



PENERAPAN STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU



Penulis:

Rosdiana, Susilo Wirawan, Andi Yuniarsy Hartika, Sulistyani Prabu Aji, Febriantika, Christina Rony Nayoan, Frida Lina Br Tarigan, Dewi Arisanti, Ratna Trisilawati, Rohani Retnauli Simanjuntak

ISBN 978-623-198-503-3



9 786231 985033

PENERAPAN STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU

**Rosdiana
Susilo Wirawan
Andi Yuniarsy Hartika
Sulistyani Prabu Aji
Febriantika
Christina Rony Nayoan
Frida Lina Br Tarigan
Dewi Arisanti
Ratna Trisilawati
Rohani Retnauli Simanjuntak**



GETPRESS INDONESIA

PENERAPAN STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU

Penulis :

Rosdiana
Susilo Wirawan
Andi Yuniarsy Hartika
Sulistiyani Prabu Aji
Febriantika
Christina Rony Nayoan
Frida Lina Br Tarigan
Dewi Arisanti
Ratna Trisilawati
Rohani Retnauli Simanjuntak

ISBN : 978-623-198-503-3

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S., S.Pd., M.Kes.
Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul Penerapan Strategi Perubahan Perilaku dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini berisikan tentang konsep dasar perilaku kesehatan, *stimulus organism response* (SOR) *theory*, *health belief model* (HBM), *knowledge, attitude, practice* (KAP) model, *social capital theory*, *theory of planned behavior* (TPB), difusi dan inovasi, bentuk-bentuk perubahan perilaku, *community readiness model* (CRM), prinsip perubahan perilaku.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, Juni 2023
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	v
BAB 1 KONSEP DASAR PERILAKU KESEHATAN	1
1.1 Definisi Perilaku	1
1.2 Ruang Lingkup Perilaku	2
1.3 Perilaku Kesehatan	7
1.3.1 Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (<i>Health Maintenance</i>)	8
1.3.2 Perilaku Pencarian Pengobatan Dan Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (<i>Health Seeking Behaviour</i>)	9
1.3.3 Perilaku kesehatan lingkungan	10
1.3.4 Perilaku Kesehatan Yang Berhubungan Dengan Kesehatan	10
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 STIMULUS ORGANISM RESPONSE (SOR) THEORY	13
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Domain Perilaku Kesehatan	14
2.2.1 Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	15
2.2.2 Sikap (<i>Attitude</i>)	16
2.2.3 Praktik/Tindakan (<i>Practice</i>)	16
2.4 Teori Perubahan Perilaku SOR	18
2.4.1 Pesan (<i>stimulus</i>)	20
2.4.2 Komunikan (<i>Organism</i>)	20
2.4.3 Efek (<i>Response</i>)	20
DAFTAR PUSTAKA	26
BAB 3 HEALTH BELIEF MODEL (HBM)	27
3.1 Teori Health Belief Model	27
3.2 Sejarah Teori Health Belief Model	27
3.3 Aspek Teori Health Belief Model	30
3.4 Memprediksi Perilaku dengan Health Belief Model	35
DAFTAR PUSTAKA	37
BAB 4 KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE (KAP) MODEL	41
4.1 Pendahuluan	41
4.2 <i>Knowledge</i>	43
4.2.1 Tingkat <i>Knowlegde</i>	46
4.2.2 Faktor yang mempengaruhi <i>Knowlegde</i>	47
4.3 <i>Attitude</i>	48
4.3.1 Pengertian <i>Attitude</i>	48
4.3.2 Ciri - ciri <i>Attitude</i>	49
4.3.3 Tingkatan <i>Attitude</i>	50
4.3.4 Fungsi <i>Attitude</i>	50
4.3.5 Komponen <i>Attitude</i>	51

4.4 Practice	52
4.4.1 Pengertian Practice	52
4.4.2 Tingkatan Practice menurut kualitasnya	53
4.4.3 Faktor yang mempengaruhi Practice	53
DAFTAR PUSTAKA.....	55
BAB 5 SOCIAL CAPITAL THEORY	57
5.1 Bonding social capital	58
5.2 Bridging social capital	60
DAFTAR PUSTAKA.....	68
BAB 6 THEORY OF PLANNED BEHAVIOR (TPB)	71
6.1 Pendahuluan	71
6.2 Prediktor dalam Theory of Planned Behavior	74
6.3 Teori Perilaku Terencana dan perubahan perilaku	78
6.3.1. Sikap	78
6.3.2. Norma Subjektif	79
6.3.3. Kontrol Perilaku yang Dirasakan	80
6.4 Keterbatasan Theory of Planned Behavior	80
6.5 Aplikasi TPB dalam Perilaku Kesehatan	82
6.6 Penutup	84
DAFTAR PUSTAKA.....	85
BAB 7 DIFUSI DAN INOVASI	89
7.1 Pengertian Difusi dan Inovasi	89
7.2 Elemen Elemen dalam Difusi Inovasi	92
7.3 Elemen Difusi Inovasi	95
7.4 Karakteristik Inovasi.....	96
7.5 Saluran Komunikasi.....	98
7.6 Sistem Sosial	100
7.7 Proses Adopsi Inovasi.....	102
7.8 Difusi Inovasi dalam Bidang Kesehatan	107
DAFTAR PUSTAKA.....	112
BAB 8 BENTUK-BENTUK PERUBAHAN PERILAKU	115
8.1 Pendahuluan	115
8.2 Upaya-Upaya dalam Perubahan Perilaku Kesehatan	116
8.2.1 Tindakan Kekuatan.....	117
8.2.2 Memberi Pesan	117
8.2.3 Metode Partisipasi	117
8.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku.....	119
8.4 Domain Perilaku Kesehatan.....	122
DAFTAR PUSTAKA.....	126
BAN 9 COMMUNITY READINESS MODEL (CRM).....	127
9.1 Pendahuluan	127
9.2.1 Definisi Community Readiness.....	127

9.2.2 Karakteristik <i>Community Readiness</i>	128
9.2.3 Tingkatan <i>Community Readiness</i>	129
9.3 <i>Community Readiness Model (CRM)</i>	130
9.3.1 Definisi dan Manfaat dari <i>CRM</i>	130
9.3.2 Langkah Dalam <i>CRM</i>	133
9.3.3 Dimensi dalam <i>CRM</i>	134
9.3.4 Proses Pengambilan Data dalam <i>CRM</i>	140
9.3.5 Tingkatan Dalam <i>CRM</i>	144
DAFTAR PUSTAKA	153
BAB 10 PRINSIP PERUBAHAN PERILAKU	155
10.1 Perilaku	155
10.1.1 Proses Pembentukan Perilaku	156
10.1.2 Domain Perilaku.....	158
10.2 Perubahan Perilaku.....	159
10.2.1 Teori Perubahan Perilaku.....	160
10.2.2 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku.....	168
DAFTAR PUSTAKA	170
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Tahapan Perubahan Perilaku.....	17
Gambar 2.2 Model Komunikasi SOR.....	19
Gambar 2.3 Hasil Perubahan Perilaku Manusia.....	24
Gambar 4.1. Hubungan Data, Informasi, dan Pengetahuan	45
Gambar 6.1. Gambaran teori perilaku terencana (TPB).....	72
Gambar 6.2. Pengembangan Theory of planned behavior	74
Gambar 6.3. Contoh Penerapan Teori perilaku terencana untuk merokok	84
Gambar 9.1. Fase dan Langkah dalam Community Readiness Model	134
Gambar 9.2. Dimensi Community Readiness Model	135
Gambar 9.3. Tingkatan dalam Community Readiness Model	145
Gambar 10.1. Kebutuhan Dasar Manusia yang Mempengaruhi Pembentukan Perilaku Menurut Maslow	158
Gambar 10.2 Teori Stimulus Organisme Respon (SOR)	161
Gambar 10.3 Teori Dissonance oleh Festinger	162
Gambar 10.4 Teori Perubahan Perilaku Kurt Lewin	164
Gambar 10.5 Teori Antecedent, Behaviour, Consequence (ABC)	165
Gambar 10.6 Theory of Reasoned Action (TRA)	165
Gambar 10.7 Theory of Planned Behavior.....	167
Gambar 10.8 Health Belief Model.....	168

BAB 1

KONSEP DASAR PERILAKU

KESEHATAN

Oleh Rosdiana

1.1 Definisi Perilaku

Perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia itu sendiri, sedangkan dorongan itu sendiri merupakan usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia (Kayyis Fithri Ajhuri, 2019). Perilaku manusia merupakan perwujudan atau interaksi dari segala macam pengalaman yang pernah dilakukan manusia baik itu terhadap lingkungan maupun interaksi terhadap sesama manusia dalam bentuk pengetahuan, sikap dan juga tindakan (Greene, 2017). Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik itu dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Arifin, 2016). Perilaku seseorang ada yang terbuka bisa dilihat dari respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata dalam melaksanakan interaksi sosial sebagai manifestasi demi menyanggupi arti kebutuhan individu. Perilaku tertutup merupakan respon individu terhadap stimulus dalam bentuk passif atau terselubung sehingga terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan bahkan kesadaran akan makna objek.

Perilaku di bagi menjadi dua berdasarkan sifatnya, yaitu perilaku baik dan perilaku buruk. Perilaku baik jika seorang individu melakukan ineraksi pada lingkungan sosial sesuai norma yang berlaku, baik itu norma agama, kesusilaan, etika

kesopanan, hukum dan norma-norma lainnya yang dianut masyarakat tersebut. Sementara perilaku buruk jika seorang individu melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan norma-norma yang dianut oleh lingkungan sosial setempat.

1.2 Ruang Lingkup Perilaku

Perilaku manusia merupakan respon dari stimulus. Sebagai makhluk hidup manusia melakukan proses interaksi dengan lingkungannya. Perilaku manusia menurut World Health Organisation (Neff, 2017), ada empat sebab seseorang berperilaku, yaitu;

- a. Adanya pemikiran dan perasaan
- b. Manusia sukses jadi contoh
- c. Sumber daya manusia
- d. Sumber peradaban/budaya

Domain Perilaku

Notoatmodjo, (2007) mengelompokkan perilaku manusia menjadi tiga ranah, yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*effective*) dan Psokomotorik (*psychomotorik*). Teori ini di modifikasi ke dalam tiga tingkatan untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni, pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan peraktek (*practice*). Para ahli meng istilahkan teori KAP (*knowledge, attitude, practice*).

Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil proses menjadi tahu, setelah seseorang melakukan interaksi dengan stimulus atau objek yang diamati melalui penginderaan yang sebagian besar melalui mata dan telinga maka akan menjadi tahu atau terjadi perubahan pada kognitif. Sementara kognitif adalah domain penting dalam membentuk perubahan perilaku seseorang. Hasil penelitian yang

dilakukan membuktikan bahwa perubahan perilaku yang didasari dengan proses pengalaman menjadi suatu pengetahuan itu akan lebih bertahan lama dari pada sebaliknya. Menurut (Asri DN, 2021), bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut setelah menerima stimulus akan melalui lima tahapan proses sebelum membentuk perilaku baru, yakni;

a. *Awarenes* (kesadaran)

Kondisi individu tersebut mengetahui dan menyadari pikiran, perasaan dan evaluasi diri terhadap stimulus yang diterima, sehingga mampu mengontrol diri dalam berinteraksi dengan lingkungan sosial sesuai harapan orang lain terhadap dirinya.

b. *Interest* (menarik)

Ketertarikan dalam diri individu terhadap stimulus sudah ada, sehingga tidak ada hambatan dalam penilaian terhadap sesuatu hal baru sehingga timbul minat yang kuat dalam mendorong kesadaran untuk berubah.

c. *Evaluation* (evaluasi)

Evaluasi dilakukan individu untuk mempertimbangkan dan menilai baik buruknya yang akan terjadi jika melakukan perubahan terhadap dirinya.

d. *Trial*

Tahap ini individu mulai mencoba sesuatu hal yang baru sesuai yang diharapkan oleh stimulus

e. *Adoption*

Tahap terakhir ini individu berperilaku sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadarannya dari stimulus. Penerimaan terhadap sesuatu hal yang baru dari hasil uji coba akan bertahan lama jika sesuai harapan dan tujuan.

Pengetahuan mencakup enam tingkatan domain kognitif, hal ini terjadi dari hasil pengindraan terhadap suatu objek atau stimulus yang bisa membuat seseorang menjadi tahu. Adapun enam tingkatan tingkatan domain kognitif yaitu;

a. Tahu (*know*)

Atau dapat diartikan sebagai *recall* atau memanggil ingatan yang telah ada di memori, ingatan melalui pengamatan suatu objek/stimulus, untuk mengetahui apakah seseorang mengetahui terhadap objek bisa dengan menggunakan pertanyaan, contoh ciri-ciri stunting pada anak? Atau apa penyebab DBD?

b. Memahami (*comprehension*)

Seseorang dikatakan memahami jika mampu menjelaskan, menguraikan, tentang pengertian, tujuan, cara melaksanakan serta manfaat jika dilaksanakan objek tersebut. Contoh; seseorang mampu menjelaskan cara pencegahan DBD dengan 3M Plus serta mampu menguraikan cara pelaksanaan 3M (mengubur, menutup, menguras) dan Plus menggunakan kelambu saat tidur, tujuannya, cara melaksanakan 3M Plus serta manfaatnya jika dilakukan bersama.

c. Aplikasi (*application*)

Merupakan kemampuan seseorang dalam mengaplikasikan teori yang telah diketahui dan dipahami dengan baik pada situasi dan kondisi yang sebenarnya. Contoh; seseorang diminta menyelesaikan permasalahan DBD di masyarakat. Maka ia mampu membuat suatu perencanaan program pencegahan DBD yang sesuai situasi dan kondisi wilayah tersebut.

d. Analisis (*analysis*)

Kondisi dimana seseorang mampu untuk menguraikan, membedakan, memisahkan dan mengelompokkan objek berdasarkan tuntutan atau kebutuhan. Contoh; mampu

membedakan antara nyamuk aedes aegypti dengan nyamuk malaria atau nyamuk biasa.

e. Sintesis (*synthesis*)

Adalah kemampuan seseorang dalam menginterpretasikan sesuatu objek tanpa merubah makna, atau kemampuan dalam menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Tingkat kemampuan inilah yang tertinggi pada domain kognitif.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan penaksiran (*appraisal*), justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek baik itu berdasarkan indikator sendiri maupun menggunakan indikator yang telah ditentukan.

Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan respon seseorang terhadap suatu stimulus dalam bentuk tertutup. Reaksi terhadap objek akan melibatkan beberapa komponen antara lain pendapat, kepercayaan atau keyakinan baik itu dalam bentuk ide, konsep terhadap suatu objek, emosi dan kecenderungan untuk bertindak terhadap suatu objek. Komponen inilah yang akan membentuk sikap secara total atau utuh. Sikap itu sendiri terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu;

a. Menerima (*receiving*)

Sikap seseorang jika menerima atau setuju dengan suatu objek, maka akan muncul ketertarikan dalam bentuk memperhatikan stimulus, mencoba mengikuti instruksi dari objek. Contoh; himbuan dari nakes bahwa besok ada kegiatan posyandu di post terpadu, bagi ibu-ibu yang memiliki bayi dan balita agar membawa anaknya ke posyandu, maka iya hadir dan mengikuti seluruh rangkaian kegiatan posyandu, mulai dari registrasi, penimbangan hingga penyuluhan.

b. Merespon (*responding*)

Respon dari seseorang yang tertarik dengan kegiatan yang diikuti. Contoh ibu yang mengikuti penyuluhan tentang penyebab stunting, saat nara sumber bertanya ke para audien maka ibu tersebut menanggapi dan bertanya hal apa yang ia perlu ketahui lebih jauh.

c. Menghargai (*valuing*)

Sikap baik seseorang jika ia suka dan tertarik terhadap objek atau stimulus yang ia terima. Contoh, memberikan penilaian yang baik dan positif terhadap program posyandu yang ia ikuti, baik saat ada yang bertanya kepadanya, maupun saat ia menginformasikan kepada ibu-ibu yang memiliki bayi dan balita lainnya.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab adalah sikap yang paling tinggi, karena siap menanggung segala resiko akan keputusan atau pilihan yang telah diambil. Contoh; ibu balita siap mengorbankan waktu, tenaga bahkan dana untuk bisa mengikuti setiap program posyandu yang dilaksanakan setiap bulannya.

Tindakan Atau Peraktek (*Practice*)

Tindakan atau peraktek merupakan suatu perbuatan seseorang yang nyata dan dapat diamati. Terwujudnya suatu sikap dalam bentuk tindakan yang dapat diamati atau dilihat perlu beberapa faktor pendukung, seperti kondisi dan fasilitas. Menurut (Irwan, 2017), ada empat faktor pendukung, yaitu;

a. Persepsi (*perception*)

Persepsi merupakan proses kognitif kompleks yang dialami oleh setiap individu melalui panca indra mata, telinga, penciuman, sentuhan, perasaan dan penghayatan kemudian dianalisa, interpretasi dan dievaluasi untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan. Contoh, agar

anak tidak mengalami gizi buruk, ibu dapat memilih dan memilah jenis makanan sehat bergizi dan disukai anaknya.

b. Respon terpimpin (*guided response*)

Merupakan tindakan seseorang yang berdasarkan pada panduan dan sesuai dengan urutan yang benar berdasarkan contoh yang ada. Contoh, seorang ibu mengolah sayur yang bernilai gizi tinggi berdasarkan resep, mulai dari tahap mencuci bahan, memotong sayuran, urutan memasukkan bahan sayuran, lama masak, jenis bumbu dan kapan memasukkan bumbu, menutup pancinya, dan urutan lainnya.

c. Mekanisme (*mecanism*)

Tindakan seseorang yang bisa dilakukan secara otomatis dengan cara yang baik dan benar dan merupakan suatu kebiasaan. Contoh, seorang ibu sudah terbiasa menyiapkan makanan bergizi untuk keluarganya sesuai pedoman gizi seimbang “isi piringku” sehingga terbentuk pola makan sehat setiap harinya yang tidak perlu menunggu anjuran dari nakes.

d. Adopsi (*adoption*)

Tindakan seseorang yang sudah berkembang dengan baik, artinya perkembangan dilakukan hasil dari modifikasi sesuai kebutuhan akan tetapi tidak mengurangi makna aslinya. Contoh, seorang ibu yang menyiapkan sayur bernilai gizi tinggi dari bahan yang murah dan tambahan jenis bahan lain, sehingga hasil modifikasi tidak mengurangi nilai gizi dari resep awal, bahkan menambah nilai gizi dan sesuai kebutuhan keluarga.

1.3 Perilaku Kesehatan

Perilaku dalam kesehatan sangat erat hubungannya, karena perilaku bisa menyebabkan orang sakit. Contoh cuci tangan sebelum menyentuh makanan, kurang minum, suka makanan

siap saji dan masi banyak perilaku kecil lainnya yang secara signifikan tanpa disadari bisa mempengaruhi status kesehatan bahkan bisa menyebabkan seseorang jatuh sakit.

Conner, (2015) Mengatakan perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaiatan dengan sehat-sakit. Pemeliharaan kesehatan merupakan usaha individu mempertahankan dirinya tetap dalam kondisi sehat tanpa terinfeksi penyakit apapun. Perilaku kesehatan dibagi dalam tiga kelompok, yakni;

1.3.1 Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

Perilaku dalam bentuk usaha individu agar tetap dalam kondisi sehat dan tidak sakit. Dan usaha untuk sembuh jika sakit. Karena hal tersebut maka pemeliharaan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok, yaitu;

- a. Perilaku pencegahan penyakit dan jika sakit berusaha untuk sembuh dari sakit tersebut, dan lakukan usaha pemulihan hingga maksimal pulihnya dari sakit. Contoh, usaha seorang ibu agar anaknya tidak beresiko terinfeksi tuberkulosis (TBC), maka ia mengantar anaknya ke yankes untuk mendapatkan imunisasi BCG, jika sakit segera usaha untuk mengobati dan lakukan pemulihan setelah sembuh.

Contoh lain, seseorang jika melindungi diri saat berkendara sepeda motor terbiasa berhati-hati dan menggunakan helm untuk melindungi diri dari resiko, akan tetapi tidak ada yang bisa menjamin dan memastikan dirinya selalu aman dari kecelakaan. Sehingga jika terjadi kecelakaan segera mencari pertolongan dan pengobatan dari rasa sakit, dan pulihkan setelah sembuh dari sakit, dengan usaha baik terapi atau lainnya sesuai kebutuhan, dengan tujuan meminimalisir kelemahan atau kecacatan.

b. Perilaku peningkatan kesehatan

Jika tubuh sehat maka perlu untuk melakukan usaha mempertahankan kesehatan bahkan usaha peningkatan kesehatan. Sehat itu dinamis dan relative, sehingga perlu peningkatan kesehatan secara optimal. Contoh, membiasakan diri untuk pola makan sehat dengan gizi seimbang, olah raga 30 menit setiap hari, minimal gerakan fisik maksimal setiap hari, rutin cek kesehatan terutama yang pra lansia dan lansia jangan tunggu sakit baru ke yankes, budayakan perilaku hidup bersih dan sehat.

c. Perilaku menjaga pola makan dengan gizi seimbang

Gizi seimbang sangat diperlukan oleh tubuh, sehingga usaha menjaga dan meningkatkan kesehatan salah satunya adalah menjaga pola makan dengan gizi seimbang agar tubuh mendapatkan asupan gizi sesuai kebutuhan. Jika asupan gizi kurang maka imun menurun dan tubuh rentan terinfeksi penyakit. Jika makan berlebih akan mengganggu kesehatan karena beresiko obesitas dan penyakit regeneratif lainnya, seperti kolesterol, asam urat, gula darah tinggi, hipertensi dan lain-lain.

1.3.2 Perilaku Pencarian Pengobatan Dan Penggunaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (*Health Seeking Behaviour*)

Perilaku pencarian pengobatan merupakan tindakan seseorang pada saat jatuh sakit atau kecelakaan. Tindakan pertama yang biasanya dilakukan oleh orang sakit adalah mengobati dirinya sendiri terlebih dahulu, setelah itu baru mencari pengobatan. Pencarian pengobatan ada dua, yaitu yang pertama ke pelayanan kesehatan (yankes), secara profesional mempercayakan kepada tenaga kesehatan untuk menyembuhkan sakitnya. Yang kedua mengunjungi tabib/dukun atau pengobatan herbal untuk mengobati sakitnya.

