan Tempat Kerja  
Kondisi kesehatan pekerja berpengaruh langsung terhadap produktivitas, kualitas kerja, dan kesejahteraan individu maupun organisasi. Oleh karena itu, tempat kerja menjadi sasaran strategis dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan di tempat kerja bertujuan menciptakan lingkungan kerja yang sehat, aman, dan nyaman serta meningkatkan kemampuan pekerja dalam menjaga kesehatannya mengurangi risiko kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, dan gangguan kesehatan yang dapat menurunkan produktivitas. Bentuk kegiatan promosi kesehatan di tempat kerja meliputi pendidikan kesehatan, pemeriksaan kesehatan berkala, program keselamatan dan kesehatan kerja (K3), manajemen stres, penyediaan fasilitas olahraga, kampanye berhenti merokok, dan pengelolaan lingkungan kerja yang sehat.  
Dukungan kebijakan perusahaan, ketersediaan sarana kesehatan, serta budaya kerja yang mendukung perilaku sehat menjadi faktor penting dalam menciptakan tempat kerja yang produktif dan berwawasan Kesehatan (Lee A, et al 2020) (Lwin KS, et al, 2022)

4. Promosi Kesehatan pada Tataan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, klinik, rumah sakit, dan praktik mandiri tenaga kesehatan merupakan tempat yang strategis untuk melaksanakan promosi Kesehatan. Tujuan promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan adalah meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit, pengobatan, pencegahan komplikasi, serta penerapan perilaku hidup sehat. Kegiatan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui konseling individu, penyuluhan kelompok, pemasangan media edukasi, kelas kesehatan, demonstrasi keterampilan kesehatan, serta pemanfaatan media digital. Materi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan pasien, seperti pengelolaan diabetes, hipertensi, kesehatan ibu dan anak, atau pencegahan penyakit menular. Promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan harus menjadi bagian integral dari pelayanan yang diberikan (Basińska-Zych A, 2021).

5. Promosi Kesehatan pada Tataan Masyarakat

Masyarakat merupakan tataan yang mencakup kelompok individu dengan berbagai latar belakang sosial, budaya, ekonomi, dan pendidikan. Promosi kesehatan pada tataan masyarakat bertujuan memberdayakan masyarakat agar mampu mengenali masalah kesehatan, mencari solusi, serta berpartisipasi aktif dalam pembangunan kesehatan di

lingkungannya. Pendekatan yang digunakan dalam promosi kesehatan masyarakat menekankan pada partisipasi aktif warga, kemitraan lintas sektor, dan pemanfaatan potensi lokal. Masyarakat tidak hanya menjadi penerima informasi kesehatan, tetapi juga berperan sebagai pelaku utama dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan lingkungannya. Bentuk kegiatan promosi kesehatan di masyarakat meliputi penyuluhan kesehatan, pembentukan kader kesehatan, kegiatan posyandu, kampanye kesehatan, kerja bakti lingkungan. Keberhasilan promosi kesehatan pada tatanan masyarakat sangat bergantung pada keterlibatan tokoh masyarakat, kader kesehatan, organisasi kemasyarakatan, serta dukungan pemerintah

### **C. Karakteristik dan Sasaran Promosi Kesehatan pada Setiap Tatanan**

#### **1. Karakteristik dan Sasaran Promosi Kesehatan pada Tatanan Keluarga**

Keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama bagi individu dalam memperoleh pengetahuan, nilai, serta kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan. Karakteristik tatanan keluarga ditandai dengan adanya hubungan yang erat antaranggota keluarga, interaksi yang berlangsung secara terus-menerus, serta pengaruh yang kuat terhadap pembentukan perilaku kesehatan. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga berfokus pada

pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Keluarga berperan dalam mengajarkan kebiasaan menjaga kebersihan diri, mengonsumsi makanan bergizi, melakukan aktivitas fisik, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan secara tepat. Lingkungan keluarga yang sehat akan mendukung tumbuh kembang anggota keluarga secara optimal. Sasaran promosi kesehatan pada tatanan keluarga mencakup seluruh anggota keluarga, mulai dari bayi, anak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia. Namun demikian, ibu atau pengasuh utama sering menjadi sasaran prioritas karena memiliki peran besar dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan keluarga. Selain itu, kepala keluarga juga menjadi sasaran penting karena berpengaruh dalam penyediaan sumber daya dan dukungan keluarga. Materi yang diberikan dapat berupa kesehatan ibu dan anak, gizi keluarga, pencegahan penyakit menular, kesehatan reproduksi, kesehatan lansia, serta pengelolaan penyakit kronis Liamputtong, P. (2026)

2. Karakteristik dan Sasaran Promosi Kesehatan pada Tatanan Sekolah

Sekolah merupakan lingkungan pendidikan yang memiliki sistem terstruktur dan terorganisasi sehingga sangat mendukung pelaksanaan promosi kesehatan. Karakteristik tatanan sekolah ditandai dengan adanya proses pembelajaran yang terjadwal, interaksi sosial

yang intensif, serta keberadaan tenaga pendidik yang dapat menjadi teladan bagi peserta didik dalam menerapkan perilaku sehat. Promosi kesehatan di sekolah bertujuan membentuk pengetahuan, sikap, dan keterampilan siswa agar mampu menerapkan perilaku hidup sehat sejak dini. Sekolah juga berperan dalam menciptakan lingkungan fisik dan sosial yang mendukung kesehatan melalui kebijakan sekolah sehat, sanitasi yang baik, kantin sehat, dan kegiatan olahraga yang teratur. Sasaran utama promosi kesehatan pada tatanan sekolah adalah peserta didik karena mereka berada pada tahap perkembangan yang sangat penting dalam pembentukan perilaku. Selain siswa, sasaran lainnya meliputi guru, tenaga kependidikan, pengelola sekolah, dan orang tua yang turut berperan dalam mendukung keberhasilan program kesehatan sekolah. Materi promosi kesehatan di sekolah dapat mencakup gizi seimbang, kesehatan reproduksi remaja, kesehatan mental, pencegahan penyalahgunaan zat adiktif, kebersihan diri, dan aktivitas fisik (Basińska-Zych A, 2021).

### 3. Karakteristik dan Sasaran Promosi Kesehatan pada Tatanan Tempat Kerja

Karakteristik tatanan tempat kerja ditandai dengan adanya struktur organisasi, aturan kerja, budaya kerja, serta berbagai faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan pekerja. Sasaran promosi kesehatan pada tatanan tempat kerja meliputi seluruh pekerja

tanpa memandang jabatan atau jenis pekerjaan. Selain pekerja, manajemen perusahaan, supervisor, dan petugas keselamatan dan kesehatan kerja juga menjadi sasaran karena memiliki peran dalam penyusunan kebijakan dan pelaksanaan program kesehatan kerja. Program promosi kesehatan di tempat kerja biasanya mencakup edukasi kesehatan, pemeriksaan kesehatan berkala, manajemen stres, pencegahan penyakit tidak menular, keselamatan kerja, ergonomi, serta peningkatan aktivitas fisik. Melalui program yang terencana dengan baik, tempat kerja dapat menjadi lingkungan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan pekerja (OECD, 2022) (Liao CH & Bercea S, 2021)

4. Karakteristik dan Sasaran Promosi Kesehatan pada Tataan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki karakteristik sebagai tempat penyelenggaraan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Lingkungan ini memungkinkan terjadinya interaksi langsung antara tenaga kesehatan dengan pasien, keluarga pasien, maupun masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.. Sasaran promosi kesehatan pada tataan ini meliputi pasien, keluarga pasien, pengunjung fasilitas kesehatan, dan masyarakat yang memanfaatkan layanan kesehatan. Sasaran dapat bersifat individu maupun kelompok sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatan yang dihadapi. Materi

yang diberikan dapat berupa pencegahan penyakit, kepatuhan minum obat, perawatan mandiri di rumah, pengendalian faktor risiko penyakit, serta peningkatan kualitas hidup (Haugan G et al, 2021), (Pelikan et al, 2022)

5. Karakteristik dan Sasaran Promosi Kesehatan pada Tatanan Masyarakat

Masyarakat merupakan tatanan yang memiliki karakteristik paling luas dan kompleks karena terdiri atas berbagai kelompok dengan latar belakang sosial, budaya, pendidikan, ekonomi, dan kepercayaan yang beragam. Keberagaman tersebut memerlukan pendekatan promosi kesehatan yang fleksibel dan disesuaikan dengan kondisi setempat. Promosi kesehatan pada tatanan masyarakat menekankan pada pemberdayaan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah kesehatan, menentukan prioritas kebutuhan, serta mengambil tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan lingkungannya. Pendekatan partisipatif menjadi kunci utama dalam pelaksanaan promosi kesehatan di masyarakat. Sasaran promosi kesehatan pada tatanan masyarakat meliputi individu, keluarga, kelompok masyarakat, organisasi kemasyarakatan, kader kesehatan, tokoh agama, tokoh masyarakat, serta pemangku kepentingan lainnya. Keterlibatan berbagai pihak sangat diperlukan untuk mendukung keberhasilan program kesehatan. Materi promosi kesehatan di masyarakat dapat mencakup berbagai isu

kesehatan sesuai kebutuhan lokal, seperti pencegahan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan lingkungan, gizi masyarakat, kesehatan ibu dan anak, serta kesiapsiagaan bencana. (Green, et al, 2000)

#### **D. Latihn soal**

1. Promosi kesehatan merupakan proses yang memungkinkan individu dan masyarakat untuk....
  - A. Mengobati penyakit secara mandiri
  - B. Mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan
  - C. Mengurangi jumlah tenaga kesehatan
  - D. Menghilangkan seluruh faktor risiko kesehatan
  - E. Menggantikan pelayanan kesehatan kuratif
2. Salah satu tujuan utama promosi kesehatan adalah....
  - A. Meningkatkan jumlah rumah sakit
  - B. Mengurangi biaya pengobatan masyarakat
  - C. Meningkatkan kemampuan masyarakat memelihara kesehatan secara mandiri
  - D. Menambah jumlah tenaga medis
  - E. Meningkatkan penggunaan obat-obatan
3. Berikut ini yang merupakan prinsip promosi kesehatan adalah....
  - A. Kompetisi antar masyarakat
  - B. Sentralisasi kebijakan kesehatan
  - C. Pemberdayaan masyarakat
  - D. Ketergantungan pada tenaga kesehatan
  - E. Pembatasan akses informasi kesehatan

4. Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan melalui kunjungan rumah dan konseling keluarga termasuk tatanan....
  - A. Sekolah
  - B. Tempat kerja
  - C. Masyarakat
  - D. Keluarga
  - E. Kunjungan rumah
5. Salah satu program promosi kesehatan yang umum dilaksanakan di sekolah adalah....
  - A. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
  - B. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
  - C. Kunjungan rumah
  - D. Posyandu
  - E. Program rehabilitasi medis
6. Tujuan promosi kesehatan di tempat kerja adalah....
  - F. Menambah jam kerja karyawan
  - G. Mengurangi jumlah pekerja
  - H. Menciptakan lingkungan kerja yang sehat, aman, dan nyaman
  - I. Mengurangi penggunaan alat keselamatan kerja
  - J. Menghilangkan seluruh risiko pekerjaan
7. Upaya memperoleh dukungan dari pengambil kebijakan untuk mendukung program kesehatan disebut....
  - A. Konseling
  - B. Pemberdayaan
  - C. Bina suasana
  - D. Advokasi

- E. Edukasi
- 8. Berikut yang termasuk kegiatan promosi kesehatan pada tatanan masyarakat adalah....
  - A. Kelas ibu hamil di rumah sakit saja
  - B. Pemeriksaan kesehatan karyawan perusahaan
  - C. Kegiatan Posyandu dan GERMAS
  - D. Program orientasi pegawai baru
  - E. Praktik klinik mandiri
- 9. Faktor eksternal yang dapat memengaruhi keberhasilan program promosi kesehatan adalah....
  - A. Pengetahuan petugas kesehatan
  - B. Kemampuan komunikasi petugas
  - C. Perencanaan program
  - D. Dukungan tokoh masyarakat dan pemerintah
  - E. Keterampilan edukasi petugas
- 10. Evaluasi outcome dalam program promosi kesehatan bertujuan untuk menilai....
  - A. Jumlah anggaran yang digunakan
  - B. Ketersediaan tenaga kesehatan
  - C. Pelaksanaan kegiatan penyuluhan
  - D. Jumlah peserta yang hadir
  - E. Perubahan perilaku dan status kesehatan masyarakat

---

## **BAB 8**

---

# **PERENCANAAN PROGRAM PROMOSI KESEHATAN**

---

### **A. Pendahuluan**

#### **1. Tujuan Pembelajaran**

Mahasiswa mampu memahami dan menyusun perencanaan program promosi kesehatan secara sistematis berdasarkan kebutuhan masyarakat.

#### **2. Capaian Pembelajaran**

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan konsep dasar perencanaan program promosi kesehatan
- b. Menjelaskan tahapan perencanaan program promosi kesehatan
- c. Menjelaskan analisis situasi dan identifikasi masalah kesehatan
- d. menjelaskan penentuan priritas masalah
- e. Menjelaskan penetapan tujuan dan sasaran program
- f. Menjelaskan penyusunan strategi dan rencana operasional promosi kesehatan

### **B. Konsep Perencanaan Program Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan merupakan salah satu pendekatan penting dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui proses pemberdayaan individu, kelompok, dan komunitas

agar mampu mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatannya. Dalam perkembangannya, promosi kesehatan tidak hanya berfokus pada perubahan perilaku individu, tetapi juga mencakup aspek sosial, lingkungan, kebijakan, dan sistem pelayanan kesehatan yang mendukung terciptanya kondisi sehat bagi masyarakat (Fertman & Grim, 2022). Sejalan dengan hal tersebut, World Health Organization (WHO) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai proses yang memungkinkan individu dan masyarakat meningkatkan kontrol terhadap determinan kesehatan sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatannya (World Health Organization, 1986).

Keberhasilan suatu program promosi kesehatan sangat dipengaruhi oleh proses perencanaan yang sistematis, terarah, dan berbasis kebutuhan masyarakat. Perencanaan program merupakan tahap awal yang menentukan arah, tujuan, sasaran, strategi, serta bentuk intervensi yang akan dilaksanakan. Program yang dirancang tanpa perencanaan yang matang berisiko tidak sesuai dengan kebutuhan sasaran, kurang efektif, dan sulit mencapai tujuan yang diharapkan.

perencanaan program kesehatan merupakan proses sistematis yang melibatkan beberapa tahapan penting, yaitu analisis situasi, penetapan prioritas masalah, penentuan tujuan dan sasaran program, pemilihan strategi intervensi, penyusunan rencana operasional, hingga evaluasi program. Perencanaan yang sistematis memungkinkan program dijalankan secara lebih terstruktur serta

memudahkan pengukuran keberhasilan program (McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2017) . Tahapan-tahapan tersebut saling berkaitan dan menjadi dasar dalam penyusunan program promosi kesehatan yang efektif dan berkelanjutan.

Selain itu, program promosi kesehatan yang efektif harus dirancang berdasarkan prinsip partisipasi masyarakat, keadilan kesehatan, dan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based approach*) (Fertman & Grim, 2022). Oleh karena itu, masyarakat perlu dilibatkan sebagai subjek utama dalam proses perencanaan agar program yang disusun sesuai dengan kebutuhan, karakteristik, dan kondisi sosial budaya setempat.

Berdasarkan uraian tersebut, perencanaan program promosi kesehatan merupakan fondasi penting dalam penyelenggaraan intervensi kesehatan masyarakat. Perencanaan yang dilakukan secara sistematis, berbasis bukti, dan melibatkan partisipasi masyarakat akan membantu menghasilkan program yang lebih tepat sasaran, efektif, dan berkelanjutan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai tahapan perencanaan program promosi kesehatan menjadi penting sebagai dasar dalam menyusun program yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

### **C. Tahapan Perencanaan Program Promosi Kesehatan**

Perencanaan program promosi kesehatan merupakan suatu proses yang sistematis dan berkelanjutan untuk merancang intervensi

kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Berbagai model perencanaan program kesehatan telah dikembangkan, seperti PRECEDE-PROCEED, MAP-IT, MAPP, dan Generalized Model. Meskipun memiliki pendekatan yang berbeda, model-model tersebut pada dasarnya memiliki tahapan yang serupa, yaitu melakukan analisis kebutuhan, menentukan masalah prioritas, menetapkan tujuan program, memilih strategi intervensi, dan menyusun rencana pelaksanaan program (McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2017). Perencanaan program promosi kesehatan harus dilakukan secara sistematis, berbasis data, dan melibatkan partisipasi masyarakat agar program yang dirancang sesuai dengan kebutuhan sasaran serta memiliki peluang keberhasilan yang lebih tinggi. Oleh karena itu, setiap tahapan perencanaan perlu dilaksanakan secara berurutan dan saling berkaitan satu sama lain (Fertman & Grim, 2022).



Sumber: Diadaptasi dari McKenzie, Neiger, & Thackeray (2017) dan Fertman & Grim (2022).

### **Gambar 8.1 Tahapan Perencanaan Program Promkes**

Secara umum, tahapan perencanaan program promosi kesehatan meliputi:

#### 1. Analisis Situasi dan Identifikasi Masalah

Tahap awal perencanaan program dilakukan melalui analisis situasi untuk

memperoleh gambaran kondisi kesehatan masyarakat, karakteristik sasaran, sumber daya yang tersedia, serta berbagai masalah kesehatan yang dihadapi. Informasi tersebut diperoleh dari data primer maupun sekunder dan digunakan sebagai dasar identifikasi masalah kesehatan yang memerlukan intervensi.

2. Penentuan Prioritas Masalah

Tahap ini bertujuan memilih masalah yang paling penting dan mendesak untuk ditangani berdasarkan besarnya masalah, tingkat keparahan, dampak yang ditimbulkan, serta ketersediaan sumber daya.

3. Identifikasi Penyebab Masalah

Setelah masalah prioritas ditetapkan, dilakukan identifikasi faktor-faktor penyebab yang mendasarinya. Tahap ini bertujuan menemukan akar penyebab masalah sehingga program yang dirancang dapat lebih tepat sasaran dan efektif.

4. Penentuan Tujuan dan Sasaran Program

Tujuan program menggambarkan perubahan yang ingin dicapai, sedangkan sasaran program menunjukkan kelompok yang menjadi fokus intervensi. Perumusan tujuan dan sasaran yang jelas menjadi pedoman dalam pelaksanaan program.

5. Penyusunan Strategi dan Rencana Operasional Program

Tahap ini meliputi pemilihan strategi, metode, media, dan kegiatan yang akan digunakan untuk mencapai tujuan program.

Selain itu, disusun pula kebutuhan sumber daya, jadwal kegiatan, serta indikator keberhasilan program sebagai pedoman pelaksanaan.

Setiap tahapan dalam proses perencanaan saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Oleh karena itu, pemahaman yang baik terhadap setiap tahapan perencanaan menjadi penting agar program promosi kesehatan yang disusun mampu menjawab kebutuhan masyarakat, memanfaatkan sumber daya secara optimal, serta memberikan dampak yang berkelanjutan bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

#### **D. Analisis Situasi dan Identifikasi Masalah**

Analisis situasi merupakan tahap awal dalam perencanaan program promosi kesehatan yang bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai kondisi kesehatan masyarakat, karakteristik sasaran, faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan, serta sumber daya yang tersedia. Tahap ini menjadi dasar dalam penyusunan program karena membantu perencana memahami kebutuhan dan permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat (McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2017)

Program promosi kesehatan yang efektif harus disusun berdasarkan kebutuhan masyarakat (*community needs*) dan didukung oleh data yang akurat. Oleh karena itu, analisis situasi dilakukan melalui pengumpulan dan analisis berbagai informasi yang relevan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang memerlukan intervensi (Fertman & Grim, 2022). Data yang digunakan

dalam analisis situasi dapat berasal dari data primer maupun data sekunder. Data primer diperoleh secara langsung dari masyarakat melalui wawancara, observasi, survei, atau diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion*) (Supriyanto & Damayanti, 2007). Sementara itu, data sekunder diperoleh dari berbagai sumber yang telah tersedia, seperti profil kesehatan daerah, laporan puskesmas, data Badan Pusat Statistik (BPS), hasil survei kesehatan, maupun hasil penelitian terdahulu (Green & Kreuter, 2005).

Hasil analisis situasi digunakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi pada masyarakat sasaran. Identifikasi masalah dilakukan dengan membandingkan kondisi kesehatan yang ada dengan kondisi yang diharapkan atau standar yang telah ditetapkan. Melalui proses ini, berbagai masalah kesehatan yang ditemukan dapat didokumentasikan sebagai dasar dalam penentuan prioritas masalah pada tahap berikutnya.

