

BAB III

MODEL PROMOSI KESEHATAN

OLEH : DECY SITUNGKIR, SKM, MKKK

3.1. Pendekatan Promosi Kesehatan

Dalam promosi kesehatan, tidak ada satu pun tujuan dan pendekatan atau serangkaian kegiatan yang benar. Hal terpenting adalah bahwa kita harus mempertimbangkan tujuan dan kegiatan yang kita miliki, sesuai dengan nilai-nilai dan penilaian kita terhadap kebutuhan klien. Hal ini berarti sebagai promotor kesehatan dan kebutuhan klien harus berada dalam suatu kesamaan persepsi agar tujuan dan kegiatan yang dilakukan dapat berfungsi optimal. Berbagai model promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan adalah alat analisis yang berguna, yang dapat membantu memperjelas tujuan dan nilai-nilai yang dianut.

Menurut Ewles dan Simnett (1994) dalam Maulana (2009) menyatakan ada 5 pendekatan promosi kesehatan yaitu :

a. Pendekatan medik

Tujuan pendekatan medik adalah membebaskan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medik seperti penyakit infeksi, kanker dan penyakit jantung. Pendekatan ini melibatkan intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin dengan menggunakan persuasi atau paternalistik (misalnya memberi tahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan KB). Pendekatan ini memberikan arti penting terhadap tindakan pencegahan medik dan tanggung jawab profesi kedokteran membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan,

b. Perubahan perilaku

Perilaku merupakan hasil pengamatan dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Pendekatan perubahan perilaku bertujuan mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat sehingga mereka mengadopsi gaya hidup sehat.

c. Pendidikan

Pendekatan pendidikan lebih dikenal dengan pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perilaku kesehatan dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Pendekatan ini menyajikan informasi mengenai kesehatan dan membantu individu menggali nilai dan sikap dan membuat keputusan mereka sendiri. Misalnya program pendidikan kesehatan sekolah menekankan upaya membantu murid

mempelajari keterampilan sehat tidak hanya memperoleh pengetahuan saja.

d. Pendekatan berpusat pada klien

Tujuan pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka. Promotor berperan sebagai fasilitator, membantu individu mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan supaya memungkinkan terjadi perubahan.

e. Perubahan sosial

Menurut Ogburn (1992) dalam Maulana (2009) ruang lingkup perubahan sosial meliputi pengaruh besar unsur-unsur kebudayaan material terhadap unsur-unsur imaterial. Kecenderungan terjadi perubahan-perubahan sosial merupakan gejala wajar yang timbul dari pergaulan hidup manusia. Tujuan pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, sosial dan ekonomi dalam upaya membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat, bukan perilaku setiap individu.

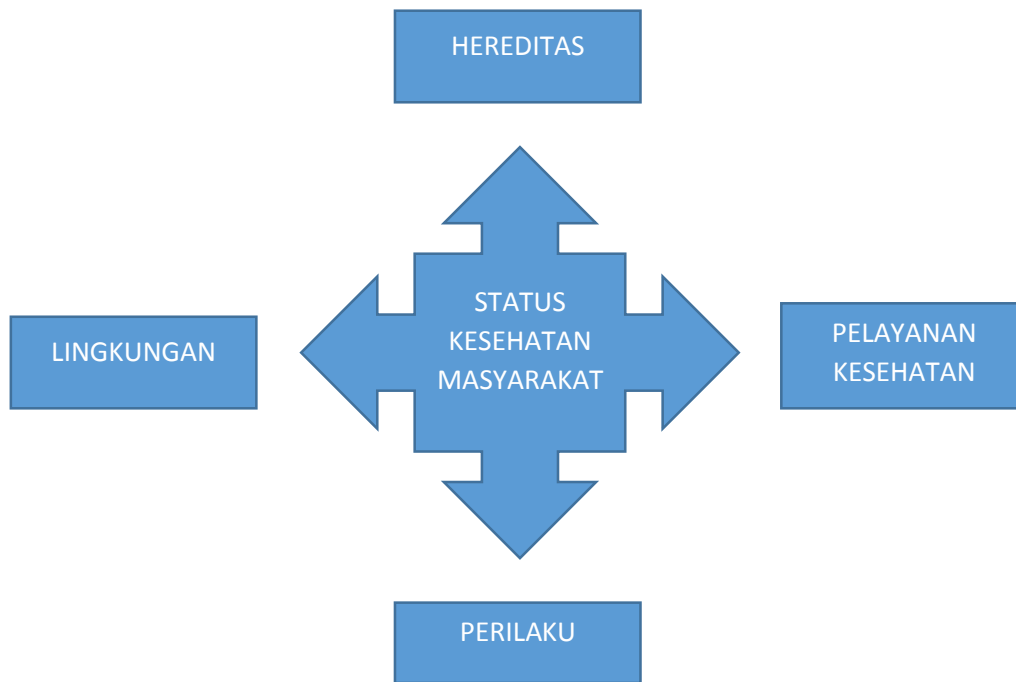
3.2. Model Promosi Kesehatan

Keefektifan sebuah program promosi kesehatan tergantung pada teori kesehatan yang digunakan. Karena teori adalah penjelasan umum mengapa seseorang melakukan atau tidak melakukan untuk memelihara dan atau untuk meningkatkan kesehatan mereka, keluarga mereka, organisasi dan komunitas. Jika gagal memahami teori-teori tersebut maka promosi kesehatan yang dilakukan tidak akan berhasil karena salah mengasumsikan kemungkinan keberhasilan perubahan perilaku peserta yang diteliti. Teori yang digunakan dalam bidang promosi kesehatan merupakan teori dari multidisiplin termasuk di dalamnya ilmu pendidikan, sosiologi, psikologi, antropologi, dan publik kesehatan. Meskipun teori-teori dapat menjelaskan alasan individu berhasil atau gagal berperilaku, untuk memahami teori-teori tersebut dalam sebuah kerangka program perencanaan memerlukan model. Selain itu, model-model tersebut memandu proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sebuah program.

Bayangkan seseorang diberikan tugas mengimplementasikan program berhenti merokok. Ia tidak memahami teori-teori perubahan perilaku namun ia membuat sebuah rencana untuk mengumpulkan perokok dan meyakinkan mereka bahwa merokok dapat merusak kesehatan mereka. Dia yakin dengan membekali para perokok dengan pengetahuan bahwa merokok dapat merusak kesehatan mereka akan membuat para perokok berhenti merokok.