1.3.3 Perilaku kesehatan lingkungan

Merupakan tindakan atau reaksi individu terhadap lingkungannya, baik itu lingkungan fisik maupun lingkungan sosial dimana individu berinteraksi membentuk sosial budaya di komunitas sosialnya. Lingkungan fisik seperti, sanitasi lingkungan tempat tinggalnya, kebersihan seluruh ruang dalam rumah dan halamannya, tersedia jamban keluarga yang sehat, sumber air bersih yang memenuhi syarat, saluran pembuangan air limbah (spal), terakomodir sistem pembuangan sampah ke TPA dan terpenuhinya sanitasi pemukiman lainnya.

1.3.3 Perilaku Kesehatan Yang Berhubungan Dengan Kesehatan

Menurut Adnan Achiruddin Saleh (2018) mengelompokkan menjadi tiga perilaku kesehatan, yaitu;

a. Perilaku hidup sehat

Tindakan atau usaha seseorang dalam membiasakan dirinya pola hidup sehat dengan tujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatannya. Contoh, tindakan seseorang dalam memilih pola makan sehat dengan gizi seimbang, oleh raga teratur dan memenuhi kualifikasi baik kuantitas maupun kualitas, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stress, menerapkan gaya hidup yang positif.

b. Perilaku sakit

Perilaku seseorang pada saat merasa sakit. Tindakan atau segala macam usaha agar sakit yang dirasakan bisa sembuh dilatar belakangi oleh pengetahuan, sikap dan persepsi terhadap sakit yang dirasakan. Contoh tahapan tindakan yang sering dilakukan apabila jatuh sakit, mendiamkan atau diabaikan, jika sudah tidak tahan akan sakitnya maka akan melakukan pengobatan sendiri. Tindakan pengobatan sendiri ada dua jenis, yaitu pertama

dengan cara tradisional (minum jamu, obat gosok, kerokan dan lainnya). Ke-dua cara modern (minum obat yang beli di warung, toko obat, swalayan atau apotek). Tindakan selanjutnya adalah mencari pengobatan di luar, terbagi dua yaitu, pertama fasilitas pelayanan kesehatan tradisional (sinshe, dukun dan paranormal dan lainnya). Fasilitas pelayanan kesehatan modern/ professional (puskesmas, poliklinik, rumah sakit dan lainnya).

c. Perilaku peran sakit

Di lihat dari aspek sosiologi orang sakit (pasien) memiliki dua peran penting, yaitu peran memiliki hak dan peran memiliki kewajiban. Hak dan kewajiban orang sakit wajib diketahui oleh pasien dan keluarganya. Perilaku peran orang sakit antara lain, mengetahui sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak untuk penyembuhan penyakit. Mendapat pelayanan yang baik atau tindakan dari nakes untuk kesembuhan. Mematuhi nasehat dan saran dari dokter atau perawat untuk percepatan kesembuhan penyakitnya sebagai tindakan kewajibab pasien. Menghindari tindakan yang merugikan proses penyembuhan. Mengetahui dan memahami hak sebagai pasien, seperti mendapatkan pelayanan dan perawatan yang baik, mendapatkan penjelasan sebelum tindakan dan lain-lain).

DAFTAR PUSTAKA

- Adnan Achiruddin Saleh (2018) *Buku Pengantar Psikologi*. 1st edn. Edited by A. Hafizah. Makassar Indonesia: Aksara Timur.
- Arifin, I.F. (2016) *GURU PEMBELAJAR Perilaku Manusia dan Lingkungan Sosial*. 1st edn. Jakarta: Kementerian Pendidikan Dan Kebudayaan.
- Asri DN, S. (2021) *Modifikasi Perilaku Teori Dan Penerapannya*. 1st edn. Edited by IKAPI. Madiun Jawa Timur: Unipma press.
- Conner, M.T. (2015) 'Health Behaviors', (December). Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14154-6>.
- Greene, R.R. (2017) *Human Behavior Theory*. 2nd edn. Edited by G. RR. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Irwan (2017) *Etika Dan Perilaku Kesehatan*. 1st edn. Edited by E. Taufiq. Yogyakarta: CV. Absolite Media.
- Kayyis Fithri Ajhuri (2019) *Psikologi perkembangan Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. 1st edn. Edited by Lukman. Yogyakarta: Penebar Media Pustaka.
- Neff, W. (2017) *Work & Human Behavior*. 1st edn. Edited by W. Neff. New York USA.
- Notoatmodjo. (2007) *Konsep Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

BAB 2

STIMULUS ORGANISM RESPONSE

(SOR) THEORY

Oleh Susilo Wirawan

2.1 Pendahuluan

Di era sekarang ini, kehidupan masyarakat menjadi lebih kompetitif. Agar bisa bertahan dan berguna, setiap manusia dan setiap bangsa harus memiliki kualitas yang tinggi dalam berbagai aspek, salah satunya adalah mendapatkan kualitas pendidikan yang baik. Kualitas memiliki arti tingkat baik-buruknya sesuatu, derajat atau taraf mutu, maka pendidikan yang berkualitas adalah pendidikan yang memiliki nilai-nilai yang baik dalam melaksanakan tugasnya guna mencapai hasil. Untuk itu, bagian terpenting dari upaya mencapai pendidikan yang bermutu, khususnya pada pendidikan formal adalah pembelajaran sehingga pembelajaran dikatakan berkualitas apabila mengharapakan hasil yang baik.

Pada dasarnya, setiap pengajar (guru/dosen) menginginkan agar materi pembelajaran yang disampaikan kepada peserta didiknya dapat dipahami secara tuntas, tetapi di satu sisi pengajar juga menyadari bahwa untuk dapat memenuhi harapan tersebut bukanlah sesuatu yang mudah karena setiap individu memiliki karakteristik yang berbeda sehingga dengan adanya keberagaman pribadi tersebut, maka seorang pendidik hendaknya dapat memberikan pelayanan yang sama sehingga peserta didik yang menjadi tanggung jawabnya merasa mendapat perhatian yang sama. Untuk memberikan pelayanan yang sama,

suatu alternatif dapat dibuat atau dilakukan oleh pengajar adalah dengan menggunakan komunikasi model S-O-R (*Stimulus Organism Response*).

2.2 Domain Perilaku Kesehatan

Perilaku berasal dari kata “peri” dan “laku”. Peri berarti cara berbuat kelakuan perbuatan, dan laku berarti perbuatan, kelakuan, cara menjalankan. Belajar dapat didefinisikan sebagai satu proses dimana suatu organisasi berubah perilakunya sebagai akibat pengalaman. Skinner membedakan perilaku menjadi dua, yakni perilaku yang alami (*innate behaviour*), yaitu perilaku yang dibawa sejak organisme dilahirkan yang berupa refleks-refleks dan insting-insting. Perilaku operan (*operant behaviour*) yaitu perilaku yang dibentuk melalui proses belajar. Pada manusia, perilaku operan atau psikologis inilah yang dominan. Sebagian besar perilaku ini merupakan perilaku yang dibentuk, perilaku yang diperoleh, perilaku yang dikendalikan oleh pusat kesadaran atau otak (kognitif) (Notoadmodjo, 2007)

Kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor perilaku dan non perilaku. Teori perilaku menyebutkan bahwa perilaku dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan adat atau tradisi. Sedangkan faktor non perilaku berupa ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan yang mendukung terbentuknya perilaku.

Menurut Skinner (1938), dalam (Irwan, 2017) menyebutkan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara stimulus dengan respons atau rangsangan dengan respons. Perilaku adalah tindakan yang dapat diamati bahkan dipelajari, hasil totalitas penghayatan dan aktivitas yang berasal dari pengaruh faktor internal maupun eksternal.

Bloom (1908) mengategorikan perilaku individu dalam tiga domain dalam kaitannya dengan tujuan pendidikan, yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Teori Bloom kemudian berkembang dan dimodifikasi sebagai alat pengukuran pendidikan kesehatan.

2.2.1 Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini dihasilkan setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan.

- a. Mengetahui (*know*), merupakan level terendah di domain kognitif, di mana seseorang mengingat kembali (*recall*) pengetahuan yang telah dipelajari.
- b. Memahami (*comprehension*), merupakan level yang lebih tinggi dari hanya sekedar tahu. Pada level ini pengetahuan dipahami dan diinterpretasi secara benar oleh individu tersebut.
- c. Aplikasi (*application*), merupakan level di mana individu tersebut dapat menggunakan pengetahuan yang telah dipahami dan diinterpretasi dengan benar ke dalam situasi yang nyata di kehidupannya.
- d. Analisis (*analysis*), merupakan level di mana individu tersebut mampu untuk menjelaskan keterkaitan materi tersebut dalam komponen yang lebih kompleks dalam suatu unit tertentu.
- e. Sintesis (*synthesis*), merupakan level di mana kemampuan individu untuk menyusun formulasi yang baru dari formulasi yang sudah ada.

- f. Evaluasi (*evaluation*), merupakan level di mana individu mampu untuk melakukan penilaian terhadap materi yang diberikan.

2.2.2 Sikap (*Attitude*)

Sikap digunakan sebagai prediktor dari perilaku yang merupakan respons seseorang ketika menerima stimulus dari lingkungannya. Sikap lebih bersifat sebagai reaksi emosional terhadap rangsangan tersebut, yang dibagi dalam beberapa tingkatan.

- a. Menerima (*receiving*), terjadi jika individu tersebut memiliki kemauan untuk memperhatikan stimulus yang diterima.
- b. Merespons (*responding*), terjadi jika individu telah memberikan reaksi yang tampak pada perilakunya terhadap stimulus yang diterima.
- c. Menghargai (*valuing*), terjadi jika individu mulai memberikan penghargaan pada stimulus yang diterima dan meneruskan stimulus tersebut pada orang yang lainnya.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*), terjadi jika individu telah menerima segala konsekuensi dari pilihannya dan bersedia untuk bertanggung jawab.

2.2.3 Praktik/Tindakan (*Practice*)

Praktik mempunyai beberapa tingkatan, yaitu

- a. Respons terpimpin (*guided response*), dilakukan oleh individu dengan mengikuti panduan yang ada sesuai urutan yang benar dalam panduan tersebut
- b. Mekanisme (*mechanism*), dilakukan oleh individu tanpa melihat panduan karena sudah menjadi kebiasaan yang dilakukan

- c. Adopsi (*adoption*), dilakukan oleh individu yang sudah melakukan dengan baik sehingga perilaku tersebut dapat dilakukan modifikasi sesuai kondisi atau situasi yang dihadapi. (Nurmala, 2018)

2.3 Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku tidak terjadi begitu saja. Ada beberapa hal yang membuat perilaku seseorang bisa berubah. Perlu kita pahami pengalaman yang terjadi pada diri dalam terbentuknya perubahan perilaku. Bila dilihat dari pertanyaan diatas, perubahan perilaku tersebut merupakan sebuah tindakan yang didasari oleh perencanaan. Proses perubahan perilaku berencana memiliki beberapa tahapan, dan melibatkan peranan masyarakat dan agen perubahan sebagaimana Gambar 2.1 berikut (Kurniati, 2016).



Gambar 2.1. Tahapan Perubahan Perilaku

(Sumber : Grimley 1997 and Prochaska 1992 dalam Kurniati, 2016)

Perilaku dapat berbentuk perilaku pasif dan perilaku aktif. Bentuk pasif (*respons internal*) adalah perilaku yang masih tersembunyi di dalam diri, tidak dapat diamati secara langsung

seperti pikiran, tanggapan, sikap batin dan pengetahuan, sedangkan bentuk aktif (respons eksternal), perilaku ini sudah merupakan tindakan nyata dan merupakan respons yang secara langsung dapat diobservasi. Perilaku pasif yang belum berubah menjadi aktif disebut sebagai sikap. (Nurmala, 2018)

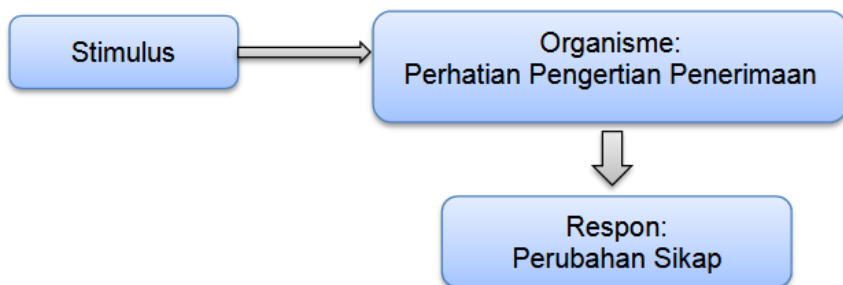
2.4 Teori Perubahan Perilaku SOR

Teori S-O-R (*Stimulus Organism Response*) dikemukakan oleh Houland pada tahun 1953. Teori ini berasal dari psikologi, kemudian diterapkan dalam ilmu komunikasi karena obyek psikologi dan komunikasi adalah sama yaitu manusia terdiri dari komponen sikap, pendapat dan persepsi (sikap yang berkenaan dengan wawasan atau pemahaman), afeksi (sikap yang berkenaan dengan perasaan), dan konasi (sikap yang berkenaan dengan kecenderungan berbuat). Asumsi dasar teori ini adalah penyebab terjadinya perubahan perilaku bergantung pada kualitas rangsangan (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme (komunikasikan).

Model S-O-R menunjukkan bahwa komunikasi merupakan proses reaksi-aksi. Dengan kata lain, teori ini berpendapat bahwa kata-kata tertentu, isyarat nonverbal, simbol akan merangsang orang lain untuk bereaksi dengan cara tertentu. Model S-O-R ini bisa positif atau negatif. Misalnya, jika orang tersenyum, mereka tersenyum balik, yang berarti itu menunjukkan respons positif, tetapi jika mereka tersenyum dibalas tidak peduli, itu berarti respons negatif. (Abidin, 2021)

Titik penekanan dalam model komunikasi S-O-R ini lebih menekankan kepada pesan yang disampaikan dapat menumbuhkan gairah kepada penerima pesan (komunikasikan) sehingga penerima pesan tersebut dengan cepat dapat menerima

pesan yang diterima, kemudian terjadi perubahan perilaku sikap. Untuk itu, unsur terpenting dalam model komunikasi ini ada tiga yaitu: Pesan (S=Stimulus), Komunikan (O=Organism), dan Efek (R=Response). Hal ini dapat dilihat pada skema sebagai berikut



Gambar 2.2 Model Komunikasi SOR

(Sumber : Urgensi Komunikasi Model SOR dalam Meningkatkan Kualitas Pembelajaran, Abidin, dkk. 2021)

Dari gambar di atas, terlihat bagaimana alur model komunikasi ini berperan dalam perkembangan sikap. Dalam arti, setiap tindakan pasti ada respon dan juga komunikasi. Penting juga untuk diperhatikan bahwa agar suatu perubahan sikap terjadi, stimulus yang diberikan harus memenuhi tiga faktor, yaitu perhatian, pemahaman, dan penerimaan.

Model/teori S-O-R atau Stimulus Organism Response menjelaskan bahwa ada tiga unsur penting dalam komunikasi model ini yaitu: Pesan (Stimulus), Komunikan (Organism) dan Efek (Response). Artinya pesan yang disampaikan komunikator pada hakikatnya adalah untuk menghidupkan dan mengubah sikap/perilaku khalayak sasaran agar bertindak sesuai dengan apa yang diharapkan komunikator.

Dalam teori S-O-R selalu terdapat unsur-unsur yang tidak dapat dipisahkan. Ketiga unsur tersebut antara lain :

2.4.1 Pesan (*stimulus*)

Pesan merupakan bagian yang terpenting dari komunikasi. Hal ini disebabkan karena pesan adalah subjek yang ingin disampaikan komunikator kepada komunikan. Dalam komunikasi, pesan memiliki nilai yang besar karena merupakan inti dari komunikasi. Tanpa pesan, komunikasi antara komunikator dan komunikan tidak akan berjalan.

2.4.2 Komunikan (*Organism*)

Komunikator merupakan unsur yang akan menerima stimulus yang diberikan oleh komunikator. Sikap komunikan terhadap stimulus yang diterima tentunya akan berbeda-beda sesuai dengan bagaimana individu tersebut merespon bentuk stimulus yang diberikan. Dalam mempelajari sikap, ada tiga variabel penting yang mendukung proses pembelajaran, yaitu perhatian, pemahaman, dan penerimaan. Ketiga variabel ini penting karena akan menentukan bagaimana komunikan merespon setelah menerima suatu stimulus.

2.4.3 Efek (*Response*)

Efek merupakan dampak dari efek komunikasi, yaitu perubahan sikap/perilaku. Proses perubahan perilaku sikap menggambarkan suatu proses belajar pada individu yang terdiri dari :

- a. Stimulus atau stimulan yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Jika organisme menerima suatu stimulus, berarti individu tersebut memiliki perhatian dan stimulus tersebut efektif, tetapi jika stimulus tersebut ditolak berarti stimulus tersebut tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu tersebut.

- b. Setelah stimulus mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan ke proses berikutnya.
- c. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap)
- d. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku)

Berdasarkan penjelasan di atas dapat dipahami bahwa model SOR (*Stimulus Organism Response*) merupakan komunikasi yang memicu terjadinya proses aksi-reaksi atau perilaku-reaksi, oleh karena itu penyebab perubahan perilaku tergantung pada kualitas rangsangan (stimulus) yang di salurkan melalui berkomunikasi dengan organisme (komunikasikan). Untuk itu, alur komunikasi model SOR (*Stimulus Organism Response*) ini yaitu ketika komunikasikan (penerima) menaruh perhatian terhadap pesan yang diterimanya, berarti proses komunikasi sedang berjalan. Jika komunikasikan (penerima) dapat memahami stimulus atau pesan tersebut serta kemudian menerima dan dapat merespon, maka mereka bersedia mengubah sikap. (Abidin, 2021)

Menurut teori SOR (*Stimulus Organism Response*), dalam proses komunikasi, ketika menyangkut mengenai perubahan sikap, itu merupakan aspek "how", bukan "what" dan "why". Jelas dalam hal ini bagaimana berkomunikasi, bagaimana mengubah sikap serta bagaimana mengubah sikap komunikasikan. Dalam proses perubahan sikap, tampaknya sikap hanya dapat berubah jika stimulus yang mempengaruhinya benar-benar melampaui aslinya. Dalam teori S-O-R (*Stimulus Organism Response*) terdapat tiga variabel penting yaitu perhatian, pemahaman dan penerimaan. Maksud dari ketiga variabel tersebut adalah ketika

komunikasikan memperhatikan stimulus atau pesan yang diterimanya, berarti proses komunikasi sedang berlangsung. Jika komunikator dapat memahami stimulus atau pesan kemudian menerima dan memprosesnya, mereka akan lebih bersedia untuk mengubah sikap.

Berhasil tidaknya penerapan teori SOR (*Stimulus Organism Response*) dalam proses komunikasi, dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

a. Komunikator

Komunikator adalah penyampai pesan (pemberi dorongan) sehingga diharapkan memiliki sifat yang dapat dipercaya oleh komunikan (penerima dorongan). Selain itu, komunikator juga harus memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik dan efektif serta memiliki daya tarik yang baik sehingga dapat menarik perhatian.

b. Media

Dalam komunikasi, media merupakan sarana atau alat yang digunakan oleh komunikator untuk menyampaikan suatu pesan kepada komunikan. Untuk itu, media yang digunakan harus dipilih dengan cermat agar pesan yang disampaikan dapat tersampaikan dan dipahami oleh komunikan.

c. Karakteristik Komunikan (organisme)

Karakteristik komunikan merupakan faktor yang sangat menentukan apakah gagasan atau ide yang disampaikan dapat diterima atau tidak, sehingga pendalaman terhadap komunikan sangat penting dalam memperkuat tingkat keberhasilan suatu stimulus yang diberikan.

Hosland, et, al (1953) mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a) Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
- b) Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
- c) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku). (Irwan, 2017)

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsangan) yang diberikan benar – benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat menyakinkan organisme. Dalam menyakinkan organisme faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

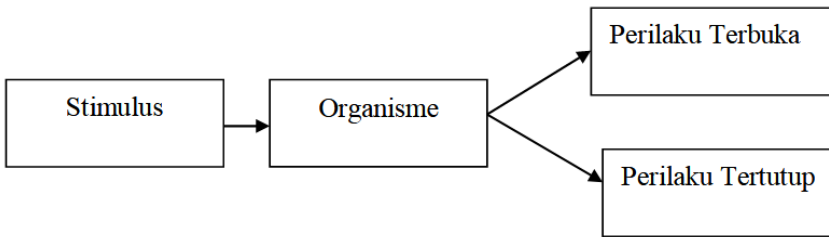
Berdasarkan teori "S-O-R" tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua , yaitu :

a. Perilaku tertutup (Cover behavior)

Perilaku tertutup merupakan perilaku yang dimiliki oleh seseorang namun belum bisa dilihat dan diidentifikasi secara jelas oleh orang lain. Respons yang diberikan oleh individu masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan sehingga tidak bisa diidentifikasi dan dilihat secara jelas oleh orang lain. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

b. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka merupakan perilaku yang dimiliki oleh seseorang dan bisa dapat diamati orang lain dari luar atau *observable behavior*. Perilaku terbuka akan dapat dilihat dengan mudah dalam bentuk tindakan, praktik, dan keterampilan yang dilakukan oleh seseorang. (Adventus, 2019)



Gambar 2.3 Hasil Perubahan Perilaku Manusia
(Sumber : Adventus, dkk. Buku Ajar Promosi Kesehatan, 2019)

Berdasarkan beberapa uraian di atas, dapat dipahami bahwa teori perubahan perilaku model S-O-R (*Stimulus Organism Response*) sangat penting diterapkan dalam pembelajaran karena tujuan komunikasi S-O-R ini adalah untuk mencapai efek tertentu

pada komunikan. Dampak yang dihasilkan dapat diklasifikasikan menurut tingkatannya yaitu efek kognitif, efek afektif, dan efek konatif atau behavioral.

Efek kognitif adalah efek yang terjadi pada saasaran/komunikan yang menyadarkannya akan sesuatu hal yang disampaikan oleh komunikator. Efek dari afektifnya lebih besar daripada efek kognitifnya. Disini tujuan komunikator bukan hanya untuk mengatakan sesuatu kepada komunikan, tetapi berusaha agar mereka tersebut tergerak hatinya melalui penampilan sikap atau perasaan tertentu, seperti perasaan kasihan, sedih, senang, marah dan lain sebagainya. Sedangkan efek dari konasi atau efek behavioral merupakan efek yang takarannya paling tinggi, yaitu perubahan tingkah laku atau sikap seseorang setelah menerima pesan dari komunikator. (Abidin, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin (2021) 'Urgensi Komunikasi Model S-O-R dalam Meningkatkan Pembelajaran'. Makasar: Al Itizam.
- Adventus (2019) 'Buku Ajar Promosi Kesehatan'. Jakarta: Fak Vokasi UKI.
- Irwan (2017) 'Etika dan Perilaku Kesehatan'. Yogyakarta: CV. Absolute Media.
- Kurniati (2016) 'Modul Kerangka Kerja Perubahan'. Denpasar: Universitas Udayana.
- Nootoadmodjo (2007) 'Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku'. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurmala (2018) 'Promosi Kesehatan'. Surabaya: Airlangga University Press.

