

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pendidikan kesehatan merupakan proses yang bertujuan mengubah kebiasaan, sikap, dan pengetahuan individu demi mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Proses ini bersifat dinamis karena individu dapat menerima atau menolak informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Melalui pendidikan kesehatan, diharapkan individu, keluarga, dan masyarakat mengalami perubahan pola pikir, sikap, serta perilaku, sehingga mampu mengatasi masalah kesehatan, mendukung efektivitas terapi medis, mencegah penyakit, serta membentuk gaya hidup sehat (Setyo K & Erwin, 2012).

Pentingnya pendidikan kesehatan dalam pembangunan kesehatan telah diakui secara luas. Pada tingkat makro, paradigma sehat menekankan kontribusi semua sektor dalam menciptakan perilaku dan lingkungan yang mendukung kesehatan. Sementara itu, pada tingkat mikro, pembangunan kesehatan lebih difokuskan pada upaya promotif dan preventif melalui pemberdayaan masyarakat. Pendidikan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat menjadi elemen kunci dalam meningkatkan efektivitas layanan kesehatan lainnya, seperti upaya pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi, guna mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri (Depkes RI, 2009).

Laporan Persatuan Internasional untuk Promosi dan Pendidikan Kesehatan (IUHPE), membentuk masa depan promosi kesehatan: prioritas tindakan, menguraikan kebijakan dan kondisi sistem yang diperlukan untuk promosi kesehatan yang efektif di abad ke-21. Prioritas utamanya meliputi: menerapkan kebijakan publik yang sehat; memperkuat struktur dan proses di semua sektor; meningkatkan praktik berbasis

pengetahuan; membangun tenaga promosi kesehatan yang kompeten; memberdayakan komunitas. Seruan Aksi WHO di Nairobi juga menguraikan strategi dan komitmen utama untuk menutup kesenjangan. Lebih dari satu dekade kemudian, tujuan-tujuan ini masih belum tercapai di banyak negara, dan tindakan-tindakan yang diuraikan masih diperlukan untuk memperkuat sistem promosi kesehatan dan memastikan keberhasilan implementasi. Sebuah laporan mengenai pengembangan sistem kesehatan yang mempromosikan kesehatan di Uni Eropa menyerukan penguatan kapasitas negara-negara untuk melaksanakan promosi kesehatan pada tingkat politik, kebijakan dan pemberian layanan dan merekomendasikan serangkaian langkah kebijakan dan mekanisme keuangan untuk mendukung penerapan kebijakan dan praktik promosi kesehatan yang transformatif (Barry, 2021).

Pendidikan kesehatan yaitu proses dengan tujuan mengubah kebiasaan, sikap, dan pengetahuan individu agar dapat mencapai tujuan kesehatan. Proses ini bersifat dinamis karena setiap individu memiliki kebebasan untuk menerima atau menolak informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Melalui pendidikan kesehatan, diharapkan terjadi perubahan pola pikir, sikap, dan perilaku dalam masyarakat sehingga dapat membantu mengatasi masalah kesehatan, meningkatkan efektivitas pengobatan, mencegah penyakit, serta membentuk kebiasaan hidup sehat (Setyo K & Erwin, 2012).

Pentingnya pendidikan kesehatan dalam pembangunan kesehatan telah diakui secara luas. Paradigma sehat menekankan bahwa seluruh sektor berkontribusi dalam menciptakan lingkungan dan perilaku sehat. Pendekatan ini lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif melalui pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan ini menjadi faktor kunci dalam keberhasilan layanan kesehatan lain, seperti pencegahan,

pengobatan, dan rehabilitasi, guna mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri (Depkes RI, 2009).