Pada bahasan sebelumnya kita ketahui bahwa status atau derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu : faktor genetik, faktor

pelayanan kesehatan, faktor lingkungan dan faktor perilaku. (Seperti Gambar 3.1. Faktor-faktor Mempengaruhi Status Kesehatan Masyarakat)

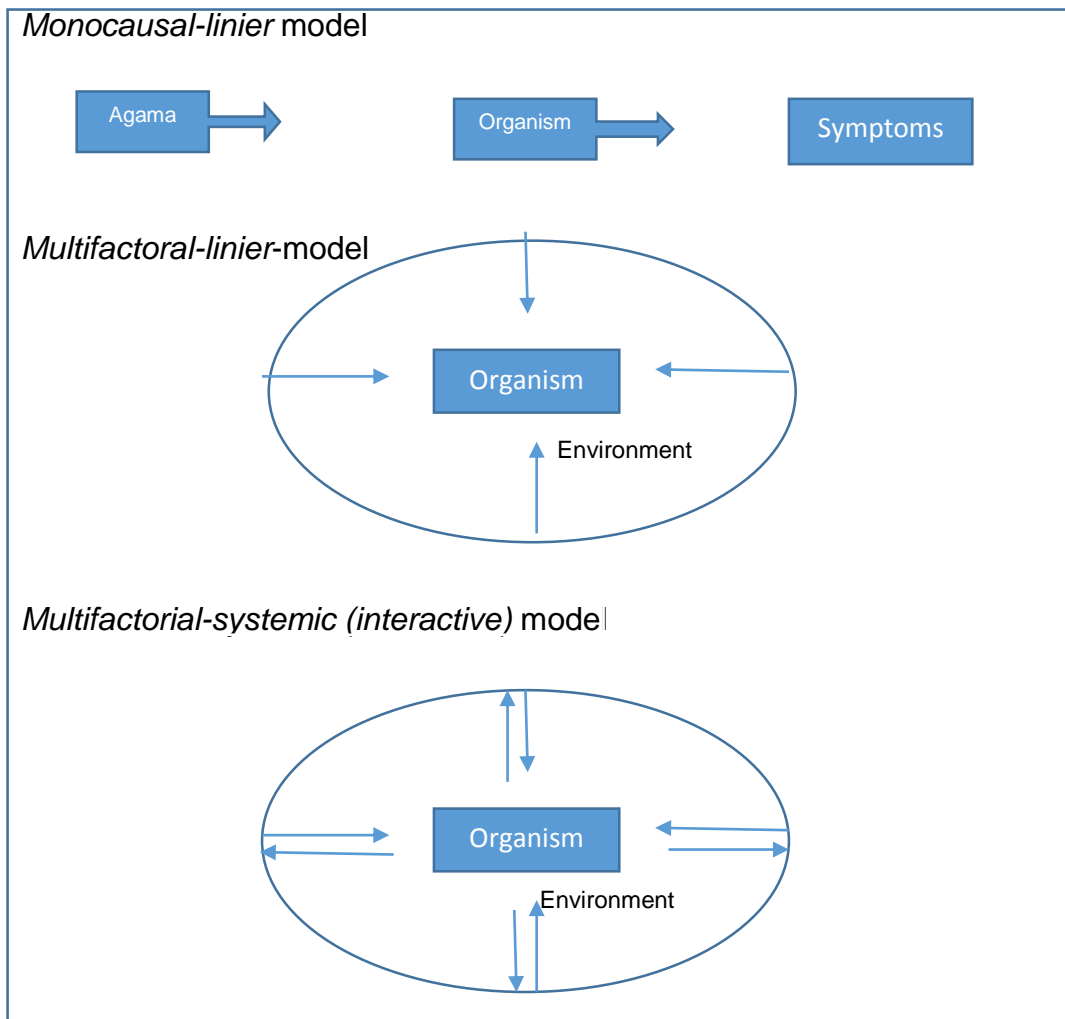


Gambar 3.1. Faktor-faktor Mempengaruhi Status Kesehatan Masyarakat

Dalam memahami kontribusi perilaku manusia untuk mengembangkan dan memelihara kesehatan dan kesakitan terjadi perubahan dari pendekatan faktor tunggal (model linier/model medis) menjadi pendekatan yang lebih interaktif serta komprehensif (multifactorial-systemic model) (Lihat Gambar 3.2. Perubahan Model Linier ke *multifactorial-systemic* model). Pendidikan kesehatan adalah bagian penting dari intervensi perilaku kesehatan. Itu harga mati. Walaupun teori-teori membantu menjelaskan alasan seseorang melakukan atau tidak melakukan sesuatu, model dapat membantu untuk menerjemahkan teori-teori tersebut dalam sebuah program.

Para ahli kesehatan setuju bahwa kita perlu mengadopsi sebuah model yang mampu mengenal hubungan timbal balik dan interaksi dinamis antara faktor fisiologis, kognitif, perilaku dan lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan. Banyak upaya mengubah promosi kesehatan menjadi konsep yang lebih operasional. Secara umum dikategorikan menjadi model kesehatan terapan dan model PRECEDE-PROCEDE. Model kesehatan ini dibagi menjadi :