#### **E. Penentuan Prioritas Masalah**

Hasil analisis situasi biasanya menunjukkan lebih dari satu masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat. Namun, keterbatasan sumber daya, waktu, tenaga, dan biaya menyebabkan tidak semua masalah dapat ditangani secara bersamaan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penentuan prioritas masalah untuk menentukan masalah mana yang harus mendapatkan perhatian terlebih dahulu (McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2017). Penentuan prioritas masalah merupakan proses memilih

masalah kesehatan yang paling penting untuk ditangani melalui program promosi kesehatan. Proses ini bertujuan agar program yang disusun lebih terarah dan penggunaan sumber daya menjadi lebih efektif (Green & Kreuter, 2005).

Dalam menentukan prioritas masalah, terdapat beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan, antara lain besarnya masalah, tingkat keparahan masalah, dampak yang ditimbulkan bagi masyarakat, kemungkinan masalah untuk diatasi, serta ketersediaan sumber daya yang dimiliki. Berbagai metode dapat digunakan untuk menentukan prioritas masalah, seperti *metode ranking*, *metode scoring*, dan *Multi Criteria Utility Analysis* (MCUA). Salah satu metode scoring yang sering digunakan adalah metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*). Metode ini menilai masalah berdasarkan tingkat urgensi (*urgency*), tingkat keparahan (*seriousness*), dan potensi perkembangan masalah di masa mendatang (*growth*). Masalah dengan nilai tertinggi ditetapkan sebagai masalah prioritas yang akan menjadi fokus program.

Sebagai contoh, hasil analisis situasi menunjukkan adanya beberapa masalah kesehatan pada remaja, seperti anemia, merokok, kurang aktivitas fisik, dan pola makan tidak sehat. Setelah dilakukan penilaian menggunakan metode USG, masalah anemia memperoleh nilai tertinggi sehingga ditetapkan sebagai masalah prioritas untuk ditangani melalui program promosi kesehatan. Masalah yang telah ditetapkan sebagai

prioritas selanjutnya perlu dianalisis lebih lanjut untuk mengetahui faktor-faktor yang menjadi penyebabnya. Hasil analisis tersebut akan menjadi dasar dalam penyusunan tujuan, strategi, dan kegiatan program promosi kesehatan.

#### **F. Identifikasi Penyebab Masalah**

Setelah masalah prioritas ditetapkan, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya masalah tersebut. Identifikasi penyebab masalah bertujuan untuk menemukan akar penyebab (*root cause*) sehingga program yang dirancang dapat mengatasi masalah secara tepat dan efektif (Green & Kreuter, 2005). Dalam promosi kesehatan, suatu masalah kesehatan umumnya tidak disebabkan oleh satu faktor saja, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Faktor tersebut dapat berasal dari perilaku individu, lingkungan fisik, lingkungan sosial, budaya, kondisi ekonomi, pelayanan kesehatan, maupun kebijakan yang berlaku (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015).

Identifikasi penyebab masalah penting dilakukan karena intervensi yang diberikan harus sesuai dengan faktor penyebab yang mendasarinya. Sebagai contoh, masalah anemia pada remaja putri tidak hanya dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang gizi, tetapi juga rendahnya kepatuhan mengonsumsi tablet tambah darah, pola makan yang kurang sehat, dukungan keluarga yang terbatas, maupun akses terhadap pelayanan kesehatan.

Berbagai metode dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab masalah, antara lain diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion*), wawancara mendalam, observasi, serta analisis akar masalah (*root cause analysis*). Salah satu teknik yang sering digunakan adalah diagram tulang ikan (*fishbone diagram*) yang membantu mengelompokkan berbagai faktor penyebab berdasarkan kategori tertentu.

Hasil identifikasi penyebab masalah akan menjadi dasar dalam penyusunan tujuan dan sasaran program. Dengan memahami penyebab yang mendasari suatu masalah, program promosi kesehatan dapat dirancang secara lebih tepat sasaran sehingga mampu menghasilkan perubahan perilaku maupun perubahan lingkungan yang mendukung kesehatan masyarakat.

#### **G. Penetapan Tujuan dan Sasaran Program**

Tahap penetapan tujuan dan sasaran program dilakukan setelah masalah prioritas dan faktor penyebabnya berhasil diidentifikasi. Tujuan dan sasaran berfungsi sebagai arah pelaksanaan program serta menjadi acuan dalam menilai keberhasilan intervensi yang dilakukan. Tujuan program menggambarkan kondisi atau perubahan yang ingin dicapai melalui pelaksanaan program promosi kesehatan, sehingga perumusannya harus mengacu pada masalah prioritas dan faktor-faktor penyebab yang telah dianalisis sebelumnya. Kejelasan tujuan dan sasaran akan membantu memastikan bahwa program yang dirancang sesuai

dengan kebutuhan masyarakat, memudahkan proses pemilihan strategi dan penyusunan kegiatan, serta mendukung penetapan indikator keberhasilan program (McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2017) (Green & Kreuter, 2005).

Tujuan program umumnya dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum menggambarkan hasil akhir yang ingin dicapai secara luas dalam kurun waktu tertentu. Tujuan khusus menjelaskan perubahan yang lebih spesifik dan terukur sebagai tahapan untuk mencapai tujuan umum. Perumusan tujuan khusus sebaiknya mengikuti prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, dan Time-bound*). Prinsip tersebut membantu perencanaan menyusun tujuan yang jelas, realistis, relevan dengan masalah yang dihadapi, serta memiliki batas waktu pencapaian yang terukur. Penerapan prinsip SMART juga memudahkan proses pemantauan dan evaluasi program karena ukuran keberhasilannya telah ditetapkan sejak awal (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

Sebagai contoh, pada program pencegahan anemia remaja, tujuan umum dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Tujuan umum: Meningkatkan status kesehatan remaja putri melalui upaya pencegahan anemia di SMA X pada tahun 2026.
2. Tujuan khusus: Meningkatkan pengetahuan remaja putri tentang pencegahan anemia sebesar 20% dalam waktu enam bulan.

Tujuan khusus tersebut telah memenuhi prinsip SMART karena memiliki sasaran yang jelas, dapat diukur, realistis untuk dicapai, relevan dengan masalah yang dihadapi, serta memiliki batas waktu pencapaian yang terukur.

Perumusan tujuan program tidak dapat dipisahkan dari penetapan sasaran program. Tujuan menjelaskan perubahan yang ingin dicapai, sedangkan sasaran menunjukkan kelompok yang akan menerima intervensi untuk mewujudkan perubahan tersebut. Hubungan yang jelas antara tujuan dan sasaran akan membantu memastikan bahwa program promosi kesehatan dirancang sesuai dengan kebutuhan kelompok yang dituju serta mampu mencapai hasil yang diharapkan. Sasaran program menunjukkan kelompok masyarakat yang menjadi fokus intervensi promosi kesehatan. Ketepatan dalam menentukan sasaran akan membantu memastikan bahwa kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan karakteristik, kebutuhan, dan permasalahan kelompok yang dituju (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015). Sasaran program dapat dibedakan sebagai berikut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015):

1. Sasaran primer, merupakan kelompok yang secara langsung menjadi target perubahan perilaku atau kondisi kesehatan.
2. Sasaran sekunder, meliputi pihak yang dapat memengaruhi sasaran primer, seperti keluarga, guru, kader kesehatan, atau tokoh masyarakat.
3. Sasaran tersier, mencakup pihak yang berperan dalam mendukung kebijakan, penyediaan

sumber daya, serta penciptaan lingkungan yang mendukung keberhasilan program

Penetapan tujuan dan sasaran program yang tepat akan meningkatkan efektivitas pelaksanaan promosi kesehatan. Tujuan memberikan arah yang ingin dicapai, sedangkan sasaran menunjukkan kelompok yang menjadi fokus intervensi. Kedua komponen tersebut menjadi dasar dalam penyusunan strategi dan rencana operasional program serta mendukung tercapainya perubahan perilaku dan peningkatan literasi kesehatan masyarakat (Nutbeam & Lloyd, 2021).

#### **H. Penyusunan Strategi dan Rencana Operasional Promosi Kesehatan**

Tahap penyusunan strategi dan rencana operasional program dilakukan setelah tujuan dan sasaran program ditetapkan. Strategi program merupakan pendekatan atau cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang telah dirumuskan, sedangkan rencana operasional merupakan penjabaran strategi ke dalam kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan. Penyusunan strategi dan rencana operasional yang tepat akan membantu memastikan bahwa program dapat dilaksanakan secara terarah, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan sasaran (McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2017).

Strategi dalam promosi kesehatan harus disesuaikan dengan masalah kesehatan, karakteristik sasaran, serta sumber daya yang tersedia. Pemilihan strategi yang tepat akan

meningkatkan peluang keberhasilan program dalam menghasilkan perubahan perilaku maupun menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan. Strategi juga perlu mempertimbangkan faktor sosial, budaya, dan kondisi masyarakat agar intervensi yang diberikan dapat diterima dan dijalankan oleh sasaran program (Fertman & Grim, 2022).

Strategi promosi kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan yang mendukung peningkatan kemampuan individu dan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan. Dalam praktik promosi kesehatan di Indonesia, strategi yang sering digunakan meliputi advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan masyarakat yang akan dijelaskan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2014):

1. Advokasi merupakan upaya untuk memperoleh dukungan dari pengambil kebijakan, pemimpin organisasi, maupun pihak lain yang memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan program. Dukungan tersebut dapat berupa kebijakan, pendanaan, penyediaan sarana, maupun bentuk dukungan lainnya yang diperlukan untuk keberhasilan program.
2. Bina suasana merupakan upaya menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat melalui keterlibatan berbagai pihak, seperti keluarga, sekolah, tempat kerja, tokoh masyarakat, dan media massa. Lingkungan yang kondusif akan memudahkan masyarakat dalam

menerapkan perilaku kesehatan yang diharapkan.

3. Pemberdayaan masyarakat merupakan proses meningkatkan kemampuan masyarakat agar mampu mengenali masalah kesehatan, menentukan solusi, serta berpartisipasi aktif dalam pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan masyarakat menjadi salah satu prinsip utama promosi kesehatan karena menempatkan masyarakat sebagai subjek dalam upaya peningkatan kesehatan.

Strategi yang telah dipilih selanjutnya dijabarkan ke dalam rencana operasional program. Rencana operasional berfungsi sebagai pedoman pelaksanaan program yang memuat kegiatan, sasaran, waktu pelaksanaan, penanggung jawab, sumber daya yang dibutuhkan, serta indikator keberhasilan. Penyusunan rencana operasional yang jelas akan membantu koordinasi pelaksanaan program dan mempermudah proses pemantauan kegiatan. Berikut ini adalah contoh sederhana rencana operasional program:

**FORMULIR RENCANA OPERASIONAL PROGRAM PROMOSI KESEHATAN**

UNIT : ..... PROGRAM : ..... TAHUN : .....

| No. | Tujuan Khusus (SMART)                                                                                                        | Kegiatan                                                                                                             | Sasaran                                                                                                                       | Metode/ Media                                                                                                                   | Waktu Pelaksanaan                                                                                                  | Tempat                                                                                                             | Penanggung Jawab                                                                                                    | Sumber Daya                                                                                                                                     | Indikator Keberhasilan                                                                                              |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | <br>Perubahan spesifik yang ingin dicapai | <br>Aktivitas yang akan dilakukan | <br>Kelompok yang menjadi fokus intervensi | <br>Cara/pendekatan dan media yang digunakan | <br>Jadwal pelaksanaan kegiatan | <br>Lokasi pelaksanaan kegiatan | <br>Pihak yang bertanggung jawab | <br>Sumber daya yang dibutuhkan (tenaga, dana, sarana, dll.) | <br>Ukuran keberhasilan kegiatan |
| 1.  |                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| 2.  |                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| 3.  |                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| ... |                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |

**Gambar. 8.2 Formulir Rencana Operasional Program**

## **I. Penutup**

Perencanaan program promosi kesehatan merupakan proses yang sistematis untuk menghasilkan intervensi kesehatan yang tepat sasaran, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Proses ini dimulai dari analisis situasi dan identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah, identifikasi penyebab masalah, penetapan tujuan dan sasaran program, hingga penyusunan strategi dan rencana operasional program. Setiap tahapan saling berkaitan dan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan pada tahap berikutnya.

Keberhasilan program promosi kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas proses perencanaannya. Perencanaan yang berbasis data, mempertimbangkan kebutuhan masyarakat, serta didukung oleh tujuan, sasaran, dan strategi yang jelas akan meningkatkan peluang keberhasilan program dalam mencapai perubahan perilaku dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pemahaman terhadap tahapan perencanaan program promosi kesehatan menjadi kompetensi penting bagi tenaga promosi kesehatan dalam merancang dan melaksanakan program yang efektif dan berkelanjutan.

## **J. Latihan Soal**

1. Tahap pertama dalam proses perencanaan program promosi kesehatan adalah
  - A. Penetapan tujuan program
  - B. Penentuan prioritas masalah
  - C. Analisis situasi dan identifikasi masalah

- D. Penyusunan strategi program
  - E. Penyusunan rencana operasional
2. Tujuan utama analisis situasi dalam perencanaan program promosi adalah
    - A. Menentukan metode evaluasi progra
    - B. Menentukan alokasi anggaran program
    - C. Mengidentifikasi masalah dan kondisi kesehatan
    - D. Menentukan indikator keberhasilan program
    - E. Menentukan media promosi kesehatan
  3. Penentuan prioritas masalah perlu dilakukan karena...
    - A. Semua masalah kesehatan memiliki tingkat kepentingan yang sama
    - B. Tidak semua masalah dapat ditangani secara bersamaan karena keterbatasan sumber daya
    - C. Prioritas masalah hanya diperlukan untuk penelitian kesehatan
    - D. Program promosi kesehatan tidak memerlukan perencanaan yang rinci
    - E. Sasaran program sudah ditentukan sejak awal
  4. Metode USD digunakan untuk menentuka prioritas masalah berdasarkan aspek
    - A. Utility, Scope, dan Goal
    - B. Urgency, Seriousness, dan Growth
    - C. Urgency, Strategy, dan Goal
    - D. Utility, Seriousness, dan Growth
    - E. Understanding, Scope, dan Goal

5. Idenifikasi Penyebab maslaah dilakukan dengan tujuan untuk
  - A. Menentukan sumber pendanaan program
  - B. Menentukan sasaran primer program
  - C. Menemukan akar penyebab masalah
  - D. Menentukan jadwal pelaksanaan kegiatan
  - E. Menentukan metode evaluasi program
6. Prinsip SMART dalam perumusan tujuan program bertujuan agar tujuan yang disusun
  - A. Lebih singkat dan mudah diingat
  - B. Dapat diubah sewaktu-waktu
  - C. Bersifat umum dan fleksibel
  - D. Jelas, terukur, realistis, relevan dan ada batas waktu
  - E. Berfokus pada kebutuhan organisasi
7. Kelompok yang secara langsung menjadi target perubahan perilaku dalam suatu program promosi kesehatan disebut
  - A. Sasaran tersier
  - B. Sasaran sekunder
  - C. Sasaran primer
  - D. Sasaran pendukung
  - E. Sasaran institusional
8. Berikut ini yang termasuk sasaran sekunder dalam program pencegahan anemia remaja adalah
  - A. Remaja putri
  - B. Kepala dinas kesehatan
  - C. Pemerintah daerah
  - D. Orang tua dan guru
  - E. Media massa

9. Salah satu strategi promosi kesehatan yang bertujuan memperoleh dukungan dari pengambil kebijakan disebut
  - A. Konseling
  - B. Pemberdayaan masyarakat
  - C. Advokasi
  - D. Bina suasana
  - E. Surveilans
10. Dokumen yang memuat rincian kegiatan, sasaran, waktu pelaksanaan, penanggung jawab, dan indikator keberhasilan disebut
  - A. Analisis situasi
  - B. Prioritas masalah
  - C. Tujuan program
  - D. Rencana operasional program
  - E. Identifikasi penyebab masalah

---

## **BAB 9**

---

### **PELAKSANAAN PROGRAM PENDIDIKAN KESEHATAN**

---

#### **A. Pendahuluan**

##### **1. Tujuan Pembelajaran**

Mahasiswa mampu memahami dan mengaplikasikan konsep pelaksanaan program pendidikan kesehatan secara sistematis, efektif, dan berkesinambungan sesuai kebutuhan sasaran dan tujuan program.

##### **2. Capaian Pembelajaran**

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Menguraikan pengertian dari pelaksanaan program pendidikan kesehatan
- b. Mampu menjelaskan tujuan pelaksanaan program pendidikan kesehatan
- c. Mampu menjelaskan sasaran program
- d. Mampu memahami prinsip pemilihan materi edukasi kesehatan
- e. Mampu menjelaskan media pendidikan kesehatan
- f. Mampu memahami strategi pelaksanaan program
- g. Mampu memahami hambatan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan

## **B. Pengertian Pelaksanaan Program Pendidikan Kesehatan**

Setelah asesment dan perencanaan program selesai dilakukan, tahapan selanjutnya adalah strategi pelaksanaan program. Pelaksanaan program mengombinasikan seluruh tahapan dan strategi yang diperlukan agar pendidikan kesehatan dapat diterima oleh individu, keluarga, dan komunitas.

Pendidikan kesehatan adalah proses yang bertujuan untuk meningkatkan seseorang atas kontrol terhadap status kesehatannya termasuk faktor-faktor lain yang mempengaruhi kesehatannya (Yuliana, 2025). Program pendidikan kesehatan adalah kombinasi antara dukungan pendidikan, organisasi, ekonomi, dan lingkungan pada perilaku yang sehat (Public Health Ontario, 2024). Program pendidikan kesehatan menurut CDC, 2002 dalam Abdulrhman et al., (2023) adalah program yang di disain untuk mempromosikan kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit dengan mempersiapkan individu dan masyarakat dengan pengetahuan, keterampilan dan sumberdaya yang sesuai yang dapat membantu seseorang dalam pengambilan keputusannya untuk dapat mengadopsi perilaku sehat dan mengakses pelayanan kesehatan jika diperlukan.

Menurut Notoatmodjo dalam Kaban (2023) pendidikan kesehatan adalah bagian dari proses yang bertujuan untuk memberdayakan masyarakat agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya, yang mencakup:

1. Pendidikan kesehatan (*Health Education*)
2. Pemasaran Sosial (*Social Marketing*)
3. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
4. Pengembangan Masyarakat (*Community Development*), dan
5. Upaya peningkatan (*Promotive*)

Pelaksanaan/ implementasi artinya melaksanakan perencanaan, tujuan, dan strategi dalam bentuk aksi nyata untuk mencapai tujuan program. Contoh implementasi : melakukan edukasi kesehatan di kelompok masyarakat tertentu atau memberikan pendidikan kesehatan saat melakukan kunjungan rumah.

### **C. Tujuan pelaksanaan program pendidikan kesehatan**

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu memecahkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri, mampu memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang mereka miliki ditambah dengan dukungan dari luar, dan mampu memutuskan kegiatan yang tepat guna hingga mempertahankannya untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat. Untuk mendorong masyarakat menerapkan dan mempertahankan gaya hidup sehat. Tujuan lainnya adalah :

1. Untuk mengedukasi penggunaan layanan kesehatan yang tersedia secara tepat.
2. Untuk membangkitkan minat dalam memberikan pengetahuan baru, meningkatkan

keterampilan, dan mengubah sikap dalam membuat keputusan mandiri untuk menyelesaikan masalah kesehatan mereka sendiri (Wijayanti, Rachmah, & Holida, 2024).

3. Mendorong kemandirian dan partisipasi individu dan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang tinggi melalui keterlibatan individu dan masyarakat, mulai dari mengidentifikasi masalah hingga menyelesaikannya (WHO, 2012).

#### **D. Sasaran Program**

1. Sasaran primer

Sasaran primer adalah sasaran yang mempunyai masalah, yang diharapkan mau berperilaku sesuai harapan dan memperoleh manfaat paling besar dari perubahan perilaku tersebut (Rahmawati, 2019).

2. Sasaran sekunder

Individu atau kelompok yang memiliki pengaruh atau disegani oleh sasaran primer dimana sasaran sekunder dapat mendukung pesan-pesan yang disampaikan kepada sasaran primer (Wijayanti et al., 2024).

3. Sasaran tersier

Para pengambil kebijakan, penyandang dana, dan pihak-pihak yang berpengaruh di berbagai tingkat (pusat, provinsi, kabupaten, kecamatan, dan desa/kelurahan) (Rahmawati, 2019).