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Pasal 11 mengamanatkan bahwa setiap individu bertanggung jawab untuk menjalankan pola hidup sehat demi mencapai, mempertahankan, dan meningkatkan kesehatan. Hal ini berkaitan erat dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), yang menuntut masyarakat untuk mengubah pola pikir dari berfokus pada penyakit menjadi lebih menitikberatkan pada kesehatan. PHBS merupakan faktor penting yang memengaruhi kesehatan individu dan masyarakat, meliputi aspek kebersihan pribadi, respons terhadap penyakit, serta tindakan yang dilakukan dalam menghadapi masalah kesehatan (Koem dkk., 2015).

Indikator PHBS yang ditetapkan Kementerian Kesehatan pada 2011 mencakup 10 aspek utama, seperti persalinan oleh tenaga kesehatan, penimbangan bayi, pemberian ASI eksklusif, penggunaan air bersih, mencuci tangan dengan sabun, pemberantasan jentik nyamuk, penggunaan jamban sehat, konsumsi buah dan sayur, aktivitas fisik, serta tidak merokok di dalam rumah. Penerapan PHBS yang buruk dapat berdampak negatif pada kesehatan seluruh anggota keluarga (Kemenkes RI, 2021).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari 2007 hingga 2018, penerapan PHBS mengalami peningkatan signifikan, yaitu dari 11,2% pada 2007 menjadi 39,1% pada 2018. Meski demikian, secara nasional, individu dengan kategori PHBS baik masih di bawah 50%. Beberapa provinsi seperti Bali, DKI Jakarta, dan Yogyakarta memiliki tingkat penerapan PHBS lebih tinggi dibandingkan daerah lain, sementara Papua, Nusa Tenggara Timur, dan Sumatera Barat memiliki proporsi terendah. Faktor kemiskinan turut memengaruhi penerapan PHBS, di mana daerah dengan tingkat kemiskinan tinggi cenderung memiliki angka PHBS yang lebih rendah

(Purwanto, 2021; Kemenkes RI Ditjen P2P, 2021).

Evaluasi kebijakan PHBS terus dilakukan guna mengukur efektivitas program dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Salah satu metode evaluasi adalah melalui Riset Kesehatan Dasar, yang menyediakan data berbasis bukti (*Evidence-based Policy/EBP*) untuk mendukung pengambilan keputusan dan perancangan kebijakan. Data tersebut membantu dalam perencanaan target serta implementasi program kesehatan (Kemenkes RI, 2021).

Keberhasilan penerapan PHBS di Indonesia menunjukkan bahwa cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 71%, masih di bawah target nasional sebesar 90%. Sementara itu, pemberian ASI eksklusif baru mencapai 50% dari target 80%, dan cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) hanya mencapai 20% dari target 80%. Selain itu, ketersediaan air bersih mencapai 85%, sedangkan rumah tangga yang menggunakan jamban sehat baru mencapai 60% dari target 80%. Beberapa kebiasaan sehat lainnya juga masih rendah, seperti hanya 30% masyarakat yang tidak merokok di dalam rumah, 20% yang rutin beraktivitas fisik, serta 26% yang mengonsumsi buah dan sayur setiap hari (Kemenkes RI, 2021).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 1984 memperkenalkan konsep promosi kesehatan sebagai bentuk pengembangan dari pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan tidak hanya bertujuan mengubah perilaku individu, tetapi juga menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan tersebut. Pendekatan ini lebih menekankan pada peningkatan kemampuan hidup sehat dibandingkan sekadar membentuk perilaku sehat. Lawrence Green (1984) mendefinisikan promosi kesehatan sebagai kombinasi antara pendidikan kesehatan dan berbagai intervensi yang berkaitan dengan aspek ekonomi, politik, serta organisasi yang bertujuan mempermudah perubahan perilaku

dan lingkungan yang lebih kondusif bagi kesehatan (Rachmawati, 2019).

Pendidikan kesehatan (*Health Education*) sendiri merupakan serangkaian pengalaman belajar yang dirancang untuk memengaruhi, mengaktifkan, dan memperkuat perilaku sehat secara sukarela, baik dalam lingkup individu, kelompok, maupun komunitas. Pendidikan ini bertujuan memberikan informasi yang memungkinkan masyarakat membuat keputusan yang tepat terkait praktik kesehatan (Pakpahan, Martina *et al.*, 2021).