1. Tingkat *Intrapersonal* atau individu
2. Tingkat *Interpersonal*
3. Tingkat komunitas



Gambar 3.2. Perubahan Model Linier ke *multifactorial-systemic* model

3.2.1 Tingkat Intra personal

1) *Health Belief Model*

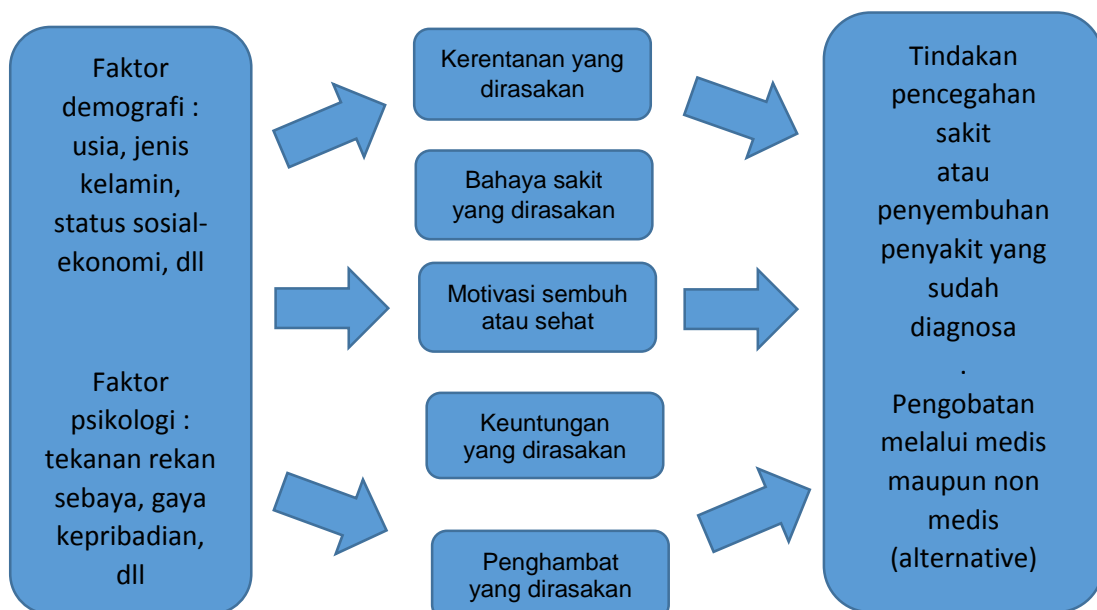
Health Belief Model (HBM) dikembangkan sejak tahun 1950 oleh kelompok ahli psikologi sosial dalam pelayanan kesehatan masyarakat Amerika, terinspirasi oleh sebuah studi tentang mengapa orang mencari pemeriksaan sinar X untuk TB. Model ini menjelaskan dan memprediksi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan diberikan dari pola-pola tertentu dari keyakinan tentang perilaku kesehatan yang dianjurkan dan masalah kesehatan bahwa perilaku itu dimaksud untuk mencegah atau mengendalikan.

Belief dalam bahasa Inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti *belief* adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu. Misalnya individu percaya bahwa belajar sebelum ujian akan berpengaruh

terhadap nilai ujian. Jenis kepercayaan tersebut terkadang tanpa didukung teori teori lain yang dapat dijelaskan secara logika. Model adalah seseorang yang bisa dijadikan panutan atau contoh dalam perilaku, cita-cita dan tujuan hidup yang akan dicapai individu. Biasanya teori modeling ini sangat efektif pada perkembangan anak di usia dini, namun dalam materi peneliti kali ini teori modeling di umpakan sebuah isu atau pengalaman pengobatan dari seseorang yang memiliki riwayat sakit yang sama dan memilih serta menjalani pengobatan alternatif yang mendapatkan hasil yang positif. Health belief model merupakan suatu konsep yang mengungkapkan alasan dari individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat (Janz & Becker, 1984). Health belief model juga dapat diartikan sebagai sebuah konstruk teoretis mengenai kepercayaan individu dalam berperilaku sehat (Conner, 2005).

Health belief model adalah suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. Health belief model ini sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Namun akhir-akhir ini teori Health belief model digunakan sebagai prediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

Health belief model ini awalnya dikonsepsi oleh Rosenstock kemudian dikaji lebih lanjut oleh Becker dkk. Health belief model dikembangkan untuk memahami sejumlah faktor psikologis berbasis keyakinan didalam pengambilan keputusan terkait kesehatan dan perilaku sehat. Seperti model lain (teori perilaku terencana dan teori tindakan rasional), health belief model adalah model nilai-ekspektansi. Individu mempresentasikan penindaklanjutan perilaku berdasarkan keyakinan individu yang dapat diprediksi dan menghasilkan sebuah perilaku, sehingga dapat meneliti nilai yang melekat pada hasil perilaku. Untuk mempermudah memahami gambaran Health belief model (lihat gambar 3.3)



Gambar 3.3. *Health Belief Model*

Ada enam dimensi dalam *Health Belief Model*, diantaranya :

a. *Perceived Susceptibility*

Perceived susceptibility merupakan persepsi atau keyakinan individu tentang kerentanannya untuk mengalami atau menderita suatu penyakit. Dengan kata lain *perceived susceptibility* adalah persepsi kerentanan. Kerentanan setiap individu berbeda. Kerentanan individu dipengaruhi oleh riwayat penyakit (misalnya penyakit jantung), demografi, usia (misalnya *alzheimer* dan lain-lain). Orang-orang yang yakin bahwa mereka adalah kelompok rentan terhadap suatu penyakit mungkin lebih cenderung mengubah perilaku untuk mengubahnya dibandingkan dengan mereka yang merasa tidak rentan, memiliki motivasi yang lemah untuk mengubah perilaku tertentu.

Sebagai contoh penelitian yang dilakukan oleh Sirait dan Sarumpaet (2012) mengenai hubungan komponen *Health Belief Model* dengan penggunaan kondom pada Anak Buah Kapal (ABK) di Pelabuhan Belawan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi berisiko tertular HIV dengan perilaku penggunaan kondom. Responden yang merasa berisiko tertular HIV maka persentase perilaku penggunaan kondom akan lebih baik (39,3%) jika dibandingkan dengan yang tidak merasa berisiko tertular HIV (16,4%). Hal ini menunjukkan semakin merasa berisiko seseorang terhadap suatu penyakit maka tindakan pencegahan yang dilakukan akan semakin baik pula.

b. *Perceived Severity*

Perceived severity atau disebut juga persepsi keseriusan atau keparahan merupakan keyakinan individu tentang keseriusan kondisi atau penyakit tertentu dan bagaimana akhirnya kondisi atau penyakit tersebut akan mempengaruhi kehidupan individunya. Keseriusan ini merupakan dampak atau yang akan ditanggung oleh penderitanya. Resiko yang dialami tidak hanya resiko secara fisik tetapi tetap resiko yang didapat dari lingkungan sekitarnya misalnya pandangan moral, agama, norma masyarakat, keuangan dan lain-lain.