BAB 3

HEALTH BELIEF MODEL (HBM)

Oleh Andi Yuniarsy Hartika

3.1 Teori Health Belief Model

Health Belief Model (selanjutnya disingkat HBM) merupakan salah satu model perubahan perilaku kesehatan dengan konsep psikologis sosial. Model ini dikembangkan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan khususnya yang berkaitan dengan peningkatan layanan kesehatan (Janz and Becker, 1984a; Siddiqui *et al.*, 2016). Teori ini dikembangkan di tahun 1950an oleh ilmuwan psikologi sosial di Layanan Kesehatan Masyarakat Amerika. Teori ini termasuk salah satu yang paling terkenal dan banyak digunakan sebagai teori dalam studi perilaku kesehatan. Dalam teori HBM mengatakan bahwa kepercayaan masyarakat mengenai masalah kesehatan, keyakinan manfaat dari perilaku dan hambatan dari perilaku, dan *self efficacy* menjelaskan kekuatan dalam perilaku promosi kesehatan. Stimulus atau isyarat untuk bertindak juga sebagai salah satu pemicu dalam perilaku promosi kesehatan (Rosenstock, 1974a).

3.2 Sejarah Teori Health Belief Model

Awal mulanya di tahun 1950an sudah terdapat alat diagnosis medis, yaitu X-ray untuk skrining tuberkulosis (TB) dimana alat tersebut jarang digunakan. Alasannya pada saat itu adalah banyak masyarakat yang terkena TB tidak mengenal

gejalanya dan tidak memeriksakan diri ke layanan kesehatan karena mereka juga menganggap bahwa hanya sekedar batuk biasa. Para peneliti dan praktisi kesehatan khawatir dengan kejadian tersebut. Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, dan Howard Leventhal di Layanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Amerika Serikat mulai mengembangkan suatu teori untuk memprediksi berbagai perilaku yang berhubungan dengan kesehatan seperti skrining untuk deteksi dini penyakit tanpa gejala dan melakukan imunisasi yang disebut dengan teori Health Belief Model. Perubahan model dari teori tersebut disempurnakan lagi di tahun 1988 untuk memasukkan bukti yang ditemukan dalam bidang psikologi tentang peran efikasi diri dalam pengambilan keputusan dan perilaku.

Pada awalnya, teori ini berakar pada pemberian informasi untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat tentang resiko kesehatan serius yang berhubungan dengan penyakit yang dapat dicegah, termasuk penyakit yang dapat disembuhkan jika diketahui lebih dini. Pendidik kesehatan juga ingin masyarakat memahami bahwa mereka bisa mengurangi resiko kesehatan tersebut dengan mengambil tindakan tertentu. Psikolog berteori bahwa orang-orang takut terkena penyakit serius dan bagaimana perilaku terhadap kesehatan mencerminkan tingkat ketakutan seseorang terhadap ancaman kesehatan yang dirasakan dan potensi pengurangan rasa takut yang dibayangkan dengan mengambil tindakan yang direkomendasikan. Orang akan mempertimbangkan apakah hasil dari perubahan perilaku lebih besar efeknya daripada hambatan praktis dan psikologisnya. Individu menilai total manfaat dari perubahan perilaku mereka untuk mengurangi ancaman terhadap kesehatan mereka dan keputusan untuk bertindak.

Seperti dijelaskan sebelumnya bahwa Health Belief Model mengidentifikasi dan mengorganisir intervensi berdasarkan 4 aspek dalam pengkajiannya: Kerentanan yang dirasakan terhadap kesehatan yang buruk atau persepsi resiko, persepsi keparahan kesehatan yang buruk, manfaat yang dirasakan dari perubahan perilaku dan hambatan yang dirasakan untuk mengambil tindakan. Kemudian, ilmuwan health belief menambahkan konsep *self efficacy* sebagai salah satu faktor dalam membuat keputusan perilaku sehat. Persepsi individu tentang resiko, manfaat dan hambatan menjadi bagian untuk menyiapkan diri dalam bertindak tapi bisa juga sebagai kurangnya kesiapan bertindak. Jika seseorang siap untuk mengubah perilakunya untuk memperoleh manfaat yang dirasakan, pesan promosi kesehatan melalui media massa, pendidikan sebaya dan intervensi lainnya bertindak sebagai isyarat untuk bertindak, mengubah kesiapan menjadi suatu perilaku. Isyarat ini sangat penting ketika perilaku tidak sehat menjadi kebiasaan seperti tidak mengenakan sabuk pengaman, makan berlebihan, tidak berolahraga, atau merokok. Health Belief Model juga dapat membantu mengidentifikasi titik pengaruh untuk perubahan. Seorang perokok yang mungkin berpikir dia tidak mampu berhenti sendiri, dikelompokkan yang memiliki *self efficacy* rendah. Dengan mengetahui aspek mana yang rendah dari model tersebut dapat diberikan intervensi yang tepat untuk menghentikan perilaku tidak sehat (Rimer, 2005).

Health Belief Model dalam perubahan perilaku kemudian dikategorikan sebagai "*individual centered*". Selain health belief model, kategori termasuk teori kognitif sosial (terlepas dari kata "sosial", ini berfokus pada pembelajaran individu melalui observasi), teori tindakan beralasan, tahapan model perubahan, dan pengurangan risiko AIDS. model. Meskipun mereka berbeda dalam beberapa hal, semua teori ini berfokus pada kerentanan yang dirasakan individu terhadap ancaman terhadap kesehatan dan manfaat yang akan dihasilkan dari perubahan perilaku, serta

kendala terhadap perubahan tersebut. Mereka berasumsi bahwa orang itu rasional dan akan melakukan hal yang benar setelah mereka diberi informasi yang memadai dan memahami bahwa perubahan adalah kepentingan pribadi mereka. Model ini akan efektif kecuali, jika seseorang tidak peduli atau takut akan konsekuensi kesehatan yang negatif, atau tidak rasional, atau tidak berada dalam kerangka berpikir yang rasional (misalnya, saat mabuk).

Peneliti perilaku menyadari bahwa perilaku kesehatan yang kompleks seperti yang melibatkan hubungan seksual atau kecanduan terjadi dalam konteks sosial dan budaya yang dinamis (yaitu, berpengaruh secara timbal balik), dan pemikiran dan pengambilan keputusan individu mencerminkan konteks ini (Sweat and Denison, 1995). Oleh karena itu, faktor sosial dan budaya yang mengelilingi dan melampaui individu harus dipertimbangkan dalam merancang intervensi pencegahan. Kelompok teori kedua mempertimbangkan faktor individu dan sosial. Kelompok ini mencakup teori difusi inovasi, pengaruh sosial atau model inokulasi sosial, teori jaringan sosial, dan teori gender dan kekuasaan (Green, 2003).

3.3 Aspek Teori Health Belief Model

Sebelum disempurnakan Health Belief Model mengembangkan 4 konsep kognitif, yaitu :

1. *Perceived susceptibility*, yaitu penilaian individu terhadap resiko terkena penyakit atau menyadari sesuatu yang tidak diinginkan. Kerentanan yang dirasakan mengacu pada penilaian subjektif dari risiko mengembangkan masalah kesehatan. Individu yang menganggap dirinya rentan dengan penyakit tertentu akan berusaha mengubah perilaku agar resiko kesehatan tersebut berkurang. Individu dengan kerentanan yang rendah akan tidak mengakui dirinya memiliki resiko untuk tertular

penyakit tertentu. Individu yang percaya bahwa dirinya beresiko rendah terkena penyakit memiliki kecenderungan perilaku yang tidak sehat atau beresiko (Rosenstock, 1974b). Individu yang merasakan dirinya beresiko tinggi dengan masalah kesehatan tertentu lebih cenderung memiliki perilaku untuk mengurangi resiko tersebut. Keparahan yang dirasakan dan kerentanan yang dirasakan terhadap kondisi kesehatan tertentu bergantung pada pengetahuan tentang kondisi tersebut (Glanz, K. Rimer and Viswanath, 2008).

2. *Perceived severity*, yaitu penilaian individu terhadap keseriusan penyakit, kondisi, atau hasil yang tidak diinginkan dan potensi konsekuensinya. Keparahan yang dirasakan mengacu pada penilaian subjektif dari tingkat keparahan masalah kesehatan dan potensi konsekuensinya. Individu yang memandang serius masalah kesehatan tertentu lebih mungkin untuk melakukan perilaku yang dapat mencegah terjadinya masalah kesehatan atau mengurangi keparahannya (Janz and Becker, 1984). Keseriusan yang dirasakan meliputi keyakinan tentang penyakit itu sendiri misalnya apakah itu mengancam jiwa atau dapat menyebabkan kecacatan atau rasa sakit serta dampak penyakit yang lebih luas pada fungsi pekerjaan dan peran sosial. Misalnya, seseorang mungkin merasa bahwa influenza tidak serius secara medis tetapi jika dia merasa akan ada konsekuensi keuangan yang serius akibat tidak masuk kerja selama beberapa hari maka dia dapat menganggap influenza sebagai penyakit khusus dengan kondisi serius.
3. *Perceived barriers*, yaitu penilaian individu tentang pengaruh yang menghambat perilaku yang direkomendasikan atau perilaku baru. Salah satu penyebab utama seseorang tidak ingin mengubah perilakunya menjadi perilaku yang lebih sehat adalah mereka berpikir bahwa melakukan hal tersebut sangat sulit. Mengubah perilaku yang sehat membutuhkan usaha, uang dan waktu. Umumnya yang termasuk *perceived barriers* adalah banyaknya usaha yang dibutuhkan, marah,

tidak nyaman, mahal, konsekuensi sosial. Tidak selalu hambatannya berupa hal fisik tapi hal sosial juga termasuk. *Perceived barriers* dalam perilaku sehat telah terbukti menjadi salah satu prediktor paling kuat apakah individu mau melakukan perilaku sehat (Jones *et al.*, 2015).

4. *Perceived benefits*, yaitu penilaian individu tentang konsekuensi positif dengan menerapkan perilaku yang direkomendasikan. Perilaku terkait kesehatan juga dipengaruhi oleh manfaat yang dirasakan dari mengambil tindakan (Glanz, K. Rimer and Viswanath, 2008). Manfaat yang dirasakan mengacu pada penilaian individu tentang nilai atau kemanjuran dari perilaku sehat yang dapat mengurangi resiko penyakit (Glanz, K. Rimer and Viswanath, 2008). Akan kesulitan meyakinkan seseorang untuk mengubah perilaku jika tidak ada sesuatu yang bermanfaat dalam melakukannya. *Perceived benefits* sering dihubungkan dengan faktor lain termasuk keyakinan terhadap efektivitas dari suatu perilaku. Jika seseorang percaya olahraga yang teratur dan konsumsi makanan yang seimbang dapat mencegah penyakit jantung maka kepercayaan tersebut meningkatkan *perceived benefits* dari perilaku tersebut.

Aspek tersebut dapat diperluas dalam penerapan yang lebih spesifik untuk perubahan perilaku. Berikut contoh penerapannya dalam infeksi HIV:

1. *Perceived susceptibility* pada masalah kesehatan tertentu: "Apakah saya beresiko terhadap HIV?" "Perilaku apa yang membuat saya beresiko, apakah berhubungan seks tanpa menggunakan pelindung dengan berganti-ganti pasangan? penggunaan jarum suntik?"
2. *Perceived severity* terhadap kondisi: "Seberapa parah AIDS itu?" "Seberapa parah hidupku jika saya terinfeksi" "Siapa yang akan merawat saya?" "Mampukah saya membeli obatnya?"

3. Kepercayaan terhadap efektifitas perilaku baru: *"Apakah kondom efektif mencegah HIV?" "Apakah mengurangi ganti-ganti pasangan bisa menurunkan resiko HIV?" "Apakah menggunakan jarum yang bersih juga bisa menurunkan resiko HIV?"*
4. *Cues to action*: *"Saya sering mendengarkan pesan di radio tentang AIDS dan bagaimana pencegahannya." "Saya melihat kondom gratis tersedia di ruang laki-laki." "Saya menyaksikan AIDS melemahkan kesehatan keluarga saya." "Saya pergi ke pemakaman sahabat saya yang meninggal karena AIDS."*
5. *Perceived benefits* dari perilaku pencegahan: *"Jika saya memulai menggunakan kondom, atau menjadi monogami, saya dapat terhindar dari infeksi HIV." "Klinik penukaran jarum jaraknya jauh tetapi jarum bersih akan mencegah penyuntikan HIV ke aliran darahku."*
6. *Barriers to taking action*: *"Saya tidak suka menggunakan kondom dan saya tidak mampu membelinya." "Melakukan hubungan seks berganti-ganti pasangan dalam beberapa waktu memberi saya variasi yang saya senangi dan membuat saya menjadi laki-laki sejati."*(UNAIDS, 1999)

Seperti disebutkan sebelumnya pada contoh berhenti merokok, Health Belief Model juga telah diadaptasi dengan penambahan aspek *self efficacy*, keyakinan bahwa seseorang mampu melakukan perilaku. Sehingga, kadang-kadang model ini disebut sebagai *The expanded Health Belief Model* (Green, Murphy and Gryboski, 2020). *Self efficacy* belum menjadi bagian dari model HBM hingga 1988. *Self efficacy* melihat keyakinan individu sebagai kemampuan dirinya untuk membuat perubahan yang berhubungan dengan kesehatan. Mungkin tampak sepele, tetapi keyakinan pada kemampuan diri untuk melakukan sesuatu berdampak besar pada kemampuan yang sebenarnya untuk melakukannya. Menggunakan model yang diperluas, pertanyaan ketujuh pada contoh AIDS diatas: *"Apakah saya mampu*

meyakinkan pasangan seks saya untuk menggunakan kondim setiap saat?".

Menemukan cara untuk meningkatkan *self efficacy* dapat berdampak positif pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Sebagai contoh, suatu studi menemukan bahwa wanita yang memiliki rasa percaya diri yang lebih besar terhadap menyusui lebih mungkin untuk menyusui bayinya lebih lama. Para peneliti menyimpulkan bahwa mengajari ibu untuk lebih percaya diri dalam menyusui akan meningkatkan gizi bayi (Loke and Chan, 2013).

HBM berpendapat bahwa isyarat, atau pemicu, diperlukan untuk mendorong keterlibatan dalam perilaku yang mempromosikan kesehatan. Isyarat untuk bertindak bisa bersifat internal atau eksternal. Isyarat fisiologis (misalnya nyeri, gejala) adalah contoh isyarat internal untuk bertindak. Isyarat eksternal mencakup peristiwa atau informasi dari orang dekat, media, atau penyedia layanan kesehatan yang mempromosikan keterlibatan dalam perilaku terkait kesehatan. Contoh isyarat untuk bertindak termasuk kartu pos pengingat dari dokter gigi, penyakit teman atau anggota keluarga, kampanye media massa tentang masalah kesehatan, dan label peringatan kesehatan produk. Intensitas isyarat yang diperlukan untuk mendorong tindakan bervariasi antara individu dengan kerentanan yang dirasakan, keseriusan, manfaat, dan hambatan. Misalnya, individu yang percaya bahwa mereka berisiko tinggi terhadap penyakit serius dan yang memiliki hubungan baik dengan dokter perawatan primer dapat dengan mudah dibujuk untuk melakukan skrining penyakit setelah melihat pengumuman layanan masyarakat, sedangkan individu yang percaya bahwa mereka berada di berisiko rendah untuk penyakit yang sama dan juga tidak memiliki akses yang dapat diandalkan ke perawatan kesehatan mungkin memerlukan isyarat eksternal yang lebih intens untuk dapat diskruining.

Menyadari bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh banyak aspek, beberapa organisasi yang menerapkan strategi promosi dan pencegahan kesehatan masyarakat menggunakan kerangka kerja multileve yang sering disebut sebagai model ekologi sosial yang mencakup faktor-faktor di luar level individu. Sebagai contoh, para peneliti UNAIDS menyimpulkan bahwa pencegahan beroperasi pada empat tingkatan: superstruktural, struktural, lingkungan, dan individu. Faktor suprastruktur mungkin merupakan tarif internasional yang membuat kondom impor terlalu mahal untuk remaja yang aktif secara seksual yang tinggal di negara-negara di mana kondom tidak diproduksi secara lokal. Kebijakan yang mengecualikan remaja yang belum menikah untuk menerima kondom dari klinik kesehatan masyarakat atau pecandu dari segala usia untuk menerima jarum suntik steril merupakan hambatan struktural. Pengaruh lingkungan dapat mencakup apa yang dikatakan dan dilakukan oleh kelompok sebaya tentang pencegahan AIDS serta norma dan nilai budaya yang ditularkan melalui keluarga dan ajaran agama. Faktor individu di luar analisis resiko dan manfaat kesehatan mencakup apakah seseorang pada dasarnya adalah pengambil resiko atau pemalu dan apakah oran tersebut cenderung menjadi pemimpin atau pengikut.

3.4 Memprediksi Perilaku dengan Health Belief Model

Tinjauan efektivitas Health Belief Model untuk memprediksi dan menjelaskan perilaku menembukan bahwa *perceived severity* adalah prediktor perilaku yang lemah, *perceived susceptibility* bukanlah prediktor sebagian besar penelitian dan *perceived barriers* dan *perceived benefits* secara konsisten merupakan prediktor terkuat dari perilaku (Carpenter, 2010). Health Belief Model masih banyak digunakan untuk memandu desain intervensi, meta-analisis baru-baru ini

menyimpulkan bahwa tidak cukup bukti untuk menghubungkan penggunaan model dalam intervensi kesehatan dengan efektivitas dalam mengubah perilaku (Jones, Smith and Llewellyn, 2014). Penulis menunjukkan meskipun penelitian yang mereka tinjau mengatakan bahwa mereka menggunakan Health Belief Model namun hanya 6 dari 18 penelitian yang menggunakan model dengan lengkap dan hanya 5 aspek yang diukur sebelum dan setelah intervensi. Tambahannya, intervensi perubahan perilaku yang dilakukan tidak bergantung pada satu teori atau model. Menyadari bahwa perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor, strategir perubahan periaku dibentuk dari beberapa teori secara terus-menerus. Untuk memajukan pengetahuan tentang strategi perubahan perilaku yang efektif, studi lebuh lanjut harus dilakukan untuk secara jelas menunjukkan bagaimana desain intervensi diinformasikan oleh teori dan untuk mengukur aspek teori sebelum dan sesudah intervensi serta perubahan perilaku yang terkait.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenter, C.J. (2010) 'A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior', *Health communication*, 25(8), pp. 661–669. Available at: <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>.
- Glanz, K., K. Rimer, B. and Viswanath, K. (2008) *Health behavior and health education: theory, research, and practice* / WorldCat.org. 4th edn. Available at: <https://www.worldcat.org/title/health-behavior-and-health-education-theory-research-and-practice/oclc/225874161> (Accessed: 10 May 2023).
- Green, E.C. (2003) 'Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries (Google eBook)', p. 374. Available at: https://books.google.com/books/about/Rethinking_AIDS_Prevention.html?hl=id&id=6pUFCr-AlwsC (Accessed: 8 May 2023).
- Green, E.C., Murphy, E.M. and Gryboski, K. (2020) 'The Health Belief Model', *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, pp. 211–214. Available at: <https://doi.org/10.1002/9781119057840.CH68>.
- Janz, N.K. and Becker, M.H. (1984a) 'The Health Belief Model: A Decade Later', *Health Education & Behavior*, 11(1), pp. 1–47. Available at: <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>.
- Janz, N.K. and Becker, M.H. (1984b) 'The Health Belief Model: A Decade Later', <http://dx.doi.org/10.1177/109019818401100101>, 11(1), pp. 1–47. Available at: <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>.

- Jones, C.J., Smith, H. and Llewellyn, C. (2014) 'Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review', *Health psychology review*, 8(3), pp. 253–269. Available at: <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.802623>.
- Jones, C.L. *et al.* (2015) 'The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation', *Health communication*, 30(6), pp. 566–576. Available at: <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>.
- Loke, A.Y. and Chan, L.K.S. (2013) 'Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding', *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 42(6), pp. 672–684. Available at: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12250>.
- Rimer, B.K. (2005) *Theory at a glance a guide for health promotion practice*. 2nd ed. [Bethesda, MD] : U.S. Dept. of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute,.
- Rosenstock, I.M. (1974a) 'Historical Origins of the Health Belief Model', *Health Education & Behavior*, 2(4), pp. 328–335. Available at: <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>.
- Rosenstock, I.M. (1974b) 'Historical Origins of the Health Belief Model', *Health Education & Behavior*, 2(4), pp. 328–335. Available at: https://doi.org/10.1177/109019817400200403/ASSET/109019817400200403.FP.PNG_V03.
- Siddiqui, T.R. *et al.* (2016) 'Use of the Health Belief Model for the Assessment of Public Knowledge and Household Preventive Practices in Karachi, Pakistan, a Dengue-Endemic City', *PLoS*

Neglected Tropical Diseases, 10(11). Available at: <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PNTD.0005129>.

Sweat, M.D. and Denison, J.A. (1995) 'Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions.', *AIDS (London, England)*, 9 Suppl A, pp. S251-257. Available at: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/reducing-hiv-incidence-in-developing-countries-with-structural-an-3> (Accessed: 8 May 2023).

UNAIDS (1999) *Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us?* Available at: <http://www.unaids.org> (Accessed: 8 May 2023).