## **E. Prinsip Pemilihan Materi Edukasi Kesehatan**

1. *Relevance* : Relevansi dengan kebutuhan sasaran (WHO, 2017).
2. *Tailored to Audience* : Disesuaikan dengan Karakteristik Sasaran (WHO, 2017).
3. *Understandable & Health Literacy* : Mudah dipahami (WHO, 2017).
4. *Evidence Based* : Berbasis Bukti Ilmiah (WHO, 2012) .
5. *Action Oriented* : mendorong perubahan perilaku (WHO, 2017).
6. *Goal Oriented* : Mempertimbangkan tujuan dan program
7. Terintegrasi dengan Pelayanan Kesehatan
8. Partisipatif dan berbasis masyarakat
9. Disusun secara bertahap dan sistematis

## **F. Media Pendidikan Kesehatan**

Media pendidikan kesehatan adalah semua saran atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator kepada sasaran sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dan berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan (Notoatmodjo dalam Pakpahan (2021).

Jenis media yang umum digunakan dalam pendidikan kesehatan (Wijayanti et al., 2024) :

1. Media cetak : Booklet, Leaflet, Flyer, Flip Chart, Rubrik/ Tulisan, Poster, Foto, dsb
2. Media Elektronik : Televisi, Radio, VCD, Slide, Film Strip, Media Sosial.

## **G. Strategi Pelaksanaan Program**

Agar pelaksanaan program pendidikan kesehatan sukses dan tercapai sesuai tujuan program yang sudah ditentukan, ada berbagai strategi yang dibagi menjadi empat kategori utama yang perlu diperhatikan saat implementasi (Centers for Disease Control and Prevention, 2024):

1. Menyediakan berbagai macam program Terkait Kesehatan yang dapat mengubah pola perilaku atau mempertahankan perilaku sehat.
2. Kebijakan Terkait Kesehatan: Aturan resmi maupun tidak resmi yang tertulis untuk melindungi atau meningkatkan kesehatan seseorang.
3. Tunjangan Kesehatan: termasuk asuransi kesehatan dan layanan atau diskon khusus kesehatan.
4. Dukungan Lingkungan: Fasilitas fisik di dalam atau di sekitar tempat kerja yang membantu melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

## **H. Hal yang perlu diperhatikan saat implementasi**

1. Pastikan bahwa program pendidikan kesehatan sudah mencakup seluruh tujuan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.
2. Materi yang dikembangkan harus dapat diterima oleh masyarakat dan dikembangkan sesuai dengan target populasi dengan memperhatikan budaya setempat.
3. Pada kelompok terpencil, hal yang harus diperhatikan adalah perbedaan budaya dan

bahasa yang bisa menjadi potensi hambatan dalam program.

4. Harus ada kurikulum yang terencana dan terintegrasi dengan baik sesuai dengan latar belakang sasaran.
5. Pemberian informasi bisa melalui berbagai jenis media seperti audiovisual, buku, poster, gambar, aplikasi, dll.
6. Memastikan petugas yang memberikan pendidikan kesehatan merupakan petugas yang kompeten dan terlatih agar program tetap berjalan sesuai tujuan.

#### **I. Hambatan Dalam Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan**

1. Terbatasnya pendanaan program, teknologi, dan SDM dalam program, terutama di daerah yang terpencil.
2. Sulitnya menginternalisasi pola hidup sehat masyarakat secara konsisten dan mandiri karena efek positif dari pencegahan penyakit tersebut tidak terlihat secara instan.
3. Sulitnya melibatkan integrasi antara Stake holder dan sektor kesehatan, penyedia pangan, transportasi, dan tata kota guna menciptakan ekosistem yang mendukung gaya hidup bersih.

#### **J. Latihan Soal**

1. Tahapan dalam program pendidikan kesehatan yang mengombinasikan seluruh tahapan dan strategi yang diperlukan agar pendidikan kesehatan dapat diterima oleh individu,

keluarga, dan komunitas merupakan tahapan.....

- A. Planning
  - B. Assesment
  - C. Implementation
  - D. Evaluation
  - E. Development
2. Tujuan utama pendidikan kesehatan yang paling tepat adalah .....
- A. Memecahkan masalah kesehatan
  - B. Meningkatkan taraf kehidupan masyarakat dan mempertahankan gaya hidup sehat
  - C. Mengedukasi program kesehatan
  - D. Membangkitkan minat masyarakat terhadap kesehatan
  - E. Mengedukasi stakeholder untuk menyediakan lingkungan yang sehat
3. Pada program pendidikan kesehatan yang dilakukan di Sekolah untuk meningkatkan kebiasaan siswa mencuci tangan, yang merupakan sasaran primer dalam program tersebut adalah.....
- A. Siswa
  - B. Kepala Sekolah dan guru
  - C. Dinas Pendidikan
  - D. Petugas Puskesmas
  - E. Petugas Kebersihan
4. Pada program pendidikan kesehatan yang dilakukan di Sekolah untuk meningkatkan kebiasaan siswa mencuci tangan, yang merupakan sasaran sekunder dalam program tersebut adalah.....

- A. Siswa
  - B. Kepala Sekolah dan guru
  - C. Dinas Pendidikan
  - D. Petugas Puskesmas
  - E. Petugas Kebersihan
5. Pada program pendidikan kesehatan yang dilakukan di Sekolah untuk meningkatkan kebiasaan siswa mencuci tangan, yang merupakan sasaran tersier dalam program tersebut adalah.....
- A. Siswa
  - B. Kepala Sekolah dan guru
  - C. Dinas Pendidikan
  - D. Petugas Puskesmas
  - E. Petugas Kebersihan
6. Pada program pendidikan kesehatan yang dilakukan di lingkungan kantor untuk meningkatkan kebiasaan pola hidup sehat, yang merupakan sasaran sekunder dalam program tersebut adalah.....
- A. Petugas kebersihan
  - B. Keluarga
  - C. Pemerintah
  - D. Karyawan
  - E. Pimpinan perusahaan
7. Media yang cocok digunakan saat pendidikan kesehatan yang dilakukan di dalam kelas adalah, kecuali .....
- A. Poster
  - B. Lembar balik
  - C. Flip chart
  - D. Video

- E. Media Sosial
- 8. Media yang cocok digunakan saat pendidikan kesehatan yang dilakukan di Posyandu kepada ibu yang memiliki balita adalah, kecuali .....
  - A. Video
  - B. Leaflet
  - C. Booklet
  - D. Lembar balik
  - E. Ceramah
- 9. Hal utama yang harus diperhatikan saat implementasi program pendidikan kesehatan pada kelompok masyarakat yang terpencil adalah.....
  - A. Perbedaan budaya dan bahasa saat edukasi dilakukan
  - B. Keseruan kegiatan
  - C. Materi yang high-technology
  - D. Petugas yang mau ditempatkan di daerah
  - E. Penampilan petugas saat kegiatan
- 10. Yang bukan merupakan prinsip pemilihan materi edukasi kesehatan adalah .....
  - A. Sesuai kebutuhan sasaran
  - B. kekinian sesuai tren viral
  - C. mudah dipahami
  - D. mendorong perubahan perilaku
  - E. berbasis bukti ilmiah

---

# **BAB 10**

---

## **MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM**

---

### **A. Pendahuluan**

Setiap program yang dirancang dalam suatu organisasi atau institusi memiliki tujuan tertentu yang ingin dicapai melalui pelaksanaan kegiatan yang sistematis dan terencana. Untuk mencapai tujuan tersebut secara efektif dan efisien, diperlukan mekanisme yang mampu mengendalikan pelaksanaan program serta menilai tingkat keberhasilannya. Monitoring dan evaluasi adalah komponen penting dalam manajemen program yang berfungsi untuk menyediakan informasi mengenai pelaksanaan program dan pencapaian hasil yang diharapkan. Monitoring dan evaluasi tidak digunakan sebagai alat pengendalian kegiatan saja, tetapi juga sebagai dasar dalam proses pengambilan keputusan, peningkatan mutu, dan pengembangan kebijakan berbasis bukti (Thomas et al., 2021; Stelmach et al., 2022).

Monitoring merupakan proses pengumpulan, pengolahan, dan analisis data yang dilakukan secara berkala selama pelaksanaan program berlangsung untuk mengetahui perkembangan kegiatan berdasarkan indikator yang telah ditetapkan sebelumnya. Melalui monitoring, pelaksana program dapat mengidentifikasi kesesuaian antara pelaksanaan program dengan rencana yang telah disusun serta mendeteksi hambatan atau masalah

yang mungkin muncul selama implementasi program. Proses monitoring juga membantu pelaksana program dalam melakukan tindakan korektif secara cepat sehingga tujuan program dapat dicapai secara optimal (Ghosh et al., 2021; Impouma et al., 2021; Vaughan et al., 2021).

Berbeda dengan monitoring, evaluasi merupakan suatu proses untuk menilai efektivitas, efisiensi, relevansi, dampak, dan keberlanjutan suatu program. Evaluasi tidak hanya dilakukan pada akhir program, tetapi dapat dilaksanakan pada berbagai tahap program, mulai dari evaluasi perencanaan, evaluasi proses, hingga evaluasi hasil dan dampak program. Hasil evaluasi memberikan informasi yang dapat digunakan untuk menentukan apakah suatu program layak dipertahankan, diperbaiki, diperluas, atau bahkan dihentikan. Evaluasi juga menjadi instrumen penting dalam menjamin akuntabilitas dan transparansi pelaksanaan program (Rossi et al., 2019; Wong et al., 2021; WHO, 2021).

Dalam perkembangannya, monitoring dan evaluasi tidak lagi dipandang hanya sebagai kegiatan administratif untuk pelaporan, tetapi telah berkembang menjadi instrumen strategis yang mendukung pendekatan evidence-based decision making. Data yang diperoleh dari proses monitoring dan evaluasi memungkinkan organisasi memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai capaian program, efektivitas penggunaan sumber daya, serta kebutuhan perbaikan program pada masa mendatang. Selain itu, pendekatan monitoring dan evaluasi saat ini semakin

menekankan penggunaan berbagai metode, baik kuantitatif maupun kualitatif, guna menghasilkan informasi yang lebih mendalam dan akurat (Baker et al., 2021; Stelmach et al., 2022).

Dalam era pengelolaan program yang semakin kompleks, penerapan sistem monitoring dan evaluasi yang baik menjadi kebutuhan penting bagi berbagai organisasi dan institusi. Dengan adanya sistem monitoring dan evaluasi yang terstruktur, pelaksana program dapat memperoleh informasi yang akurat mengenai perkembangan kegiatan dan tingkat keberhasilan program, sehingga dapat dilakukan perbaikan secara berkelanjutan untuk mencapai hasil yang optimal.

#### 1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari Bab 10 Monitoring dan Evaluasi Program, mahasiswa mampu:

- a. Memahami konsep dasar monitoring dan evaluasi program.
- b. Menjelaskan tujuan monitoring dan evaluasi program.
- c. Memahami perbedaan monitoring dan evaluasi program.
- d. Mengidentifikasi indikator monitoring dan evaluasi program.
- e. Menjelaskan langkah-langkah monitoring dan evaluasi program.
- f. Mengaplikasikan penerapan monitoring dan evaluasi program.

#### 2. Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menguraikan konsep dasar monitoring dan evaluasi program
- b. Menjelaskan tujuan monitoring dan evaluasi program, termasuk untuk menilai kemajuan pelaksanaan program, mengidentifikasi hambatan, mengukur pencapaian hasil, serta mendukung pengambilan keputusan dalam perbaikan program.
- c. Menganalisis perbedaan monitoring dan evaluasi berdasarkan pengertian, waktu pelaksanaan, fokus kegiatan, metode yang digunakan, serta manfaat yang dihasilkan dalam pelaksanaan program.
- d. Mengidentifikasi berbagai indikator yang digunakan dalam monitoring dan evaluasi program, seperti indikator input, proses, output, outcome, dan impact, sesuai dengan kebutuhan program yang dilaksanakan.
- e. Menjelaskan tahapan pelaksanaan monitoring dan evaluasi program yang meliputi perencanaan, penentuan indikator, pengumpulan data, analisis data, interpretasi hasil, hingga penyusunan laporan dan tindak lanjut.
- f. Mengaplikasikan menerapkan konsep dan tahapan monitoring serta evaluasi dalam kasus atau kegiatan program nyata sehingga dapat melakukan penilaian program secara sistematis dan menghasilkan rekomendasi perbaikan yang tepat.

## **B. Monitoring Dan Evaluasi Program**

1. Konsep Dasar Monitoring dan Evaluasi Program  
Monitoring dan evaluasi merupakan bagian yang sangat penting dalam pelaksanaan program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Monitoring dan evaluasi digunakan sebagai suatu proses sistematis untuk menilai pelaksanaan program, mengukur kemajuan kegiatan, serta menentukan tingkat keberhasilan suatu intervensi kesehatan. Dalam konteks kesehatan masyarakat, monitoring dan evaluasi menjadi dasar dalam pengambilan keputusan berbasis bukti sehingga program yang dilaksanakan berjalan secara efektif dan efisien. Selain itu, proses monitoring dan evaluasi juga membantu mengidentifikasi hambatan, memperbaiki strategi pelaksanaan program, dan memastikan penggunaan sumber daya yang optimal (Walter, 2022; WHO, 2021; Ghosh et al., 2021).

Secara konseptual, promosi kesehatan merupakan suatu proses yang memungkinkan individu maupun masyarakat meningkatkan kemampuan untuk mengendalikan berbagai faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka. Sedangkan, pendidikan kesehatan sebagai salah satu strategi dari promosi kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pengalaman belajar yang dapat memengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat ke arah yang

lebih sehat. Oleh karena itu, program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan memerlukan mekanisme pemantauan dan penilaian yang terstruktur agar tujuan program dapat tercapai (Nutbeam & Muscat, 2021; World Health Organization, 2021; Castro et al., 2021).

Monitoring dalam program promosi kesehatan didefinisikan sebagai proses pengumpulan, pencatatan, analisis, dan pelaporan data yang dilakukan secara berkelanjutan selama program berlangsung. Monitoring bertujuan untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan kegiatan serta memastikan bahwa seluruh komponen program berjalan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan. Monitoring biasanya dilakukan secara berkala dan terjadwal sehingga berbagai masalah yang muncul selama pelaksanaan program dapat segera diidentifikasi dan ditindaklanjuti (Ghosh et al., 2021; Schultz & Ruel-Bergeron, 2021).

Pada program pendidikan kesehatan, monitoring dapat dilakukan melalui berbagai cara seperti observasi pelaksanaan kegiatan, pengukuran tingkat partisipasi masyarakat, pencatatan kehadiran peserta, penilaian ketercapaian target kegiatan, maupun pemantauan penggunaan media edukasi kesehatan. Informasi yang diperoleh melalui kegiatan monitoring dapat digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki proses pelaksanaan

program sehingga program tetap berjalan sesuai tujuan yang telah direncanakan (Schultz & Ruel-Bergeron, 2021; Domene et al., 2021; Ghosh et al., 2021).

Sementara itu, evaluasi adalah suatu proses sistematis yang dilakukan untuk menilai keberhasilan suatu program berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi berfokus pada pengukuran efektivitas program, efisiensi penggunaan sumber daya, relevansi program terhadap kebutuhan sasaran, serta dampak yang dihasilkan dari pelaksanaan program. Pelaksana evaluasi program dapat mengetahui apakah intervensi yang diberikan mampu menghasilkan perubahan yang diharapkan pada sasaran program (Walter, 2022; Fynn et al., 2020).

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang baik dapat meningkatkan kualitas program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Selain meningkatkan akuntabilitas program, monitoring dan evaluasi juga membantu menghasilkan bukti ilmiah yang dapat digunakan sebagai dasar dalam pengambilan kebijakan kesehatan, penyusunan strategi intervensi kesehatan masyarakat, serta pengembangan program yang lebih efektif dan berkelanjutan (Walter, 2022; Nutbeam & Muscat, 2021; Castro et al., 2021).

## 2. Tujuan Monitoring dan Evaluasi Program

Salah satu tujuan utama monitoring dalam program promosi kesehatan dan

pendidikan kesehatan adalah untuk memantau perkembangan pelaksanaan program secara berkelanjutan. Monitoring dilakukan agar pelaksana program dapat mengetahui apakah kegiatan yang dilakukan telah berjalan sesuai dengan rencana, jadwal, serta indikator yang telah ditetapkan sebelumnya. Melalui monitoring, berbagai kendala atau hambatan yang muncul selama pelaksanaan program dapat dideteksi sejak awal sehingga tindakan perbaikan dapat segera dilakukan sebelum menimbulkan dampak yang lebih besar terhadap keberhasilan program (Kidder et al., 2024; Schultz & Ruel-Bergeron, 2021; Ghosh et al., 2021).

Monitoring dan evaluasi program juga bertujuan untuk menilai efektivitas pelaksanaan program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Efektivitas program menunjukkan sejauh mana kegiatan yang dilaksanakan mampu mencapai target atau tujuan yang telah ditetapkan. Program pendidikan kesehatan yang efektif diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat, membentuk sikap positif terhadap kesehatan, dan mendorong perubahan perilaku kesehatan yang lebih baik. Evaluasi terhadap efektivitas program menjadi penting karena tidak semua kegiatan yang dilaksanakan dapat memberikan hasil sesuai harapan (Nutbeam & Muscat, 2021; Fynn et al., 2020).

Tujuan monitoring dan evaluasi program lainnya adalah untuk menilai dampak program terhadap sasaran. Dalam promosi kesehatan, keberhasilan program tidak hanya dinilai dari jumlah kegiatan yang terlaksana, tetapi juga dari perubahan yang dihasilkan pada masyarakat, seperti peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, dan peningkatan status kesehatan. Evaluasi dampak menjadi dasar dalam menentukan apakah program perlu dipertahankan, dikembangkan, atau dimodifikasi (WHO, 2025; John et al., 2025; Nutbeam & Muscat, 2021).

Selain itu, monitoring dan evaluasi bertujuan mendukung proses pengambilan keputusan berbasis bukti ilmiah (evidence-based decision making). Data yang dihasilkan melalui monitoring dan evaluasi dapat digunakan sebagai dasar dalam menyusun kebijakan, memperbaiki pelaksanaan program, serta merancang intervensi kesehatan yang lebih efektif pada masa mendatang. Keputusan berbasis bukti cenderung menghasilkan kebijakan yang lebih tepat sasaran dibandingkan keputusan yang hanya didasarkan pada asumsi (Kidder et al., 2024; WHO, 2024; Ghosh et al., 2021).

Secara keseluruhan, tujuan monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan adalah memastikan pelaksanaan program berjalan sesuai rencana, menilai efektivitas dan efisiensi program,

mengidentifikasi hambatan pelaksanaan, mengukur dampak program, mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti, serta meningkatkan kualitas dan akuntabilitas program kesehatan secara berkelanjutan (Simpson, 2025; WHO, 2025; Kidder et al., 2024).

### 3. Perbedaan Monitoring dan Evaluasi Program

Perbedaan monitoring dan evaluasi dapat dilihat dari waktu pelaksanaannya. Monitoring dilakukan secara rutin selama program berlangsung, mulai dari tahap awal hingga akhir kegiatan. Monitoring dapat dilakukan harian, mingguan, bulanan, atau sesuai kebutuhan program. Sebaliknya, evaluasi dilakukan pada waktu tertentu, seperti sebelum program dimulai (evaluasi formatif), selama pelaksanaan program (evaluasi proses), maupun setelah program selesai (evaluasi sumatif) (CDC, 2024; WHO, 2024; Domene et al., 2021).

Perbedaan berikutnya terdapat pada fokus pelaksanaannya. Monitoring berfokus pada pelaksanaan kegiatan, penggunaan sumber daya, ketercapaian target kegiatan, serta pelaksanaan indikator program. Evaluasi lebih berfokus pada hasil, dampak, dan perubahan yang terjadi pada kelompok sasaran setelah program dilakukan. Dalam pendidikan kesehatan, monitoring dapat menilai jumlah peserta yang mengikuti penyuluhan, sedangkan evaluasi dapat mengukur perubahan pengetahuan, sikap, maupun perilaku kesehatan

masyarakat (Kidder et al., 2024; Nutbeam & Muscat, 2021).

Selain itu, monitoring dan evaluasi juga berbeda berdasarkan jenis data yang digunakan. Monitoring umumnya menggunakan data operasional yang dikumpulkan secara berkala, seperti jumlah peserta, kehadiran, anggaran, dan pelaksanaan kegiatan. Sementara itu, evaluasi lebih banyak menggunakan data hasil (outcome) dan dampak (impact) yang dapat menunjukkan perubahan yang terjadi pada kelompok sasaran (Ghosh et al., 2021; Fynn et al., 2020).

Perbedaan monitoring dan evaluasi juga dapat dilihat dari manfaat yang dihasilkan. Monitoring bermanfaat dalam memberikan informasi cepat untuk memperbaiki pelaksanaan kegiatan selama program berlangsung. Evaluasi menghasilkan rekomendasi yang lebih luas untuk penyusunan kebijakan, pengembangan program, dan perencanaan kegiatan pada masa mendatang. Oleh karena itu, hasil monitoring cenderung digunakan untuk kebutuhan operasional jangka pendek, sedangkan evaluasi digunakan dalam pengambilan keputusan strategis jangka panjang (Kidder et al., 2024; WHO, 2024; Walter, 2022).