Sebagai contoh hasil penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan HIV/AIDS dengan perilaku penggunaan kondom. Jika ditinjau dari hasil tabulasi silang, responden yang memiliki persepsi keseriusan tinggi maka persentase perilaku penggunaan kondom akan lebih baik (33,3%) jika dibandingkan dengan yang memiliki persepsi keseriusan rendah (14,0%). Semakin individu mempersepsikan bahwa penyakit yang dialami semakin memburuk, mereka akan merasakan hal tersebut sebagai ancaman dan mengambil tindakan preventif.

c. *Perceived Benefits*

Perceived benefits merupakan keyakinan individu terhadap khasiat suatu intervensi tertentu. Dengan kata lain *perceived benefits* adalah keyakinan individu tentang manfaat yang dirasakan jika melakukan suatu perilaku tertentu. Disamping manfaat kesehatan individu tersebut akan mempertimbangkan manfaat lain dari perubahan perilakunya di kemudian hari misalnya hemat biaya, dukungan teman-teman dan keluarga, dan sebagainya. Misalnya, minum air mineral sebanyak dua liter sehari dapat mencegah resiko penyakit ginjal. Dengan meyakini manfaat dari manfaat minum air cukup, seseorang akan lebih bersemangat dalam menerapkan pola hidup tersebut.

Sebagai contoh hasil penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi positif dengan perilaku penggunaan kondom. Persepsi positif kondom (*perceived benefits*) merupakan penilaian individu mengenai keuntungan yang didapat dengan mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan. Semakin baik persepsi positif seseorang terhadap perilaku pencegahan penularan HIV, semakin besar kemungkinan dia akan melakukan tindakan tersebut.

d. *Perceived Barriers*

Perceived barriers atau persepsi hambatan merupakan keyakinan individu tentang hal-hal yang dapat menghambatnya untuk melakukan perilaku sehat seperti biaya, waktu, efek samping, kenyamanan dan persetujuan mereka. Misalnya, melakukan *medical check up* rutin perlu dilakukan agar dapat mendeteksi gejala penyakit lebih cepat. Akan tetapi, untuk melakukan hal tersebut, dibutuhkan biaya yang tidak sedikit. Persepsi kita terhadap hambatan semacam ini harus diminimalkan agar dapat melakukan perilaku hidup sehat secara maksimal. Agar lebih mudah, kita perlu menanamkan persepsi baru bahwa kita akan lebih banyak mengeluarkan biaya apabila sudah terserang penyakit parah.

Contoh lain *perceived barriers* pada penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) adalah persepsi negatif penggunaan kondom. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ABK yang mempunyai persepsi negatif penggunaan kondom tinggi (52,6%) lebih banyak dibanding ABK yang memiliki persepsi negatif rendah (47,4%). Hal ini berarti responden cenderung memiliki persepsi negatif terhadap kondom. Hasil ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang menyatakan bahwa pelanggan PSK sangat sulit untuk memakai kondom, mereka berpendapat bahwa memakai kondom itu tidak enak, kurang praktis dan susah ejakulasi.

e. *Cues to action*

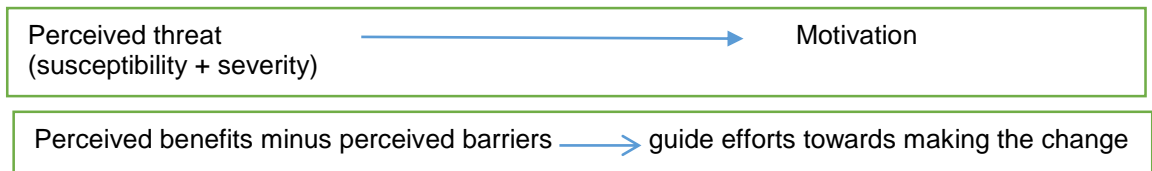
Cues to action isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor maupun internal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan

atau anggota keluarga lain, aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya.

f. Self-Efficacy

Self efficacy keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu. Seperti hasil penelitian Sirait dan Sarumpaet (2012) yang menemukan bahwa ABK yang memiliki kemampuan diri yang tinggi akan menggunakan kondom dengan baik (39,6%), lebih besar jika dibandingkan dengan dengan ABK yang memiliki kemampuan diri rendah (3%). Persepsi kemampuan diri mempengaruhi tindakan seseorang dalam berperilaku menggunakan kondom. Hal ini didasarkan pada keyakinannya untuk mampu melakukan perilaku pencegahan tersebut, semakin tinggi keyakinan diri untuk selalu menggunakan kondom maka perilaku penggunaan kondom akan semakin baik pula.

Rosenstock (1974) menggambarkan hubungan antara 4 elemen yang berhubungan satu dengan yang lain sebagai berikut : *perceived susceptibility* dan *perceived severity* merupakan *perceived threat* yang merupakan motivator untuk melakukan sesuatu sedangkan *perceived benefits* dari suatu intervensi mengurangi *perceived barriers* untuk menuntun individu melakukan tindakan atau perilaku tertentu (Lihat Gambar 3.3).