BAB 4

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE

(KAP) MODEL

Oleh Sulistyani Prabu Aji

4.1 Pendahuluan

Pengetahuan adalah fakta, kebenaran atau informasi yang diperoleh melalui pengalaman atau pembelajaran disebut posteriori, atau melalui introspeksi disebut priori. Pengetahuan adalah informasi yang diketahui atau disadari oleh seseorang. Pengetahuan termasuk, tetapi tidak dibatasi pada deskripsi, hipotesis, konsep, teori, prinsip dan prosedur yang secara Probabilitas Bayesian adalah benar atau berguna. Pengetahuan juga diartikan berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan akal. Pengetahuan terlihat pada saat seseorang menggunakan akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Contoh pengetahuan adalah ketika seseorang mencicipi masakan yang baru, ia mendapatkan pengetahuan berupa bentuk, rasa, dan aroma masakan tersebut. (Marie, 2020)

Era desentralisasi (otonomi daerah) pasca reformasi bertujuan untuk mendekatkan (menghadirkan) pemerintah kepada warganya. Kehadiran negara tersebut diwujudkan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang adil dan berkualitas. Hadirnya Undang Undang No.25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik mempertegas kewajiban negara untuk melayani setiap

warga negara dan penduduk dalam memenuhi hak dan kebutuhan dasarnya dalam kerangka pelayanan publik. Hal tersebut telah mampu mendorong berbagai inovasi baik oleh pemerintah maupun masyarakat dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik yang adil dan berkualitas. Namun banyak studi menunjukkan realitas yang berlawanan. Dampak tak terduga dari desentralisasi adalah rendahnya akuntabilitas penyelenggaraan pelayanan publik. Hal ini ditunjukkan dengan tingginya korupsi dan semakin mahalnya layanan publik tanpa ada proses konsultasi dengan masyarakat. (Gizman, et al., 2021)

Rendahnya akuntabilitas bukan hanya produk dari lemahnya institusi penyelenggara tetapi berakar juga dari sikap dan cara pandang publik terhadap pemerintah. Publik masih menganggap bahwa pelayanan publik merupakan “budi baik” dari pemerintah. Sikap dan perilaku tersebut dibentuk oleh beberapa faktor seperti budaya, gender, pendidikan, dan strata sosial ekonomi. Tingkat pengetahuan (knowledge) terhadap hak-hak dasarnya dalam mendapatkan pelayanan publik tentunya akan menjadi dasar bagi masyarakat untuk menentukan sikapnya (menilai) terhadap kualitas penyelenggaraan pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah. Selain itu, hal lain yang mempengaruhi sikap masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan publik oleh pemerintah adalah berdasarkan pengalamannya (praktik) dalam mengakses layanan secara langsung. (Alhamda, 2015)

Knowledge adalah hasil dari mengingat suatu hal. Dengan kata lain, Knowledge dapat diartikan sebagai mengingat suatu kejadian yang pernah dialami, baik secara sengaja maupun tidak disengaja, dan hal ini disebabkan oleh pengamatan terhadap suatu objek tertentu. (Winarso, I'tishom, & Silitonga, 2020)

Attitude adalah sikap terhadap objek tertentu dan seringkali disertai dengan tindakan. Dalam bahasa Indonesia, attitude sering diartikan sebagai sikap. Kita semua pasti memiliki attitude atau sikap terhadap suatu hal dalam kehidupan sehari-hari, Menurut Damiati, dkk ((Damiati, et al., 2017)), sikap merupakan suatu ekspresi perasaan seseorang yang merefleksikan kesukaannya atau ketidaksukaannya terhadap suatu objek. Sedangkan Menurut Kotler (2007 p.65), Sikap adalah evaluasi, perasaan, dan kecenderungan seseorang yang secara konsisten menyukai atau tidak menyukai suatu objek.

4.2 Knowledge

Menurut Mubarak (2007), *Knowledge* adalah kesan yang timbul dalam pikiran manusia sebagai hasil dari penggunaan panca inderanya. Hal ini berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefes*), takhayul (*superstition*), dan informasi-informasi yang keliru (*misinformation*). *Knowledge* timbul karena adanya sifat ingin tahu yang merupakan salah satu sifat umum yang dimiliki manusia, dan identik dengan keputusan yang dibuat oleh seseorang terhadap sesuatu (Triwibowo & Pusphandani, 2015)

Pengetahuan dalam Kusumadmo 2013 (Kusumadmo, 2013) adalah penggunaan informasi dan data secara penuh yang dilengkapi dengan potensi ketrampilan, kompetensi, ide, intuisi, komitmen, dan motivasi orang-orang yang terlibat. Pandangan holistic menganggap pengetahuan terdapat di dalam berbagai ide, keputusan, talenta, akar penyebab, hubungan, perspektif, dan konsep. Pengetahuan disimpan di dalam otak individu atau di-encode (diubah dalam bentuk kode) di dalam proses, dokumen, produk, fasilitas, dan system organisasi. Pengetahuan adalah tindakan, inovasi terfokus, keahlian, keahlian yang dikumpulkan menjadi satu, hubungan, dan aliansi khusus.

Menurut Pfeffer dan Sutton (2000), dalam Kusumadmo (2013), pengetahuan adalah perilaku dan kegiatan bernilai tambah. Pengetahuan mencakup *tacit knowledge* (ada di kepala orang) dan *explicit knowledge* (dikodifikasi dan diekspresikan sebagai informasi di dalam database, dokumen, dan lain-lain). Menurut Skyrme (2001), dalam Kusumadmo (2013), menyatakan pengetahuan tidak statis. Sebaliknya, ia selalu berubah dan berkembang sepanjang hidup organisasi. Selain itu, bentuk pengetahuan memiliki kemungkinan untuk diubah, yaitu ada kemungkinan untuk mengubah pengetahuan yang saat ini tacit menjadi pengetahuan explicit baru dan untuk mengubah pengetahuan yang saat ini explicit menjadi pengetahuan tacit baru.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa Knowledge adalah suatu informasi yang diperoleh dari hasil pengamatan melalui alat indera kita, baik secara sengaja maupun secara tidak sengaja, yang dapat digunakan dalam pengambilan keputusan terhadap sesuatu.

Pengetahuan juga dapat didefinisikan penggabungan data dan informasi. Data adalah fakta mentah, sedangkan informasi adalah data yang dilihat berdasarkan sudut pandang tertentu. Menurut Turban terdapat hubungan antara data, informasi dan pengetahuan (Efraim Turban, Aronson, & Liang, 2004). Data adalah koleksi dari fakta-fakta, pengukuran, dan statistik. Informasi adalah data yang terorganisir dan terproses dengan akurat. Pengetahuan adalah informasi yang bernilai relevan secara kontekstual dan dapat dikerjakan. Hubungan antara data, informasi dan pengetahuan digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.1. Hubungan Data, Informasi, dan Pengetahuan
(Sumber: Turban, E., & E.A., J.,2005) (Tuban, 2005)

Pengetahuan berkembang seiring waktu disesuaikan dengan pengalaman yang membuat hubungan antara situasi dan peristiwa yang baru secara kontekstual. Pengetahuan terdiri dari beberapa komponen antara lain:

1. **Ground truth**, Kebenaran yang didapat dari pengalaman bukan teori.
2. **Complexity**, Situasi yang kompleks mengindikasikan pendekatan yang kompleks dalam penyelesaiannya. Masalah akan menjadi kompleks jika pengetahuan yang dibutuhkan tidak mencukupi.
3. **Judgement**, Pengetahuan berkembang dan tidak mungkin lagi diterapkan dalam situasi aslinya.
4. **Heuristic (Rules of Thumb) and Intuition**, Panduan dalam memudahkan pemecahan masalah.
5. **Values and beliefs**, Setiap manusia memiliki cara dalam memecahkan setiap masalah.

Pengetahuan adalah pengalaman nilai, informasi kontekstual, pandangan pakar dan intuisi mendasar yang memberikan suatu lingkungan dan kerangka untuk mengevaluasi dan menyatukan pengalaman baru dengan informasi. Informasi menjadi dasar dalam melakukan sesuatu hal karena pengetahuan akan memungkinkan seseorang atau organisasi dalam pengambilan tindakan yang berbeda atau lebih efektif dibandingkan dengan tidak memiliki pengetahuan.

Informasi maupun fakta pada suatu objek yang diamati, dianalisa dan dipelajari menjadi memori yang dapat dijadikan sumber pemecahan suatu masalah. Sumber pengetahuan berasal dari literature, pakar dan contoh. Dasar pengetahuan adalah hokum ilmiah, pengalaman dan model. Pengetahuan terdiri dari fakta, prosedur dan aturan penilaian.

4.2.1 Tingkat *Knowlegde*

(Notoadmojo, 2019) mengatakan bahwa Knowledge terbagi menjadi enam tingkatan. Masing-masing tingkatan tersebut meliputi:

1. Tahu (*know*) merupakan pemanggilan kembali (*recall*) memori yang telah ada sebelumnya.
2. Memahami (*comprehension*) suatu objek. Tindakan ini bukan hanya sekedar tahu atau dapat menyebutkan saja, tetapi juga harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang suatu objek yang diketahui tersebut.
3. Aplikasi (*application*) dapat diartikan bahwa orang yang telah memahami suatu objek maka orang tersebut dapat mengaplikasikan pada situasi yang lain.
4. Analisis (*analysis*) merupakan kemampuan seseorang untuk menjabarkan kemudian mencari hubungan antara komponen - komponen yang terdapat dalam suatu masalah.
5. Sintesis (*synthesis*) menunjukkan suatu kemampuan untuk merangkum hubungan yang logis dari komponen Knowledge yang ada. Dengan kata lain, kemampuan menyusun formulasi yang baru dari informasi yang telah ada.
6. Evaluasi (*evaluation*) tindakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek maupun tindakan.

Adapun jenis-jenis pengetahuan sebagai berikut:

1. Pengetahuan prosedural, Pengetahuan prosedural terdiri dari peraturan, strategi, agenda, prosedur.

2. Pengetahuan deklarasi, Pengetahuan deklarasi terdiri dari konsep, onjyek, dan fakta.
3. Pengetahuan-meta, Pengetahuan meta terdiri dari pengetahuan tentang berbagai jenis pengetahuan dan cara menggunakannya.
4. Pengetahuan heuristic, Pengetahuan heuristic terdiri dari petunjuk praktiks.
5. Pengetahuan struktural, Pengetahuan struktural terdiri dari sekumpulan aturan, hubungan konsep, konsep untuk hubungan obyek.

4.2.2 Faktor yang mempengaruhi *Knowlegde*

Knowledge dapat dipengaruhi oleh faktor internal (dari dalam diri) dan eksternal (dari luar diri). Faktor internal diantaranya adalah usia, pendidikan dan pengalaman. Sedangkan, faktor eksternal diantaranya adalah lingkungan, informasi, dan sosial budaya (Notoadmojo, 2019). Usia dikatakan mempengaruhi *Knowledge* karena usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia seseorang tersebut, maka akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga Knowledge yang diperoleh semakin baik. Pendidikan dapat mempengaruhi *Knowledge* seseorang.

Knowledge sebagai suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar institusi pendidikan serta berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah menerima informasi. Semakin banyak informasi, maka semakin banyak pula Knowledge yang didapatkan. Pengalaman sebagai sumber Knowledge. Pengalaman belajar yang dikembangkan dapat memberikan Knowledge dan keterampilan profesional serta mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan.

Knowledge personal mengintegrasikan dan menganalisa situasi interpersonal terbaru dan pengalaman masa lalu. Oleh karena itu, semakin banyak pengalaman semakin bertambah pula *Knowledge* seseorang. (Prakoewa, Pramuningtyas, & Risanti, 2022).

4.3 Attitude

4.3.1 Pengertian Attitude

Menurut Oxford Advanced Learner Dictionary mencantumkan bahwa Attitude (*attitude*) berasal dari bahasa Italia *attitudine* yaitu “Manner of placing or holding the body, dan way of feeling, thinking or behaving”. Campbell (1950) dalam buku (Notoadmojo, 2019) mengemukakan bahwa Attitude adalah “A syndrome of response consistency with regard to social objects”. Artinya Attitude adalah sekumpulan respon yang konsisten terhadap obyek sosial. Dalam buku Notoadmodjo (2003, p.124) mengemukakan bahwa Attitude (*attitude*) adalah merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek.

Teori Attitude dan Perilaku (Theory of Attitude and Behavior). Teori Attitude dan perilaku (Theory of Attitudes and Behavior) yang dikembangkan oleh Triandis (1980), dalam buku (Irwan, 2020) menyatakan bahwa perilaku seseorang ditentukan oleh Attitude yang terkait dengan apa yang orang-orang ingin lakukan serta terdiri dari keyakinan tentang konsekuensi dari melakukan perilaku, aturan-aturan sosial yang terkait dengan apa yang mereka pikirkan akan mereka, dan kebiasaan yang terkait dengan apa yang mereka biasa lakukan. Perilaku tidak mungkin terjadi jika situasinya tidak memungkinkan. Jika dikaitkan dengan penelitian ini, teori Attitude dan perilaku mampu mempengaruhi auditor untuk mengelola faktor personalnya sehingga mampu bertindak jujur, tidak memihak pada suatu kepentingan tertentu, berpikir rasional, bertahan

meskipun dalam keadaan tertekan, serta berperilaku etis dengan senantiasa mengindahkan norma-norma profesi dan norma moral yang berlaku yang nantinya akan mempengaruhi auditor dalam mengambil opini yang sesuai.

4.3.2 Ciri – ciri Attitude

Ciri-ciri *Attitude* menurut Heri Purwanto (1998) dalam buku (Keller, 2020) adalah :

1. *Attitude* bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungannya dengan obyeknya.
2. *Attitude* dapat berubah-ubah karena itu *Attitude* dapat dipelajari dan *Attitude* dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah *Attitude* pada orang itu.
3. *Attitude* tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain *Attitude* itu terbentuk, dipelajari, atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
4. Obyek *Attitude* itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
5. *Attitude* mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan *Attitude* dan kecakapan-kecakapan atau *Knowledge-Knowledge* yang dimiliki orang.

4.3.3 Tingkatan Attitude

Menurut Notoadmodjo (2003) dalam buku Wawan dan Dewi (2010), Attitude terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

1. Menerima (*receiving*) Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
2. Merespon (*responding*) Memberikan jawaban apabila memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi Attitude karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang tersebut menerima ide itu.
3. Menghargai (*valuing*) Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi Attitude tingkat tiga. d. Bertanggung jawab (*responsible*) Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai Attitude yang paling tinggi

4.3.4 Fungsi Attitude

Menurut Katz (1964) dalam buku (Harahap, Aidha, & Siregar, 2021) Attitude mempunyai beberapa fungsi, yaitu:

1. Fungsi instrumental atau fungsi penyesuaian atau fungsi manfaat Fungsi ini berkaitan dengan sarana dan tujuan. Orang memandang sejauh mana obyek Attitude dapat digunakan sebagai sarana atau alat dalam rangka mencapai tujuan. Bila obyek Attitude dapat membantu seseorang dalam mencapai tujuannya, maka orang akan bersifat positif terhadap obyek tersebut. Demikian sebaliknya bila obyek Attitude menghambat pencapaian tujuan, maka orang akan berAttitude negatif terhadap obyek Attitude yang bersangkutan.

2. Fungsi pertahanan ego Ini merupakan Attitude yang diambil oleh seseorang demi untuk mempertahankan ego atau akunya. Attitude ini diambil oleh seseorang pada waktu orang yang bersangkutan terancam keadaan dirinya atau egonya.
3. Fungsi ekspresi nilai Attitude yang ada pada diri seseorang merupakan jalan bagi individu untuk mengekspresikan nilai yang ada pada dirinya. Dengan mengekspresikan diri seseorang akan mendapatkan kepuasan dapat menunjukkan kepada dirinya. Dengan individu mengambil Attitude tertentu akan menggambarkan keadaan sistem nilai yang ada pada individu yang bersangkutan. Fungsi Knowledge Individu mempunyai dorongan untuk ingin mengerti dengan pengalaman-pengalamannya. Ini berarti bila seseorang mempunyai *Attitude* tertentu terhadap suatu obyek, menunjukkan tentang *Knowledge* orang terhadap obyek *Attitude* yang bersangkutan.

4.3.5 Komponen *Attitude*

Menurut Azwar S (2015, p.23) (Azwar, 2015) *Attitude* terdiri dari 3 komponen yang saling menunjang yaitu:

1. Komponen kognitif Merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik *Attitude*, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau yang kontroversial.
2. Komponen afektif Merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen Attitude dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah mengubah Attitude

seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai Attitude yang dimiliki oleh seseorang. Aspek ini berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak atau bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu.

4.4 Practice

4.4.1 Pengertian Practice

Menurut Robb dan Woodyard (2011) practice diidentifikasi dengan maksud memilih praktek-praktek yang paling dekat berhubungan dengan Knowledge. Practice dipilih untuk penerapan mereka ke daerah-daerah utama perencanaan. (Huston, 2010 dalam Robb dan Woodyard, 2011). Seseorang yang telah mengetahui stimulus/objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan/mempraktikkan apa yang diketahui atau diAttitude-nya (di nilai baik). Inilah yang disebut Practice (practice) kesehatan atau dapat dikatakan Practice kesehatan (overt behavior) (Notoadmojo, 2019)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau Practice, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut overt behavior, tindakan nyata/praktik (practice) misal, seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur, seorang anak melakukan gosok gigi yang benar dan sebagainya (Hanifah, Yuri, Wahyudi, & Rifan, 2020) Attitude adalah kecenderungan untuk bertindak (Practice). Attitude belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab

untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain, yaitu antara lain adanya fasilitas/sarana dan prasarana (Notoadmojo, 2019).

4.4.2 Tingkatan Practice menurut kualitasnya

Notoatmodjo (Notoadmojo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2017) mengemukakan bahwa Practice atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 4 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu :

1. Persepsi (*perception*) Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan *Practice* tingkat pertama, bagi anak balitanya.
2. Respons terpimpin (*guided response*) Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator *Practice* tingkat dua, c. Mekanisme (*mecanism*). Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai *Practice* tingkat tiga.
3. Adaptasi (*adaption*) Adaptasi adalah suatu Practice atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah di modifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

4.4.3 Faktor yang mempengaruhi Practice

Menurut Lowrence Green dalam Notoatmodjo (Notoadmojo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2017) mengemukakan bahwa untuk mencoba menganalisis Practice manusia dari tingkat Kesehatan orang dapat dipengaruhi 3 faktor yaitu :

1. Faktor predisposisi Terbentuknya suatu Practice baru, dimulai pada cognitive domain dalam arti subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi untuk perawatan gigi sehingga menimbulkan Knowledge baru pada subyek tersebut selanjutnya menimbulkan respon batin

dalam bentuk Attitude subyek terhadap Knowledge, Attitude, dan Practice

- a. Knowledge Menurut (Notoadmojo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2017) mengemukakan bahwa Knowledge merupakan hasil “tahu” dan hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap Knowledge ini. Selain penginderaan juga dengan penciuman, perasa, dan perabaan. Sebagian besar Knowledge manusia diperoleh melalui mata dan telinga.
 - b. Attitude Attitude merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu dalam kata lain fungsi Attitude belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi Practice (tindakan) atau (reaksi tertutup).
 - c. Tindakan Tingkatan-tingkatan Practice antara lain persepsi, respon terpimpin, mekanisme serta adaptasi. Dalam persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan Practice tingkat pertama sedangkan respon terpimpin (*Guida Respons*).
2. Faktor pendukung atau pemungkin 28 Hubungan antara konsep Knowledge dan Practice, kaitannya dalam suatu materi kegiatan biasanya mempunyai anggapan yaitu adanya Knowledge tentang manfaat suatu hal yang akan menyebabkan orang mempunyai Attitude positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya Attitude positif ini akan mempengaruhi untuk ikut dalam kegiatan ini.
 3. Faktor pendorong Faktor yang mendorong untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu yang terwujud dalam dukungan keluarga (memberikan informasi).

DAFTAR PUSTAKA

- Alhamda, S. (2015). *Buku Ajar Sosiologi Kesehatan*. Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta: Dee Publish.
- Azwar, S. (2015). *Sikap dan Perilaku Dalam: Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Damiati, Masdarini, L., Suriani, M., Andyawati, N. D., Marsiti, C. I., Widiartini, K., & Agendari, M. D. (2017). *Perilaku konsumen*. Depok: Rajawali Pers.
- Gizman, Y. S., Fusaro, C., Bernal, J. E., Gonzalez, C. M., Jimenes, F. E., & Silva, N. S. (2021). Knowledge, Attitude and Practices (KAP) towards COVID-19 pandemic in America: A preliminary systematic review. *The Journal Of Infection in Developing Countries*.
- Hanifah, I. N., Yuri, A., Wahyudi, R., & Rifan, A. A. (2020). ANALISIS KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE (KAP) TERHADAP MANAJEMEN KEUANGAN MASJID DI D.I.YOGYAKARTA. *Ecoplan*.
- Harahap, R. A., Aidha, Z., & Siregar, P. A. (2021). *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Medan: Merdeka Kreasi group.
- Irwan. (2020). *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Absolute Media.
- Keller, J. (2020). *Attitude Is Everything: Sikap Mental Adalah Segalanya*. Jakarta: Gramedia.
- Kusumadmo, E. (2013). *Manajemen Strategik Pengetahuan*. Yogyakarta: Cahaya Atma Pustaka.
- Marie. (2020, Juni 15). *Pengetahuan (Knowledge)*. Retrieved from [onlinelearning.binus.ac.id:
https://onlinelearning.binus.ac.id/computer-science/post/pengetahuan-knowledge](https://onlinelearning.binus.ac.id/computer-science/post/pengetahuan-knowledge)
- Notoadmojo, S. (2017). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Bandung: Rineka Cipta.

- Notoadmojo, S. (2019). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Bandung: Warung Buku.
- Prakoewa, F. R., Pramuningtyas, R., & Risanti, E. D. (2022). *Buku Ajar Kedokteran Human Immunodeficiency Virus - Acquired Immunodeficiency Syndrome*. Kartosura Surakarta: Muhammadiyah University Press.
- Triwibowo, C., & Pusphandani, M. (2015). *Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tuban, E. (2005). *Decision Support Systems and Intelligent Systems Edisi Bahasa Indonesia Jilid 1*. Yogyakarta.: Yogyakarta.
- Winarso, H., I'tishom, R., & Silitonga, H. T. (2020). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Untuk Pekerja Migran Indonesia*. Surabaya, Jawa Timur: Penerbit Universitas Ciputra.

BAB 5

SOCIAL CAPITAL THEORY

Oleh Febriantika

“Social capital theory” adalah sebuah teori yang mengemukakan bahwa jaringan sosial dan hubungan antar individu memiliki nilai dan dampak pada individu, kelompok, dan bahkan seluruh masyarakat. Teori ini berpendapat bahwa jaringan dan hubungan ini dapat memberikan akses ke sumber daya, kesempatan, dan dukungan yang dapat membantu individu dan kelompok mencapai tujuan mereka.

Mengemukakan bahwa keberadaan jaringan sosial dan hubungan antar individu memiliki nilai dan dampak pada individu, kelompok, dan bahkan seluruh masyarakat. Konsep modal sosial dapat membantu menjelaskan mengapa beberapa masyarakat lebih sukses daripada yang lain dalam mencapai tujuan mereka.