Dalam konteks promosi kesehatan, selain meningkatkan pemahaman masyarakat, diperlukan upaya menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku sehat. Perubahan ini mencakup berbagai aspek, seperti lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, serta kebijakan politik. Promosi kesehatan menjadi kombinasi antara edukasi, kebijakan, dan regulasi guna mendorong lingkungan yang lebih sehat (Mubarak, 2007).

Peran tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan sangat penting, terutama dalam mendeteksi kebutuhan masyarakat dan memberikan edukasi mengenai pencegahan penyakit. Namun, kesadaran masyarakat untuk melakukan tindakan preventif masih rendah. Banyak individu baru menyadari pentingnya layanan kesehatan setelah mengalami penyakit yang serius. Oleh karena itu, tenaga kesehatan terus berupaya mengedukasi masyarakat melalui penyuluhan langsung maupun kunjungan rumah, meskipun tantangan dalam meningkatkan kesadaran kesehatan masih cukup besar (Lubis, 2019).

Zein, dkk. (2017) dalam Rachmawati (2019) menyatakan bahwa perilaku kesehatan yang dilakukan setiap individu didasarkan pada pengetahuan yang dimilikinya. Kurangnya pengetahuan yang dimiliki akan menimbulkan dampak negatif

diantaranya seperti kurangnya motivasi untuk mengambil tindakan pencegahan, kurangnya kesempatan untuk berobat, lamanya penundaan pengobatan dan tingginya stigma sosial. Masyarakat mulai menyadari perlunya berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan ketika mendapat arahan dan dorongan dari petugas kesehatan setempat. Perilaku dan pola pikir masyarakat yang masih kuno dapat mempengaruhi sikap pasien dalam menjalani pengobatan sehingga dapat berdampak pada keberhasilan pengobatan pasien. (Ramadia *et al.*, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh (Buddharaksa, Davies and Tejavaddhana, 2021) berpendapat bahwa untuk mencapai tujuan komunitas dan masyarakat yang melek kesehatan, lembaga dan otoritas kesehatan Thailand harus melakukan pendekatan kembali terhadap promosi kesehatan dan literasi kesehatan dari perspektif bottom-up. Selain itu, mengatasi promosi kesehatan kolaboratif fiktif dan musyawarah semu juga perlu dilakukan. Untuk melakukan hal tersebut, memerlukan proyek jangka panjang untuk membangun 'rezim kesehatan kritis' berdasarkan pendidikan kritis dan anti-otoritarianisme sebagai prinsip utama.

Petugas kesehatan dari puskesmas melaksanakan promosi kesehatan sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Strategi utama dalam promosi kesehatan meliputi pemberdayaan, pembinaan suasana, advokasi, dan kemitraan. Tenaga kesehatan, misalnya, memastikan ibu yang telah menerima layanan kesehatan untuk anak balitanya juga mendapatkan informasi tentang pentingnya menimbang anak balita secara rutin, bagaimana cara mencatat dan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS), serta pemberdayaan lainnya yang disesuaikan dengan kondisi ibu yang dikunjungi di rumah (Lubis, 2019).

Sebagai tenaga kesehatan, bidan memainkan peran krusial dalam mendukung program pemerintah, terutama yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Menurut Runjati, bidan bertanggung jawab terhadap peraturan perundang-undangan, pengembangan profesi, kompetensi, serta pencatatan dalam bidang kebidanan. Sebagai bagian dari tenaga kesehatan, bidan harus mematuhi hukum yang berlaku dan mengikuti kode etik profesi yang ditetapkan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) (Runjati, 2010).

Berdasarkan UU No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, pelayanan kebidanan adalah layanan profesional yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaboratif, atau dengan rujukan. Tugas bidan dalam meningkatkan kesehatan dilaksanakan dengan bekerja sama dan memberdayakan masyarakat setempat untuk menjaga kesehatan mereka. Salah satu metode untuk meningkatkan partisipasi masyarakat adalah melalui pemberdayaan masyarakat.