Untuk memperjelas perbedaan monitoring dan evaluasi, berikut perbandingannya:

**Tabel 10.1 Perbedaan Monitoring dan Evaluasi Program**

| <b>Aspek</b>      | <b>Monitoring</b>                                   | <b>Evaluasi</b>                                  |
|-------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Definisi          | Pemantauan pelaksanaan program secara berkelanjutan | Penilaian keberhasilan program secara sistematis |
| Tujuan            | Memastikan kegiatan berjalan sesuai rencana         | Menilai efektivitas dan dampak program           |
| Waktu Pelaksanaan | Selama program berlangsung                          | Pada periode tertentu                            |
| Fokus             | Pelaksanaan proses kegiatan                         | Hasil dan dampak program                         |
| Jenis Data        | Data rutin dan operasional                          | Data hasil dan dampak                            |
| Manfaat           | Perbaikan pelaksanaan kegiatan                      | Dasar pengembangan kebijakan dan program         |

Berdasarkan tabel diatas, monitoring dan evaluasi merupakan dua kegiatan yang sangat berbeda namun saling melengkapi dalam program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Monitoring harus memastikan kegiatan berjalan sesuai rencana, sementara evaluasi menilai keberhasilan program secara menyeluruh. Integrasi keduanya sangat penting untuk meningkatkan kualitas program kesehatan, memperkuat akuntabilitas, serta mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti (Kidder et al., 2024; Ghosh et al., 2021).

4. Indikator Monitoring dan Evaluasi Program

Indikator monitoring dan evaluasi merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengetahui perkembangan, pencapaian, serta

keberhasilan suatu program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Indikator berfungsi sebagai parameter yang dapat memberikan informasi mengenai apakah program telah dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam monitoring dan evaluasi, indikator harus memenuhi prinsip SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, dan Time-bound) agar dapat digunakan secara efektif dalam mengukur capaian program. Penggunaan indikator yang tepat akan membantu pelaksana program dalam melakukan penilaian secara objektif (Kidder et al., 2024; Robert et al., 2024; Ghosh et al., 2021).

Indikator dalam program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan digunakan untuk menilai berbagai aspek pelaksanaan program mulai dari sumber daya apa yang digunakan, proses kegiatan, hasil yang didapat, perubahan perilaku, hingga dampak jangka panjang terhadap kesehatan masyarakat. Pemilihan indikator perlu disesuaikan dengan tujuan program, karakteristik sasaran, serta jenis intervensi yang dilakukan. Indikator yang baik mampu menggambarkan kondisi nyata program agar dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan dan perbaikan program yang akan datang (WHO, 2024; Kidder et al., 2024; Sornpaisarn et al., 2023).

Secara umum indikator monitoring dan evaluasi program kesehatan terdiri atas indikator input, proses, output, outcome, dan

impact. Kelima indikator tersebut saling berkaitan dan membentuk suatu alur logis yang menggambarkan hubungan antara sumber daya, pelaksanaan kegiatan, hasil langsung, perubahan yang terjadi, serta dampak akhir yang dihasilkan oleh program kesehatan (Kidder et al., 2024; Ghosh et al., 2021).

a. Indikator *Input*

Indikator *input* merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur sumber daya yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program. Sumber daya tersebut dapat berupa tenaga kesehatan, dana, sarana prasarana, bahan edukasi, media promosi kesehatan, maupun kebijakan pendukung. Indikator input bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh kebutuhan program telah tersedia sebelum kegiatan dilaksanakan. Contoh indikator *input* pada program promosi kesehatan:

- 1) Jumlah tenaga promosi kesehatan yang tersedia
- 2) Jumlah dana yang dialokasikan untuk program
- 3) Ketersediaan media edukasi kesehatan
- 4) Jumlah modul atau bahan penyuluhan yang digunakan (WHO, 2024; Ghosh et al., 2021).

b. Indikator Proses

Indikator proses digunakan untuk mengukur pelaksanaan kegiatan program selama program berlangsung. Indikator ini

menggambarkan bagaimana kegiatan dilaksanakan dan apakah kegiatan tersebut sesuai dengan rencana yang telah ditentukan. Indikator proses sering digunakan pada kegiatan monitoring rutin. Contoh indikator proses:

- 1) Persentase pelaksanaan kegiatan sesuai jadwal
- 2) Jumlah kegiatan penyuluhan yang telah dilakukan
- 3) Tingkat partisipasi masyarakat dalam kegiatan
- 4) Persentase kehadiran peserta kegiatan pendidikan kesehatan (Sastria et al., 2024; Kidder et al., 2024; Schultz & Ruel-Bergeron, 2021).

c. Indikator *Output*

Indikator *output* merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur hasil langsung dari pelaksanaan suatu kegiatan. Output menunjukkan produk atau layanan yang dihasilkan dari program, namun belum menggambarkan perubahan perilaku atau dampak kesehatan.

Contoh indikator *output*:

- 1) Berapa jumlah peserta yang mengikuti penyuluhan kesehatan
- 2) Total leaflet atau media edukasi yang dibagikan
- 3) Berapa kader kesehatan yang telah dilatih

- 4) Persentase masyarakat yang menerima informasi kesehatan (Kidder et al., 2024; Robert et al., 2024; Sornpaisarn et al., 2023).

d. Indikator *Outcome*

Indikator *outcome* digunakan untuk menilai perubahan jangka menengah yang terjadi pada sasaran program setelah pelaksanaan intervensi. *Outcome* sering berhubungan dengan perubahan pengetahuan, sikap, maupun perilaku masyarakat.

Contoh indikator *outcome*:

- 1) Persentase peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan
- 2) Persentase masyarakat yang menerapkan perilaku hidup sehat
- 3) Persentase peserta yang mengalami perubahan sikap terhadap perilaku kesehatan (RHIhub Evaluation Measures, 2025; Robert et al., 2024; Ghosh et al., 2021).

e. Indikator *Impact*

Indikator *impact* merupakan indikator yang digunakan untuk menilai dampak jangka panjang suatu program terhadap status kesehatan masyarakat. Dampak program biasanya memerlukan waktu yang lebih panjang untuk dapat diamati dibandingkan *outcome*.

Contoh indikator *impact*:

- 1) Menurunnya angka kejadian penyakit tertentu
  - 2) Penurunan angka stunting
  - 3) Penurunan angka kematian ibu dan bayi
  - 4) Peningkatan derajat kesehatan masyarakat (WHO, 2025; BKPK Kementerian Kesehatan, 2024; Sornpaisarn et al., 2023).
5. Langkah-Langkah Monitoring dan Evaluasi Program

Monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan dilakukan melalui tahapan yang sistematis agar proses pengumpulan data, penilaian program, serta pengambilan keputusan dapat dilakukan secara tepat dan objektif. Langkah-langkah monitoring dan evaluasi membantu pelaksana program dalam memastikan bahwa kegiatan berjalan sesuai rencana, mencapai target yang telah ditetapkan, serta memberikan dampak positif bagi masyarakat. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang terstruktur juga mendukung pengembangan program kesehatan yang lebih efektif, efisien, dan berkelanjutan (Kidder et al., 2024; Ghosh et al., 2021).

Secara umum, langkah-langkah monitoring dan evaluasi program meliputi penentuan tujuan monitoring dan evaluasi, penyusunan indikator, penyusunan rencana pengumpulan data, pelaksanaan monitoring, analisis data, pelaksanaan evaluasi, penyusunan

laporan, serta tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi. Setiap tahapan memiliki fungsi yang saling berkaitan dalam menghasilkan informasi yang akurat mengenai pelaksanaan dan keberhasilan program promosi kesehatan (Walter, 2022; Domene et al., 2021).

a. Menentukan Tujuan Monitoring dan Evaluasi

Langkah pertama dalam monitoring dan evaluasi adalah menentukan tujuan yang ingin dicapai. Tujuan monitoring dan evaluasi harus disesuaikan dengan tujuan program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan yang dilaksanakan. Penetapan tujuan penting dilakukan agar proses monitoring dan evaluasi memiliki arah yang jelas dan fokus pada aspek yang ingin diukur. Tujuan monitoring biasanya berkaitan dengan pemantauan pelaksanaan kegiatan, penggunaan sumber daya, dan ketercapaian indikator program. Sementara itu, tujuan evaluasi lebih berfokus pada penilaian efektivitas, efisiensi, dampak, dan keberhasilan program terhadap masyarakat sasaran (WHO, 2025; Kidder et al., 2024; Nutbeam & Muscat, 2021).

b. Menentukan Indikator Monitoring dan Evaluasi

Setelah tujuan ditetapkan, langkah berikutnya adalah menentukan indikator monitoring dan evaluasi. Indikator digunakan sebagai alat ukur untuk

mengetahui pencapaian program. Indikator harus spesifik, terukur, relevan, realistis, dan memiliki batas waktu yang jelas agar hasil monitoring dan evaluasi dapat diinterpretasikan dengan baik. Dalam program promosi kesehatan, indikator dapat berupa indikator input, proses, output, outcome, dan impact. Pemilihan indikator harus disesuaikan dengan jenis kegiatan dan tujuan program yang akan dicapai (Robert et al., 2024).

- c. Menyusun Rencana Monitoring dan Evaluasi  
Rencana monitoring dan evaluasi disusun sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi program. Rencana tersebut mencakup metode pengumpulan data, sumber data, jadwal pelaksanaan, instrumen yang digunakan, penanggung jawab kegiatan, serta teknik analisis data. Penyusunan rencana monitoring dan evaluasi sangat penting agar pelaksanaan kegiatan berjalan secara sistematis dan terorganisasi. Dengan adanya perencanaan yang baik, proses pengumpulan data dapat dilakukan secara lebih efektif dan efisien (Ter Bogt et al., 2025; Walter, 2022).
- d. Menyiapkan Instrumen Pengumpulan Data  
Langkah berikutnya adalah menyiapkan instrumen atau alat yang digunakan untuk mengumpulkan data monitoring dan evaluasi. Instrumen dapat

berupa kuesioner, lembar observasi, wawancara, daftar tilik (checklist), dokumentasi, maupun format pelaporan kegiatan. Instrumen pengumpulan data harus disusun sesuai indikator yang telah ditentukan agar data yang diperoleh relevan dengan tujuan monitoring dan evaluasi. Selain itu, instrumen juga perlu diuji validitas dan reliabilitasnya sehingga data yang dihasilkan dapat dipercaya (Ghosh et al., 2021; Schultz & Ruel-Bergeron, 2021).

e. Melaksanakan Program Monitoring

Pelaksanaan monitoring dilakukan secara rutin selama program berlangsung. Monitoring bertujuan untuk memantau pelaksanaan kegiatan, memastikan program berjalan sesuai rencana, dan mengidentifikasi hambatan yang muncul selama pelaksanaan program. Pada program promosi kesehatan, monitoring dapat dilakukan melalui observasi kegiatan penyuluhan, pemantauan kehadiran peserta, penilaian keterlaksanaan kegiatan, serta pencatatan penggunaan media dan sumber daya program. Monitoring yang dilakukan secara berkala memungkinkan pelaksana program melakukan tindakan korektif secara cepat apabila ditemukan masalah (Domene et al., 2021).

f. Mengumpulkan dan Menganalisis Data

Data yang diperoleh dari kegiatan monitoring dan evaluasi selanjutnya

dikumpulkan dan dianalisis. Analisis data bertujuan untuk mengetahui tingkat pencapaian indikator program, menemukan hambatan pelaksanaan, serta menilai keberhasilan program. Analisis data dapat dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif sesuai jenis data yang diperoleh. Data kuantitatif biasanya dianalisis menggunakan statistik sederhana seperti persentase dan rata-rata, sedangkan data kualitatif dianalisis melalui interpretasi hasil wawancara, observasi, maupun dokumentasi program (Robert et al., 2024; Walter, 2022).

g. Melaksanakan Evaluasi Program

Evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas, efisiensi, relevansi, serta dampak program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Evaluasi dapat dilakukan pada berbagai tahap program, seperti evaluasi input, evaluasi proses, evaluasi output, evaluasi outcome, dan evaluasi impact. Melalui evaluasi, pelaksana program dapat mengetahui apakah tujuan program telah tercapai, apakah terjadi perubahan perilaku kesehatan masyarakat, serta apakah program memberikan manfaat nyata bagi kelompok sasaran (Kidder et al., 2024; Fynn et al., 2020).

h. Menyusun Laporan Monitoring dan Evaluasi

Hasil monitoring dan evaluasi perlu disusun dalam bentuk laporan yang

sistematis dan mudah dipahami. Laporan monitoring dan evaluasi berisi informasi mengenai pelaksanaan kegiatan, hasil pengukuran indikator, hambatan yang ditemukan, hasil analisis data, serta rekomendasi perbaikan program. Laporan monitoring dan evaluasi menjadi dokumen penting dalam pengambilan keputusan, penyusunan kebijakan kesehatan, dan pengembangan program pada masa mendatang (Walter, 2022; Ghosh et al., 2021).

i. Melakukan Tindak Lanjut Hasil Monitoring dan Evaluasi

Langkah terakhir adalah melakukan tindak lanjut berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi yang telah dilakukan. Tindak lanjut dapat berupa perbaikan strategi pelaksanaan program, revisi kegiatan, pengembangan metode promosi kesehatan, maupun penyusunan kebijakan baru yang lebih efektif. Hasil monitoring dan evaluasi tidak hanya digunakan untuk menilai keberhasilan program, tetapi juga sebagai dasar pembelajaran dalam meningkatkan kualitas program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan secara berkelanjutan (Ter Bogt et al., 2025; WHO, 2024; Kidder et al., 2024).

## 6. Penerapan Monitoring dan Evaluasi Program

Penerapan monitoring dan evaluasi dalam program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan merupakan bagian penting dalam menjamin bahwa program berjalan sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Monitoring dan evaluasi digunakan untuk mengukur keterlaksanaan kegiatan, menilai efektivitas program, mengidentifikasi hambatan pelaksanaan, serta mengetahui dampak program terhadap masyarakat. Dalam praktik kesehatan masyarakat modern, monitoring dan evaluasi tidak hanya berfungsi sebagai alat pengawasan, tetapi juga sebagai dasar pengambilan keputusan berbasis bukti (*evidence-based decision making*) untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan keberlanjutan program (Kidder et al., 2024; Laurent et al., 2024; Ghosh et al., 2021).

Program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan umumnya bertujuan meningkatkan pengetahuan, membentuk sikap positif, dan mendorong perubahan perilaku masyarakat menuju perilaku hidup sehat. Oleh karena itu, penerapan monitoring dan evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah kegiatan yang dilaksanakan benar-benar mampu menghasilkan perubahan sesuai target program. Selain itu, monitoring dan evaluasi juga membantu memastikan penggunaan sumber daya program dilakukan secara efektif dan

efisien (Fuady et al., 2024; Walter, 2022; Nutbeam & Muscat, 2021).

Dalam penerapannya, monitoring program promosi kesehatan dilakukan secara rutin selama program berlangsung. Monitoring dapat dilakukan melalui observasi lapangan, pencatatan jumlah peserta, pemantauan jadwal kegiatan, penggunaan media promosi kesehatan, serta pengawasan pelaksanaan penyuluhan kesehatan. Monitoring memungkinkan pelaksana program mengetahui perkembangan kegiatan secara langsung sehingga hambatan yang muncul dapat segera diatasi (Wendt et al., 2023; Schultz & Ruel-Bergeron, 2021).

Sebagai contoh, pada program pendidikan kesehatan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah, monitoring dapat dilakukan dengan memantau tingkat kehadiran siswa dalam kegiatan penyuluhan, keterlaksanaan jadwal edukasi kesehatan, penggunaan media pembelajaran kesehatan, serta keterlibatan guru dalam mendukung program. Hasil monitoring dapat digunakan untuk memperbaiki metode penyuluhan atau menyesuaikan strategi komunikasi kesehatan agar lebih efektif (Robert et al., 2024).

Selain monitoring, evaluasi juga diterapkan untuk menilai keberhasilan program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan hasil yang diperoleh dengan

tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam program pendidikan kesehatan, evaluasi dapat dilakukan melalui pre-test dan post-test, wawancara, survei perilaku kesehatan, maupun observasi perubahan perilaku masyarakat setelah program dilaksanakan (Laurent et al., 2024). Contoh penerapan evaluasi dapat ditemukan pada program pencegahan penyakit tidak menular. Setelah dilakukan edukasi kesehatan mengenai pola makan sehat, aktivitas fisik, dan bahaya merokok, evaluasi dilakukan untuk mengetahui peningkatan pengetahuan masyarakat, perubahan perilaku konsumsi makanan sehat, peningkatan aktivitas fisik, atau penurunan kebiasaan merokok pada masyarakat sasaran (Sornpaisarn et al., 2023; Wendt et al., 2023).

Penerapan monitoring dan evaluasi juga banyak digunakan dalam program promosi kesehatan rumah sakit (*hospital health promotion*). Monitoring dilakukan untuk memastikan pelaksanaan standar promosi kesehatan rumah sakit berjalan sesuai pedoman, sedangkan evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas implementasi program promosi kesehatan bagi pasien, keluarga pasien, maupun tenaga kesehatan.

Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa pelaksanaan monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan rumah sakit masih menghadapi berbagai tantangan, seperti kurangnya standar evaluasi yang konsisten,

keterbatasan sumber daya manusia, serta rendahnya pemanfaatan hasil evaluasi dalam pengembangan program. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sistem monitoring dan evaluasi agar implementasi program promosi kesehatan dapat berjalan lebih optimal (Rahmania et al., 2025; Al Aufa et al., 2024; Fansuri et al., 2024).

Perkembangan teknologi informasi juga mulai dimanfaatkan dalam penerapan monitoring dan evaluasi program kesehatan. Penggunaan aplikasi digital, sistem informasi kesehatan, dan teknologi kecerdasan buatan (*artificial intelligence*) membantu mempercepat pengumpulan data, meningkatkan akurasi pelaporan, serta mempermudah analisis data program kesehatan masyarakat (Pratama et al., 2024; Kidder et al., 2024). Selain itu, penerapan monitoring dan evaluasi yang baik dapat meningkatkan akuntabilitas program kesehatan kepada pemerintah, lembaga pendanaan, dan masyarakat. Hasil monitoring dan evaluasi dapat digunakan sebagai dasar dalam penyusunan kebijakan kesehatan, pengembangan strategi intervensi kesehatan, serta perbaikan kualitas program kesehatan di masa mendatang.

Secara keseluruhan, penerapan monitoring dan evaluasi dalam program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan sangat penting untuk memastikan program berjalan efektif, efisien, dan memberikan

dampak positif bagi masyarakat. Monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara sistematis dapat membantu meningkatkan kualitas program kesehatan, memperkuat akuntabilitas, serta mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan (Kidder et al., 2024; Shahrin et al., 2024; Wendt et al., 2023).

### **C. Penutup**

Monitoring dan evaluasi program merupakan bagian penting dalam pelaksanaan program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Monitoring berperan dalam memantau pelaksanaan kegiatan secara berkelanjutan agar program berjalan sesuai dengan perencanaan, sedangkan evaluasi berfungsi menilai keberhasilan, efektivitas, efisiensi, serta dampak program terhadap masyarakat sasaran. Kedua kegiatan tersebut saling melengkapi dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam manajemen program kesehatan masyarakat.

Pemahaman mengenai konsep dasar monitoring dan evaluasi sangat diperlukan agar pelaksana program mampu menentukan tujuan, indikator, metode pengumpulan data, serta langkah-langkah pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara sistematis. Selain itu, pemahaman terhadap perbedaan monitoring dan evaluasi membantu dalam menentukan pendekatan yang tepat sesuai kebutuhan program. Indikator monitoring dan evaluasi yang terdiri atas indikator

input, proses, *output*, *outcome*, dan *impact* menjadi alat penting dalam mengukur pencapaian program secara objektif dan terukur.

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi memerlukan tahapan yang terstruktur mulai dari penentuan tujuan, penyusunan indikator, pengumpulan data, analisis data, hingga penyusunan laporan dan tindak lanjut hasil evaluasi. Tahapan tersebut bertujuan menghasilkan informasi yang akurat sebagai dasar pengambilan keputusan dan pengembangan program kesehatan kedepannya. Dalam praktiknya, penerapan monitoring dan evaluasi dapat dilakukan pada berbagai program promosi kesehatan seperti pendidikan kesehatan di sekolah, program pencegahan penyakit tidak menular, promosi kesehatan rumah sakit, hingga program kesehatan berbasis masyarakat.

Monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara efektif dapat membantu meningkatkan kualitas program kesehatan, memperkuat akuntabilitas penggunaan sumber daya, mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti, serta meningkatkan keberhasilan intervensi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang baik perlu terus dikembangkan melalui peningkatan kapasitas sumber daya manusia, penguatan sistem informasi kesehatan, serta pemanfaatan teknologi dalam pengelolaan data program kesehatan.

Dengan demikian, monitoring dan evaluasi bukan hanya alat penilaian program, tetapi juga

menjadi strategi penting dalam mewujudkan program promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan yang efektif, efisien, berkelanjutan, dan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

#### **D. Latihan Soal**

1. Monitoring dalam program kesehatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk.....
  - A. Menentukan kebijakan kesehatan nasional
  - B. Memantau pelaksanaan program agar sesuai dengan rencana
  - C. Mengukur dampak jangka panjang program
  - D. Menentukan besarnya anggaran program
  - E. Menghentikan program yang tidak berhasil
2. Evaluasi program dilakukan untuk mengetahui.....
  - A. Kehadiran peserta kegiatan
  - B. Ketersediaan sarana dan prasarana
  - C. Efektivitas, efisiensi, dan dampak program
  - D. Jadwal pelaksanaan kegiatan
  - E. Jumlah tenaga pelaksana
3. Perbedaan utama monitoring dan evaluasi terletak pada.....
  - A. Jumlah tenaga pelaksana
  - B. Biaya pelaksanaan program
  - C. Lokasi kegiatan
  - D. Waktu pelaksanaan dan fokus penilaian
  - E. Sumber pendanaan program
4. Berikut yang merupakan contoh indikator input adalah.....

- A. Persentase peningkatan pengetahuan peserta
  - B. Jumlah kegiatan penyuluhan yang dilaksanakan
  - C. Jumlah tenaga promosi kesehatan yang tersedia
  - D. Penurunan angka kejadian penyakit
  - E. Persentase perubahan perilaku masyarakat
5. Indikator yang digunakan untuk mengukur pelaksanaan kegiatan selama program berlangsung disebut indikator.....
- A. Input
  - B. Proses
  - C. Output
  - D. Outcome
  - E. Impact
6. Jumlah peserta yang mengikuti penyuluhan kesehatan merupakan contoh indikator.....
- A. Input
  - B. Proses
  - C. Output
  - D. Outcome
  - E. Impact
7. Prinsip SMART dalam penyusunan indikator berarti bahwa indikator harus.....
- A. Mahal dan kompleks
  - B. Mudah diubah sesuai kondisi
  - C. Bersifat umum dan fleksibel
  - D. Spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan terbatas waktu
  - E. Hanya digunakan untuk evaluasi akhir

8. Data yang diperoleh dari monitoring dan evaluasi perlu dianalisis dengan tujuan untuk.....
  - A. Menambah jumlah peserta program
  - B. Menentukan lokasi kegiatan baru
  - C. Mengetahui pencapaian indikator dan keberhasilan program
  - D. Mengurangi anggaran program
  - E. Menentukan struktur organisasi
9. Monitoring yang dilakukan secara berkala memungkinkan pelaksana program untuk.....
  - A. Menghentikan seluruh kegiatan program
  - B. Mengurangi jumlah sasaran program
  - C. Melakukan tindakan korektif dengan cepat apabila ditemukan masalah
  - D. Menambah anggaran program secara otomatis
  - E. Mengubah tujuan program
10. Tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi dapat berupa
  - A. Mengabaikan hasil evaluasi
  - B. Penghapusan seluruh kegiatan program
  - C. Perbaikan strategi pelaksanaan program
  - D. Pengurangan sasaran tanpa alasan yang jelas
  - E. Penghentian program tanpa analisis

---

# **BAB 11**

---

## **ISU DAN TANTANGAN PROMOSI KESEHATAN DI ERA DIGITAL**

---

### **A. Pendahuluan**

#### **1. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan konsep promosi kesehatan di era digital.
- b. Menganalisis perkembangan teknologi digital dalam promosi kesehatan di Indonesia.
- c. Mengidentifikasi isu-isu strategis dalam implementasi promosi kesehatan berbasis digital.
- d. Menganalisis tantangan promosi kesehatan pada masyarakat Indonesia di era transformasi digital.
- e. Mengevaluasi penerapan evidence-based practice dalam promosi kesehatan digital.
- f. Merumuskan strategi penguatan promosi kesehatan digital yang efektif, aman, dan berkelanjutan.

#### **2. Capaian Pembelajaran**

Setelah mengikuti pembelajaran pada topik ini diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Menguraikan konsep promosi kesehatan digital.
- b. Menjelaskan perkembangan teknologi kesehatan digital di Indonesia.

- c. Menjelaskan pemanfaatan media digital dalam promosi kesehatan.
- d. Mengidentifikasi isu-isu utama promosi kesehatan digital.
- e. Menjelaskan tantangan implementasi promosi kesehatan digital.
- f. Menganalisis penggunaan evidence-based practice dalam promosi kesehatan digital.
- g. Mengevaluasi dampak promosi kesehatan digital terhadap perubahan perilaku kesehatan masyarakat.

## **B. Konsep Promosi Kesehatan di Era Digital**

Promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan masyarakat agar mampu meningkatkan kontrol terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Seiring perkembangan teknologi informasi dan komunikasi, promosi kesehatan mengalami transformasi dari pendekatan konvensional menjadi pendekatan digital yang memanfaatkan internet, media sosial, aplikasi kesehatan, telehealth, mobile health (mHealth), kecerdasan buatan, dan berbagai platform digital lainnya.

Transformasi digital kesehatan telah menjadi bagian penting dalam sistem kesehatan modern. Teknologi kesehatan digital memungkinkan penyebaran informasi kesehatan yang lebih cepat, luas, interaktif, dan personal dibandingkan metode konvensional. Pemanfaatan rekam medis elektronik, telemedicine, Internet of Medical Things (IoMT),

aplikasi kesehatan, serta analisis big data menjadi bagian dari ekosistem kesehatan digital yang mendukung promosi kesehatan masyarakat (Pratiwi, 2026).

Di Indonesia, percepatan transformasi digital kesehatan semakin berkembang setelah pandemi COVID-19. Penggunaan media sosial, aplikasi konsultasi kesehatan daring, webinar kesehatan, serta edukasi kesehatan berbasis video mengalami peningkatan signifikan. Kondisi ini membuka peluang besar untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat.

### **C. Perkembangan Promosi Kesehatan Digital di Indonesia**

Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah pengguna internet terbesar di dunia. Tingginya penggunaan smartphone dan media sosial menjadikan platform digital sebagai sarana potensial untuk promosi kesehatan.

Berbagai program pemerintah telah mengarah pada digitalisasi layanan kesehatan, antara lain:

#### **1. Platform SATUSEHAT Indonesia.**

SATUSEHAT merupakan platform kesehatan digital nasional yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk mengintegrasikan data kesehatan dari berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, laboratorium, dan apotek ke dalam satu sistem yang terstandarisasi. Melalui platform ini, data rekam

medis pasien dapat diakses secara lebih mudah dan berkesinambungan sehingga meningkatkan koordinasi pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2022).

## 2. Telemedicine dan telehealth.

Telemedicine merupakan layanan konsultasi kesehatan jarak jauh yang memanfaatkan teknologi komunikasi digital. Di Indonesia, telemedicine berkembang pesat terutama setelah pandemi COVID-19. Layanan ini memungkinkan masyarakat berkonsultasi dengan dokter, bidan, perawat, psikolog, maupun tenaga kesehatan lainnya tanpa harus datang langsung ke fasilitas kesehatan (BRIN, 2026).

Dalam bidang kebidanan, telehealth telah digunakan untuk:

- a. Konsultasi antenatal care (ANC) daring.
- b. Kelas ibu hamil virtual.
- c. Konseling menyusui.
- d. Edukasi kesehatan reproduksi.
- e. Pemantauan ibu nifas.
- f. Telehealth Yoga untuk mengurangi kecemasan ibu hamil.

Buku Telehealth Yoga untuk Mengurangi Kecemasan pada Ibu Hamil merupakan salah satu contoh implementasi telehealth dalam pelayanan kebidanan yang mengintegrasikan edukasi kesehatan, aktivitas fisik prenatal yoga, dan dukungan psikologis melalui media digital (Pratiwi & Lalita, 2024).

Penelitian Pratiwi et al. (2023) menunjukkan bahwa media digital Tayo Prenatal efektif membantu menurunkan kecemasan pada ibu hamil, sehingga menjadi contoh nyata pemanfaatan teknologi digital dalam promosi kesehatan maternal (Pratiwi et al., 2023).

3. Rekam Medis Elektronik (RME)

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan sistem pencatatan informasi kesehatan pasien dalam bentuk digital yang menggantikan rekam medis konvensional berbasis kertas. Implementasi RME di Indonesia semakin diperkuat melalui regulasi Kementerian Kesehatan yang mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan mengadopsi rekam medis elektronik dan mengintegrasikannya dengan platform SATUSEHAT (Satrio & Aqid, 2026).

4. Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK)

ASIK merupakan aplikasi yang dikembangkan untuk mendukung digitalisasi pelayanan kesehatan primer. Aplikasi ini memungkinkan pencatatan pelayanan kesehatan secara langsung di lapangan sehingga data dapat dilaporkan secara real time dan terintegrasi dengan sistem kesehatan nasional. ASIK mendukung kegiatan imunisasi, surveilans kesehatan, pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta program kesehatan masyarakat lainnya (Zahwa et al., 2025).

## 5. Digitalisasi Pelayanan Puskesmas

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer mulai menerapkan berbagai sistem digital, antara lain:

- a. Rekam medis elektronik.
- b. Sistem antrian online.
- c. Dashboard pemantauan program kesehatan.
- d. Telekonsultasi.
- e. Sistem rujukan digital.
- f. Pelaporan kesehatan berbasis elektronik.

Konsep Primary Care 4.0 bahkan mendorong integrasi big data, kecerdasan buatan, Internet of Things (IoT), dashboard mutu, dan telemedicine dalam pelayanan kesehatan primer untuk meningkatkan mutu layanan dan efisiensi sistem kesehatan (Sarmasih, 2025).

## 6. Mobile Health (mHealth)

Mobile Health (mHealth) merupakan pemanfaatan smartphone dan aplikasi seluler untuk mendukung kesehatan masyarakat. Di Indonesia, mHealth digunakan untuk:

- a. Pengingat jadwal imunisasi.
- b. Monitoring kehamilan.
- c. Edukasi kesehatan reproduksi.
- d. Pengelolaan penyakit kronis.
- e. Konsultasi kesehatan online.

Contoh implementasi mHealth dalam kebidanan adalah media digital Tayo Prenatal yang dirancang untuk membantu ibu hamil memperoleh informasi kesehatan dan latihan

prenatal secara mandiri melalui perangkat digital (Pratiwi et al., 2023).

#### 7. Smart Hospital

Rumah sakit modern mulai mengembangkan konsep Smart Hospital, yaitu rumah sakit yang mengintegrasikan teknologi digital dalam seluruh proses pelayanan. Implementasi smart hospital meliputi:

- a. Sistem informasi rumah sakit terintegrasi.
- b. Rekam medis elektronik.
- c. Manajemen obat digital.
- d. Telemedicine.
- e. Monitoring pasien berbasis sensor.
- f. Analisis data kesehatan secara real time.

Konsep smart hospital menjadi bagian dari transformasi kesehatan nasional yang mengedepankan efisiensi, keamanan pasien, dan kualitas pelayanan berbasis teknologi digital (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

#### 8. Promosi Kesehatan Digital melalui Media Sosial

Promosi kesehatan saat ini tidak lagi hanya dilakukan melalui penyuluhan tatap muka, tetapi juga melalui Instagram, Facebook, YouTube, TikTok, Podcast kesehatan, Webinar kesehatan

Dalam bidang kebidanan, media digital digunakan untuk edukasi mengenai kehamilan, persalinan, menyusui, kesehatan reproduksi, dan kesehatan mental ibu. Telehealth Yoga dan media digital Tayo Prenatal merupakan contoh bagaimana promosi kesehatan dapat dikemas secara menarik dan mudah diakses oleh ibu

hamil melalui platform digital (Pratiwi et al., 2023; Pratiwi & Lalita, 2024).

#### **D. Isu-Isu Promosi Kesehatan di Era Digital**

Kemajuan teknologi informasi telah mendorong perubahan promosi kesehatan dari metode tatap muka menjadi berbasis digital melalui media sosial, aplikasi kesehatan, telemedicine, website, dan webinar. Transformasi ini meningkatkan akses informasi kesehatan sekaligus menghadirkan berbagai tantangan. Menurut WHO, teknologi digital dapat mendukung pencapaian tujuan kesehatan global melalui peningkatan akses informasi, pengambilan keputusan berbasis data, dan pemberdayaan masyarakat (WHO, 2025).

##### **1. Meningkatnya Misinformasi dan Disinformasi Kesehatan**

Penyebaran misinformasi dan disinformasi kesehatan melalui media sosial menjadi tantangan utama promosi kesehatan digital karena dapat menyebabkan pengambilan keputusan kesehatan yang tidak tepat, seperti penolakan vaksinasi dan penggunaan terapi yang tidak berbasis bukti.

Penelitian Denniss dan Lindberg (2025) menyebutkan bahwa media sosial berperan besar dalam penyebaran misinformasi kesehatan yang dapat menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap institusi kesehatan dan memengaruhi pengambilan keputusan kesehatan (Denniss & Lindberg, 2025).

Di Indonesia, isu ini tampak pada maraknya hoaks terkait imunisasi, kesehatan reproduksi, stunting, pengobatan herbal, serta kesehatan ibu dan anak, sehingga tenaga kesehatan perlu menyediakan informasi yang valid dan berbasis bukti.

2. Rendahnya Literasi Kesehatan Digital (Digital Health Literacy)

Literasi kesehatan digital adalah kemampuan individu untuk mencari, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi kesehatan dari media digital dalam pengambilan keputusan kesehatan.

Van Kessel et al., (2022) menyatakan bahwa literasi kesehatan digital merupakan super determinant of health yang memengaruhi kemampuan individu mengakses berbagai determinan kesehatan. Literasi yang rendah meningkatkan risiko misinformasi dan pengambilan keputusan kesehatan yang kurang tepat.

Di Indonesia, kesenjangan literasi digital masih menjadi tantangan, terutama pada lansia, masyarakat berpendidikan rendah, dan penduduk di daerah terpencil, sehingga manfaat promosi kesehatan digital belum dirasakan secara merata.

3. Kesenjangan Akses Teknologi (Digital Divide)

Meskipun penggunaan internet di Indonesia terus meningkat, kesenjangan akses teknologi digital masih terjadi antarwilayah dan kelompok sosial ekonomi. Kondisi ini

menyebabkan ketidakmerataan akses informasi kesehatan dan layanan promotif-preventif, sehingga berpotensi memperlebar kesenjangan kesehatan jika tidak didukung pemerataan akses teknologi (Van Kessel et al., 2022).

4. Menurunnya Kepercayaan terhadap Sumber Informasi Resmi

Perkembangan media sosial telah mengubah cara masyarakat memperoleh informasi kesehatan, di mana influencer dan konten viral sering kali lebih dipercaya dibandingkan tenaga kesehatan. Kondisi ini menjadi tantangan karena informasi yang disampaikan tidak selalu berbasis bukti ilmiah, sehingga diperlukan penguatan komunikasi risiko dan penyediaan informasi kesehatan yang kredibel di ruang digital (May, 2025).

5. Privasi dan Keamanan Data Kesehatan

Promosi kesehatan digital melalui aplikasi kesehatan, telemedicine, dan media sosial melibatkan pengumpulan data pribadi pengguna. Oleh karena itu, keamanan data menjadi isu penting karena kebocoran informasi dapat menyebabkan pelanggaran privasi, penyalahgunaan data, dan kerugian bagi pengguna. Sistem promosi kesehatan digital harus menerapkan perlindungan data dan etika kesehatan digital. (WHO, 2025).

6. Penggunaan Artificial Intelligence (AI) dan Deepfake dalam Informasi Kesehatan

Perkembangan kecerdasan buatan (AI) memberikan peluang dalam promosi kesehatan

digital melalui personalisasi edukasi, chatbot kesehatan, dan sistem pendukung keputusan. Namun, AI juga dapat digunakan untuk membuat konten kesehatan palsu (deepfake) yang berpotensi meningkatkan penyebaran misinformasi di masyarakat (Campbell, 2025).

#### **E. *Evidence-Based Practice* dalam Promosi Kesehatan Digital**

Prinsip evidence-based practice menjadi landasan penting dalam pengembangan promosi kesehatan digital. Setiap intervensi yang diberikan kepada masyarakat perlu didasarkan pada hasil penelitian yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah (Pratiwi & Tombokan, 2024).

Penelitian Pratiwi et al., (2023) menunjukkan bahwa media digital "Tayo Prenatal" efektif dalam menurunkan kecemasan ibu hamil, sehingga menjadi contoh implementasi promosi kesehatan digital berbasis bukti dalam pelayanan kebidanan.

Penelitian lainnya menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan menggunakan media booklet mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dalam perawatan bayi berat lahir rendah. Temuan ini memperkuat pentingnya penggunaan media edukasi yang dirancang secara sistematis berdasarkan kebutuhan sasaran (Pratiwi et al., 2021).

## **F. Latihan Soal**

1. Seorang bidan memberikan edukasi melalui Instagram mengenai pencegahan anemia pada ibu hamil. Setelah beberapa hari, ditemukan banyak komentar yang menyebarkan informasi bahwa tablet tambah darah dapat menyebabkan bayi lahir besar dan sulit dilahirkan. Isu promosi kesehatan digital yang paling tepat menggambarkan kasus tersebut adalah....
  - A. Digital divide
  - B. Information overload
  - C. Misinformasi kesehatan
  - D. Artificial intelligence
  - E. Privasi data
2. Seorang ibu hamil mengikuti program Telehealth Yoga menggunakan aplikasi digital. Namun ia kesulitan mengoperasikan aplikasi sehingga tidak dapat mengikuti sesi edukasi secara optimal. Permasalahan utama pada kasus tersebut adalah....
  - A. Kesenjangan ekonomi
  - B. Rendahnya literasi kesehatan digital
  - C. Pelanggaran privasi
  - D. Rendahnya kualitas internet
  - E. Kurangnya tenaga kesehatan
3. Saat melakukan promosi kesehatan melalui media sosial, seorang bidan ingin memastikan informasi yang diberikan sesuai dengan hasil penelitian terbaru dan pedoman WHO. Prinsip yang diterapkan bidan tersebut adalah....
  - A. Digital engagement

- B. Artificial intelligence
  - C. Evidence-based health promotion
  - D. Information overload
  - E. Digital marketing
4. Seorang ibu nifas memperoleh informasi menyusui dari TikTok, YouTube, Instagram, dan WhatsApp secara bersamaan. Akibatnya ia merasa bingung menentukan informasi yang benar. Fenomena tersebut disebut....
- A. Telemedicine
  - B. Information overload
  - C. Digital divide
  - D. Digital literacy
  - E. E-health
5. Dalam sebuah program promosi kesehatan digital, bidan menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil di daerah terpencil tidak dapat mengikuti edukasi karena tidak memiliki akses internet yang memadai. Kondisi tersebut menggambarkan....
- A. Information overload
  - B. Misinformation
  - C. Digital divide
  - D. Digital marketing
  - E. Health literacy
6. Seorang bidan menggunakan aplikasi Telehealth Yoga yang meminta data identitas, usia kehamilan, nomor telepon, dan riwayat kesehatan ibu hamil. Aspek etika yang harus menjadi perhatian utama adalah....
- A. Efisiensi pelayanan
  - B. Privasi dan keamanan data

- C. Jumlah pengguna aplikasi
  - D. Durasi penggunaan aplikasi
  - E. Promosi aplikasi
7. Seorang mahasiswa kebidanan diminta mengevaluasi sumber informasi kesehatan sebelum membagikannya kepada ibu hamil. Ia menilai kredibilitas penulis, tahun publikasi, dan sumber referensi yang digunakan. Tindakan tersebut merupakan bagian dari....
- A. Literasi kesehatan digital
  - B. Information overload
  - C. Telemedicine
  - D. Artificial intelligence
  - E. Digital marketing
8. Dalam pelaksanaan Telehealth Yoga, banyak peserta berhenti mengikuti program setelah dua minggu pertama meskipun manfaat program telah dijelaskan. Tantangan promosi kesehatan digital yang paling sesuai adalah....
- A. Digital divide
  - B. Information overload
  - C. Rendahnya keterlibatan pengguna (engagement)
  - D. Misinformasi
  - E. Privasi data
9. Seorang ibu hamil melihat video seorang influencer yang menyatakan bahwa pemeriksaan antenatal tidak diperlukan apabila kehamilan terasa sehat. Dampak yang paling mungkin terjadi adalah....
- A. Peningkatan literasi kesehatan
  - B. Peningkatan kepatuhan ANC