Teori ini berpendapat bahwa jaringan sosial dan hubungan interpersonal yang kuat dapat memberikan akses ke sumber daya, informasi, kesempatan, dan dukungan yang dapat membantu individu dan kelompok mencapai tujuan mereka.

Modal sosial dapat dibagi menjadi dua kategori utama: bonding dan bridging. Bonding social capital mengacu pada hubungan antara individu yang memiliki karakteristik atau identitas yang sama, seperti keluarga, teman dekat, atau anggota kelompok atau komunitas tertentu. Bridging social capital mengacu pada hubungan antara individu yang memiliki latar belakang atau karakteristik yang berbeda, seperti orang dari lingkungan yang berbeda, kelompok etnis, atau profesi.

Modal sosial dapat dibagi menjadi dua kategori utama:

5.1 Bonding social capital

Mengacu pada hubungan antara individu yang memiliki karakteristik atau identitas yang sama, seperti anggota keluarga, teman dekat, atau anggota kelompok atau komunitas tertentu.

Bonding social capital merujuk pada jenis modal sosial yang terbentuk dari hubungan antara individu yang memiliki karakteristik atau identitas yang sama, seperti anggota keluarga, teman dekat, atau anggota kelompok atau komunitas tertentu. Hubungan ini didasarkan pada kesamaan nilai, minat, atau pengalaman yang memperkuat ikatan sosial dan dapat memberikan dukungan sosial yang kuat. Bonding social capital memainkan peran penting dalam membentuk identitas individu dan kepercayaan dalam kelompok, serta meningkatkan rasa solidaritas dan kebersamaan dalam kelompok.

Contoh penggunaan bonding social capital dalam kehidupan sehari-hari adalah hubungan antara anggota keluarga. Keluarga dapat memberikan dukungan emosional dan materi kepada anggota keluarga lainnya dalam berbagai situasi, seperti saat sakit, mengalami kegagalan, atau menghadapi kesulitan finansial.

Hubungan antara teman dekat atau anggota kelompok atau komunitas tertentu juga dapat menjadi contoh dari bonding social capital. Misalnya, anggota klub olahraga yang saling mendukung satu sama lain dalam mencapai tujuan mereka atau teman sekelas yang membentuk kelompok belajar untuk membantu satu sama lain dalam mempersiapkan ujian.

Contoh kasus bonding social capital adalah sebagai berikut:

1. Sebuah kelompok ibu-ibu yang tinggal di suatu kompleks perumahan seringkali mengadakan pertemuan rutin untuk berbincang-bincang, berbagi pengalaman, dan membantu satu sama lain dalam kegiatan sehari-hari, seperti menjaga anak-anak dan mengurus rumah tangga. Kelompok ini memiliki hubungan yang erat dan saling percaya satu sama lain karena mereka memiliki karakteristik dan latar belakang yang sama, yaitu sebagai ibu-ibu rumah tangga yang tinggal di kompleks perumahan yang sama.

Dari kasus yang disebutkan di atas, dapat disimpulkan bahwa bonding social capital dapat terbentuk ketika individu-individu dengan karakteristik yang sama dan memiliki lingkungan yang sama membentuk hubungan erat dan saling percaya. Dalam contoh tersebut, ibu-ibu yang tinggal di kompleks perumahan sama-sama memiliki peran sebagai ibu rumah tangga dan tinggal di lokasi yang sama. Mereka membentuk kelompok untuk saling membantu dalam kegiatan sehari-hari dan memperkuat hubungan sosial mereka. Hubungan yang terbentuk dalam kelompok tersebut membantu untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup anggota kelompok, serta memberikan rasa memiliki dan kebanggaan dalam mempertahankan ikatan sosial mereka.

2. Sebuah klub pecinta musik jazz yang terdiri dari para musisi dan penggemar jazz. Mereka seringkali bertemu untuk memainkan musik bersama, berdiskusi tentang jazz, dan mempromosikan acara musik jazz di daerah mereka. Kelompok ini memiliki hubungan yang erat dan saling percaya satu sama lain karena mereka memiliki minat yang sama terhadap musik jazz.

Kasus klub pecinta musik jazz yang disebutkan di atas, dapat disimpulkan bahwa bonding social capital dapat terbentuk ketika individu-individu yang memiliki minat, hobi, atau kepentingan yang sama berkumpul dan membentuk kelompok. Dalam contoh tersebut, para

anggota klub memiliki minat yang sama terhadap musik jazz, sehingga mereka membentuk kelompok untuk memainkan musik bersama, berdiskusi tentang jazz, dan mempromosikan acara musik jazz di daerah mereka.

Hubungan erat dan saling percaya yang terbentuk dalam kelompok tersebut membantu meningkatkan keterampilan musikal anggota, menghasilkan ide-ide baru, dan mempromosikan budaya musik jazz di masyarakat. Selain itu, keanggotaan dalam klub juga memberikan rasa identitas dan kebanggaan pada para anggota, serta membantu membangun jaringan sosial yang lebih luas di bidang musik jazz.

Dalam kedua contoh tersebut, kelompok tersebut terdiri dari individu-individu yang memiliki karakteristik yang sama, sehingga mereka memiliki kesamaan minat, pandangan, dan nilai-nilai. Hubungan erat dan saling percaya yang terbentuk dalam kelompok tersebut merupakan hasil dari bonding social capital.

5.2 Bridging social capital

Hubungan antara individu yang memiliki latar belakang atau karakteristik yang berbeda, seperti orang dari lingkungan yang berbeda, kelompok etnis, atau profesi.

Bridging social capital merujuk pada hubungan antara individu yang berasal dari kelompok yang berbeda atau memiliki latar belakang yang berbeda. Contohnya adalah hubungan antara orang-orang dari lingkungan yang berbeda, kelompok etnis atau budaya yang berbeda, atau profesi yang berbeda. Hubungan semacam ini dapat membantu membangun koneksi antar kelompok, memperkuat pemahaman, dan mempromosikan toleransi dalam masyarakat yang heterogen.

Misalnya, orang yang berasal dari lingkungan yang berbeda dapat memperkenalkan cara pandang dan cara hidup yang berbeda. Selain itu, hubungan dengan orang yang memiliki latar belakang atau profesi yang berbeda juga dapat membuka peluang kerjasama atau kolaborasi dalam proyek-proyek yang melibatkan keahlian dan perspektif yang berbeda.

Dalam konteks organisasi atau bisnis, bridging social capital juga dapat membantu perusahaan untuk membangun hubungan dengan pelanggan atau mitra bisnis dari berbagai latar belakang, yang dapat membuka peluang baru dan memperluas jaringan bisnis. Secara keseluruhan, bridging social capital memainkan peran penting dalam memperkuat koneksi antar kelompok, meningkatkan pemahaman, dan mempromosikan toleransi dalam masyarakat yang heterogen.

Bridging social capital dalam kehidupan sehari-hari adalah hubungan antara individu yang berasal dari latar belakang atau kelompok yang berbeda. Misalnya, anggota komunitas yang berbeda suku atau agama yang bekerja sama dalam proyek kemanusiaan, atau orang-orang dari lingkungan yang berbeda yang terlibat dalam kegiatan sosial atau politik yang sama.

Hubungan semacam ini dapat membantu memperkuat koneksi antar kelompok, meningkatkan pemahaman, dan mempromosikan toleransi dalam masyarakat yang heterogen. Konsep modal sosial telah diterapkan pada berbagai bidang, termasuk ekonomi, sosiologi, ilmu politik, dan kesehatan masyarakat.

Hal ini telah digunakan untuk menjelaskan fenomena seperti perkembangan ekonomi, partisipasi politik, mobilitas sosial, dan hasil kesehatan. Namun, social capital theory juga telah dikritik karena terlalu luas dan ambigu, serta mengabaikan ketimpangan kekuasaan dan kesenjangan yang dapat membatasi akses ke jaringan sosial dan sumber daya.

Social capital theory telah diterapkan pada berbagai bidang ilmu seperti ekonomi, sosiologi, ilmu politik, dan kesehatan masyarakat. Dalam bidang ekonomi, teori ini dapat digunakan untuk menjelaskan hubungan antara jaringan sosial dan pertumbuhan ekonomi, sementara dalam sosiologi, social capital theory dapat menjelaskan bagaimana hubungan sosial dapat memengaruhi perilaku sosial.

Bidang ilmu politik, teori ini dapat digunakan untuk menjelaskan partisipasi politik dan pembentukan kebijakan publik, sementara di bidang kesehatan masyarakat, teori ini dapat digunakan untuk menjelaskan bagaimana jaringan sosial dapat memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Penerapan teori modal sosial dalam strategi perubahan perilaku dapat membantu dalam membangun dan memanfaatkan jaringan sosial yang ada untuk mempromosikan perilaku yang diinginkan. Sebagai contoh, dalam kampanye kesehatan masyarakat, penggunaan influencer atau tokoh masyarakat yang memiliki jaringan luas dan pengaruh yang besar dapat membantu dalam menyebarkan informasi tentang perilaku sehat kepada masyarakat luas.

Selain itu, pengembangan jaringan sosial melalui program-program komunitas seperti kelompok dukungan dan klub minat dapat membangun ikatan dan kepercayaan antara individu dan kelompok yang memungkinkan pertukaran informasi dan dukungan dalam mempraktikkan perilaku yang diinginkan.

Namun, penting untuk memperhatikan bahwa akses ke jaringan sosial dan sumber daya yang dapat memengaruhi perilaku juga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti status sosial dan ekonomi. Oleh karena itu, strategi perubahan perilaku yang didasarkan pada teori modal sosial harus mempertimbangkan ketimpangan dan kesenjangan dalam akses ke jaringan sosial dan sumber daya yang dapat memengaruhi perilaku.

Konteks strategi perubahan perilaku karena hubungan dan jaringan sosial yang ada dapat memainkan peran penting dalam mempengaruhi perilaku individu dan kelompok. Sebagai contoh, jika seseorang berada dalam lingkungan yang mendukung perilaku sehat, seperti melakukan olahraga dan makan makanan sehat, maka kemungkinan besar mereka akan cenderung mempraktikkan perilaku tersebut.

Pengembangan strategi perubahan perilaku, modal sosial dapat digunakan untuk membangun jaringan dan hubungan antarindividu yang dapat memperkuat perilaku yang diinginkan. Misalnya, dalam konteks kesehatan masyarakat, para ahli telah menggunakan modal sosial untuk membantu mempromosikan perilaku sehat seperti penggunaan kondom, imunisasi, dan berhenti merokok. Mereka telah mengidentifikasi kelompok sosial tertentu yang memiliki pengaruh kuat dalam mendorong perilaku sehat, dan kemudian memanfaatkan hubungan sosial yang ada di antara mereka untuk memperkuat dukungan dan memperluas pengaruh positif.

Penerapan strategi perubahan perilaku dengan menggunakan modal sosial adalah dengan memanfaatkan kelompok masyarakat yang memiliki pengaruh kuat dalam lingkup sosial mereka, seperti para pemimpin komunitas, tokoh agama, atau influencer media sosial yang populer. Dengan membangun hubungan yang kuat dengan kelompok ini, para ahli kesehatan masyarakat dapat memanfaatkan jaringan dan pengaruh mereka untuk mempromosikan perilaku sehat dan mengurangi perilaku berisiko. Sebagai contoh, dalam kampanye antirokok, kelompok-kelompok ini dapat dijadikan sebagai agen perubahan dengan memberikan informasi dan memberikan dukungan dalam mengubah perilaku perokok.

Perubahan perilaku berbasis modal sosial dapat memperkuat intervensi yang berbasis komunitas dan memungkinkan masyarakat untuk menjadi agen perubahan dalam mempromosikan perilaku yang lebih sehat. Namun,

seperti yang disebutkan sebelumnya, social capital theory juga harus memperhitungkan ketimpangan kekuasaan dan kesenjangan sosial yang dapat membatasi akses ke jaringan sosial dan sumber daya, sehingga perlu diperhatikan agar strategi perubahan perilaku yang didasarkan pada modal sosial tidak memperkuat ketidaksetaraan sosial yang ada.

Hal ini sangat penting karena ketidaksetaraan sosial dapat membatasi akses ke jaringan sosial dan sumber daya bagi beberapa kelompok dalam masyarakat. Misalnya, kelompok minoritas etnis atau kelompok miskin dapat memiliki akses yang terbatas ke sumber daya dan jaringan sosial yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk mempraktikkan perilaku sehat. Oleh karena itu, strategi perubahan perilaku berbasis modal sosial harus memperhitungkan faktor-faktor yang dapat membatasi akses ke sumber daya dan jaringan sosial bagi kelompok-kelompok yang rentan.

Selain itu, perlu juga diperhatikan bahwa tidak semua hubungan sosial memiliki pengaruh yang positif dalam mempromosikan perilaku sehat. Ada hubungan sosial yang dapat memperkuat perilaku yang tidak sehat seperti merokok atau minum alkohol. Oleh karena itu, penting untuk memperhatikan jenis hubungan sosial yang terbentuk dan bagaimana mereka mempengaruhi perilaku individu dan kelompok.

Mengembangkan strategi perubahan perilaku berbasis modal sosial, penting untuk memperhitungkan ketimpangan kekuasaan dan kesenjangan sosial yang ada, sehingga dapat memastikan bahwa strategi tersebut tidak memperkuat ketidaksetaraan sosial yang ada dan dapat mengakomodasi berbagai kelompok dalam masyarakat.

Bridging social capital merujuk pada hubungan sosial yang terbentuk antara individu-individu yang berasal dari kelompok atau lingkungan yang berbeda, seperti perbedaan agama, etnis,

atau kelas sosial. Berikut ini adalah contoh kasus bridging social capital:

1. Sebuah organisasi yang didirikan oleh para pemuda dari berbagai agama dan etnis di suatu daerah. Organisasi tersebut bertujuan untuk mempromosikan kerjasama dan toleransi antara kelompok-kelompok yang berbeda, serta meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan daerah. Para anggota organisasi saling berinteraksi, berkolaborasi, dan membangun kepercayaan satu sama lain melalui kegiatan-kegiatan sosial, seperti kerja bakti, seminar, dan kegiatan sosial lainnya.

Kasus organisasi yang didirikan oleh para pemuda dari berbagai agama dan etnis tersebut, dapat disimpulkan bahwa bridging social capital dapat terbentuk ketika individu-individu yang berasal dari kelompok atau lingkungan yang berbeda bekerja sama dalam sebuah organisasi atau kegiatan.

Melalui kegiatan organisasi tersebut, para anggota dari kelompok yang berbeda dapat saling berinteraksi, berkolaborasi, dan membangun kepercayaan satu sama lain. Dengan demikian, terbentuklah hubungan sosial yang melintasi batas-batas kelompok atau lingkungan yang berbeda.

Hal ini membantu meningkatkan toleransi dan kerjasama antara kelompok-kelompok yang berbeda, serta membuka peluang untuk mencapai tujuan bersama, seperti meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan daerah. Dengan adanya bridging social capital, individu-individu dari kelompok atau lingkungan yang berbeda dapat saling memperkuat, membantu, dan bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama, yang pada akhirnya dapat membawa manfaat bagi seluruh masyarakat.

2. Sebuah komunitas pedesaan yang terdiri dari para petani, pedagang, dan warga desa dari berbagai kelas sosial dan latar belakang ekonomi. Komunitas tersebut membentuk sebuah koperasi untuk meningkatkan kesejahteraan dan daya saing ekonomi mereka, dengan cara memfasilitasi perdagangan dan pengembangan usaha bersama. Melalui koperasi tersebut, para anggota dapat berkolaborasi dan saling memperkuat, terlepas dari perbedaan latar belakang sosial dan ekonomi mereka.

Dari kasus komunitas pedesaan yang membentuk sebuah koperasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa terbentuknya koperasi dapat menjadi sarana untuk terciptanya bridging social capital.

Melalui koperasi tersebut, para anggota dari berbagai kelas sosial dan latar belakang ekonomi dapat saling berkolaborasi dan memperkuat satu sama lain. Mereka bekerja sama untuk meningkatkan kesejahteraan dan daya saing ekonomi komunitas, dengan cara memfasilitasi perdagangan dan pengembangan usaha bersama.

Dalam hal ini, koperasi berperan sebagai sebuah wadah yang dapat menarik partisipasi dari seluruh anggota komunitas, tanpa memandang perbedaan latar belakang sosial dan ekonomi mereka. Dengan adanya koperasi, terbentuklah hubungan sosial yang melintasi batas-batas kelompok atau lingkungan yang berbeda, dan membantu memperkuat koneksi dan kepercayaan antara para anggota komunitas.

Terbentuklah bridging social capital yang membantu meningkatkan daya saing ekonomi dan kesejahteraan masyarakat dalam komunitas pedesaan tersebut. Hal ini menunjukkan pentingnya terciptanya wadah atau forum yang dapat memfasilitasi interaksi dan kolaborasi antara individu-individu dari berbagai latar belakang dan kelompok yang berbeda dalam mencapai tujuan bersama.

Dalam kedua contoh tersebut, terdapat kegiatan yang memfasilitasi terbentuknya hubungan sosial yang melintasi batas-batas kelompok atau lingkungan yang berbeda. Hal tersebut dapat membantu mengurangi ketidakpercayaan dan konflik antara kelompok-kelompok yang berbeda, serta meningkatkan partisipasi dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Dengan adanya bridging social capital, individu-individu dari kelompok atau lingkungan yang berbeda dapat saling memperkuat, membantu, dan bekerja sama dalam mencapai tujuan bersama.

DAFTAR PUSTAKA

- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology*, 94, S95-S120.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2), 151-208.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Greenwood Press.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge University Press.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*. Free Press.
- Adler, P. S., & Kwon, S. W. (2002). Social capital: Prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 27(1), 17-40.
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004). Complex interventions: How “out of control” can a randomised controlled trial be?. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7455), 1561-1563.
- Woolcock, M., & Narayan, D. (2000). Social capital: Implications for development theory, research, and policy. *The World Bank Research Observer*, 15(2), 225-249.
- Kim, D., Subramanian, S. V., Gortmaker, S. L., & Kawachi, I. (2006). US state- and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: A multilevel, multivariable analysis. *Social Science & Medicine*, 63(4), 1045-1059.

- Scheirer, M. A. (2013). Is social capital the key to smoking cessation among African American women?. *Ethnicity & Disease*, 23(3), 311-316.
- Tufano, J. T., Karras, B. T., & DeSeve, J. (2014). Using social capital to help promote health: Cultivating resources for a healthy life. *Journal of public health management and practice*, 20(5), 514-517.
- Valente, T. W. (2012). Network interventions. *Science*, 337(6090), 49-53.
- Kim, S. H., & Willis, L. A. (2007). Talking about smoking and drinking: leveraging peer influence for HIV prevention among homeless youth. *Journal of Health Communication*, 12(8), 691-705.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *Communities in action: Pathways to health equity*. The National Academies Press.

BAB 6

THEORY OF PLANNED BEHAVIOR (TPB)

Oleh Christina Rony Nayoan

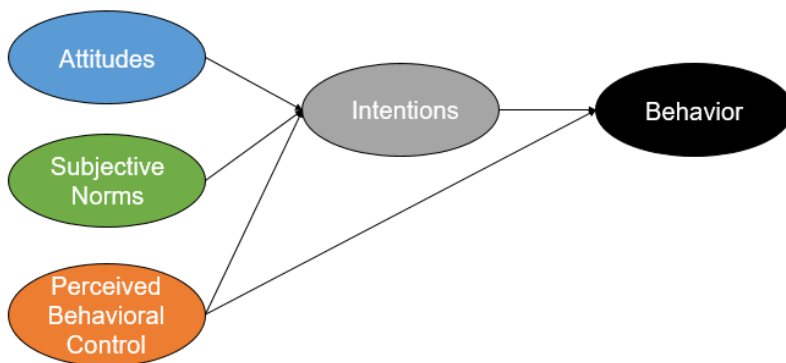
6.1 Pendahuluan

Cikal bakal Theory of Planned Behavior (TPB) atau Teori perilaku terencana adalah Theory of Reasoned Action (TRA) atau teori perilaku beralasan yang dirumuskan pada tahun 1980. TPB digunakan untuk memprediksi niat individu ketika memutuskan untuk mengadopsi atau merubah perilakunya pada waktu dan tempat tertentu. TPB ini dimaksudkan untuk menjelaskan bahwa dibalik setiap perilaku individu terdapat kemampuan individu untuk mengontrol dirinya. **Niat** perilaku adalah komponen utama dari TPB; Menurut TPB, niat dari sebuah perilaku dipengaruhi oleh sikap individu terhadap kemungkinan bahwa perilaku tersebut akan memiliki hasil yang diharapkan dan merupakan evaluasi subjektif individu terhadap risiko dan manfaat dari perubahan perilaku yang akan dilakukan.

Teori Perilaku Terencana (Ajzen, 1991) memperluas Teori Tindakan Beralasan yaitu dengan menambahkan kontrol terhadap perilaku yang dirasakan. Theory of Planned Behavior (TPB) berpendapat bahwa perilaku secara langsung ditentukan oleh niat individu dan kontrol perilaku yang dirasakan. Kontrol perilaku yang dirasakan, juga disebut sebagai self-efficacy, meliputi sejauh mana seorang individu percaya bahwa mereka memiliki kontrol untuk melakukan perilaku itu. Niat, pada gilirannya, secara langsung diprediksi oleh (1) sikap individu

terhadap perilaku, (2) norma subyektif, dan (3) kontrol perilaku yang dirasakan.

TPB selama ini berhasil diaplikasikan untuk dapat memprediksi dan juga menjelaskan terbentuk perubahan perilaku kesehatan dan niat yang mendorong perubahan perilaku tersebut, sebagai contoh perilaku berhenti merokok, perilaku berhenti minum minuman beralkohol (miras), perilaku pemanfaatan layanan kesehatan, perilaku ibu memberikan ASI eksklusif, dan hingga ke perilaku rehabilitasi dari penggunaan zat adiktif. TPB menyatakan bahwa pencapaian perubahan perilaku bergantung pada motivasi (**niat**) dan kemampuan (**kontrol perilaku**). Dalam TPB, niat atau intentions dipengaruhi oleh tiga jenis keyakinan - sikap, norma subyektif, dan kontrol perilaku, seperti yang ditunjukkan pada gambar 1.