Kompetensi bidan mencakup tujuh area utama: (1) Etik, legalitas, dan keselamatan klien, (2) Komunikasi efektif, (3) Pengembangan diri dan profesionalisme, (4) Dasar ilmiah dalam praktik kebidanan, (5) Keterampilan klinis, (6) Promosi kesehatan dan konseling, dan (7) Manajemen serta kepemimpinan. Kompetensi ini mendasari pelayanan kebidanan yang komprehensif dan berbasis bukti (Kepmenkes RI, 2020).

Menurut data dari Kemenkes, jumlah tenaga kesehatan di Indonesia terus meningkat. Pada 2020, terdapat 1.500.541 tenaga kesehatan, dengan 59.136 di Provinsi Aceh dan 1.415 di Kota Langsa (Kemenkes RI, 2021). Jumlah Puskesmas juga terus bertambah, dengan 10.205 Puskesmas pada 2020, terdiri dari 4.119 Puskesmas rawat inap dan 6.086 non-rawat inap, menunjukkan upaya pemerintah dalam meningkatkan

akses pelayanan kesehatan primer (Kemenkes RI, 2021).

Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2015 tercatat sebesar 305/100.000 Kelahiran Hidup (KH), sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) berdasarkan SDKI 2017 adalah 24/1.000 KH. Target SDGs 2030 untuk AKI adalah 70/100.000 KH, dan AKB adalah 12/1.000 KH. Meskipun ada penurunan, jumlah kematian ibu tetap tinggi, dengan 7.389 kematian tercatat pada 2021, meningkat dibandingkan dengan 2020 yang berjumlah 4.627 kematian (Kemenkes RI, 2021).

Bidan berperan penting dalam penurunan AKI dan AKB serta mempersiapkan generasi bangsa yang sehat dan berkualitas melalui pelayanan kebidanan yang berkualitas (Kepmenkes RI, 2020). Dalam model pencegahan kesehatan *Leavell* dan *Clark*, pendidikan kesehatan dilaksanakan berdasarkan tiga tingkatan: *Primary*, *Secondary*, dan *Tertiary Prevention*. WHO melaporkan bahwa tenaga kesehatan berkontribusi hingga 80% dalam kesuksesan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, pendidikan dan pelatihan menjadi kunci dalam mengatasi kekurangan tenaga kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat melalui strategi pendidikan kesehatan melibatkan advokasi, dukungan sosial, dan pemberdayaan langsung kepada masyarakat. Pemberdayaan dimulai dari keluarga sebagai unit dasar untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan. Upaya ini juga mengatasi ancaman penyakit menular dan tidak menular di lingkungan yang tidak sehat, terutama bagi kelompok rentan seperti anak-anak dan lansia.

Namun, partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan belum optimal. Program yang efektif adalah yang disusun oleh masyarakat itu sendiri, dan promosi kesehatan harus melibatkan masyarakat agar tercapai

perubahan yang lebih cepat dan menyeluruh (Setyabudi, Ratih G dan Dewi, Mutia. 2017).

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk memengaruhi perilaku agar lebih mendukung kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Intervensi pendidikan kesehatan harus melalui diagnosis atau analisis terhadap masalah perilaku yang ada, dengan tujuan agar masyarakat mampu mengatasi masalah kesehatan mereka sendiri (Magdalena, 2021).