Gambar 3.4. Rangkuman Health Belief Model

2) Theory of Planned Behavior

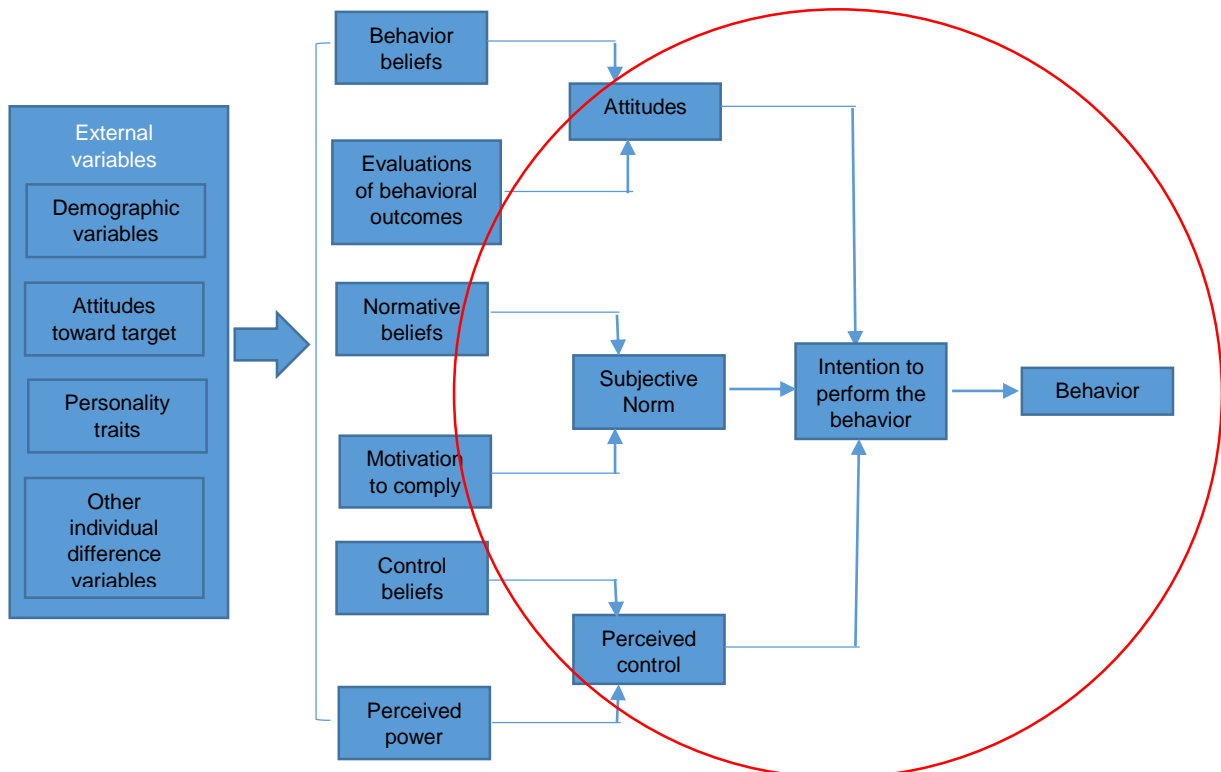
Theory of planned behavior atau teori perilaku terencana adalah teori tentang hubungan antara sikap dan perilaku. Teori ini dicetuskan oleh Icek Ajzen yang merupakan kelanjutan dari teori tindakan beralasan (*Theory of Reasoned Action*) yang diusulkan oleh Martin Fishbein bersama dengan Icek Ajzen pada tahun 1975 yang didasarkan pada berbagai teori sikap.

Perilaku manusia dipandu oleh tiga macam pertimbangan yaitu : personal attitude (perilaku) , subjective norm (keyakinan normatif) dan perceived control (keyakinan kontrol). Perilaku yang diinginkan dibentuk oleh diri sendiri namun ada faktor-faktor di luar kendali individu yang mungkin mengganggu tujuan yang sedang dikejar. (Lihat Gambar 3.5). Dalam agregat masing-masing, keyakinan perilaku menghasilkan sikap terhadap perilaku menguntungkan atau tidak menguntungkan; keyakinan normatif mengakibatkan norma subjektif dan keyakinan kontrol menimbulkan kontrol perilaku yang dirasakan.

- a) *Behavioral belief* yang memengaruhi *attitude toward behavior*. *Behavioral belief* adalah hal-hal yang diyakini individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku. Sedangkan *attitude toward behavior* yaitu sikap individu terhadap suatu perilaku diperoleh dari keyakinan terhadap konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku tersebut. *Behavior belief* akan mempengaruhi sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*).
- b) *Normative belief* yang memengaruhi *subjective norms*. *Normative belief* adalah norma yang dibentuk orang-orang disekitar individu yang akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan. Sedangkan *subjective norms* didefinisikan sebagai adanya persepsi individu terhadap tekanan sosial yang ada untuk menunjukkan atau tidak suatu perilaku. *Subjective norms* ini identik dengan *belief* dari seseorang tentang reaksi atau pendapat orang lain atau kelompok lain tentang apakah individu perlu, harus, atau tidak boleh melakukan suatu perilaku, dan memotivasi individu untuk mengikuti pendapat orang lain tersebut.
- c) *Control belief* yang memengaruhi *perceived behavior control*. *Control belief* adalah pengalaman pribadi, atau orang disekitar akan mempengaruhi pengambilan keputusan individu. *Control belief* membentuk variabel persepsi kontrol berperilaku (*perceived behavior control*) yang diperoleh dari berbagai hal, pertama adalah pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain (misalnya teman atau keluarga dekat) melaksanakan perilaku itu sehingga ia memiliki keyakinan bahwa ia pun akan dapat melaksanakannya. Selain pengetahuan, ketrampilan, dan pengalaman, keyakinan individu mengenai suatu perilaku akan dapat dilaksanakan. Selain itu ditentukan juga oleh ketersediaan waktu untuk melaksanakan perilaku tersebut, tersedianya fasilitas untuk melaksanakannya, dan memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku. *Perceived behavioral control* adalah keyakinan bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu. *Percieved behavior control* juga diartikan persepsi individu mengenai kontrol yang dimiliki individu tersebut sehubungan dengan tingkah laku tertentu

Akan tetapi *Theory of Planned Behavior* memperhitungkan bahwa semua perilaku tidaklah di bawah kendali dan sepenuhnya di luar kendali. Sebenarnya perilaku-perilaku tersebut berada pada suatu titik dalam suatu kontinum dari semulanya di bawah kendali menjadi tidak terkendali. Dalam keadaan ekstrim, mungkin sama sekali tidak terdapat kemungkinan untuk mengendalikan suatu perilaku karena tidak adanya kesempatan, karena tidak adanya sumber daya atau ketrampilan. Faktor-faktor pengendali tersebut terdiri atas :

1. **Faktor-faktor internal**
Faktor internal antara lain keterampilan, kemampuan, informasi, emosi, stres, dan sebagainya.
2. **Faktor-faktor eksternal** meliputi situasi dan faktor-faktor lingkungan.