- C. Pengambilan keputusan kesehatan yang tidak tepat
  - D. Efektivitas promosi kesehatan meningkat
  - E. Peningkatan akses layanan kesehatan
10. Saat menyusun program promosi kesehatan digital mengenai kesehatan mental ibu hamil, bidan memilih menggunakan media Telehealth Yoga karena terbukti efektif menurunkan kecemasan berdasarkan hasil penelitian. Alasan utama penggunaan program tersebut adalah....
- A. Memiliki tampilan aplikasi yang menarik
  - B. Mengikuti tren media sosial
  - C. Berbasis bukti ilmiah (evidence-based)
  - D. Mengurangi penggunaan tenaga kesehatan
  - E. Menggantikan seluruh layanan tatap muka

## DAFTAR PUSTAKA

- Abbass, Z. (2024). Self-Efficacy as a Predictor of Self-Management Capacity in Cancer Patients. *Academia Open*, 9(2).  
<https://doi.org/10.21070/acopen.9.2024.10305>
- Abdulrhman, I., Alazwari, H., Alarsan, S., Adel, N., Alkhateeb, M., & Salameh, E. K. (2023). Designing Effective Health Education Programs: *A Review of Current Research and Best Practices Department of Family Medicine , Al-Hada Military Hospital in Taif , Taif , Saudi Arabia*. 42–46.
- Adyani, K., Realita, F., & Maulidina, A. A. (2023). Effectiveness of health promotion videos in preventing breast cancer. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 18(2), 89–99.  
<https://doi.org/10.14710/jpki.18.2.89-99>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AND HUMAN DECISION PROCESSES*, 50, 179–211.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/074959789190020T>
- Al Aufa, B., Sulistiadi, W., Murniati, N., Kusuma, D., & Nurmansyah, M. I. (2024). The implementation of Indonesian standards for health promotion in hospitals: A self-assessment study in a private hospital in Depok City. *Journal of*

- Multidisciplinary Healthcare*, 17, 5217–5223.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S485947>
- Anggreiny, M. E., & Simatupang, M. M. (2025). Peningkatan literasi kesehatan reproduksi dan pencegahan infeksi menular seksual (IMS) pada remaja melalui program edukasi terintegrasi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 9(5), 3559–3567.  
<https://journal.ummat.ac.id/index.php/jpmb/article/view/34114>
- Astuti, A. Y., Sugianti, S., & Abdurrozzaq, I. (2023). Penerapan teknologi multimedia sebagai sarana inovasi pengembangan perangkat pembelajaran untuk guru pendidikan anak usia dini. *Jurnal Ilmiah Edutic: Pendidikan dan Informatika*, 9(2).  
<https://doi.org/10.21107/edutic.v9i2.19929>
- Astuti, B. W., Abrar, A. N., & Irawanto, B. (2026). Dari terestrial ke digital: Pergeseran praktik siaran radio di era digital. *Jurnal Media dan Komunikasi Indonesia*, 7(1).  
<https://doi.org/10.22146/jmki.110874>
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Pemanfaatan data SKI 2023 untuk evaluasi program kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.  
<https://www.badankebijakan.kemkes.go.id>
- Badiyah, A., Sartika, Anggreny, D. E., Sani, A., Kumalasari, I., Hermansyah, H., Nuryati, E., Shobur, S.,

- Yulianto, B., Puspitasari, A., Maksuk, Illustri, Putri, K. M., Angraini, W., & Murni, N. S. (2022). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Bandura, A. (1986). *Social Learning Theory Prentice-Hall series in social learning theory Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers.
- Basińska-Zych A, Springer A.(2021). *Organizational and Individual Outcomes of Health Promotion Strategies-A Review of Empirical Research*. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jan 6;18(2):383. doi: 10.3390/ijerph18020383. PMID: 33419033; PMCID: PMC7825322.
- Betancourt, A. (2025). *SuperVive-Comunidad App: Advancing Integrative Health Equity for the Hispanic Community Through Social Connection*. Global Advances in Integrative Medicine and Health, 14. <https://doi.org/10.1177/27536130251345428>
- Biks, G. A., Shiferie, F., Tsegaye, D. A., Asefa, W., Alemayehu, L., Wondie, T., Zelalem, M., Lakew, Y., Belete, K., & Gebremedhin, S. (2024). High prevalence of zero-dose children in underserved and special setting populations in Ethiopia using a generalize estimating equation and concentration index analysis. *BMC Public Health*,

24, 1–15.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-024-18077-w>

Bosnjak, M., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2020). The Theory of Planned Behavior: Selected Recent Advances and Applications. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.3107>

BRIN. (2026). *Transformasi Layanan Kesehatan Digital, BRIN Angkat Implementasi Telemedicine di Daerah*.  
<https://brin.go.id/press-release/128200/transformasi-layanan-kesehatan-digital-brin-angkat-implementasi-telemedicine-di-daerah>

Campbell, D. (2025). *AI deepfakes of real doctors spreading health misinformation on social media*.  
<https://www.theguardian.com/society/2025/dec/05/ai-deepfakes-of-real-doctors-spreading-health-misinformation-on-social-media?utm>

Candrawati, Nr. D., Wiguna, P. K., Malik, M. F., Nurdiana, A., Salbiah, Runggandini, S. A., Yanti, I., Jamaluddin, Setiawati, R., Marlina, R., Suryani, L., Isnani, T., Iswono, & Bagiastra, I. N. (2024). *PROMOSI DAN PERILAKU KESEHATAN (Vol. 2). EUREKA MEDIA AKSARA*.  
<https://repository.penerbiteurka.com/media/pu>

blications/560967-promosi-dan-perilaku-  
kesehatan-4039a488.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *CDC program evaluation framework*. MMWR Recommendations and Reports, 73(6), 1–37. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7306a1>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *CDC Workplace Health Program / Workplace Health / CDC*. Retrieved May 29, 2026, from <https://www.cdc.gov/workplace-health-promotion/php/about/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024, 11). *Developing Objectives and Evaluation Questions*. Diambil kembali dari CDC: <https://www.cdc.gov/>

Chambers, D., & Goddard, K. A. (2024). Advancing Implementation Science in Cancer Genomics: Progressing From Discovery to Population Health Benefit. *Public Health Genomics*, 27(1), 161–167. <https://doi.org/10.1159/000541577>

Chinapaw, M. J. M., Klaufus, L., Oyeyemi, A. L., Draper, C. E., Palmeira, A. L., Silva, M. N., Belle, S. V, Pawlowski, C. S., Schipperijn, J., & Altenburg, T. M. (2024). Youth-Centred Participatory Action Approach Towards Co-Created Implementation of Socially and Physically Activating Environmental Interventions in Africa and Europe: *The YoPA Project Study Protocol*. *BMJ Open*,

14(2), e084657.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084657>

Christanti, J. V., Setiadi, A. P., Setiawan, E., Presley, B., Halim, S. V., Wardhani, S. A., Sunderland, B., & Wibowo, Y. I. (2024). Community-based approach to promote rational use of antibiotics in Indonesia: The development and assessment of an education program for cadres. *Health Promotion International*, 44(3).  
<https://doi.org/10.1177/2752535X231184029>

Conlin, M., McLaren, D., Spelten, E., & MacDermott, S. (2023). Cultivating Participatory Approaches in Health Promotion Planning, Delivery, and Evaluation: A Case Study of an Academic-health Service Partnership in Rural Victoria. *Health Promotion Journal of Australia*, 35(3), 804–812.  
<https://doi.org/10.1002/hpja.818>

Crosby, R., & Noar, S. M. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(SUPPL. 1).  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x>

De Bock, F., & Rehfuess, E. (2021). *Mehr Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung: Kriterien für evidenzbasierte Maßnahmen und notwendige organisationale Rahmenbedingungen und Kapazitäten*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 64(5),

524–533. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03320-1>

- Denniss, E., & Lindberg, R. (2025). Social media and the spread of misinformation: infectious and a threat to public health. *Health Promotion International*, 40(2), daaf023. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/d aaf023>
- Dewi, R. D. C., & Suryono. (2023). *Komunikasi Kesehatan dan Interpersonal Skill Tenaga Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Djannah, R. S. N., Wijaya, C. S., Jamko, M. N., Sari, L. P., Hastuti, N., Sinanto, R. A., Maelani, R., Nurhesti, A., & Yuliawati, K. (2020). *Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Perubahan perilaku*. Penerbit CV Mine. [https://eprints.uad.ac.id/33135/2/FIXpromkes dan perubahan perilaku.pdf](https://eprints.uad.ac.id/33135/2/FIXpromkes%20dan%20perubahan%20perilaku.pdf)
- Domene, F. M., Silva, J. L., Melo, R. C., et al. (2021). Monitoring and evaluation methodologies of health promotion actions in primary health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5672–5681. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115672>
- Duea, S. R., Zimmerman, E. B., Vaughn, L. M., Dias, S., & Harris, J. (2022). A Guide to Selecting Participatory Research Methods Based on Project and Partnership Goals. *Journal of Participatory*

- Eisman, A. B., Kim, B., Salloum, R. G., Shuman, C. J., & Glasgow, R. E. (2022). Advancing Rapid Adaptation for Urgent Public Health Crises: Using Implementation Science to Facilitate Effective and Efficient Responses. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.959567>
- Endang Sutisna Sulaiman. (2021). *Pendidikan dan Promosi Kesehatan: Teori dan Implementasi di Indonesia*. UGM Press.
- Fansuri, M., Setiaji, B., Karyus, A., Budiati, E., Rolia, E., & Irawan, H. (2024). Evaluation of health promotion implementation at General Ahmad Yani Hospital, Metro City. *Miracle Journal of Public Health*, 7(2), 86–96. <https://doi.org/10.36566/mjph.v7i2.367>
- Fertman, C. I., & Grim, M. L. (2022). *Health promotion programs: From theory to practice* (3rd ed.). USA: John Wiley & Sons.
- Fuady, A., Anindhita, M., Haniifah, M., et al. (2024). *Bridging the gap: Financing health promotion and disease prevention in Indonesia*. *Health Research Policy and Systems*, 22(146), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01206-7>
- Fynn, J. F., Hardeman, W., Milton, K., Murphy, J., Jones, A., & Ogilvie, D. (2020). A scoping review of evaluation frameworks and their applicability to

real-world physical activity and dietary change programme evaluation. *BMC Public Health*, 20, 1000. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09003-5>

- Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., & Yaya, S. (2022). Determinants of Community Health Workers Effectiveness for Delivery of Maternal and Child Health in Sub Saharan Africa: *A Systematic Review Protocol*. *Plos One*, 17(7), e0271528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271528>
- Gelius, P., Messing, S., Tcymbal, A., Whiting, S., Breda, J., & Abu-Omar, K. (2021). Policy Instruments for Health Promotion: A Comparison of WHO Policy Guidance for Tobacco, Alcohol, Nutrition and Physical Activity. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.95>
- Ghosh, S., Roth, B. M., Massawe, I., et al. (2021). A protocol for a comprehensive monitoring and evaluation framework with a compendium of tools to assess quality of Project ECHO implementation. *Frontiers in Public Health*, 9, 714081. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714081>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *HEALTH BEHAVIOR THEORY, RESEARCH, AND PRACTICE* (5th ed.). Jossey-Bass A Wiley Imprint.

<https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-3717019-50e4fa74c0.pdf>

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass. Glenz, Karen, Health Behavior and Health Education: Theory and Practice, Yossey-Bass Publisher, San Fransisco, Oxford, 1990.
- Gourlay, A., Walker, D., Singh, S., Mata, M. d. I., & Birdthistle, I. (2024). Gender-Transformative HIV and SRHR Programme Approaches for Adolescents and Young People: A Realist Review to Inform Policy and Programmes. *BMJ Global Health*, 9(12), e014363. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014363>
- Grafft, N., Gago, C., Garcia, E. A., Aftosmes-Tobio, A., Jurkowski, J. M., Blaine, R. E., & Davison, K. K. (2024). *Parent Experiences of Empowerment. Family & Community Health*, 47(4), 261–274. <https://doi.org/10.1097/fch.0000000000000412>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Green, L. W., Gielen, A. C., Ottosan, J. M., Peterson, D. V, & Kreuter, M. W. (2022). *Health Program Planning, Implementation dan Evaluation*. Johns Hopkins University Press.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Informasi Bibliografi* (4th ed.). McGraw-Hill Education.

- Green, L., Poland, B., & Rootman, I. (2000). *The settings approach to health promotion*. In B. D. Poland, L. W. Green, I. Rootman (Eds.) *The settings approach to health promotion* (pp. 1-43). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781452232829.n1>
- Greene, M. E., Siddiqi, M., & Abularrage, T. F. (2023). Systematic Scoping Review of Interventions to Prevent and Respond to Child Marriage Across Africa: Progress, *Gaps and Priorities*. *BMJ Open*, 13(5), e061315. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061315>
- Hacker, K., Glasgow, L., Bayer, E. M., & Holtgrave, P. (2023). Getting Further Faster: Illuminating Opportunities for Health Departments to Support Community-Driven Social Determinants of Health Interventions. *Journal of Public Health Management and Practice*, 29(1), 105–107. <https://doi.org/10.1097/phh.0000000000001684>
- Harahap, R. A., & Putra, F. E. (2017). *Buku Ajar Komunikasi Kesehatan*. Medan: Perdana Publishing / FKM UIN Sumatera Utara.
- Harsch, S., & Bittlingmayer, U. H. (2024). Advancing the Health Literacy of Migrants in Second-Language Courses: Realist Review. *International Health Trends and Perspectives*, 4(1), 40–67. <https://doi.org/10.32920/ihtp.v4i1.1921>

- Haugan G, Eriksson M, (2021). *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services*. Vital Theories and Research [Internet]. Chapter 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585681/> / doi: 10.1007/978-3-030-63135-2\_1
- Herath, T., Perera, M. N., Guruge, D., & Kasturiratne, A. (2024). Empowering Communities to Use Healthy Lifestyle Centres: An Implementation Research From Sri Lanka. *BMJ Open*, 14(9), e075634. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075634>
- Herawati, M., & Maryani, S. (2022). Gambaran Pelaksanaan Program Promosi Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat. *Health Promotion and Community Engagement Journal*, 1(1), 60–65. <https://doi.org/10.70041/hpcej.v1i1.8>
- Herlambang, P. M., & Budiyaniti, R. T. (2023). Urgensi pengembangan kurikulum pendidikan kedokteran di era digitalisasi layanan kesehatan: Pembahasan blended learning. *Smart Society Empowerment Journal*, 3(2), 32–37. <https://jurnal.uns.ac.id/sse/article/view/73152>
- Hooda, M. (2025). 'Empowerment' as a Proximal Implementation Outcome for Task Shifting With Informal Cadres: Findings From a Qualitative Study With Traditional Healers in Rural Uganda.

- Implementation Science Communications, 7(1).  
<https://doi.org/10.1186/s43058-025-00823-9>
- Huang P, Abang Abai DSB, Xiao H, Zhang Q, Xian Z, Abdullah KB (2025). Factors influencing health-promoting lifestyle among medical personnel: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2025 Mar 25;15(3):e097470. doi: 10.1136/bmjopen-2024-097470. PMID: 40132854; PMCID: PMC11938235.
- Huw MacDonald, Martha Martin, Emily Clark, Amy Dehn Lunn, Anna Gkiouleka, Sashika Harasgama, Danielle Lamb, & John Ford. (2024). *What works: Community engagement and empowerment to address health inequalities*. Health Equity Evidence Center.
- Indravudh, P., McGee, K., Sibanda, E., Corbett, E. L., Fielding, K., & Terris-Prestholt, F. (2025). Community-Led Strategies for Communicable Disease Prevention and Management in Low-And Middle- Income Countries: A Mixed-Methods Systematic Review of Health, Social, and Economic Impact. *Plos Global Public Health*, 5(4), e0004304.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004304>
- Jenkins, C. L., Wills, J., & Sykes, S. (2023). Settings for the development of health literacy: A conceptual review. *Frontiers in Public Health*, 11.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1105640>

- Kaban, N. B., Lubis, D. H., Ginting, L., Video, P., & Cuci, T. (2023). Pendidikan Kesehatan dengan Metode Pemutaran Video Tentang Cuci Tangan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa di SD YPMA Medan. *Excellemt Midwifery Journal*, 6(2), 8–15.
- Kakhki, S. K., Aghebati, N., & Moonaghi, H. K. (2025). Exploring the impact, challenges, and integration of podcasts in patient education: A *systematic review*. *BMC Medical Education*, 25, Article 690. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07217-4>
- Kaysin, A., Antoniello, P., Agarwal, S., & Perry, H. B. (2024). Strategies for Sustained Empowerment of Community Health Workers: A Qualitative Analysis of the Comprehensive Rural Health Project in Jamkhed, India. *Inquiry the Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 61. <https://doi.org/10.1177/00469580241235059>
- Kemenkes RI. (2022). SATUSEHAT, *Platform Layanan Kesehatan Digital Indonesia*. <https://kemkes.go.id/id/satusehat-platform-layanan-kesehatan-digital-indonesia>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit. . *Jakarta: Kementerian Kesehatan RI*.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Laporan Kinerja Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan Tahun Anggaran 2023. *Repositori Ditjen Nakes Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. [https://repositori-ditjen-nakes.kemkes.go.id/627/1/LKJ%20DIT.PENYEDIAAN%20NAKES\\_2023%20%281%29.pdf](https://repositori-ditjen-nakes.kemkes.go.id/627/1/LKJ%20DIT.PENYEDIAAN%20NAKES_2023%20%281%29.pdf)
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Buku Kinerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2022-2023: Transformasi Kesehatan Mewujudkan Masyarakat Indonesia Sehat Dan Unggul. *Kementerian Kesehatan RI*.
- Khader, Y., Shalabi, D., Daoud, L., Bakri, D. A., AlHamawi, R., Saad, R., Himatt, S., Majeed, Z. A., Alsouri, R. K., Ahmed, N. A., Assaf, R., Haddad, N., Parwiz, S., Alsoukhni, M., Bashier, H., Al-Gunaid, M., & Nsour, M. A. (2025). The Role of Public Health Networks in Strengthening Public Health Systems: The Case of EMPHNET in the Eastern Mediterranean Region. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1654089>
- Kidder, D. P., Fierro, L. A., Luna, E., et al. (2024). CDC program evaluation framework, 2024. *MMWR Recommendations and Reports*, 73(6), 1–37. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7306a1>
- Knutson, Andi L., The Individual, Society, and Health Behavior, Rusel Sage Foundation, New York, 1989.