Dalam Penelitian Maatta Kaarina, (2013) menyatakan bahwa kami menggunakan konsep keterampilan kesehatan untuk mencakup unsur-unsur kesadaran kesehatan, literasi kesehatan, dan kepekaan serta konsep-konsep terkait lainnya yang masing-masing menyumbang bagian penting dari kemampuan seseorang untuk menghargai kesehatannya. Pendidikan kesehatan membekali masyarakat dengan keterampilan kesehatan yang diwujudkan dalam bentuk literasi kesehatan tingkat tinggi (Ratzan, 2001; Tones, 2002), kesadaran dan kepekaan terhadap kesehatan bahkan mengarah pada pemberdayaan (Falk-Rafael, 2001; Jones & Meleis, 1993). Pemberdayaan memungkinkan partisipasi, tindakan aktif, dan didengarkan baik di tingkat individu maupun komunal (Kickbusch, 2001; Nutbeam, 2008). Tanggung jawab individu terhadap pilihan-pilihan yang sehat meningkat, kesiapan untuk menetapkan tujuan pribadi yang berhubungan dengan kesehatan menjadi lebih kuat, dan pengalaman dalam mengatasi keterampilan, kemampuan, dan peningkatan dukungan sosial yang dirasakan (Laverack, 2004). Pendidikan kesehatan memberikan informasi tentang risiko kesehatan topikal dan pencegahannya serta dapat mencegah penyakit nasional di masa dewasa. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan dapat memberikan pengaruh ekonomi yang signifikan berupa kemampuan warga untuk bekerja dan berfungsi.

Upaya promosi kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, meskipun telah dilakukan melalui berbagai cara seperti media sosial, radio, televisi, dan kampanye intensif, masih belum menunjukkan perubahan perilaku yang signifikan terkait pola hidup sehat (PHBS). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa meskipun berbagai intervensi telah dilakukan, seperti kampanye kesehatan, indikator PHBS belum tercapai.

Penelitian oleh Bahadori *et al.* (2021) mengungkapkan bahwa model PRECEDE-PROCEED dapat menjadi kerangka kerja yang efektif untuk merancang program promosi kesehatan. Model ini membantu dalam mengidentifikasi target intervensi yang spesifik, mengintegrasikan faktor individu dan lingkungan, serta memperhitungkan aspek organisasi, administratif, dan kebijakan. Dengan demikian, model ini memberikan pendekatan berbasis bukti untuk mengatasi masalah kesehatan.

Dalam penelitian mereka tentang promosi kesehatan, Riyadi dan Ferianto (2021) menemukan bahwa penggunaan ceramah dan diskusi kelompok kecil dapat berdampak pada perilaku masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk. Diskusi kelompok kecil ternyata lebih efektif daripada ceramah dalam mengubah perilaku masyarakat Gunungkidul tentang pencegahan demam berdarah.

Rodiah, Rosfiantika, dan Yanto (2016) meneliti bahwa promosi kesehatan di Puskesmas Tarogong telah berjalan dengan baik, sesuai dengan kebijakan pemerintah dan berdasarkan kemampuan serta kreativitas petugas kesehatan. Meskipun demikian, hasil penelitian Tobing (2009) menekankan pentingnya peningkatan kompetensi petugas promosi kesehatan. Penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan keterampilan petugas berpengaruh terhadap kinerja mereka, dengan sikap menjadi variabel yang paling berpengaruh. Oleh karena itu, diharapkan adanya kebijakan

pemerintah daerah yang fokus pada peningkatan kompetensi petugas melalui pelatihan, pendidikan, serta pembinaan untuk meningkatkan kinerja petugas promosi kesehatan.