Gambar 6.1. Gambaran teori perilaku terencana (TPB)

Sumber: Boston University school of Public Health, 2022 (<https://sphweb.bumc.bu.edu/>)

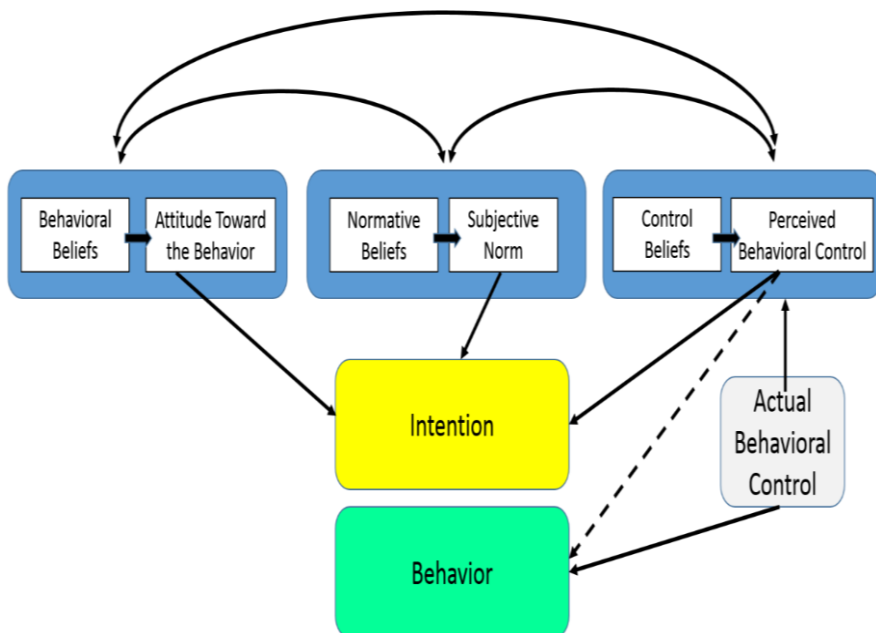
Selanjutnya, bentuk sederhana TPB ini dikembangkan menjadi enam konstruksi yang secara kolektif mempengaruhi niat seseorang untuk merubah perilaku tertentu. Niat perilaku mengacu pada faktor motivasi individu yang dapat memengaruhi perilaku tertentu; semakin kuat niat seseorang untuk melakukan sebuah perilaku maka semakin besar kemungkinan perilaku

tersebut akan terlaksana. Seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2, tiga hal yang sebelumnya mempengaruhi Niat atau intention, juga ditentukan oleh tiga hal lainnya. Pertama, Sikap terhadap perilaku (Attitude) ditentukan oleh kepercayaan masyarakat sekitar individu mengenai perilaku. Sikap terhadap perilaku merujuk pada sejauh mana hasil evaluasi yang dilakukan individu terhadap hal yang menguntungkan atau tidak menguntungkan dari perilaku yang akan dilakukan. Individu perlu mempertimbangkan hasil dari melakukan perilaku.

Kedua, norma subyektif ditentukan oleh kepercayaan masyarakat mengenai norma social atau norma-norma yang berkaitan dengan perilaku. Norma subyektif berkaitan dengan keyakinan bahwa kebanyakan orang akan menyetujui atau tidak menyetujui perubahan perilaku yang akan dilakukan. Norma subyektif berkaitan dengan keyakinan yang dimiliki individu tentang apakah teman sebayanya dan orang-orang penting baginya berpikir bahwa dia harus mengadopsi perilaku tersebut. Sedangkan Norma sosial merujuk pada tata perilaku adat istiadat dalam suatu kelompok atau masyarakat atau konteks budaya yang lebih besar. Norma sosial dianggap normatif, atau standar, dalam sebuah komunitas atau masyarakat.

Ketiga, Kontrol perilaku yang dirasakan – hal tersebut mengacu pada persepsi individu tentang kemudahan ataupun kesulitan dalam mewujudkan perilaku yang diadopsi. Kontrol perilaku yang dirasakan cenderung bervariasi tergantung pada situasi dan keadaan, oleh karena itu tiap orang memiliki persepsi kontrol perilaku yang berbeda tergantung pada situasi dan keadaannya. Kontrol perilaku yang dipersepsi atau yang dirasakan ditentukan oleh kepercayaan individu mengenai kontrol perilaku. Kontrol kepercayaan berkaitan pada keberadaan faktor yang dipercayai dapat memfasilitasi atau malah sebaliknya dapat menghambat kinerja suatu perilaku. Kekuasaan yang dirasakan berkontribusi pada kontrol perilaku yang dirasakan individu terhadap faktor-faktor tersebut. Selain

kontrol kepercayaan, kontrol terhadap perilaku yang dipersepsi juga mendapat masukan dari kontrol terhadap perilaku yang sebenarnya. Adanya penambahan beberapa faktor yang membentuk niat sebuah perilaku pada teori ini yang kemudian mengakibatkan pergeseran dari Theory of Reasoned Action ke Theory of Planned Behavior.



Gambar 6.2. Pengembangan Theory of planned behavior

Sumber: Boston University school of Public Health, 2022 (<https://sphweb.bumc.bu.edu/>)

6.2 Prediktor dalam Theory of Planned Behavior

Secara umum, aplikasi TPB untuk menjelaskan perubahan suatu perilaku kesehatan dapat dibuktikan secara empiris. Niat untuk melakukan berbagai jenis perilaku dapat diprediksi dari

sikap terhadap perilaku, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan; dan niat ini, bersama-sama dengan persepsi tentang kontrol perilaku, bertanggung jawab atas perbedaan yang cukup besar dalam perilaku aktual. Sikap, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan terbukti terkait dengan serangkaian keyakinan perilaku, norma sosial, dan kontrol yang menonjol tentang perilaku tersebut

Sikap, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan tidak selalu memberikan kontribusi yang sama untuk memprediksi niat. Kadang-kadang, niat individu dapat ditentukan sebagian besar oleh sikap, dan norma subyektif mungkin memiliki pengaruh yang kecil atau tidak sama sekali. Di lain waktu, niat individu dapat ditentukan sebagian besar oleh norma subyektif, dan sikap mungkin memiliki pengaruh yang kecil atau tidak sama sekali. Misalnya, niat mahasiswa untuk berolahraga mungkin sebagian besar didorong oleh sikap mereka bahwa berolahraga setiap hari itu baik, bermanfaat, dan penting; apakah orang lain berpikir mereka harus berolahraga atau tidak mungkin tidak terlalu kuat mempengaruhi niat mereka.

Teori Perilaku Terencana berpendapat bahwa niat mengarah pada perilaku; Namun, niat tidak selalu menjamin perilaku. Misalnya, seseorang mungkin berniat untuk berolahraga setiap hari tetapi tidak melakukannya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kekuatan hubungan antara niat dan perilaku. Pertama, Teori Perilaku Terencana menggarisbawahi prinsip kekhususan. Ini berarti bahwa untuk memprediksi perilaku terbaik, sikap, norma subyektif, dan keyakinan kontrol perilaku yang dirasakan harus berhubungan dengan niat spesifik dan perilaku spesifik. Kerangka kerja ini mencatat bahwa setiap perilaku tertentu mencakup tindakan, target, konteks, dan periode waktu. Misalnya, tujuan mungkin "berolahraga selama 30 menit setiap hari di bulan mendatang." Dalam contoh ini, "olahraga" adalah tindakannya, "30 menit" adalah targetnya, "setiap hari" adalah konteksnya, dan "di bulan

yang akan datang" adalah periode waktunya. Ketika kekhususan perilaku meningkat, niat menjadi prediktor perilaku yang lebih baik.

Selain itu, stabilitas temporal niat mempengaruhi kekuatan hubungan antara niat dan perilaku. Jika niat individu berfluktuasi dari waktu ke waktu (misalnya, beberapa hari saya berniat untuk berolahraga, dan hari lain tidak), maka niat diukur pada satu waktu tertentu mungkin tidak memprediksi perilaku berikutnya (Rhodes & Dickau, 2013). Ketika stabilitas niat individu meningkat dari waktu ke waktu, niat menjadi prediktor perilaku yang lebih baik. Teori Perilaku Terencana berfokus pada penalaran rasional dan mengesampingkan peran pengaruh emosional dan alam bawah sadar seseorang (lihat, misalnya, Sniehotta, Pesseau, & Araújo-Soares, 2014). Para peneliti berpendapat tentang pentingnya variabel-variabel ini dan oleh karena itu menyarankan bahwa emosi yang diantisipasi dan masa lalu, perilaku kebiasaan harus ditambahkan ke Teori Perilaku Terencana untuk memprediksi niat dan perilaku selanjutnya dengan lebih baik.

Orang mengantisipasi emosi yang akan mereka alami setelah melakukan perilaku tertentu — misalnya, seseorang mungkin mengantisipasi perasaan menyesal, bersalah, atau bangga jika mereka melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu. Oleh karena itu, emosi yang diantisipasi dapat membentuk dan memotivasi perilaku ketika orang berusaha untuk menghindari perasaan negatif dan mencapai perasaan positif (Baumeister, Vohs, DeWall, & Zhan 2007). Penelitian sebelumnya telah menemukan bahwa emosi yang diantisipasi telah menambah kekuatan penjelas Teori Perilaku Terencana untuk memprediksi, misalnya, skrining kanker (McGilligan, McClenahan, & Adamnson, 2009), vaksinasi (Gallagher & Povey, 2006), penggunaan sabuk pengaman (Şimşekoğlu & Lajunen), perilaku pengasuhan (Tracy & Robins, 2004), donasi sumsum

tulang (Lindsey, Yun, & Hill, 2007), dan pendaftaran donor organ (Wang, 2011).

Emosi antisipasi khusus yang telah dipelajari meliputi antisipasi penyesalan, rasa bersalah, dan kebanggaan. Misalnya, satu meta-analisis menemukan bahwa penyesalan yang diantisipasi ditambahkan secara signifikan dan independen terhadap prediksi niat dan perilaku prospektif di atas variabel Teori Perilaku Terencana (Sandberg & Conner, 2008). Penelitian sebelumnya juga mencatat bahwa orang akan menghindari tindakan yang mereka perkirakan akan membuat mereka merasa bersalah. Rasa bersalah yang diantisipasi berfungsi sebagai prediktor penting dari niat (O'Keefe, 2016). Akhirnya, kebanggaan yang diantisipasi dapat memengaruhi niat dan perilaku, khususnya untuk perilaku yang sesuai dengan standar sosial dan perilaku pro-sosial (Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007; Tracey & Robins, 2004).

Perilaku masa lalu dapat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perilaku masa depan, khususnya ketika perilaku masa lalu bersifat kebiasaan atau rutin (Sniehotta, 2014). Perilaku kebiasaan ini seringkali terjadi secara otomatis lebih daripada disengaja dan dengan demikian dapat memengaruhi niat itu sendiri atau secara langsung memengaruhi perilaku dengan menghindari niat. Ketika perilaku menjadi lebih kebiasaan, hubungan antara perilaku masa lalu dan perilaku masa depan meningkat. Penelitian sebelumnya telah menemukan kasus ini, misalnya, skrining kanker (Norman & Cooper, 2011), mengendarai sepeda (de Bruijn & Gardner, 2011), perilaku makan (de Bruijn, 2010; de Bruijn, Kroeze, Oenema, & Brug, 2008), olahraga (de Bruijn & Rhodes, 2010), dan konsumsi alkohol (Norman & Conner, 2006)

6.3 Teori Perilaku Terencana dan perubahan perilaku

Theory of Planned Behavior menetapkan bahwa adalah mungkin untuk mengubah niat seseorang dengan mempengaruhi satu atau lebih dari tiga faktor penentu niat (sikap, norma subyektif, dan/atau kontrol perilaku yang dirasakan).

6.3.1. Sikap

Sikap individu terhadap perilaku tertentu dapat dipengaruhi dalam beberapa cara yang berbeda. Theory of Planned Behavior menentukan determinan sikap, yang berguna untuk mengidentifikasi strategi khusus untuk melakukannya. Theory of Planned Behavior berpendapat bahwa sikap individu terhadap perilaku tertentu adalah fungsi gabungan dari evaluasi mereka terhadap setiap keyakinan tentang perilaku dan kekuatan yang dipegang oleh setiap keyakinan.

Mengubah sikap individu karena itu dapat dicapai dengan mengubah evaluasi keyakinan atau kepercayaan yang ada. Ini mungkin melibatkan peningkatan arti-penting dari keyakinan negatif yang ada (misalnya, "kita mungkin sudah tahu bahwa kecemasan bisa berbahaya, tetapi kita mungkin tidak menyadari konsekuensidari kecemasan itu sebenarnya") atau mengurangi arti-penting dari keyakinan positif yang ada (misalnya, "Mungkin menurut kita kecemasan yang dialami membantu memotivasi kita untuk menyelesaikan pekerjaan, tetapi sebenarnya ada cara lain untuk menyelesaikan tugas-tugas tersebut").

Mengubah sikap individu juga dapat dicapai dengan mengubah kekuatan keyakinan menonjol yang ada. Ini mungkin melibatkan peningkatan kekuatan keyakinan dari keyakinan positif yang sudah ada (misalnya, "Kita mungkin sudah tahu bahwa meditasi dapat mengurangi kecemasan, tetapi mungkin kita tidak menyadari seberapa besar kemungkinannya untuk menurun") atau menurunkan kekuatan keyakinan dari suatu

keyakinan yang sudah ada. keyakinan positif (misalnya, "Kecemasan sebenarnya tidak akan memotivasi kita untuk menyelesaikan pekerjaan yang ada").

Akhirnya, mengubah sikap individu dapat dicapai dengan menambahkan keyakinan baru yang menonjol. Ini dapat dicapai dengan memberikan informasi tambahan kepada individu tentang perilaku dan hasil yang diinginkan (misalnya, "kita mungkin tidak menyadari bahwa kecemasan dapat meningkatkan risiko penyakit jantung").

6.3.2. Norma Subjektif

Norma subyektif individu tentang perilaku tertentu dapat dipengaruhi dengan berbagai cara. Theory of Planned Behavior menentukan determinan dari norma subyektif, yang berguna untuk mengidentifikasi strategi khusus untuk melakukannya.

Theory of Planned Behavior berpendapat bahwa norma subyektif individu tentang perilaku tertentu adalah fungsi gabungan dari evaluasi mereka terhadap keyakinan normatif yang mereka anggap berasal dari orang lain yang penting dan motivasi mereka untuk mematuhi orang lain itu. Keyakinan normatif seseorang dapat dinilai dengan kuesioner.

Oleh karena itu, mengubah norma subyektif seseorang dapat dicapai dengan meningkatkan arti-penting dari lingkungan sosialnya tertentu (misalnya, "apakah seseorang mempertimbangkan bermeditasi menjadi penting ketika orang terdekatnya menganggap penting bagi dia untuk mengurangi kecemasan dan bermeditasi setiap hari?"), mengubah keyakinan normatif yang terkait dengan masukkan dari orang tertentu (mis., "Kamu benar-benar salah – saya sudah berbicara dengan istrimu, dan dia pikir kamu harus bermeditasi setiap hari untuk mengurangi kecemasanmu"), atau mengubah motivasi untuk mematuhi nasehat saat ini (mis., "Kamu harus benar-benar pertimbangkan apa yang istrimu pikirkan tentang ini").

6.3.3. Kontrol Perilaku yang Dirasakan

Kontrol perilaku yang dirasakan individu untuk perilaku tertentu dapat dipengaruhi dalam beberapa cara yang berbeda. TPB menentukan determinan kontrol perilaku yang dirasakan, yang berguna untuk mengidentifikasi strategi khusus untuk melakukannya. TPB berpendapat bahwa kontrol perilaku yang dirasakan individu untuk perilaku tertentu adalah fungsi gabungan dari penilaian mereka tentang kemungkinan atau frekuensi bahwa faktor kontrol tertentu akan terjadi dan potensi faktor kontrol untuk menghambat atau memfasilitasi perilaku.

Mengubah kontrol perilaku yang dirasakan individu dapat dicapai dengan banyak cara. Pembujuk dapat secara langsung menghilangkan hambatan, menciptakan peluang untuk kinerja yang sukses dari perilaku tertentu (misalnya, "Saya pernah melakukannya sebelumnya, jadi saya bisa melakukannya lagi"), memberikan contoh orang lain yang telah berhasil melakukan perilaku tersebut (mis. , "Jika mereka bisa melakukannya, saya bisa melakukannya"), atau berikan dorongan verbal (mis., "Kamu bisa melakukannya!") (O'Keefe, 2016). Salah satu dari strategi ini secara individual, atau bersamaan, dapat memengaruhi penilaian individu terhadap faktor kontrol, sehingga secara positif memengaruhi kontrol perilaku yang dirasakan mereka.

6.4 Keterbatasan Theory of Planned Behavior

TPB memiliki sangat berguna dan terbukti secara empiris akan tetapi teori ini juga memiliki beberapa keterbatasan, antara lain seperti ditunjukkan pada paragraph-paragraf berikut ini.

TPB mengasumsikan bahwa Individu telah memperoleh peluang dan sumber daya untuk berhasil dalam melakukan perilaku yang diinginkan, terlepas dari niatnya. Sehingga TPB tidak memperhitungkan variabel lain yang menjadi faktor niat dan motivasi perilaku, seperti ketakutan, ancaman, suasana hati, atau pengalaman masa lalu. Selain itu, meskipun

mempertimbangkan pengaruh normatif, namun tetap tidak mempertimbangkan faktor lingkungan atau ekonomi yang dapat memengaruhi niat seseorang untuk melakukan suatu perilaku.

TPB mengasumsikan bahwa perilaku adalah hasil dari proses pengambilan keputusan yang linier, dan tidak mempertimbangkan bahwa hal itu dapat berubah dari waktu ke waktu. Sementara konstruk tambahan dari kontrol perilaku yang dirasakan merupakan tambahan penting untuk teori, itu tidak mengatakan apa-apa tentang kontrol yang sebenarnya atas perilaku. Kerangka waktu antara "niat" dan "tindakan perilaku" tidak dibahas oleh teori.

TPB telah menunjukkan lebih banyak utilitas dalam kesehatan masyarakat daripada Model Keyakinan Kesehatan atau health belief model, tetapi masih membatasi ketidakmampuannya untuk mempertimbangkan pengaruh lingkungan dan ekonomi. Selama beberapa tahun terakhir, para peneliti telah menggunakan beberapa konstruksi TPB dan menambahkan komponen lain dari teori perilaku untuk membuatnya menjadi model yang lebih terintegrasi. Hal ini sebagai jawaban atas beberapa keterbatasan TPB dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Prediktor utama dalam Teori Perilaku Terencana (sikap, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan), prediktor tambahan (perilaku masa lalu dan kewajiban moral), dan niat untuk merubah perilaku. Sikap dan kontrol perilaku yang dirasakan memiliki pengaruh terkuat pada niat.

Pesan persuasif untuk meningkatkan niat akan memerlukan perancangan pesan yang memengaruhi sikap, norma subyektif, dan/atau kontrol perilaku yang dirasakan. Salah satu cara untuk mengubah sikap mungkin dengan menambahkan keyakinan baru yang menonjol dengan memberikan informasi tambahan kepada individu tentang perilaku dan hasil yang diminati. Salah satu cara untuk mengubah norma subyektif mungkin dengan meningkatkan arti-penting suatu nasehat

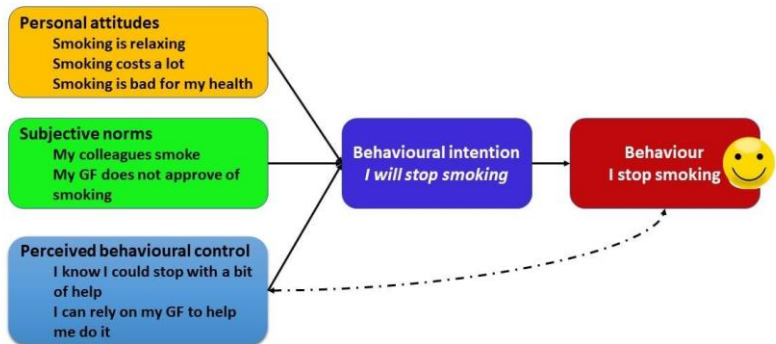
tertentu, khususnya dari teman dan rekan mereka. Salah satu cara untuk mengubah persepsi kontrol perilaku adalah dengan memberikan dorongan verbal (mis., “Kamu bisa melakukannya!”) atau menghilangkan penghalang yang dirasakan.

Ada masalah metodologis yang terkait dengan penelitian tentang teori ini. Semua komponen model dinilai dengan menggunakan kuesioner atau wawancara, sehingga jawabannya dipengaruhi oleh keinginan sosial. Selain itu, wawancara atau kuesioner ini dilakukan pada saat partisipan tidak berada dalam pengaruh obat-obatan/alkohol, namun pada situasi yang memicu perilaku kecanduannya (pub, pesta....), niat mereka mungkin akan segera terlupakan, dan perilaku tersebut dilanjutkan. Kekuatan TPB adalah memperhitungkan pengaruh teman sebaya (norma subyektif), yang signifikan baik di awal perilaku maupun pemeliharannya (SLT dan pengkondisian operan). Teori perilaku terencana mengasumsikan bahwa semua perilaku disadari, beralasan, dan terencana; namun, itu tidak mempertimbangkan peran emosi seperti kesedihan, frustrasi ... yang dapat memainkan peran penting dalam mempengaruhi perilaku.

6.5 Aplikasi TPB dalam Perilaku Kesehatan

TPB memiliki aplikasi praktis; telah digunakan dalam kampanye pendidikan kesehatan. Kampanye anti narkoba seringkali memberikan data tentang persentase orang yang melakukan perilaku berisiko seperti merokok atau penggunaan narkoba untuk mengubah norma subyektif. Misalnya, remaja yang merokok biasanya merupakan bagian dari kelompok sebaya yang merokok. Oleh karena itu mereka mungkin berpikir merokok adalah norma. Namun, sebagian besar remaja tidak merokok, jadi paparan statistik yang menunjukkan kepada mereka sejauh mana merokok seharusnya mengubah norma subyektif mereka.

TPB adalah model yang paling banyak digunakan dalam psikologi kesehatan. Ini berguna dalam memprediksi niat yang berkaitan dengan merokok dan minum, seperti yang didukung oleh Hagger et al. (2016). Dia menemukan bahwa tiga komponen model (sikap pribadi, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan) berkorelasi dengan niat pecandu alkohol untuk membatasi atau menghentikan kebiasaan minum mereka. Dia juga menemukan bahwa niat tersebut tercermin dalam perilaku mereka dan dapat memprediksi perkiraan jumlah unit yang dikonsumsi setelah 1 dan 3 bulan. Namun, itu tidak memprediksi pesta minuman keras.