- Kogen, L. (2022). Communicating for Social Change: A Model of Communicative Power. *International Communication Gazette*, 84(7–8), 591–612. <https://doi.org/10.1177/17480485221104003>
- Larissa, U., & Rachmayanti, R. D. (2022). Emo Demo Education On Improving Maternal Knowledge. *The Indonesian Journal of Public Health*, 17(3), 451–461. <https://doi.org/10.20473/ijph.v17i3.2022.451-461>
- Laurent, A. A., Vo, L., & Wong, E. Y. (2024). Lessons learned from applying a monitoring and evaluation framework to economic, social, and other health impacts of the COVID-19 pandemic. *Public Health Reports*, 139(1), 18–25. <https://doi.org/10.1177/00333549231208489>
- Le, T.-T. (2025). *Beyond Compliance: Uncovering Organizational Barriers to Workplace Safety in Industrial Zones*. Environmental Health Insights, 19. <https://doi.org/10.1177/11786302251393858>
- Lee A, Lo A, Li Q, Keung V, Kwong A, (2020). *Health Promoting Schools: An Update*. Appl Health Econ Health Policy. 2020 Oct;18(5):605-623. doi: 10.1007/s40258-020-00575-8. PMID: 32291699; PMCID: PMC7156290.
- Liamputtong, P. (2026). *Health Promotion and Health Literacy: Setting the Scene*. In: Liamputtong, P. (eds) Handbook of Concepts in Health, Health Behavior and Environmental Health. Springer,

Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-97-0821-5\\_171-1](https://doi.org/10.1007/978-981-97-0821-5_171-1)

- Liao CH, Bercea S. (2021) Success factors of health promotion: Evaluation by DEMATEL and M-DEMATEL methods - A case study in a non-profit organization. *PLoS One*. 2021 Dec 7;16(12):e0260801. doi: 10.1371/journal.pone.0260801.
- Limbu, Y. B., & Gautam, R. K. (2023). How Well the Constructs of Health Belief Model Predict Vaccination Intention: *A Systematic Review on COVID-19 Primary Series and Booster Vaccines*. *Vaccines*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/vaccines11040816>
- Lladó, A. P., & Úcar, X. (2022). Evaluating Youth Empowerment: The Construction and Validation of an Inventory of Dimensions and Indicators. *American Journal of Evaluation*, 45(1), 86–109. <https://doi.org/10.1177/10982140211055643>
- Lwin KS, Bhandari AKC, Nguyen PT, Saito J, Yaguchi-Saito A, Ota E, Shimazu T (2022) Factors influencing implementation of health-promoting interventions at workplaces: Protocol for a scoping review. *PLoS One*. 2022 Oct 12;17(10):e0275887. doi: 10.1371/journal.pone.0275887.
- Marpaung, D. D. R., Putri, N. R., Manurung, J., Laga, E. A., Hairuddin K, F., Taufiq, L. O. M., Romas, A. N.,

- Sinaga, J., Tanjung, R., Sinaga, T. R., Argaheni, N. B., Faridi, A., & Andriani, R. (2022). *Dasar-Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Medar: Yayasan Kita Menulis.
- May, N. (2025). *Social media influencers are 'fearmongering' to promote health tests with limited evidence, study finds*. <https://www.theguardian.com/society/2025/feb/27/social-media-influencers-are-fearmongering-to-promote-health-tests-with-limited-evidence-study-finds?utm>
- McDaid, L., Thomson, R., Emery, J., Coleman, T., Cooper, S., Phillips, L., & Naughton, F. (2021). Agreement and disparities between women and stop-smoking specialists about how to promote adherence to nicotine replacement therapy in pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094673>
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., & Thackeray, R. (2017). *PIPlanning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs. A Primer* (7th ed.). Pearson.
- Michael Marmot, Jessica Allen, Tammy Boyce, Peter Goldblatt, & Joana Morrison. (2020). *Health Equity In England: The Marmot Review 10 Years On*. The Health Foundation.
- Mosnier, É., Artigas, F., Richard, É., Hoyer, M., Michels, D., Vandentorren, S., Girard, G., Nagot, N., Regnault,

- H., Mosnier, M., Inegbeze, G., Roux, P., Spire, B., & Eldin, C. (2023). Effectiveness of a Community Empowerment Intervention to Improve Access to Pre-Exposure Prophylaxis in Migrant Women Sex Workers: Protocol for a Mixed Methods Implementation Study. *Jmir Research Protocols*, 12, e42844. <https://doi.org/10.2196/42844>
- Mulasari, S. A. (2020). *Modul Perkuliahan: Media dan Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: CV. Mine.
- Nagorcka-Smith, P., Bolton, K. A., Dam, J., Nichols, M., Alston, L., Johnstone, M., & Allender, S. (2022). The Impact of Coalition Characteristics on Outcomes in Community-Based Initiatives Targeting the Social Determinants of Health: A Systematic Review. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13678-9>
- Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryanti, E., Sesca Diana Solang, Mk., Fahmi Baiquni, Mk., Anneke Tahulending, M. A., Made Suarjana Janbonsel Bobaya, Mk. I., MKes Hj Kristina, Sp., Dirayati Sharfina SKep, M., Novarita Mariana Koch, Mk., Ns Dhiya Urrahman, Mk., Asri Jumadewi, M., Puspita Sari, Mk., Asrori, Mk., Raden Rama Widya Kartika Yudha, M., Safrudin, Mh., Jane Kolompoy, Mk. A., Solihin Sayuti, Mk., Marlyn Pandean, Mk. M., Siti Nur Fauziah, M., & Ode Alifariki, L. (2024). *Promosi dan Perilaku*

*Kesehatan*. PT MEDIA PUSTAKA INDO.  
www.mediapustakaindo.com

- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159–173.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). *Health Promotion Glossary 2021*. Health Promotion International, 36(6), 1578–1598.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Obeagu, E. I., & Obeagu, G. U. (2024). Preventive Measures Against HIV Among Uganda's Youth: Strategies, Implementation, and Effectiveness. *Medicine*, 103(44), e40317.  
<https://doi.org/10.1097/md.00000000000040317>
- OECD (2022), *Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris,  
<https://doi.org/10.1787/e179b2a5-en>.
- Okpalauwaekwe, U., Ballantyne, C., Tunison, S., & Ramsden, V. R. (2022). Enhancing Health and Wellness By, for and With Indigenous Youth in Canada: A Scoping Review. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14047-2>

- Packard-Winkler, M., Golding, L., Tewodros, T., Faerber, E., & Girard, A. (2024). Core Principles and Practices for the Design, Implementation, and Evaluation of Social and Behavior Change for Nutrition in Low- And Middle-Income Contexts With Special Applications for Nutrition-Sensitive Agriculture. *Current Developments in Nutrition*, 8(8), 104414. <https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2024.104414>
- Page-Reeves, J., Murray-Krezan, C., Burge, M. R., Mishra, S. I., Regino, L., Bleecker, M. J., Rodriguez, D. P., McGrew, H. C., Bearer, E. L., & Erhardt, E. B. (2024). Culturally Appropriate Options for Diabetes Self-management: Results From a Patient-centered Comparative Effectiveness Study. *Natural Sciences*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/ntls.20240002>
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Mustar, T., Ramdany, R., Manurung, E. I., ... M, M. (2021). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan* (R. Watrianthos, Ed.). Yayasan Kita Menulis.
- Palma, M., Fernan, B. M., & Solijon, V. (2025). Lifestyle Medicine and Universal Health Care Intersection: History and Impact of the Philippines Initiative. *American Journal of Lifestyle Medicine*. <https://doi.org/10.1177/15598276251326548>
- Pandhika, D., Hidayat, R., & Putri, L. (2023). Pemanfaatan media sosial sebagai alat promosi kesehatan

- rumah sakit di Indonesia: Literature review. *Faletehan Health Journal*, 10(2), 131–136.  
<https://doi.org/10.33746/fhj.v10i02.502>
- Pelikan, J.M., Metzler, B., Nowak, P. (2022). *Health-Promoting Hospitals. In: Kokko, S., Baybutt, M. (eds) Handbook of Settings-Based Health Promotion.* Springer, Cham.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-95856-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-95856-5_7)
- Perry, H. B., Valdez, M., Blanco, S., Llanque, R., Martin, S., Lambden, J., Gregg, C., Leach, K., Muffoletto, E. O., Wallace, J., Modanlo, N., Pfeiffer, E., Westgate, C. C., Lesnar, B., & Stollak, I. (2023). Reducing inequities in maternal and child health in rural Guatemala through the CBIO+ approach of Curamericas: 2. Study site, design, and methods. *International Journal for Equity in Health, Suppl.* 2, 21, 1–23.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12939-022-01754-w>
- Pratama, R., Suhandha, R., Aini, Z., Nurjannah, N., & Geumpana, T. A. (2024). Application of artificial intelligence technology in monitoring students' health: Preliminary results of Syiah Kuala Integrated Medical Monitoring (SKIMM). *Narra Journal*, 4(2), e644.  
<https://doi.org/10.52225/narra.v4i2.644>

- Pratiwi, D. (2026). *Teknologi Kesehatan Digital: Konsep dan Implementasi* (S. Hadjo, Ed.; 6). Yayasan Kita Menulis.
- Pratiwi, D., & Lalita, E. (2024). *Telehealth Yoga untuk Mengurangi Kecemasan pada Ibu Hamil*. Inovasi Layanan Kebidanan di Era Digital (M. Nasrudin, Ed.). NEM.  
<https://books.google.co.id/books/about?id=I9s7EQAAQBAJ>
- Pratiwi, D., & Tombakan, S. G. J. (2024). *Evidence-Based dalam Kebidanan*. Penerbit NEM.  
<https://books.google.co.id/books?id=Jsg7EQAAQBAJ>
- Pratiwi, D., Ismail, D., Muftililah, M., & Cholsakhon, P. (2021). The Effect of Health Education on Mother's Knowledge Attitudes and Behavior in Giving Care to Low Birth Weight Babies. *Jurnal Info Kesehatan*, 19(2), 97–109.
- Pratiwi, D., Lalita, E., Donsu, A., & Olii, N. (2023). The Use of Digital Media" Tayo Prenatal" on Anxiety Pregnant Women. *Jurnal Info Kesehatan*, 21(3), 429–437.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

- Public Health Ontario. (2024). Six Steps for Planning Health Promotion Programs Step 1 : *Pre-planning and Project Management*.
- Putri, A., & Ayuningtyas, D. (2023). Home visit as a strategy to increase access to primary health care: A scoping review. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 9(1), 14–25.  
<https://doi.org/10.33490/jkm.v9i1.891>
- Rahmania, A., Anam, M. K., Yahya, E. B., Amrullah, S. A., & Yudisianto, A. (2025). Optimizing the effectiveness of hospital health promotion implementation at Simpang Lima Gumul Regional Hospital, Kediri Regency. *Journal of Community Engagement in Health*, 8(2), 156–165.  
<https://doi.org/10.30994/jceh.v8i2.656>
- Rahmawati, W. C. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang: Wineka Media.
- Ramli, Yessy, Aji, S. P., Hadawiah, Bidullah, R., Pangaribuan, R., Agustawan, Gani, A., Yusriani, Aspar, H., Hidayah, N., & Hayati, Z. (2022). *Komunikasi Kesehatan. Padang*. PT Global Eksekutif Teknologi.
- Rayhaniah, S. A. (Ed.). (2022). *Komunikasi Kesehatan. Samarinda*: CV. Insan Cendekia Mandiri.
- Robert, M., Coenen, M., Bauer, J., et al. (2024). Consented indicators for the evaluation of integrated strategies of community health promotion targeting children and adolescents:

- Results of an eDelphi. *BMC Public Health*, 24, 252.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17661-3>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328–335.  
<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rural Health Information Hub. (2025). *Evaluation measures for health promotion and disease prevention programs*. Rural Health Information Hub.  
<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/5/measures-for-evaluating>
- Röger-Offergeld, U., Kurfer, E., & Brandl-Bredenbeck, H. P. (2023). Empowerment Through Participation in Community-Based Participatory Research—effects of a Physical Activity Promotion Project Among Socially Disadvantaged Women. *Frontiers in Public Health*, 11.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1205808>
- Salami, B., Salma, J., Denga, B., Maduforo, A. N., & Alaazi, D. A. (2025). Methodological Reflections From a Research Project on the Mental Health of Black Youth. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 45(4), 204–211.  
<https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.4.05>
- Saptawulan, E., Ensia, M. A., & Widuri, P. D. (2025). Pengaruh promosi kesehatan dengan metode ceramah kombinasi media leaflet dan video

- terhadap pengetahuan ibu dan balita tentang imunisasi dasar lengkap di Kelurahan Pahandut pada wilayah kerja UPTD Puskesmas Pahandut Tahun 2024. *Jurnal Surya Medika*, 11(1), 44–52. <https://doi.org/10.33084/jsm.v11i2.9677>
- Sari, M. H. N., Hasnidar, Pakpahan, M., Lakhmudien, Mahawati, E., Marpaung, Y. M., Novela, V., Ani, M., Susanty, S. D., Yanti, C. A., & Yunianto, A. E. (2020). *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Sarmasih, R. A. (2025). Primary Care 4.0: *Inovasi Digital Berbasis Data Untuk Ketahanan Jaminan Kesehatan Nasional Pasca Satu Dekade*. Bappenas Working Papers, 8(3), 385–404. <https://doi.org/https://doi.org/10.47266/bwp.v8i3.444>
- Sastria, A., Nurhayani, & Hidayat, R. (2024). Monitoring dan evaluasi program promosi kesehatan di puskesmas wilayah Indonesia. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(1), 114–123. <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i1.26211>
- Satrio, S., & Aqid, B. M. (2026). Deadline-Chasing in Digital Health: Forecasting EMR Adoption Dynamics and Regulatory Impact in Indonesian Primary Care. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, 11(2), 3. <https://doi.org/https://doi.org/10.48550/arXiv.2512.05381>

- Schultz, L., & Ruel-Bergeron, J. (2021). Considerations for monitoring school health and nutrition programs. *Frontiers in Public Health*, 9, 678794. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.678794>
- Shahrin, L., Nowrin, I., Afrin, S., et al. (2024). Monitoring and evaluation practices and operational research during public health emergencies in Southeast Asia Region (2012–2022): *A systematic review. The Lancet Regional Health – Southeast Asia*, 21, 100340. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100340>
- Shin, S., Shah, A. M., North-Kabore, J., Rowthorn, V., Fiori, K. P., Dudding, R., Plum, R. A., Parke, D. M., George, C., Thomas, S. B., Pinkett, R. D., Porter, K. M. P., Sirois, A., Cordeiro, V., & Ogbolu, Y. (2023). *Global Learning for Health Equity: A Survey of Five Global Learning Sites in the United States. Community Health Equity Research & Policy*, 45(3), 275–290. <https://doi.org/10.1177/2752535x231210046>
- Shiyanbola, O. O., Maurer, M. A., Piper, M. E., Bolt, D. M., Sharp, L. K., Ouayogodé, M. H., & Fisher, E. B. (2025). Optimizing Diabetes Management Interventions for Black and Hispanic Adults Using the Multiphase Optimization Strategy: Protocol for a Randomized Mixed Methods Factorial Trial. *Contemporary Clinical Trials*, 149, 107804. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107804>

- Silitonga, H. T. H., Wicaksono, D., Yunita, J., Rany, N., Perangin-angin, S. B., Nusawakan, A. W., Rachmawati, F., Asmin, E., Wilani, N. M. A., Putri, K. M., Safitriani, I., & Syahadat, R. M. (2024). *Perilaku Kesehatan & Promosi Kesehatan. Bandung*. Penerbit Widina.
- Silva, P., & Pereira, H. (2023). *Promoting Psychosocial Well-Being and Empowerment of Immigrant Women: A Systematic Review of Interventions*. Behavioral Sciences, 13(7), 579. <https://doi.org/10.3390/bs13070579>
- Soekidjo Notoatmodjo, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 2003.
- Sofaria, N. R., & Musniati, N. (2023). Efektivitas media leaflet dan poster terhadap pengetahuan dan sikap penyakit hipertensi pada masyarakat di Puskesmas Kecamatan Cilodong Depok Tahun 2023. *Journal of Public Health Innovation*, 4(1), 209–216. <https://doi.org/10.34305/jphi.v4i01.858>
- Sornpaisarn, B., Limmade, Y., Pengpid, S., et al. (2023). Assessing data availability of NCD prevention and control in six ASEAN countries based on WHO global monitoring framework and progress monitor indicators. *BMC Public Health*, 23, 272. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15165-1>
- Strack, R. W., Orsini, M. M., & Ewald, D. R. (2022). Revisiting the Roots and Aims of Photovoice.

- Health Promotion Practice*, 23(2), 221–229.  
<https://doi.org/10.1177/15248399211061710>
- Supriyanto, S., & Damayanti, N. A. (2007). *Perencanaan dan Evaluasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Surastiningsih, N., & Putri, N. (2024). Efektivitas promosi kesehatan dengan media leaflet dan video terhadap pengetahuan dan sikap pasien tentang pencegahan jatuh di ruang rawat inap RSAB Harapan Kita Jakarta. *Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS)*, 6(2), 112–120.  
<https://ejournal.urindo.ac.id/index.php/jukmas/article/view/5055>
- Susindra, Y., Ayu, D. P., Widyawati, A., & Kartika, R. C. (2024). E-advertorial design using the ADDIE model as a marketing and health promotion strategy. *International Journal of Healthcare and Information Technology*, 1(2), 75–83.  
<https://doi.org/10.25047/ijhitech.v1i2.4576>
- Ter Bogt, M. J. J., Penders, S., Fransen, G. A. J., et al. (2025). Learning-based monitoring and evaluation within municipal health projects. *TSG Journal of Health Sciences*, 103(2), 1–12.  
<https://doi.org/10.1007/s12508-025-00389-7>
- Tim Penulis FKM. (2018). *Buku Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Tucker, H. M., Odhiambo, R., Jadwin-Cakmak, L., Mbanda, A., Lacombe-Duncan, A., Rucah, C.,

- Ubong, I.-A., Ouko, C. A., Odero, W., & Harper, G. W. (2024). "Empowerment for Us by Us (E4UBU)": Developing a Model of Empowerment Using Feminist Participatory Methods With LBQT+ Persons Assigned Female at Birth in Western Kenya. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 948. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070948>
- Valente, T. w. (2002). Evaluating Health Promotion Programs. *In Evaluating Health Promotion Programs*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195141764.001.0001>
- Van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T., & Brand, H. (2022). *Digital health literacy as a super determinant of health*. more than simply the sum of its parts. *Internet Interventions*, 27, 100500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>
- Walter, U. (2022). *Quality management and development in primary prevention and health promotion*. Status, challenges and perspectives. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65(1), 89–97. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03458-7>
- Wang, Q. (2025). Implementing the ICOPE Program Amongst Community-Dwelling Older Adults in Singapore: A Multistage Implementation Study

- Protocol. *Frontiers in Public Health*, 13.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1672852>
- Wenas, C. P., & Arsastha, L. K. (2025). Peran media sosial dalam promosi kesehatan: Review literatur pada intervensi digital. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 4(2), 352–359.  
<https://doi.org/10.55606/jurrikes.v4i2.5498>
- Wendt, J., Scheller, D. A., Banik, A., et al. (2023). Good practice recommendations on implementation evaluation for policies targeting diet, physical activity, and sedentary behaviour. *BMC Public Health*, 23, 1259. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15775-9>
- WHO, & UNESCO. (2021). Making every school a health-promoting school – Implementation Guidance. World Health Organization and the United Nations Educational, *Scientific and Cultural Organization*.
- WHO. (1986). *WHO*. Diambil kembali dari <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.
- WHO. (1987). International Conference on Health Promotion: Ottawa charter. *In WHO/HPR/HEP/95.1*. Unpublished.  
<http://www.who.int/healthpromotion/conference/previous/ottawa/en/>

- WHO. (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
- WHO. (2017). WHO Strategic Communications Framework for Effective Communications. Retrieved from <https://www.who.int/about/communications/relevant>
- WHO. (2021a). WHO Global Health Promotion Conference 2021. *PMNCH for Women's, Children's and Adolescents' Health*.
- WHO. (2021b). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, *sustainable development goals*. *World Health Organization*.
- WHO. (2024). Achieving wellness: a global framework for integrating wellness into public health using a health promotion approach. *World Health Organization*.
- WHO. (2024). Operational framework for monitoring social determinants of health equity. *World Health Organization*.  
<https://www.who.int/publications>
- WHO. (2025). Digital health. *WHO*.  
<https://www.who.int/health-topics/digital-health?utm>
- WHO. (2025). Measuring and monitoring effective coverage of health services across life stages.

- World Health Organization.*  
<https://www.who.int/publications>
- WHO. (2026). Health promotion. *World Health Organization.*
- Wijayanti, A., Rachmah, S., & Holida, S. S. (2024). *Buku Ajar Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Jakarta Barat: PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta.
- Wolansky, The Sociology of Health, Little Brown and Co, Boston, Toronto, 1990.
- Wolfenden, L., Wiggers, J., Barnes, C., Lane, C., Groombridge, D., Robertson, K., Jones, J., McCrabb, S., Hodder, R. K., Shoesmith, A., Hudson, N., McCarthy, N., Kingsland, M., Doherty, E., Princehorn, E., Finch, M., Nathan, N., & Sutherland, R. (2024). *Learning Health Systems to Implement Chronic Disease Prevention Programs: A Novel Framework and Perspectives From an Australian Health Service*. *Learning Health Systems*, 8(4). <https://doi.org/10.1002/lrh2.10466>
- Xiong, S., Zhu, G., Malhotra, R., Chen, X., Gong, E., Wang, Z., Zhang, J., Peng, W., Wang, S., Jin, X., Peoples, N., Østbye, T., Tian, M., & Yan, L. L. (2024). Community Efficacy for Non-Communicable Disease Management (COEN): Conceptualization and Measurement. *Plos Global Public Health*, 4(8), e0003549.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003549>

- Young, M. D., Plotnikoff, R. C., Collins, C. E., Callister, R., & Morgan, P. J. (2014). Social cognitive theory and physical activity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(12), 983–995. <https://doi.org/10.1111/obr.12225>
- Yuliana. (2025). Health Promotion Programs , Activities and Strategies. *Journal Health of Indonesian*, 3(02), 97–103. <https://doi.org/https://doi.org/10.58471/health.v3i02.193>
- Zahwa, M. F., Fatturahman, A. P., Rabbany, N., Arianti, N. I., & Mawar, M. (2025). Studi Komparatif Penerapan Inovasi Digital dalam Layanan Kesehatan (Kajian atau Tinjauan Pemanfaatan Data dan Telemedicine di Indonesia dan Thailand). *JPIM: Jurnal Penelitian Ilmiah Multidisipliner*, 01(03), 581–595.