Kesimpulannya, meskipun banyak upaya dan strategi telah diterapkan dalam promosi kesehatan, masih ada tantangan besar dalam mencapai perubahan perilaku yang diinginkan. Oleh karena itu, pendekatan berbasis bukti yang lebih efektif dan pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku masyarakat diperlukan agar intervensi promosi kesehatan dapat memberikan dampak yang lebih signifikan.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Desember tahun 2022 yang dilakukan dilapangan melalui wawancara pada tenaga kesehatan bidan desa kota Langsa, pendidikan kesehatan di masyarakat belum berjalan dengan efektif, dikarenakan banyaknya masyarakat yang masih belum sadar tentang perilaku kesehatan, hal ini terlihat dari sikap dan perilaku serta pengetahuannya sehari-hari. Ketika tenaga kesehatan memberikan pendidikan kesehatan melalui promosi kesehatan kepada masyarakat banyak masyarakat yang hanya mendengarkan saja tetapi tidak diterapkan dalam kehidupan sehari-harinya. Promosi kesehatan yang dilakukan oleh bidan desa di Kota Langsa hanya menitikberatkan pada metode ceramah, tidak terjadwal, tidak berdasarkan kebutuhan masyarakat untuk mengatasi masalah yang ada namun sesuai dengan program yang berjalan dan anggaran yang tersedia dan hanya menggunakan media brosur, poster dan leaflet jika tanpa didahului dengan proses perencanaan yang terprogram dan evaluasi yang dilakukan hanya sebatas laporan tanpa melakukan proses evaluasi yang komprehensif dan melakukan umpan balik. Selain itu pada saat melakukan promosi kesehatan kurang melakukan pemberdayaan masyarakat, melakukan pendekatan untuk mendapatkan dukung sosial dan tidak maksimal dalam

melakukan advokasi kepada pemangku kepentingan sehingga masih banyak perilaku kesehatan yang diharapkan belum berubah secara signifikan.

Studi yang dilakukan oleh Jones dan Donovan (2004) mempelajari model PRECEDE-PROCEED menemukan bahwa rencana dan pembuatan program pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah model yang lebih baik daripada model lain. Berdasarkan Green dan Kreuter (2005), model ini harus mempertimbangkan persyaratan masyarakat yang ingin mengubah tindakan. Aspek penting dari model prasyarat adalah peran teori yang menyediakan kerangka kerja konseptual yang dapat berguna untuk merancang intervensi dan penilaian program. Namun, Ashwell dan Barclay (2009) menyatakan bahwa model ini tidak sepenuhnya mengidentifikasi inhibitor selama tahap perencanaan evaluasi pendidikan dan ekologi. Sebagai solusinya, penelitian mereka menyarankan penambahan proses baru pada Fase Tiga model ini, yaitu untuk mengidentifikasi apakah ada faktor penghambat yang dapat mempengaruhi efektivitas intervensi yang direncanakan. Hal ini akan meningkatkan proses manajemen risiko dan pengelolaannya sejak awal program Kesehatan akan dijalankan. (Ashwell and Barclay, 2009).

Hasil penelitian yang telah dijelaskan sebelumnya sesuai dengan temuan yang diungkapkan oleh Bahadori *et al.* (2021), yang menyoroti pentingnya model PRECEDE-PROCEED dalam menilai dampak intervensi terhadap peningkatan kesehatan dan kualitas hidup. Penelitian mereka menyarankan studi longitudinal di masa depan untuk mengkaji dampak jangka panjang dari intervensi tersebut, khususnya untuk peternak yang berpartisipasi. Menggunakan komponen sebelumnya, para peneliti dapat bekerja sesuai dengan tujuan akhir mereka (hasil distal) untuk mengembangkan strategi intervensi yang lebih efektif.

Model ini juga mendukung partisipasi masyarakat, yang meningkatkan rasa kepemilikan terhadap program tersebut. Menurut Sulaeman *et al.* (2015), model PRECEDE-PROCEED tidak hanya efektif dalam mendukung intervensi satu kali, tetapi juga dapat digunakan dalam program jangka panjang yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat. Oleh karena itu, dalam menentukan apakah model ini cocok untuk digunakan dalam suatu program promosi kesehatan atau pencegahan penyakit, penting untuk mempertimbangkan kesesuaian seluruh komponen model dengan kondisi dan sumber daya yang ada serta kebutuhan yang berkembang seiring waktu.