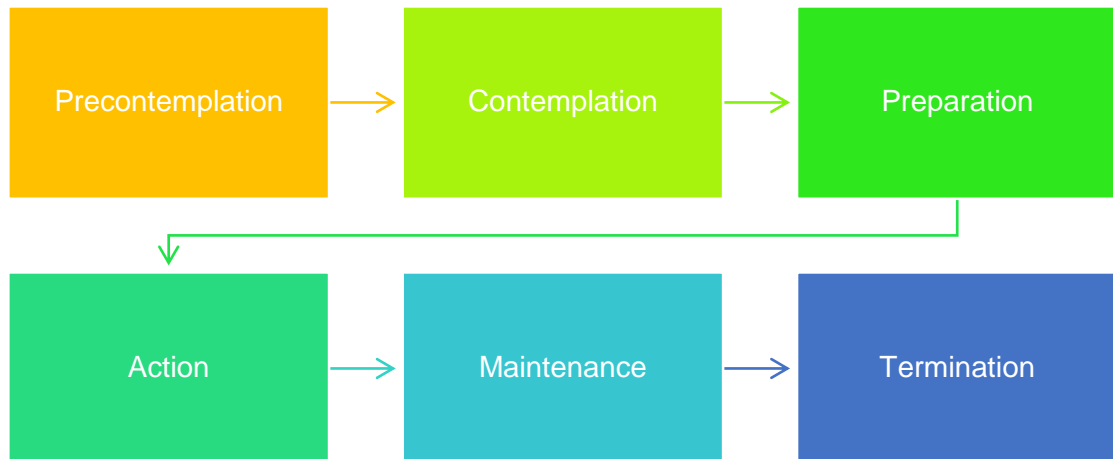


Gambar 3. 5. Theori of Planned Behavior

3) *Transtheoretical model of behavior change*

Perubahan perilaku Transtheoretical Theory Model (TTM) menilai kesiapan individu untuk bertindak pada perilaku sehat dan menyediakan strategi-strategi atau proses-proses perubahan untuk membimbing individu melalui tahapan perubahan dan pemeliharaan. James O. Prochaska dari Universitas Rhode Island dan rekan mengembangkan awal model transtheoretical pada tahun 1977. Hal ini didasarkan pada analisis teori yang berbeda dari psikoterapi sehingga diberi nama “Transtheoretical.”

TTM sudah terbukti efektif dalam perilaku diet dan manajemen berat badan. Menurut teori ini, individu yang paling mungkin untuk mengalami kesuksesan dalam mengubah perilaku bila dilakukan dalam strategi yang sesuai dengan tahap kesiapan untuk berubah. Penelitian Frenn & Malin dalam Leslie Spencer (2007) membuktikan bahwa persentase lemak dalam makanan berkurang secara bermakna pada seluruh tahapan, sementara akses terhadap keinginan untuk diet rendah lemak meningkat pada setiap tahapan. Akses terhadap olah raga juga meningkat secara bermakna pada seluruh tahapan. Dalam TTM, perubahan adalah sebuah proses yang melibatkan kemajuan melalui serangkaian tahapan berikut :



Gambar *Transtheoretical* Model : Tahapan Perubahan

a. Precontemplation (Tidak siap)

Orang-orang pada tahap ini tidak berniat untuk memulai perilaku sehat dalam waktu dekat (dalam waktu 6 bulan) dan mungkin tidak menyadari kebutuhan untuk berubah.

b. Contemplation (Niat)

Pada tahap ini peserta berniat untuk memulai perilaku sehat dalam 6 bulan ke depan.

c. Preparation (Persiapan)

Orang-orang pada tahap ini siap untuk mulai mengambil tindakan dalam 30 hari ke depan. Mereka mengambil langkah-langkah kecil yang mereka percaya dapat membantu perilaku sehat menjadi bagian dari hidup mereka. Misalnya, mereka memberitahu teman dan keluarga yang ingin merubah perilaku mereka. Selama tahap ini peserta didorong untuk mencari dukungan dari teman mereka yang percaya, memberitahu orang tentang rencana mereka untuk mengubah cara bertindak dan berpikir tentang bagaimana mereka akan merasa jika mereka berperilaku dengan cara yang sehat.

d. Action (Aksi)

Orang pada tahap ini telah mengubah perilaku mereka dalam 6 bulan terakhir dan harus bekerja keras untuk maju. Para peserta perlu belajar bagaimana memperkuat komitmen mereka untuk berubah dan untuk melawan dorongan menyelinap kembali. Di sini orang diajarkan untuk mengganti kegiatan yang berkaitan dengan perilaku tidak sehat dengan yang positif, penghargaan diri untuk mengambil langkah-langkah menuju perubahan dan menghindari orang dari situasi yang menggoda mereka untuk berperilaku dengan cara tidak sehat.

e. Maintenance (Perawatan)

Pada tahap ini orang telah mengubah perilaku mereka lebih dari 6 bulan yang lalu. Tahap ini berlangsung diperkirakan dari 6 bulan sampai 5 tahun. Hal ini penting bagi orang di tahap ini untuk menyadari situasi yang dapat menggoda mereka untuk menyelinap kembali melakukan perilaku terutama terutama yang tidak sehat atau situasi stres. Orang yang berada pada tahap ini berusaha mencari dukungan dari dan berbicara dengan orang yang berperilaku dan ingat untuk terlibat dalam kegiatan alternatif untuk mengatasi stres bukan mengandalkan perilaku tidak sehat.

f. Termination (Pemutusan)

Pada tahap ini perilaku sehat yang dilakukan orang tersebut sudah permanen. Individu memiliki godaan nol dan 100% efektivitas diri mereka yakin mereka tidak akan kembali ke kebiasaan lama mereka yang tidak sehat sebagai cara untuk mengatasi.

3.2.2 Tingkat Inter personal

1) *Social Cognitive Theory*

Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory*) merupakan penamaan baru dari Teori Belajar Sosial (*Social Learning Theory*) yang dikembangkan oleh Albert Bandura. Teori Kognitif Sosial tidak hanya berfokus pada psikologi perilaku sehat tetapi aspek sosial juga. SCT menganut gagasan bahwa manusia tidak hidup dalam keterasingan dan belajar dan berperilaku tidak hanya sesuai dengan proses pemikiran mereka sendiri, tetapi juga sebagai respons terhadap lingkungan yang mengelilinginya dalam lingkungan lingkungan kelompok (misalnya tempat kerja) atau masyarakat. Dengan kata lain, teori ini menyatakan bahwa perilaku individu disebabkan pengaruh lingkungan, individu, dan kognitif.