© 2018 www.simplypsychology.org

Gambar 6.3. Contoh Penerapan Teori perilaku terencana untuk merokok

Sumber: Boston University school of Public Health, 2022 (<https://sphweb.bumc.bu.edu/>)

West et. Al (2001) menemukan bahwa perokok lebih kecil kemungkinannya untuk percaya bahwa mereka akan berhenti merokok dan oleh karena itu lebih kecil kemungkinannya untuk mencoba lagi jika mereka gagal untuk berhenti sebelumnya. Ini menunjukkan pentingnya kontrol perilaku yang dirasakan dalam

membentuk niat kita, seperti yang diprediksi oleh TPB. Namun, Webb and Sheeran (2006) melakukan meta-analisis dari 47 studi dan menemukan bahwa meskipun ada hubungan antara niat dan perilaku aktual, hubungan tersebut kecil. Hal ini menunjukkan bahwa ada kesenjangan yang signifikan antara niat dan perilaku.

6.6 Penutup

Menurut teori perilaku terencana (Ajzen, 2005), perilaku dipengaruhi oleh niat, yang ditentukan oleh tiga faktor: sikap, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan. Hal ini juga memungkinkan faktor eksternal untuk secara langsung memaksa atau mencegah perilaku, terlepas dari niatnya, tergantung pada sejauh mana suatu perilaku sebenarnya dikendalikan oleh individu, dan sejauh mana kontrol perilaku yang dirasakan merupakan ukuran akurat dari kontrol perilaku yang sebenarnya. Teori Perilaku Terencana mengasumsikan bahwa individu bertindak secara rasional, sesuai dengan sikap mereka, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan. Faktor-faktor ini tidak selalu dipertimbangkan secara aktif atau sadar selama pengambilan keputusan, tetapi menjadi latar belakang proses pengambilan keputusan. Dengan kata lain, orang mungkin tidak mengartikulasikan sikap tertentu, tetapi tetap dapat mempengaruhi pengambilan keputusan mereka. Penelitian di bidang ini bertujuan untuk mengungkap nilai-nilai dan gagasan tersembunyi yang memengaruhi pengambilan keputusan. Ada beberapa kontroversi mengenai asumsi rasionalitas karena terkadang manusia bertindak secara emosional, tidak rasional. Alih-alih mengatakan manusia berperilaku rasional, beberapa peneliti menyebutnya "pembuatan akal". Menurut teori perilaku terencana, kontrol perilaku yang dirasakan, bersama dengan niat perilaku, dapat digunakan secara langsung untuk memprediksi pencapaian perilaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. 1991. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. 2005. *Attitudes, Personality, and Behavior* (2nd ed.). New York: Open University Press.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Nathan DeWall, C., & Zhang, L. 2007. How emotion shapes behavior: Feedback, anticipation, and reflection, rather than direct causation. *Personality and Social Psychology Review*, 11(2), 167-203.
- de Bruijn, G. J. 2010. Understanding college students' fruit consumption: Integrating habit strength in the theory of planned behaviour. *Appetite*, 54(1), 16-22.
- de Bruijn, G. J., & Gardner, B. 2011. Active commuting and habit strength: an interactive and discriminant analyses approach. *American Journal of Health Promotion*, 25(3), e27-e36.
- de Bruijn, G. J., Kroeze, W., Oenema, A., & Brug, J. 2008. Saturated fat consumption and the Theory of Planned Behaviour: Exploring additive and interactive effects of habit strength. *Appetite*, 51(2), 318-323.
- de Bruijn, G. J., & Rhodes, R. E. 2011. Exploring exercise behavior, intention and habit strength relationships. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21(3), 482-491.
- Gallagher, S., & Povey, R. 2006. Determinants of older adults' intentions to vaccinate against influenza: A theoretical application. *Journal of Public Health*, 28(2), 139-144.
- Hagger, M. S., Chan, D. K., Protogerou, C., & Chatzisarantis, N. L. 2016. Using meta-analytic path analysis to test theoretical predictions in health behavior: An illustration based on meta-analyses of the theory of planned behavior. *Preventive medicine*, 89, 154-161.

- Lindsey, L. L. M., Yun, K. A., & Hill, J. B. 2007. Anticipated guilt as motivation to help unknown others: An examination of empathy as a moderator. *Communication Research*, 34(4), 468-480.
- McGilligan, C., McClenahan, C., & Adamson, G. 2009. Attitudes and intentions to performing testicular self-examination: Utilizing an extended theory of planned behavior. *Journal of Adolescent Health*, 44(4), 404-406.
- Norman, P., & Conner, M. 2006. The theory of planned behaviour and binge drinking: Assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 11(1), 55-70.
- Norman, P., & Cooper, Y. 2011. The theory of planned behaviour and breast self-examination: Assessing the impact of past behaviour, context stability and habit strength. *Psychology & Health*, 26(9), 1156-1172.
- O'Keefe, D. J. 2016. *Persuasion: Theory and Research (Third Edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rhodes, R. E., & Dickau, L. 2013. Moderators of the intention-behaviour relationship in the physical activity domain: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 47(4), 215-225.
- Riggio, R. E., Watring, K. P., & Throckmorton, B. 1993. Social skills, social support, and psychosocial adjustment. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 275-280.
- Sandberg, T., & Conner, M. 2008. Anticipated regret as an additional predictor in the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 47(4), 589-606.
- Şimşekoğlu, Ö., & Lajunen, T. 2008. Social psychology of seat belt use: A comparison of theory of planned behavior and health belief model. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 11(3), 181-191.

- Sniehotta, F., Presseau, J., & Araújo-Soares, V. 2014. Time to retire the theory of planned behavior. *Health Psychology review*, 8(1), 1-7.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. 2007. What's moral about the self-conscious emotions. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory of research* (pp. 21-37). New York, NY: Guilford Press.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. 2004. Show your pride: Evidence for a discrete emotion expression. *Psychological Science*, 15(3), 194-197.
- Wang, X. 2011. The role of anticipated guilt in intentions to register as organ donors and to discuss organ donation with family. *Health Communication*, 26(8), 683-690.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. 2006. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological bulletin*, 132(2), 249.
- West, R., McEwen, A., Bolling, K., & Owen, L. 2001. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction*, 96(6), 891-902.

BAB 7

DIFUSI DAN INOVASI

Oleh Frida Lina Br Tarigan

7.1 Pengertian Difusi dan Inovasi

Teori difusi inovasi pertama kali diterbitkan pada tahun 1903 oleh sosiolog Prancis Gabriel Tarde. Namun, dalam sejarah Amerika, teori difusi inovasi baru muncul sejak tahun 1950-an. Everett M. Rogers adalah salah satu eksponen teori difusi inovatif. Dia mendefinisikan difusi sebagai proses di mana suatu inovasi ditransmisikan dalam sistem sosial melalui saluran yang berbeda dan selama periode waktu tertentu. Seperti dalam buku "Diffusion of Innovations" tahun 1962, Everett M. Rogers menyatakan bahwa dasar pengembangan difusi inovasi ini adalah pemahaman tentang inovasi, ciri-ciri inovasi, mengapa orang mengadopsi inovasi, faktor sosial apa yang mendukung adaptasi inovasi. inovasi, adaptasi inovasi. dan bagaimana inovasi ini berkembang di masyarakat.

Tujuan utama difusi inovasi adalah pengadopsian inovasi (sains, teknologi, pengembangan masyarakat) oleh anggota tertentu dari suatu sistem sosial. Sistem sosial khusus ini dapat berbentuk individu, kelompok informal, organisasi, dan bahkan komunitas. Teori difusi inovasi pada dasarnya menjelaskan proses dimana suatu inovasi dikomunikasikan (disiarkan) melalui saluran tertentu sepanjang waktu kepada sekelompok anggota suatu sistem sosial. Rogers (1961) mendefinisikan inovasi sebagai suatu bentuk komunikasi yang secara khusus berkaitan dengan penyebaran pesan berupa ide-ide baru. Selain itu, pengertian diseminasi adalah tentang "apakah diseminasi ide baru yang dihasilkan dari penemuan ini". atau membuatnya

untuk pengguna akhir atau pengadopsi." Parker (1974) mendefinisikan difusi sebagai proses penambahan nilai pada aktivitas produksi atau proses ekonomi. Difusi merupakan tahapan dalam proses perubahan teknologi. Difusi, katanya, adalah tahap di mana manfaat suatu inovasi diterima secara umum. Inovasi oleh inovator ditransmisikan melalui pengguna lain hingga menjadi hal yang biasa dan diterima sebagai bagian dari aktivitas produktif.

Menurut Rogers, inovasi adalah "Suatu ide, praktik, atau objek yang dianggap baru oleh individu." Inovasi digambarkan sebagai "ide, praktik, atau objek yang dianggap baru oleh individu." Difusi adalah proses di mana sebuah penemuan ditransmisikan ke peserta sistem melalui rute tertentu dari waktu ke waktu. Difusi adalah bentuk komunikasi yang unik di mana sebuah konsep baru dikomunikasikan.

Dalam industri perawatan kesehatan, seluruh organisasi mengabdikan diri untuk mempromosikan inovasi - menjual obat terbaru, teknologi pencitraan, perangkat medis, program perangkat lunak, atau situs web - atau untuk mencegah inovasi agar tidak menjungkirbalikkan status quo dengan melakukan perincian balik, melarang perwakilan obat dari dokter, mewajibkan sertifikat kebutuhan, atau melarang penggantian biaya.

Para profesional perawatan kesehatan memprioritaskan untuk memperlambat penyebaran ide-ide baru dalam industri ini karena hal tersebut dapat dengan mudah berdampak signifikan terhadap kepuasan pasien, biaya, dan kualitas perawatan.

"Difusi adalah proses di mana sebuah inovasi dikomunikasikan dari waktu ke waktu di antara para partisipan dalam sebuah sistem sosial melalui saluran-saluran tertentu." Menurut Everett Rogers, yang bukunya yang berpengaruh, *Diffusion of Innovations*, yang kini telah dicetak dan dengan cemerlang mewakili literatur yang luas selama 50 tahun,

Studi difusi, sebuah cabang sosiologis, dimulai dengan meneliti bagaimana penemuan pertanian menyebar dari petani ke petani. Para peneliti awal di bidang ini mencoba memahami mengapa seorang petani mempelajari dan mulai menggunakan pestisida tertentu, sementara tetangganya tidak. Everett Rogers, dari University of New Mexico, yang memiliki spesialisasi di bidang ini selama hampir 45 tahun karirnya, telah meneliti dinamika penyebaran inovasi. Ia mengumpulkan dan mengevaluasi penelitian difusi selama puluhan tahun dalam bukunya yang terkenal, *The Diffusion of Innovations*, yang juga mengidentifikasi tren fundamental, klasifikasi pengadopsi, dan faktor-faktor yang memengaruhi keputusan adopsi.

Ide, metode, atau produk yang dianggap baru oleh seseorang. Mengingat hal ini, Dalam hal ini, keunikan inovasi dievaluasi secara subyektif berdasarkan sudut pandang penerimanya. Menurut pernyataan Rogers dalam bukunya, setiap inovasi memiliki kualitas unik yang dapat dievaluasi oleh orang lain. Penilaian setiap orang berbeda-beda. Situasi setiap orang berbeda. Karakteristik inovasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seberapa cepat suatu proses inovasi berjalan, sesuai dengan sifat penyebaran inovasi.

Difusi adalah proses di mana sebuah inovasi menyebar ke seluruh anggota sistem sosial dari waktu ke waktu melalui rute tertentu. Rogers, hal. 5 Inovasi adalah ide, perilaku, atau hal yang dianggap baru oleh seseorang atau unit adopsi lainnya. (Rogers, 11). Perawatan kesehatan adalah industri yang sangat aktif dan inovatif, namun sering dicirikan sebagai birokratis dan berubah secara bertahap. Para peneliti, bisnis swasta, lembaga akademik, dan organisasi pemerintah dan non-pemerintah berkolaborasi secara global untuk mengembangkan pendekatan inovatif untuk meningkatkan perawatan, penyembuhan, dan peningkatan kesehatan.

7.2 Elemen Elemen dalam Difusi Inovasi

Terdapat 4 elemen dalam difusi inovasi

1. Inovasi:

Sebuah konsep, tindakan, atau hal yang dianggap baru oleh seseorang. Dalam hal ini, keunikan inovasi dievaluasi secara subyektif berdasarkan pendapat penerima. Sebuah konsep dianggap inovatif bagi seseorang jika mereka menganggapnya baru. Konsep "baru" dari sebuah ide inventif tidak harus benar-benar baru.

2. Saluran Komunikasi

"Sarana" yang digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan inovasi dari sumber ke penerima. Dalam memilih saluran komunikasi, sumber, paling tidak perlu memperhatikan:

- a. Tujuan diadakannya komunikasi dan
- b. Karakteristik penerima.

Media massa adalah metode komunikasi yang lebih cocok, cepat, dan efektif untuk memperkenalkan sebuah ide kepada audiens yang cukup besar dan tersebar luas. Namun, saluran interpersonal adalah yang paling cocok jika tujuan komunikasi adalah untuk mengubah sikap atau perilaku pribadi penerima.

3. Jangka waktu;

Proses pengambilan keputusan untuk inovasi, dari saat seseorang pertama kali belajar tentang suatu inovasi hingga saat mereka memutuskan untuk menerima atau menolaknya, dan kekuatan keputusan mereka, sangat berkorelasi dengan waktu.

Proses pengambilan keputusan untuk inovasi, keinovatifan seseorang, atau seberapa cepat seseorang menerima inovasi, adalah setidaknya tiga area di mana dimensi waktu terlihat jelas. Dua lainnya adalah tingkat

adopsi inovasi dalam sistem sosial dan proses pengambilan keputusan untuk inovasi.

4. Sistem sosial :

Sekelompok entitas yang terpisah secara fungsional yang terhubung bersama untuk memecahkan masalah dan memajukan tujuan bersama.

Lebih lanjut, teori Rogers (1995) memiliki justifikasi dan relevansi yang kuat dalam pemilihan inovasi. Teori ini, antara lain, menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat adopsi inovasi serta tahapan proses pengambilan keputusan.

Menurut Ardianto dkk (2009), faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tahapan difusi inovasi tersebut mencakup:

1. Atribut inovasi (*perceived attribute of innovation*),
 - a. Keuntungan relative (*relative advantage*),
Adalah inovasi dapat diterima oleh masyarakat apabila menguntungkan secara ekonomis atau dapat meningkatkan prestise/status social serta kenyamanan dan kepuasan, juga merupakan unsur yang penting.
 - b. Kesesuaian (*compatibility*),
adalah suatu inovasi dirasakan ajeg atau konsisten dengan nilai - nilai yang berlaku, pengalaman yang telah dimiliki, kesesuaian dengan tradisi dan kebutuhan mereka yang melakukan adopsi.
 - c. Kerumitan (*complexity*),
adalah mutu derajat dimana inovasi dirasakan sukar untuk dimengerti dan dipergunakan. Selanjutnya Mulyana S (2009) mengatakan bahwa kerumitan dari inovasi, apabila dilaksanakan oleh sasaran. Kompleksitas inovasi yang diterima oleh anggota dalam sistem sosial sangat berpengaruh.
 - d. Kemungkinan di coba (*trialability*),
adalah mutu derajat dimana inovasi di eksperimentasikan pada landasan yang terbatas.

Mulyana S. (2009) mengatakan bahwa, dapat diujicobakan, setiap inovasi yang dibawa dapat diujicobakan dulu oleh sasaran sehingga dapat dilanjutkan/tidak, tergantung dari persepsi sasaran terhadap inovasi tersebut.

- e. Kemungkinan diamati (*observability*),
Adalah hasil inovasi dapat disaksikan oleh orang lain atau dapat dilihat/tampak, dapat dikomunikasikan dan dapat dideskripsikan.
2. Jenis keputusan inovasi (*type of innovation decisions*),
- a. Keputusan individual:
 - 1) Keputusan optional melalui proses:
 - a) Tahap kesadaran (*awareness*)
 - b) Tahap menaruh minat (*interest*)
 - c) Tahap penilaian (*evaluation*)
 - d) Tahap percobaan (*trial*)
 - e) Tahap penerimaan (*adoption*)
 - 2) Keputusan Kolektif
 - a) Stimulasi minat ke arah kebutuhan terhadap ide baru (oleh stimulator)
 - b) Inisiasi ide-ide baru dalam sistem sosial (inisiator, para pemula)
 - c) Legitimasi ide baru melalui pemegang kekuasaan (pemerintah/ pimpinan masyarakat)
 - d) Keputusan bertindak (anggota sistem)
 - e) Tindakan/pelaksanaan ide baru (anggota sistem sosial)
 - b. Keputusan Otoritas:
Dimana suatu keputusan diambil dengan paksaan, atas dasar kepentingan atau mendesaknya suatu inovasi untuk diadopsi atau digunakan atau karena urgensi dari suatu inovasi tersebut harus digunakan dalam suatu sistem sosial. Karena apabila inovasi itu tidak segera dikhawatirkan terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan. Disini dalam pengambilan keputusan tidak harus melalui tahapan-tahapan pengambilan keputusan.

3. Saluran komunikasi (*communication channel*),
 - a) Sumber,
 - b) Media/khalayak
 - c) Objek/interpersonal
4. Kondisi sistem sosial (*nature of social system*),
Hal yang harus diperhatikan:
 - a) Norma masyarakat,
 - b) Toleransi terhadap penyimpangan
 - c) Pola komunikasi.
5. Peran agen perubah (*change agents*).
Faktor yang mempengaruhi keberhasilan agen: gencarnya promosi yang berorientasi pada klien, kerjasama dengan tokoh masyarakat, kredibilitas agen di mata klien.

7.3 Elemen Difusi Inovasi

Menurut Rogers (1983), ada lima sifat yang membedakan inovasi, antara lain *relative advantage* (keunggulan relative), (*compatibility*) kesesuaian atau kompatibilitas (keserasian) (*complexity*) kompleksitas, (*triability*) triabilitas (kemampuan diuji), triabilitas (kemampuan diuji), dan *observability* (dapat diobservasi).).

Berikut Menurut Rogers (1983:15-16), ciri-ciri berikut ini merupakan ciri-ciri inovasi:

1. Keuntungan relative (*Relative Advantage*)
Tingkat kelebihan yang dimiliki sebuah inovasi dibandingkan inovasi sebelumnya atau dibandingkan praktik-praktik yang diterima secara umum dikenal sebagai keunggulan relatif. Biasanya, ini dievaluasi dalam hal keberhasilan ekonomi, kemajuan sosial, kenyamanan, dan kepuasan. Adopsi sebuah inovasi terjadi lebih cepat jika semakin besar keuntungan relatif yang dirasakan oleh pengadopsi.

2. *Kompatibilitas (Compatibility)*

Sejauh mana sebuah inovasi konsisten atau sesuai dengan nilai, pengalaman, dan persyaratan yang ada saat ini disebut sebagai tingkat kompatibilitasnya. Seseorang tidak dapat dengan mudah mengadopsi inovasi baru jika inovasi tersebut bertentangan atau tidak sesuai dengan nilai dan standar yang mereka junjung tinggi.

3. *Complexity* atau kompleksitas

Kompleksitas atau kerumitan (kompleksitas) mengacu pada tingkat kerumitan inovasi, atau seberapa menantang untuk memahami dan menggunakan inovasi tersebut. Inovasi diadopsi lebih cepat jika semakin mudah dipahami oleh pengadopsi. semakin cepat adopsi inovasi.

4. *Triability* atau triabilitas

Sejauh mana sebuah inovasi dapat segera digunakan atau harus menjalani pengujian terlebih dahulu dikenal sebagai triabilitas. Inovasi biasanya diadopsi lebih cepat karena dapat diuji dalam pengaturan dunia nyata. Penerimaan sebuah inovasi kemudian harus dipercepat lebih lanjut dengan kemampuannya untuk membuktikan keunggulannya.

5. *Observability* (Observasi)

Sejauh mana hasil dari penggunaan sebuah inovasi dapat diamati oleh orang lain dikenal sebagai observabilitas. Kemungkinan seseorang atau sekelompok orang akan mengadopsi sebuah penemuan meningkat seiring dengan kemudahan seseorang untuk melihat konsekuensi dari inovasi tersebut. sejumlah orang.

7.4 Karakteristik Inovasi

Tidak semua produk memiliki peluang yang sama untuk diterima oleh konsumen; beberapa produk mendapatkan popularitas dengan segera, sementara produk lainnya

membutuhkan waktu yang sangat lama atau tidak pernah diterima secara luas.

Beberapa produk tertentu dapat diterima secara luas oleh konsumen dengan segera, sementara produk lainnya membutuhkan waktu yang sangat lama atau tidak pernah diterima sama sekali. Kualitas produk, sebagai pengguna teknologi pertanian, memengaruhi seberapa cepat inovasi diadopsi di tingkat petani. Berbagai elemen, termasuk saluran komunikasi, karakteristik sistem sosial, kegiatan promosi, dan fungsi komunikator, mempengaruhi seberapa cepat inovasi diadopsi. Lima atribut produk, antara lain, dapat digunakan sebagai indikator dalam mengukur sikap, menurut Schiffman dan Kanuk (2010). Ada lima karakteristik produk tersebut yang dapat digunakan sebagai indikator dalam mengukur persepsi antara lain:

1. Keuntungan relatif (*relative advantages*),
Keunggulan relatif mengacu pada seberapa besar sebuah konsep dianggap lebih unggul daripada gagasan lain dan bernilai ekonomis.
2. Kesesuaian (*compability*),
Sejauh mana masa lalu sebuah inovasi dianggap konsisten dengan cita-cita, pengalaman, dan kebutuhan pengadopsi saat ini. Akibatnya, ide-ide baru yang tidak sesuai dengan aspek-aspek penting dari tatanan sosial tidak akan menyebar secepat ide-ide yang sesuai
3. Kerumitan (*complexity*),
Kompleksitas adalah ukuran dari tingkat kesulitan yang dirasakan dari sebuah inovasi dalam penggunaan dan pemahaman. Kecepatan penerimaan inovasi akan diperlambat oleh kesulitan untuk memahami dan menggunakannya.

4. Kemungkinan untuk dicoba (*trialibility*),
Kemampuan sebuah ide baru untuk diuji coba dalam skala kecil. Inovasi yang dapat diuji coba dalam skala kecil biasanya diadopsi lebih cepat daripada inovasi yang tidak.
5. Mudah diamati (*observability*),
Mengukur seberapa mudah keuntungan teknologi dan finansial dapat diidentifikasi sebagai hasil dari sebuah inovasi, sehingga mempercepat adopsi. Calon pengadopsi lain dapat melanjutkan ke tahap adopsi tanpa harus melalui masa uji coba.