## BIOGRAFI PENULIS

### 1. **Ns. Dhiya Urrahman, S.Kep., M.P.H.**



Lahir di Teluk Pinang, Indragiri Hilir, Riau pada tanggal 11 April Tahun 1989. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) dan Profesi Ners di STIKes Hangtuah Pekanbaru pada tahun 2012. Pria yang akrab disapa Dhiyar ini kemudian melanjutkan pendidikan (S2) di Universitas Gadjah Mada dan berhasil memperoleh gelar Master of Public Health (M.P.H.) peminatan Perilaku dan Promosi Kesehatan pada tahun 2015 dengan predikat Cumlaude. Pada tahun 2016-2018 aktif bekerja di Health Demographic and Surveillance System (HDSS) FK-KMK UGM. Tahun 2019 mulai bekerja di Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta pada Prodi D4 Promosi Kesehatan dan juga aktif sebagai Fasilitator di Lotus Institute Yogyakarta. Semenjak tahun 2018 hingga sekarang, penulis juga aktif menjadi pengurus Organisasi Profesi Perkumpulan Pendidik dan Promotor Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI).

## **2. Ika Maulida Nurrahma, SKM, M.Kes**



Ika Maulida Nurrahma adalah dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat, UPN Veteran Jakarta, dengan kepakaran di bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Berbekal pengalaman mengajar dan penelitian, penulis meyakini bahwa upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tidak cukup hanya melalui pendekatan medis semata, melainkan harus disertai dengan strategi promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan yang terencana, berbasis bukti, dan berorientasi pada perubahan perilaku. Melalui kontribusinya dalam bidang ini, penulis berkomitmen untuk menghadirkan referensi akademis yang dapat menjadi bekal bagi mahasiswa, praktisi, maupun pemangku kebijakan dalam membangun masyarakat yang lebih sehat dan berdaya.

Karya Tulis:

1. Buku Strategi Promosi Kesehatan Berbasis Komunitas: Inovasi untuk Keadilan Akses
2. Buku Advokasi dalam Promosi Kesehatan; Teori, Strategi dan Praktik
3. Buku Dasar-Dasar Promosi Kesehatan: Teori, Strategi, dan Aplikasi di Masyarakat
4. Buku Ajar Promosi Kesehatan Masyarakat
5. Buku Penyuluhan Kesehatan

### 3. **Dr. Faiqatul Hikmah., S.KM., M.Kes**



Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Promosi Kesehatan, Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember Penulis menyelesaikan pendidikan S1

Kesehatan Masyarakat di Universitas Jember. Penulis melanjutkan S2 Promosi Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang. Kemudian menyelesaikan S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Sebagai dosen aktif menerapkan Tri Dharma Perguruan Tinggi seperti Pengajaran, Penelitian, dan Pengabdian dengan fokus keIlmuan Kesehatan Masyarakat dan fokus penelitian tentang promosi kesehatan dan perilaku masyarakat yang berhubungan dengan meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Email Penulis: [faiqatul@polije.ac.id](mailto:faiqatul@polije.ac.id)

Karya Tulis:

1. Buku Ajar Electronic Health Record (EHR) untuk Rekam Medis, Buku ajar Epidemiologi, Buku ajar Metodologi Penelitian Kesehatan.
2. Buku referensi Kompetensi petugas kesehatan pada pelaksanaan PITC (provider initiated HIV testing and counseling). Buku Referensi Mencegah Perkawinan Usia Anak pada Remaja Melalui Promosi Kesehatan Reproduksi.

#### **4. Mardiyansyah Bahar**



Mardiyansyah Bahar, SKM, M.Kes, adalah seorang dosen yang berdedikasi dan ahli di bidang kesehatan masyarakat. Penulis Lahir di Bengkulu, pada 02 Maret 1988. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Husada. Selanjutnya penulis melanjutkan studi S2 di program studi Magister Kesehatan di Universitas Kader Bangsa Palembang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Analis Kesehatan Harapan Bangsa Kota Bengkulu.

## 5. **Yoswenita Susindra SST.,M.Kes**



Penulis lahir di Bondowoso pada tanggal 4 November 1989. Penulis merupakan seorang akademisi dan peneliti yang saat ini aktif mengajar sebagai dosen di Program Studi Promosi Kesehatan, Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember.

Pendidikan tinggi di bidang kesehatan mengawali perjalanan akademisnya, dimulai dari jenjang D3 Kebidanan, kemudian melanjutkan studi D4 Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta, dan menyelesaikan pendidikan magister (S2) pada program studi Pendidikan Kesehatan di Universitas Sebelas Maret. Fokus keilmuannya di bidang promosi dan pendidikan kesehatan tercermin dari berbagai karya ilmiah dan publikasi jurnal yang telah dihasilkan. Beberapa diantaranya Efektifitas Media Hema-Magz dalam Meningkatkan Pengetahuan PHBS di Lingkungan Kampus, Edutainment (Edukasi dan Entertainment) Untuk Program Rehabilitasi dan Peningkatan Komitmen Anti-Narkoba di LRPPN Banyuwangi, The phenomenon of child marriage: How do sociodemographic and adolescent perceptions shape reproductive health behavior, Selain jurnal ilmiah, penulis juga menghasilkan karya literasi berbentuk buku, yang berjudul Mencegah Perkawinan Usia Anak pada Remaja.

Email: [yoswenita@polije.ac.id](mailto:yoswenita@polije.ac.id)

**6. Bdn. Nurseha, S.ST., M.Keb.**



Lahir di Tangerang, 28 September 1983. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D4 Kebidanan Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran lulus tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan pada Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan lulus tahun pada tahun 2013, Profesi Bidan di STIKes Salsabila Bidan 2024, saat ini penulis sedang melanjutkan S3 di Universitas Hasanuddin Makassar. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 sebagai dosen di Universitas Faletahan pada prodi D3 Kebidanan. Faletahan Serang Penulis mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Konsep Kebidanan, Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan dan Menyusui, serta Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi dan Balita. Penulis aktif dalam organisasi IBI Kabupaten Serang dan AIPKIND Korwil Banten serta aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku Spa dan Pijat Bayi, publikasi hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat pada Jurnal nasional ISSBN, Owner Mom's, Kid's and Baby Spa Fadheela. Narasumber dalam seminar dan webinar nasional 1. Pengaruh Pijat bayi terhadap tumbuh kembang, 2. Mencegah stunting dengan pijat bayi, 3. Kepemimpinan dan pelayanan kebidanan di masyarakat, 4. Pemenuhan Gizi untuk ibu hamil dalam usia muda, 5. Workshop komplementer "Mom & Baby Spa. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: eha.fathiyah@gmail.com

Motto: "Berilmu dulu, amalkan Kemudian, amal tanpa ilmu Tersesat "

## 7. **Ratna Widhiastuti, S.Kep, Ns M.Kep**



Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhamada Slawi. Penulis Menyelesaikan Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Jendral Soedirman dan Melanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Gadjah Mada Peminatan Keperawatan Maternitas. Penulis merupakan Dosen Pembimbing Program Kreativitas Mahasiswa Kewirausahaan (PKM\_K) Pendanaan Kemdiktisaintek Tahun 2019. Penulis Aktif Mengikuti Hibah Penelitian dan Mendapatkan Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdiktidristek pada tahun 2021, 2023 (Ketua Peneliti), dan 2024 (Anggota Peneliti) dan 2026 Sebagai ketua pengabdian skema pemberdayaan kemitraan masyarakat. Saat ini Penulis menjabat sebagai Ketua Satgas Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Di Universitas Bhamada Slawi tahun 2026-2028.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [ratnawidhiastuti@gmail.com](mailto:ratnawidhiastuti@gmail.com)

**8. Ria Chandra Kartika, S.KM., M.Kes.**



Penulis di lahirkan di Banyuwangi pada tanggal 3 Agustus 1991 Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Studi Promosi Kesehatan, Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Jember. Penulis melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya. Penulis saat ini aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi seperti Pengajaran, Penelitian, dan Pengabdian di bidang Kesehatan Masyarakat khususnya keilmuan manajemen program promosi kesehatan. Penulis juga aktif dalam menulis jurnal, buku ajar, dan book chapter khususnya di bidang manajemen promosi kesehatan.

**9. Fikria Nur Ramadani, S.SiT., M.K.M.**



Lahir di Bogor. Lulus dari D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung, D-IV Bidan Pendidik di STIKes Mitra Ria Husada dan Magister Kesehatan Masyarakat, Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia tahun 2020. Saat ini dosen tetap di Prodi D-III Kebidanan Akademi Kebidanan Prima Husada.

Karya Tulis:

1. FN Ramadani, N Yusnia. (2025). Edukasi Kesehatan Remaja : Peningkatan Pengetahuan Remaja tentang Bahaya Rokok Elektrik. Pandawa : Pusat Publikasi Hasil Pengabdian Masyarakat 3 (3), 46-53.  
<https://doi.org/10.61132/pandawa.v3i3.2092>
2. Nur Ramadani, F., Azmi, N., Siti Syarah, E., Karina, & Nita. (2023). Upaya Peningkatan Pengetahuan Wanita Usia Subur (WUS) dalam Penggunaan IUD Melalui Pendidikan Kesehatan. KREASI: Jurnal Inovasi Dan Pengabdian Kepada Masyarakat, 3(2), 191–199.  
<https://doi.org/10.58218/kreasi.v3i2.611>
3. Nur Ramadani, F., Khoiriyah Parinduri, F., Jayanti, R., Prisella, E., & Rahmawati, K. (2023). Prevalensi dan Self-Care Practice untuk Mengatasi Nyeri Haid (Dismenore) pada Remaja Putri di Pondok

Pesantren Darul Fallah. PROMOTOR, 6(2), 135–140. <https://doi.org/10.32832/pro.v6i2.237>

4. Ariandini S, Yusnia N, Nurjanah I, Fauziah NA, Ramadani FN. Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal. Andriyanto, editor. Bogor: Penerbit Lakeisha; 2023. 197 p. ISBN: 978-623-420-978-5
5. Sari, N. P., Ramadani, F. N., Faizatiwahida, N., Alamsyah, Irnu, J. A., Ayuningtyas, P. An., ... Ramdani, T. G. (2025). Buku Ajar Manajemen Bencana Kesehatan (J. P. Sujendra, Ed.). Kabupaten Bogor: PT Mustika Sri Rosadi.

#### **10. Eka Nurul Hidayah Puspa Seruni, S.KM., M.Kes**



Lahir di Pulau Bunyu, Kabupaten Bulungan, Provinsi Kalimantan Utara. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta dan melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan di Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini, mengabdikan diri sebagai dosen tetap di Fakultas Kedokteran Universitas Borneo Tarakan (UBT).

Sebagai akademisi, penulis aktif melaksanakan tridarma perguruan tinggi yang meliputi pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian kepada masyarakat.

Karya Tulis:

1. Setyawati, B. O., Seruni, E. N. H. P., Damayanti, N. A., Suminar, D. R., & Rochmah, T. N. (2025). The Influence of Employee Empowerment, Psychological Capital, and Work-Family Conflict on Employees Commitment at the A. Yani Islamic Hospital Surabaya. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 31-39.
2. Sugiyatmi, T. A., Saleh, R., Tamrin, N., Seruni, E. N. H. P., Awaluddin, A., Egok, A. A., ... & Laili, N. M. H. (2026). Pendampingan Pengelolaan Sampah Berbasis Komunitas Menuju Ecohealthy

Campus dan Desa Wisata Sehat. Jurnal Medika: Medika, 5(1), 1097-1103.

3. Laili, N. M. H., Seruni, E. N. H. P., & Rahayu, A. S. K. (2026). EDUKASI PRAKTIK MENYIKAT GIGI YANG BENAR PADA SISWA SDN 011 TANA TIDUNG. Jurnal Media Pengabdian Kepada Masyarakat, 5(1), 64-70.

#### **11. Dian Pratiwi, S.S.T., M.Keb**



Penulis meraih gelar Magister Kebidanan (S2) dari Universitas Aisyiyah Yogyakarta (2018). Penulis memperoleh berbagai beasiswa pelatihan internasional, antara lain bidang Digital Health dari Taiwan International Healthcare Training Center (2022), Emergency Care and Burning Injuries Management (2023), serta pelatihan Developing a Competency-Based Curriculum yang diselenggarakan oleh Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand (2022).

Sebagai akademisi, penulis mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, serta Evidence-Based Practice dalam Kebidanan. Penulis berkarier sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2019 setelah sebelumnya mengajar di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta.

Selain aktif dalam pendidikan, penulis juga terlibat dalam penelitian, publikasi ilmiah, serta memperoleh hibah penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis memiliki pengalaman sebagai editor pada Jurnal Ilmiah Bidan (JIDAN) dan Segantang Lada: Jurnal Pengabdian Kesehatan, serta reviewer pada berbagai jurnal internasional dan nasional di bidang kesehatan dan kebidanan.

Jalin kerja sama dengan penulis melalui surel:  
pratiwi.dian1826@gmail.com.

Karya Tulis:

1. Buku Evidence-Based dalam Kebidanan Tahun 2024
2. Monograf Telehealth Yoga untuk Mengurangi Kecemasan pada Ibu Hamil : Inovasi Layanan Kebidanan di Era Digital Tahun 2024
3. Buku Teknologi Kesehatan Digital- Konsep dan Implementasi Tahun 2026

## BIOGRAFI EDITOR

### **Nina Sri, S.ST., M.Kes**



Editor merupakan seorang akademisi dan praktisi kesehatan. Saat ini, editor aktif mengajar dan meneliti di bidang kesehatan. Berbekal pendidikan di bidang kebidanan dan kesehatan masyarakat, dengan peminatan pada kesehatan reproduksi, editor telah mengembangkan keahliannya baik secara klinis maupun akademik.

Selain aktif dalam kegiatan pengajaran, editor juga memiliki pengalaman dalam penelitian dan publikasi ilmiah. Editor berfokus pada pengembangan ilmu kebidanan dan kesehatan masyarakat, terutama terkait pencegahan dan deteksi dini berbagai masalah kesehatan reproduksi. Komitmen editor dalam dunia akademik dan kesehatan telah membawa dampak signifikan bagi mahasiswa, rekan sejawat, dan masyarakat luas.

Editor terus memperluas jaringan profesional melalui berbagai kegiatan seminar, workshop, dan kolaborasi multidisiplin. Dengan semangat untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan layanan kesehatan, editor bertekad untuk terus berkontribusi bagi pembangunan kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Dalam perjalanan kariernya, editor telah memegang berbagai posisi strategis, mulai dari Ketua Lembaga Penjaminan Mutu, Auditor Mutu Internal, Kepala Pusat Karir, Wakil Ketua I Bidang Akademik, hingga Ketua Jurusan Kebidanan. Pada periode 2023–2025 di Politeknik Karya Husada, editor memimpin penerapan Sistem Penjaminan Mutu Internal dan aktif melakukan audit untuk memastikan kesesuaian standar akademik maupun non-akademik. Pengalaman sebagai auditor mutu telah Editor bangun sejak 2019 setelah dinyatakan lulus sebagai Auditor oleh Lembaga Layanan Pendidikan Tinggi Wilayah IV.

Pada periode 2021–2023, Editor menjadi bagian dari Biro Kemahasiswaan dan Alumni Universitas MH. Thamrin sebagai Kepala Bagian Pusat Karir, dengan tanggung jawab dalam pengembangan layanan karier mahasiswa, pembinaan alumni, serta penguatan hubungan dengan dunia kerja. Sebelumnya, pada tahun 2011–2014, Editor telah mengabdikan di universitas yang sama sebagai Koordinator Evaluasi Akademik, berperan dalam monitoring dan evaluasi pembelajaran dan pengelolaan data akademik.

Di STIKes Prima Indonesia pada tahun 2015–2021, Editor menjalankan tugas penting sebagai Wakil Direktur Bidang Kemahasiswaan, Ketua Bagian Kurikulum, Wakil Ketua I Bidang Akademik sekaligus memimpin Lembaga Penjaminan Mutu. Pada posisi tersebut, Editor berperan sentral dalam pengembangan

kurikulum, peningkatan kualitas pembelajaran, serta koordinasi penelitian dan pengabdian masyarakat. Editor juga memiliki pengalaman sebagai Ketua Jurusan Kebidanan dan Reviewer Internal Jurnal.

Selain pengalaman manajerial dan mutu pendidikan, Editor merupakan dosen aktif yang mengampu berbagai mata kuliah di Prodi Kebidanan, Profesi Bidan, serta Administrasi Rumah Sakit. Di dunia klinis, Editor pernah bertugas sebagai Bidan Pelaksana di ruang perawatan maupun kamar operasi.

Editor juga merupakan seorang trainer kesehatan yang aktif memberikan pelatihan kepada para praktisi kesehatan. Fokus utama pelatihannya mencakup bidang pertolongan persalinan, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta audit rumah sakit. Melalui berbagai kegiatan pelatihan yang dilakukan, editor berperan dalam meningkatkan kompetensi dan profesionalisme tenaga kesehatan guna mendukung pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berstandar.

Di bidang penelitian dan publikasi ilmiah, Editor produktif menghasilkan karya di jurnal nasional terakreditasi SINTA 2–5. Fokus penelitian Editor mencakup kesehatan reproduksi, HIV/AIDS, perilaku kesehatan berisiko, serta pendidikan kesehatan.

Prestasi akademik dan profesional Editor semakin diperkuat dengan berbagai capaian nasional, diantaranya berhasil mengantarkan perguruan tinggi mencapai Tipologi I di LLDikti Wilayah III melalui peran

sebagai Ketua Lembaga Penjaminan Mutu (2024), menjadi pendamping mahasiswa penerima pendanaan P2MW dan Program Kreativitas Mahasiswa (PKM), serta meraih hibah Tracer Study dari Kemendikbudristek.

## **LAMPIRAN**

### Kunci Jawaban Soal Latihan

#### Bab 1:

1. B
2. C
3. B
4. C
5. D
6. A
7. A
8. E
9. B
10. C

#### Bab 2:

1. C
2. D
3. C
4. B
5. C
6. C
7. C
8. C
9. B
10. D

#### Bab 3:

1. B
2. D
3. C
4. A

5. D
6. B
7. C
8. C
9. C
10. A

Bab 4:

1. B
2. C
3. D
4. C
5. C
6. C
7. B
8. C
9. C
10. B

Bab 5:

1. B
2. C
3. E
4. D
5. A
6. A
7. E
8. C
9. B
10. D

Bab 6:

1. C
2. B

3. C
4. B
5. B
6. C
7. A
8. B
9. B
10. B

Bab 7:

1. B
2. C
3. C
4. D
5. B
6. C
7. D
8. C
9. D
10. E

Bab 8:

1. C
2. C
3. B
4. B
5. C
6. D
7. C
8. D
9. C
10. D

Bab 9:

1. C

2. B
3. A
4. B
5. C
6. E
7. E
8. A
9. A
10. B

Bab 10:

1. B
2. C
3. D
4. C
5. B
6. C
7. D
8. C
9. C
10. C

Bab 11:

1. C
2. B
3. C
4. B
5. C
6. B
7. A
8. C
9. C
10. C

## **SINOPSIS**

Buku ini membahas promosi kesehatan sebagai pendekatan strategis untuk meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat dalam memelihara, melindungi, serta meningkatkan derajat kesehatan secara mandiri. Pembaca diajak memahami faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan, teori perubahan perilaku, komunikasi kesehatan, serta pemanfaatan berbagai media dan metode pendidikan kesehatan yang efektif. Selain itu, buku ini mengulas pemberdayaan masyarakat, perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program promosi kesehatan sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat. Pembahasan juga menyoroti tantangan promosi kesehatan di era digital yang menuntut inovasi, literasi digital, dan pendekatan berbasis bukti. Dengan penyajian yang sistematis, aplikatif, dan kontekstual, buku ini menjadi referensi bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, maupun praktisi dalam merancang dan mengembangkan program promosi kesehatan yang efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

# PROMOSI KESEHATAN DAN PENDIDIKAN KESEHATAN



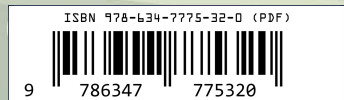
PROMOSI KESEHATAN DAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Buku ini membahas promosi kesehatan sebagai pendekatan strategis untuk meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat dalam memelihara, melindungi, serta meningkatkan derajat kesehatan secara mandiri. Pembaca diajak memahami faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan, teori perubahan perilaku, komunikasi kesehatan, serta pemanfaatan berbagai media dan metode pendidikan kesehatan yang efektif. Selain itu, buku ini mengulas pemberdayaan masyarakat, perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program promosi kesehatan sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat. Pembahasan juga menyoroti tantangan promosi kesehatan di era digital yang menuntut inovasi, literasi digital, dan pendekatan berbasis bukti. Dengan penyajian yang sistematis, aplikatif, dan kontekstual, buku ini menjadi referensi bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, maupun praktisi dalam merancang dan mengembangkan program promosi kesehatan yang efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.



**PENERBIT**  
**PT. Mustika Sri Rosadi**

Citra Indah City, Bukit Heliconia,  
Kecamatan Jonggol, Kabupaten Bogor



9

786347

775320