Penelitian diatas sesuai dengan hasil penelitian (Bahadori *et al.*, 2021) temuan studi kuasi-eksperimental ini, intervensi pendidikan yang didorong oleh model PRECEDE-PROCEED menghasilkan peningkatan yang signifikan dalam kesadaran, sikap dan praktik peternak mengenai pencegahan brucellosis dan vaksinasi ternaknya terhadap brucellosis. Segera setelah dan 1 bulan setelah intervensi, skor rata-rata pengetahuan, kesadaran dan praktik peternak pada kelompok intervensi secara signifikan lebih tinggi dibandingkan skor rata-rata pada kelompok kontrol. Enam bulan setelah intervensi edukasi, hasil RBT positif pada lebih banyak ternak pada kelompok intervensi dibandingkan dengan hewan pada kelompok kontrol. Hasil ini menegaskan bahwa peternak dalam kelompok intervensi, yang mengikuti pelatihan berbasis model, berperilaku lebih baik dalam mencegah brucellosis dan memvaksinasi ternak mereka.

Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu teori yang sering digunakan untuk memahami kebiasaan kesehatan dan perilaku preventif. HBM berfokus pada bagaimana keyakinan dan persepsi individu terhadap suatu penyakit memengaruhi keputusan mereka untuk mengambil tindakan pencegahan. Model ini mengintegrasikan tiga teori utama: *stimulus-response theory*, *cognitive theory*, dan

value expectation theory, yang bersama-sama memberikan pemahaman mengenai pembentukan perilaku kesehatan (Janz, Champion, Strecher, 2002).

Menurut Boskey (2023), HBM adalah alat untuk memprediksi dan mencoba memahami perilaku kesehatan, sementara Rural Health Information Hub (2019) menilai HBM sebagai teori yang digunakan dalam panduan promosi kesehatan dan program pencegahan penyakit. HBM menjelaskan bahwa perubahan perilaku kesehatan dapat dijelaskan melalui persepsi individu terhadap potensi risiko (*Perceived Susceptibility*), keparahan konsekuensi (*Perceived Severity*), manfaat tindakan pencegahan (*Perceived Benefits*), hambatan yang dihadapi dalam mengambil tindakan pencegahan (*Perceived Barriers*), dan dorongan untuk bertindak (*Cues to Action*).

Sebuah studi oleh Priyo dan Priyanto (2018) menunjukkan bahwa intervensi berbasis HBM dapat mengubah pengetahuan dan sikap menjadi gaya hidup bersih dan sehat (PHB). Dengan menggunakan HBM, individu cenderung lebih sadar akan risiko kesehatan yang dapat mempengaruhi perilaku mereka. Penelitian oleh Nisa *et al.* (2017) juga menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan berdasarkan HBM dapat meningkatkan pengetahuan peserta tentang manajemen diet, dengan hasil statistik yang menunjukkan pengaruh signifikan ($p \text{ value } 0,000 < \alpha 0,05$).

Namun, meskipun HBM efektif dalam menggambarkan perubahan perilaku kesehatan, beberapa penelitian menyebutkan bahwa model ini tidak secara eksplisit memberikan strategi rinci untuk perubahan tindakan kesehatan. Sebagai contoh, dalam studi kesehatan preventif, HBM sering kali mengaitkan persepsi kerentanan, manfaat, dan hambatan dengan perilaku yang diinginkan, namun persepsi terhadap keparahan kurang sering terkait dengan perubahan perilaku tersebut (Purwodihardjo & Suryani, 2020). Oleh karena itu, meskipun HBM dapat menggambarkan perubahan perilaku,

penting untuk menggabungkannya dengan model lain yang dapat menawarkan konteks lingkungan dan strategi yang lebih konkret untuk perubahan.

Sebagai teori yang luas diterapkan dalam pendidikan dan promosi kesehatan, HBM telah terbukti efektif dalam mendorong perilaku pencegahan penyakit seperti vaksinasi dan pengelolaan penyakit kronis (Glanz *et al.*, 2008). Dengan demikian, HBM memiliki relevansi besar dalam pengembangan intervensi berbasis kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk mengubah perilaku melalui pendidikan kesehatan yang efektif.(Handayani *et al.*, 2020).