Di samping itu, teori ini menjelaskan bahwa perilaku yang baru dan kompleks dapat diciptakan dengan observasi terhadap model yang dihadirkan secara langsung ataupun tidak langsung serta melalui mental rehearsal. Oleh karena itu, teori ini juga disebut *observational learning theory*. Di sini individu juga dapat mengembangkan perilaku lewat *self-administered reward* dan mengembangkan perilaku hanya dengan berpikir tentang suatu aktivitas. Selain yang tersebut di atas teori ini juga berbeda dari teori yang lain dalam menjelaskan terjadinya suatu perilaku, yaitu bahwa perilaku terjadi dengan melibatkan serangkaian proses psikologis.

Sebagai contoh, ketika seorang ibu mengajarkan anaknya bagaimana cara mengikat sepatu dengan memeragakannya berulang kali sehingga si anak bisa mengikat tali sepatunya, maka proses ini disebut proses *modeling*. Sebagai tambahan bagi proses peniruan interpersonal, proses *modeling* dapat juga terlihat pada narasumber yang ditampilkan oleh media. Misalnya orang bisa meniru bagaimana cara memasak kue bika dalam sebuah acara kuliner di televisi.

Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa asumsi dari teori kognitif sosial adalah bahwa proses belajar akan terjadi jika seseorang mengamati seorang model yang menampilkan suatu perilaku dan mendapatkan imbalan atau hukuman karena perilaku tersebut. Melalui pengamatan ini, orang tersebut akan mengembangkan harapan-harapan tentang apa yang akan terjadi jika ia melakukan perilaku yang sama dengan sang model. Harapan-harapan ini akan memengaruhi proses belajar perilaku dan jenis perilaku berikutnya yang akan muncul.

SCT menjelaskan belajar dan berperilaku melalui dimensi-dimensi berikut :

- a. Pemahaman mengenai resiko kesehatan dan manfaat (*Knowledge of health risk and benefits*) Meskipun pengetahuan seseorang mengenai resiko kesehatan dan manfaat melakukan perilaku sehat tertentu bukan satu-satunya faktor penentu perubahan perilaku individu, namun ini merupakan titik awal perubahan perilaku. Sebagai contoh seorang perokok tidak akan punya motivasi untuk berhenti merokok sampai dia tahu bahwa merokok merusak kesehatannya.
- b. Persepsi kepercayaan diri (*Perceived self efficacy*). Persepsi kepercayaan tentang kemampuan untuk melakukan tindakan-tindakan tertentu untuk mencapai goal.
- c. Hasil yang diharapkan (*Outcome expectation*). Hasil yang diharapkan di sini maksudnya adalah konsekuensi-konsekuensi jika berperilaku tertentu baik secara fisik, materi dan sosial. Sebagai contoh seorang perokok jika berhenti merokok maka jantung dan paru-paru kembali normal (fisik), istri dan anak-anaknya senang karena bisa duduk bersama berkumpul dan bersenda gurau, warga sekitar tidak merasa terganggu dengan asap rokok dan uang yang biasa dipakai untuk membeli rokok dapat dipakai untuk membeli sepatu baru.
- d. Capaian kesehatan individu (*Personal health goals*). Target atau capaian individu ketika melakukan perilaku tertentu baik jangka pendek maupun jangka panjang. Namun, akan lebih baik jika kita ingin merubah perilaku kita memulainya dengan target-target dengan jangka waktu yang pendek terlebih dahulu untuk menolong kita mencapai target jangka panjang.
- e. Persepsi fasilitator (*Perceived facilitator*) dan persepsi hambatan (*Perceived impediments*). Persepsi fasilitator dan persepsi hambatan merupakan elemen penting pada SCT dan secara tidak langsung mempengaruhi kepercayaan diri individu. Sebagai contoh seorang wanita yang akan memulai program latihan yang baru. Dia berpikir bahwa dia akan pergi bersama temannya untuk pergi ke tempat fasilitas olahraga. Hambatannya sarana transportasi kurang memadai atau dia akan pergi ke sana sendiri tanpa seorang teman.

Tabel 3.1. Aplikasi Perubahan Perilaku dengan Social Cognitive Theory

Dimensi SCT	Contoh Aplikasi
Pemahaman mengenai resiko kesehatan dan manfaat (<i>Knowledge of health risk and benefits</i>)	Saya kelebihan berat badan 50 pound, yang membuat saya berisiko tinggi terhadap beberapa penyakit termasuk serangan jantung, stroke dan diabetes. Jika saya kehilangan beberapa berat badan, risiko tersebut akan turun

<p>Persepsi kepercayaan diri (<i>Perceived self efficacy</i>)</p>	<p>Itu realistis bagi saya untuk berhenti makan begitu banyak kalori setiap hari dan pergi ke tempat senam beberapa kali dalam seminggu untuk membakar beberapa kalori</p>
<p>Hasil yang diharapkan (<i>Outcome expectation</i>)</p>	<p>Fisik dan materi : Hal yang menyenangkan kearena saya dapat memakai baju-baju saya kembali dan saya akan membeli celana jeans yang baru jika berat saya turun 2 garis. Sosial Pacar saya akan gembira jika saya kurus Saya tidak akan melihat tatapan sinis ketika duduk bersebelahan di dalam bus karena saya hampir memenuhi ruang duduknya.</p>
<p>Capaian kesehatan individu (<i>Personal health goals</i>)</p>	<p>Saya tidak yakin mampu mengurangi 50 kg namun setidaknya saya akan mengurangi 10 kg.</p>
<p>Persepsi fasilitator (<i>Perceived facilitator</i>)</p>	<p>Saya memiliki pedomeer yang memantau langkah saya dan tersambung ke handphone saya sehingga saya mengetahui bahwa saya telah melakukan aktivitas yang cukup setiap hari.</p> <p>Saya menemukan situs internet yang membantu saya mengakses ke jurnal online dan menghitung asupan kalori saya</p> <p>Istri saya juga ingin menurunkan berat badan, sehingga kami dapat melakukannya bersama.</p>
<p>Persepsi hambatan (<i>Perceived impediments</i>)</p>	<p>Pergi ke pusat olahraga dan berada diantara kumpulan orang berbadan sehat, sungguh memalukan</p> <p>Saya harus 2x transit naik bus untuk sampai ke pusat olahraga</p> <p>Setiap jumat malam, teman-teman selalu mengajak minum-minum bir dan makan nachos</p>

Penelitian yang dilakukan Sarintohe (2001) mengenai perilaku makan pada remaja obesitas dengan social cognitive theory menunjukkan bahwa behavioral factors, personal factors, dan environmental factors berhubungan dengan perilaku makan. Behavioral factors terdiri dari pola-pola waktu makan dan makan kudapan. Dari kedua aspek behavioral factors yang berhubungan dengan perilaku makan adalah pola-pola waktu makan. Personal factor terdiri dari self-image, self-esteem, dan self-efficacy. Dari ketiga aspek personal factors yang berhubungan dengan perilaku makan adalah self-image dan self-esteem. *Environmental factors* terdiri dari pengaruh orang tua dan teman sebaya. Kedua aspek dari environmental factors berhubungan dengan perilaku makan.