Model Pendidikan Kesehatan berbasis GADHIES dibangun berdasarkan teori Green dan Kreuter (2005) yang dikenal dengan model PRECEDE-PROCEDE dan teori Resenstock (1966) dan Becker,dkk (1980) yang dikenal dengan teori HBM. Model GADHIES ini memiliki tujuan untuk memperjelas dan memudahkan langkah kerja dalam melakukan promosi kesehatan dan dapat melenekapi kekurangan dari masing-masing model tersebut. Model GADHIES memiliki keunggulan seperti: langkah kerja jelas, sistematis dalam setiap langkah kerjanya, memasukkan ilmu pendekatan perilaku dalam mengajak masyarakat, melibatkan peran serta masyarakat dalam penentuan tujuan yang ingin dicapai, melibatkan pemangku kepentingan dan menggali hambatan penyebab perilaku kesehatan yang selama ini sulit untuk diubah.

Dari permasalahan diatas serta adanya kekurangan dan kelebihan dari model pendidikan kesehatan yang ada maka dibutuhkan sebuah model manajemen Pendidikan Kesehatan yang baru yang diduga mampu meningkatkan kompetensi bidan dalam promosi kesehatan, oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian pengembangan model manajemen pendidikan kesehatan dengan menggabungkan antara teori model PRECEDE-PROCEED dan model HBM sehingga melahirkan

model GADHIES yang merupakan akronim dari *Goals, Assesment, Diagnosis, Health Program, Implementation dan Evaluation System*. Dengan adanya model ini yang memiliki langkah kerja lebih mudah dan jelas, diharapkan dapat meningkatkan kompetensi promosi kesehatan bidan di masyarakat dan dapat menjadi praktik baik dalam menjalankan tugas bidan.

1.2 Fokus Penelitian

Studi ini berfokus pada pengembangan model manajemen pendidikan kesehatan berbasis GADHIES untuk meningkatkan kompetensi bidan desa di kota Langsa tahun 2024 dalam promosi kesehatan.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, rumusan masalah penelitian ini sebagai berikut:

- 1.3.1 Bagaimanakah karakteristik model pendidikan kesehatan GADHIES untuk meningkatkan kemampuan bidan untuk mempromosikan kesehatan?
- 1.3.2 Bagaimanakah kelayakan model manajemen pendidikan kesehatan GADHIES untuk meningkatkan kompetensi bidan dalam promosi kesehatan?
- 1.3.3 Bagaimana efektivitas penerapan pengembangan model manajemen pendidikan kesehatan berbasis GADHIES dalam peningkatan kompetensi bidan dalam promosi kesehatan?

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan Pada rumusan masalah penelitian, maka tujuan penelitian ini adalah:

- 1.4.1 Untuk menemukan karakteristik model pendidikan kesehatan berbasis GADHIES untuk meningkatkan kompetensi bidan dalam promosi kesehatan.

1.4.2 Untuk menghasilkan model manajemen pendidikan kesehatan GADHIES yang layak untuk meningkatkan keterampilan bidan dalam promosi kesehatan.

1.4.3 Untuk menghasilkan model manajemen pendidikan kesehatan berbasis GADHIES yang efektif meningkatkan kompetensi bidan dalam promosi kesehatan.

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat baik dari sisi teori maupun praktik, sebagai berikut:

1.5.1 Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan dalam bidang manajemen pendidikan kesehatan secara keseluruhan serta dalam pengembangan sumber daya, terutama dalam aspek promosi kesehatan.

1.5.2 Praktis

1.5.2.1 Kepala Dinas Kesehatan dapat mengambil kebijakan terkait model manajemen pendidikan kesehatan GADHIES untuk meningkatkan kompetensi bidan di Kota Langsa.

1.5.2.2 Kepala Puskesmas dapat melakukan koordinasi dan supervise terkait pelaksanaan program promosi kesehatan oleh bidan di kota Langsa.

1.5.2.3 Bidan desa dapat meningkatkan kompetensi dalam melakukan promosi kesehatan GADHIES.

1.5.2.4 Peneliti lain sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.