Contoh yang lain seperti Komasari dan Helmi (2000) mengenai perilaku merokok pada remaja. Perilaku merokok tidak semata-mata merupakan proses imitasi dan penguatan positif dari keluarga maupun lingkungan teman sebaya tetapi juga adanya pertimbangan-pertimbangan atas konsekuensi-konsekuensi perilaku merokok. Dalam kaitan ini, seperti yang telah diuraikan bagian terdahulu, jika orang tua atau saudaranya merokok merupakan agen imitasi yang baik. Jika keluarga mereka tidak ada yang merokok, maka sikap permisif orang tua merupakan penguat positif atas perilaku merokok. Demikian halnya yang terjadi pada kelompok teman sebaya. Teman sebaya mempunyai peran yang sangat berarti bagi remaja, karena masa tersebut remaja mulai memisahkan diri dari orang tua dan mulai bergabung pada kelompok sebaya. Kebutuhan untuk diterima sering kali membuat remaja berbuat apa saja agar dapat diterima kelompoknya dan terbebas dari sebutan 'pengecut' dan 'banci'. Selanjutnya jika dilihat dari tahap-tahap perilaku merokok, teman sebaya dan keluarga merupakan pihak-pihak yang pertama kali mengenalkan atau mencoba merokok, kemudian berlanjut dan berkembang menjadi *tobacco dependency* atau adanya ketergantungan merokok.

3.2.3 Tingkat Komunitas

Inisiatif melayani masyarakat dan populasi, bukan hanya individu, merupakan jantung pendekatan kesehatan masyarakat untuk mencegah dan mengendalikan penyakit. Model tingkat masyarakat mengeksplorasi fungsi sistem bagaimana sosial dan perubahan dan bagaimana memobilisasi anggota dan organisasi masyarakat. Mereka menawarkan strategi yang bekerja di berbagai pengaturan, seperti lembaga perawatan kesehatan, sekolah, tempat kerja, kelompok masyarakat, dan lembaga pemerintah. Mewujudkan perspektif ekologi, model tingkat masyarakat mengatasi masalah individu, kelompok, lembaga, dan masyarakat.

Komunitas sering dipahami dalam pengertian geografis, namun bisa juga didefinisikan oleh kriteria lain. Misalnya, ada komunitas yang memiliki minat bersama (mis., Komunitas seniman) atau identitas kolektif (mis., Komunitas African American). Saat merencanakan intervensi tingkat masyarakat, sangat penting untuk mengetahui karakteristik unik masyarakat. Hal ini terutama berlaku saat menangani masalah kesehatan di masyarakat yang beragam secara etnik atau budaya.

Kerangka konseptual dalam bagian ini menawarkan strategi untuk melakukan intervensi di tingkat masyarakat:

- 1) Model Organisasi Masyarakat dan partisipatif (*Community Organization and Other Participatory Models*) menekankan pendekatan berbasis masyarakat untuk menilai dan memecahkan masalah kesehatan dan sosial.

Tabel 3.2. *Community Organization and Other Participatory Models*

Term	Definition	Potential Change Strategies
Empowerment	A social action process through which people gain mastery over their lives and their communities	Community members assume greater power, or expand their power from within, to create desired changes
Participation	Characteristics of a community that affect its ability to identify, mobilize around, and address problems	Community members participate actively in community life, gaining leadership skills, social networks, and access to power
Relevance	Engagement of community members as equal partners; reflects the principle, "Never do for others what they can do for themselves"	Community members develop leadership skills, knowledge, and resources through their involvement
Issue selection	Community organizing that "starts where the people are"	Community members create their own agenda based on felt needs, shared power, and awareness of resources
Critical consciousness	Identifying immediate, specific, and realizable targets for change that unify and build community strength	Community members participate in identifying issues; targets are chosen as part of a larger strategy
Critical consciousness	Awareness of social, political, and economic forces that contribute to social problems	Community members discuss the root causes of problems and plan actions to address them

- 2) Difusi Teori Inovasi (*Diffusion of Innovations Theory*) membahas bagaimana gagasan, produk, dan praktik sosial baru menyebar dalam organisasi, masyarakat, atau masyarakat, atau dari satu masyarakat ke masyarakat lainnya.

Tabel 3.3. *Konsep Diffusion of Innovations Theory*

Concept	Defenition
Innovation	An idea, object, or practice that is thought to be new by an individual, organization, or community
Communication channels	The means of transmitting the new idea from one person to another
Social system	A group of individuals who together adopt the innovation
Time	How long it takes to adopt the innovation

- 3) Teori Komunikasi (*Communication Theory*) menjelaskan bagaimana berbagai jenis komunikasi mempengaruhi perilaku kesehatan.

Daftar Pustaka

- Department of Health and Human Services-USA. 2005. Theory at A Glance : A Guide For Health Promotion Practice. USA : National Institute Of Health
- Kholid, A. 2015. Promosi Kesehatan Dengan endekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya. Jakarta : Rajawali Pers.
- Komasari, D & Helmi, F.A. Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja. Jurnal Psikologi No. 1, 37-47, 2000.
- Sirait, M.,L., dan Sarumpaet, S. Hubungan Komponen Health Belief Model (HBM) Dengan Penggunaan Kondom Pada Anak Buah Kapal (ABK) Di Pelabuhan Belawan. Jurnal Precure Tahun 1 Volume 1, April, 2013.
- Snelling, A. 2014. Introduction To Health Promotion. United States of America : Jossey Bass.
- Warsito, H. Hubungan Antara *Self-Efficacy* Dengan Penyesuaian Akademik Dan Prestasi Akademik. Pedagogi : Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan Volume IX No. 1 April 2009.