7.5 Saluran Komunikasi

Volume komunikasi antara pemasar dan konsumen serta komunikasi konsumen itu sendiri menentukan seberapa cepat inovasi menyebar ke seluruh pasar (Schiffman dan Kanuk, 2010). Menurut Rogers dalam Mardikanto (1988), saluran komunikasi adalah sarana untuk mentransmisikan pesan dari pengirim ke penerima. Saluran interpersonal dan media massa adalah dua kategori saluran komunikasi. Saluran komunikasi interpersonal, menurut Cangara (2009), adalah saluran komunikasi yang melibatkan dua orang atau lebih yang berbicara secara tatap muka.

Menurut Mardikanto (1988), saluran interpersonal adalah setiap interaksi atau pertukaran pesan yang berlangsung secara langsung secara tatap muka antara dua atau beberapa orang, baik yang melibatkan instrumen atau alat yang memungkinkan terjadinya reaksi atau komentar langsung dari semua pihak yang terlibat.

Rogers (1983) mendefinisikan, saluran media massa adalah alat-alat penyampai pesan yang memungkinkan sumber mencapai suatu audiens dalam jumlah besar yang dapat menembus batasan waktu dan ruang. Misalnya radio, televisi, film, surat kabar, buku, dan sebagainya.

Seseorang menerima rangsangan informasi dari sumber dan saluran komunikasi selama proses pengambilan keputusan inovasi. Kebanyakan orang pertama kali menyadari dan belajar tentang kemajuan melalui media arus utama. Seseorang menciptakan persepsinya tentang inovasi selama tahap persuasi melalui saluran yang lebih personal dan interpersonal. Pada tahap pilihan, seseorang yang telah memilih untuk menerima sebuah penemuan kemungkinan besar akan terus menggunakannya atau berhenti (Hanafi, 1987).

Salah satu kebutuhan mendasar kita sebagai manusia, baik saat lahir maupun sepanjang hidup, adalah komunikasi. Tindakan yang melibatkan komunikasi dapat terjadi dalam berbagai konteks kehidupan manusia, termasuk kegiatan individu, interaksi antara dua orang atau lebih, kelompok, keluarga, dan organisasi. Komunikasi, seperti yang didefinisikan oleh Rogers dan Kincaid (1981), adalah suatu proses di mana orang-orang menghasilkan dan saling bertukar informasi.

Menurut Djuarsa (2005), komunikasi memiliki beberapa karakteristik, antara lain merupakan suatu proses, merupakan upaya yang disengaja dan memiliki tujuan, membutuhkan partisipasi dan kerjasama dari para pelaku yang terlibat, bersifat simbolik, bersifat transaksional, dan menembus batas-batas ruang dan waktu.

Pertanian telah mendapatkan banyak manfaat dari perkembangan penerapan ilmu komunikasi. Soekartawi (2005) mendefinisikan komunikasi pertanian sebagai pernyataan yang dibuat antara orang-orang dalam kaitannya dengan kegiatan pertanian, baik secara individu maupun kelompok, yang bersifat umum dan sering dijumpai dalam pendekatan penyuluhan. Lingkungan dalam peradaban modern memiliki dampak yang signifikan terhadap kemajuan teknologi, dan interaksi manusia di dalam dan di antara kelompok-kelompok sangat penting untuk keberhasilan.

7.6 Sistem Sosial

Sebuah sistem sosial terdiri dari berbagai komponen yang unik secara fungsional yang dihubungkan bersama melalui pemecahan masalah secara kooperatif untuk mencapai tujuan bersama (Rogers, 1983). Sistem sosial adalah kumpulan usaha atau sekelompok individu yang terlibat dalam hubungan timbal balik secara teratur. Banyak individu dan aktivitas mereka secara konstan berhubungan satu sama lain. Sistem sosial memiliki dampak pada perilaku karena mengandung nilai dan norma yang mendefinisikan bagaimana anggota masyarakat harus berperilaku. Setiap sistem sosial selalu mempertahankan batas-batas pada tingkat tertentu yang membedakannya dengan lingkungannya (sistem sosial lainnya). Selain itu, di dalam sistem sosial terdapat mekanisme yang bekerja atau berfungsi untuk menegakkan sistem sosial tersebut (Widjajati).

Tergantung pada seberapa cepat mereka menerima inovasi, anggota sistem sosial dapat dikategorikan ke dalam kelompok pengadopsi. Pengelompokan berdasarkan kurva adopsi (Rogers, 1983) merupakan salah satu kelompok yang dapat dijadikan acuan.

Struktur sosial, individu atau kelompok orang, dan norma-norma yang telah ditetapkan, semuanya ada dalam sistem sosial. Dalam hal ini, Rogers (1983) membuat daftar empat elemen yang berdampak pada bagaimana sistem sosial mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang inovatif. Empat komponen tersebut adalah struktur sosial, norma sistem, fungsi pemimpin, dan agen perubahan.

Suatu unit sistem tersusun dalam struktur sosial menurut pola yang telah ditentukan. Kehadiran struktur dalam sistem sosial memastikan bahwa perilaku menjadi teratur dan stabil.

Struktur sosial juga mengungkapkan hubungan di antara konstituennya. Hal ini dapat ditunjukkan dengan melihat struktur sosial masyarakat suku tertentu atau struktur organisasi bisnis.

Struktur sosial suatu sistem dapat membantu atau menghambat seberapa cepat inovasi menyebar ke seluruh sistem tersebut. Menurut Katz (1961), yang dikutip oleh Rogers, menyebarkan sebuah inovasi tanpa memahami struktur sosial pengadopsi potensialnya adalah hal yang bodoh, sama seperti mempelajari sirkulasi darah tanpa memiliki pengetahuan yang cukup tentang struktur pembuluh darah dan arteri. Adopsi sebuah penemuan dipengaruhi oleh sifat-sifat individu serta struktur sosial di mana individu tersebut diposisikan, menurut penelitian yang dilakukan di Korea oleh Rogers dan Kincaid (1981).

Norma sistem adalah pola perilaku yang diterima oleh semua peserta dalam suatu sistem sosial dan bertindak sebagai standar atau panduan bagi semua peserta. Norma sistem juga dapat menghalangi orang untuk menerima konsep baru. Hal ini sangat terkait dengan sejauh mana inovasi sesuai dengan prinsip-prinsip atau cita-cita tatanan sosial tertentu. Oleh karena itu, sejauh mana sebuah penemuan bertentangan dengan ide atau nilai yang dipegang oleh seorang individu atau sekelompok individu dalam sistem sosial berdampak pada adopsi inovasi tersebut.

Norma sistem adalah pola perilaku yang diterima oleh semua peserta dalam suatu sistem sosial dan bertindak sebagai standar atau panduan bagi semua peserta. Norma sistem juga dapat menghalangi orang untuk menerima konsep baru. Hal ini sangat terkait dengan sejauh mana inovasi sesuai dengan prinsip-prinsip atau cita-cita tatanan sosial tertentu. Oleh karena itu, sejauh mana sebuah penemuan bertentangan dengan ide atau nilai yang dipegang oleh seorang individu atau sekelompok individu dalam sistem sosial berdampak pada adopsi inovasi tersebut.

Seorang anggota sistem sosial yang mempengaruhi sistem sosial adalah agen perubahan. Mereka adalah orang-orang yang memiliki kekuatan untuk mengubah perasaan orang lain terhadap suatu inovasi. Agen perubahan, bagaimanapun juga,

adalah orang formal atau resmi yang diberi misi oleh kliennya untuk membujuk mereka yang berada di dalam sistem sosialnya. Para profesional yang telah menjalani pendidikan atau pelatihan khusus untuk mengubah struktur sosial biasanya dianggap sebagai agen perubahan.

Fungsi utama dari *change agent* adalah menjadi mata rantai yang menghubungkan dua sistem sosial atau lebih. Dengan demikian, kemampuan dan keterampilan change agent berperan besar terhadap diterima atau ditolaknya inovasi tertentu. Sebagai contoh, lemahnya pengetahuan tentang karakteristik struktur sosial serta norma dalam suatu sistem sosial memungkinkan ditolaknya suatu inovasi walaupun secara ilmiah inovasi tersebut terbukti lebih unggul dibandingkan dengan apa yang sedang berjalan saat itu (Rogers dan Shoemaker, 1971).

7.7 Proses Adopsi Inovasi

Proses adopsi inovasi adalah suatu proses yang menyangkut proses pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh banyak faktor. Rogers dan Shoemaker (1971) memberi definisi tentang proses pengambilan keputusan untuk melakukan adopsi inovasi: *the mental procees of an innovation to a decision to adopt or to reject and to comfirmation of this decition* (keputusan menerima atau menolak sebuah inovasi dan konfirmasi tentang keputusan tersebut merupakan satu proses mental). Proses adopsi inovasi memerlukan sikap mental dan konfirmasi dari setiap keputusan yang diambil oleh seseorang sebagai *adopter*.

Soekartawi (2005) mendefinisikan adopsi inovasi sebagai suatu proses perubahan sosial di mana suatu penemuan baru disampaikan kepada pihak lain sebelum diadopsi oleh kelompok atau sistem sosial. Inovasi adalah konsep yang dianggap baru oleh seseorang; contohnya adalah struktur organisasi baru, strategi pemasaran produk pertanian, dan kemajuan teknologi. Proses adopsi dimulai ketika seseorang pertama kali mendengar sesuatu

yang baru dan berakhir ketika mereka mengadopsi (menerima, menerapkan, atau memanfaatkan) hal yang baru tersebut.

Untuk menerima sebuah inovasi, seseorang atau individu harus memutuskan apakah akan menerima atau menolaknya. Rogers (1983) menegaskan bahwa proses pengambilan keputusan untuk inovasi adalah proses mental dimana seseorang/individu berkembang dari pertama kali mempelajari sebuah inovasi dengan mengembangkan sikap terhadap inovasi, hingga memutuskan apakah akan menerima atau menolaknya, mempraktekkan ide baru, dan mengkonfirmasi keputusan inovasi tersebut. Pada awalnya, Rogers menggambarkan beberapa langkah yang dilalui seseorang dalam upaya mengadopsi perilaku baru, antara lain:

1. Tahap *Awareness* (Kesadaran), yaitu tahap seseorang tahu dan sadar ada terdapat suatu inovasi sehingga muncul adanya suatu kesadaran terhadap hal tersebut.
2. Tahap *Interest* (Keinginan), yaitu tahap seseorang mempertimbangkan atau sedang membentuk sikap terhadap inovasi yang telah diketahuinya tersebut sehingga ia mulai tertarik pada hal tersebut.
3. Tahap *Evaluation* (Evaluasi), yaitu tahap seseorang membuat putusan apakah ia menolak atau menerima inovasi yang ditawarkan sehingga saat itu ia mulai mengevaluasi.
4. Tahap *Trial* (Mencoba), yaitu tahap seseorang melaksanakan keputusan yang telah dibuatnya sehingga ia mulai mencoba suatu perilaku yang baru.
5. Tahap *Adoption* (Adopsi), yaitu tahap seseorang memastikan atau mengkonfirmasi putusan yang diambilnya sehingga ia mulai mengadopsi perilaku baru tersebut.

Dari pengalaman di lapangan ternyata proses adopsi tidak berhenti segera setelah suatu inovasi diterima atau ditolak. Kondisi ini akan berubah lagi sebagai akibat dari pengaruh

lingkungan penerima adopsi. Oleh sebab itu, Rogers (1983) merevisi kembali teorinya tentang keputusan tentang inovasi yaitu: *Knowledge* (pengetahuan), *Persuasion* (persuasi), *Decision* (keputusan), *Implementation* (pelaksanaan), dan *Confirmation* (konfirmasi).

1. Tahap pengetahuan.

Seseorang belum mengetahui tentang kemajuan-kemajuan baru pada saat ini. Untuk itu, informasi mengenai terobosan-terobosan tersebut harus disebarluaskan melalui berbagai saluran komunikasi yang sudah ada, termasuk komunikasi interpersonal dalam masyarakat, media cetak, dan media elektronik. Faktor-faktor sosial ekonomi, nilai-nilai individu, dan gaya komunikasi semuanya memiliki dampak pada tahap ini dalam proses pengambilan keputusan.

2. Tahap 2 persuasi.

Pada tahap ini, orang ingin tahu tentang kemajuan dan secara aktif mencari informasi tentangnya. Tahap kedua ini sebagian besar terjadi pada tingkat pemikiran calon pengguna. Inovasi yang dipermasalahkan berkaitan dengan fitur-fitur inovasi itu sendiri, seperti: Manfaat, kebaruan, tingkat kompatibilitas, kompleksitas, dapat diuji coba dan dilihat.

3. Tahap pengambilan keputusan.

Pada tahap ini individu mengambil konsep inovasi dan menimbang keuntungan/kerugian dari menggunakan inovasi dan memutuskan apakah akan mengadopsi atau menolak inovasi.

4. Tahap implementasi.

Cara setiap orang menggunakan inovasi pada tahap ini tergantung pada situasi. Orang-orang menilai kegunaan inovasi pada titik ini dan mungkin memutuskan untuk mempelajari lebih lanjut tentang inovasi tersebut.

5. Tahap konfirmasi.

Setelah sebuah keputusan dibuat, seseorang kemudian akan mencari pembenaran atas keputusan mereka. Tidak menutup kemungkinan seseorang kemudian mengubah keputusan yang tadinya menolak jadi menerima inovasi setelah melakukan evaluasi.

Teori tentang proses adopsi ini banyak dikritik oleh para ahli. Mereka mengatakan bahwa prosesnya terlalu sederhana. Sehubungan dengan itu maka dikemukakan teori: **"innovation - decision process"**. Dalam proses difusi inovasi ada beberapa kegiatan yaitu :

a. Mempelajari Inovasi.

Orang pertama kali mulai memperhatikan dan mengamati kemajuan baru pada tahap ini berkat berbagai sumber, terutama media. Para pengadopsi awal biasanya membaca koran dan menonton televisi secara teratur sehingga mereka dapat mengetahui teknologi baru. Berbeda dengan kasus di mana orang menganggap hal baru itu mudah, mereka akan mengadopsinya lebih cepat jika sebuah penemuan dianggap sulit untuk dipahami dan sulit untuk diterapkan.

b. Melakukan Adopsi

Masyarakat kini mulai memanfaatkan kemajuan yang mereka pelajari. Keputusan masyarakat untuk mengadopsi suatu penemuan juga dipengaruhi oleh sejumlah pertimbangan lain. Menurut penelitian, orang lebih cenderung ingin terlibat dalam tindakan tertentu jika semakin banyak imbalan yang mereka terima. Keyakinan akan kemampuan seseorang juga berdampak pada penyerapan inovasi. Orang sering bertanya pada diri sendiri apakah mereka dapat melakukan sesuatu yang baru sebelum memutuskan untuk mencobanya. Orang cenderung mengadopsi inovasi jika mereka percaya bahwa

mereka dapat mencapainya. Penguatan status adalah motivator penting lainnya untuk menerapkan inovasi. Beberapa orang mencari sorotan setiap kali mereka mengadopsi ide-ide baru untuk membuat orang lain terkesan dengan status sosial mereka. Nilai-nilai dan persepsi diri individu juga berdampak pada adopsi inovasi. Dia tidak akan mengadopsi sebuah penemuan jika dianggap menyimpang atau tidak sesuai dengan idealisme yang dia junjung tinggi. Tingkat adopsi berkorelasi terbalik dengan jumlah pengorbanan yang diperlukan untuk mengadopsi sebuah penemuan.

c. Pengembangan jaringan sosial

Sebuah inovasi dapat diadopsi secara luas oleh masyarakat ketika seseorang yang telah menerimanya menyebarkannya ke jaringan sosial di sekitarnya. Proses penyebaran sebuah inovasi dari satu orang ke orang lain melalui interaksi sosial mereka tidak dapat dilepaskan dari proses difusi. Menurut penelitian, kelompok yang kuat dan kohesif yang dekat satu sama lain akan mengadopsi inovasi melalui kelompoknya. Dalam hal adopsi inovasi, komunikasi media massa menyebarkan informasi tentang teknologi baru lebih cepat daripada komunikasi interpersonal. Orang-orang dipengaruhi oleh komunikasi interpersonal untuk menerima teknologi yang sebelumnya telah dipopulerkan oleh media.

Secara umum, tingkat adopsi dipengaruhi oleh lima faktor yakni persepsi terhadap keunggulan relatif produk baru dibandingkan produk atau metode metode yang sudah ada; kompatibilitas, artinya kesesuaian dengan nilai-nilai yang ada dan pengalaman konsumen di masa lalu; kompleksitas, yakni sejauh mana inovasi atau produk baru mudah dipahami dan digunakan; *divisibility*, menyangkut kemampuan produk untuk diuji dan digunakan secara terbatas tanpa biaya besar (berkaitan dengan kuantitas pembelian, ukuran penyajian dan porsi

produk); *communicability*, yaitu sejauh mana manfaat inovasi atau nilai produk bisa dikomunikasikan kepada pasar potensial kecepatan adopsi dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu: sifat inovasinya sendiri, baik sifat intrinsik yang melekat pada inovasinya sendiri maupun sifat ekstrinsik yang dipengaruhi oleh keadaan lingkungan, sifat sasarannya, cara pengambilan keputusan, saluran komunikasi yang digunakan, keadaan penyuluh. Berkaitan dengan kemampuan penyuluh untuk berkomunikasi, perlu juga diperhatikan kemampuan berempati atau kemampuan untuk merasakan keadaan yang sedang dialami atau perasaan orang lain, dan ragam sumber informasi.

Banyak karakteristik, termasuk tingkat keuangan, keberanian mengambil risiko, usia, jumlah keanggotaan dalam kelompok atau organisasi di luar lingkungan sekitar, kegiatan mencari informasi dan ide-ide baru, serta sumber informasi yang digunakan, yang berdampak pada seberapa cepat kelompok-kelompok individu tersebut menerima inovasi.

7.8 Difusi Inovasi dalam Bidang Kesehatan

Teori difusi inovasi dari Rogers sering kali dipakai dalam dunia kesehatan. Berikut beberapa aplikasi teori difusi inovasi yang diterapkan dalam bidang kesehatan

1. Difusi Inovasi Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik”

Difusi Inovasi Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” dalam mengendalikan pertumbuhan penduduk Desa Lompio Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala dan Faktor faktor apa saja yang menghambat penyebaran informasi tentang Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” dalam mengendalikan pertumbuhan penduduk Desa Lompio inovasi. Teori yang digunakan adalah teori dari Rogers tentang difusi inovasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Difusi Inovasi Program

Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” bukan suatu hal yang baru bagi masyarakat Desa Lompio tetapi yang menurut mereka inovasi ialah inovasi slogan dan alat kontrasepsinya. Program Keluarga Berencana merupakan salah satu bentuk pembangunan yang telah di- canangkan pemerintah untuk mensejahterakan hidup masyarakat. Peningkatan kesejahteraan keluarga dapat diraih melalui Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik”. Ketika menerapkan program ini, secara tidak langsung berarti ikut berpartisipasi dalam meningkatkan kesejahteraan sistem soisal. Gerakan untuk mem bentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Maka dapat di- rumuskan permasalahan yaitu, Bagaimana Di- fusi Inovasi Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” yang dilakukan oleh Unit Pelaksana Teknis Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan (UPT KB dan PP) dalam mengendalikan pertumbuhan penduduk di Desa Lompio Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala dan Faktor-faktor apa saja yang menghambat penyebaran informasi tentang Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik”.

Difusi Inovasi Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” dalam Mengendalikan Pertumbuhan Penduduk Desa Lompio Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala yang dilakukan oleh UPT KB dan PP Kecamatan Sirenja. Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” didifusikan mulai dari tahun 2011. Pihak UPT KB dan PP Kecamatan Sirenja bertindak sebagai komunikator yang menyampaikan atau menyebarkan informasi program KB kepada masyarakat Desa Lompio dan dibantu oleh kader KB Desa Lompio. Program Keluar- ga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” jika dilihat dari karakteristik inovasinya, yaitu Keunggulan relatif, program ini merupakan program yang menguntungkan masyarakat Desa Lompio dalam segi ekonomi maupun mengatur jarak angka kelahiran anak.

Dari segi kompatibilitas, Program Keluarga Berencana sesuai dengan norma-norma yang ada di Desa Lompio, tidak peraturan atau norma khusus yang secara tegas melarang pengadopsian program ini. Dari segi kompleksitas, program ini tidak sulit diterapkan, karena dalam menerapkannya masyarakat Desa Lompio mendapatkan bantuan dari pihak bidan dan kader KB desa Lompio. Dari segi Triabilitas, Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” merupakan program yang bisa dicoba terlebih dahulu oleh masyarakat Desa Lompio sebelum mereka menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Dari segi Observabilitas, hasil dari pemakaian ini hanya dirasakan oleh adopter dan tidak bisa dilihat dan dirasakan oleh masyarakat lain.

2. Difusi Inovasi Program E-Health

Difusi inovasi program e-health dilakukan dengan beberapa proses. Proses invention merupakan proses dimana e-health diciptakan. E-health merupakan gagasan dan ide baru di bidang pelayanan kesehatan. Proses difusi inovasi dalam e-health program di Puskesmas Kalijudan Tingkat Kecamatan Kota Surabaya difusi inovasi karena program e-health merupakan inovasi atau ide baru di bidang kesehatan. Program e-health merupakan hasil adopsi e-government dalam sistem pelayanan kesehatan untuk mengurangi antrian di Puskesmas milik pemerintah. Program e-health memiliki kesehatan sistem registrasi layanan yang dulunya dilakukan secara manual menjadi digital. Dalam pelaksanaannya di Puskesmas Kalijudan Tingkat Kecamatan, program ini sudah cukup baik. Pelajaran ini menggunakan metode deskriptif kualitatif.

Penetapan informan dilakukan dengan bertujuan. Berdasarkan hasil penelitian ini, individu dalam masyarakat di Puskesmas Kalijudan di Tingkat Kecamatan Kota Surabaya belum bisa menerima program e-health ini. Difusi

proses inovasi dilakukan dengan sosialisasi tentang program. Namun, program ini menghadapi banyak kendala seperti kurangnya pengetahuan masyarakat tentang TIK dan keterampilan, serta kurangnya media masyarakat menjadi penyebab sulitnya masyarakat menerima e-program kesehatan. Ini juga karena distribusi sosialisasi yang tidak merata sehingga banyak orang masih belum mengetahui tentang program e-Difusi Inovasi Kesehatan Masyarakat Melalui Jamban Arum

Difusi inovasi kesehatan masyarakat melalui Jamban Arum Program (pengiriman ke rumah) di Kecamatan Simpangkatis, Kabupaten Bangka Tengah, yang dilakukan sebagai upaya peningkatan kinerja melalui community pelayanan dan pembangunan khususnya dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Arum Program Jamban adalah program yang dilaksanakan dari, oleh dan untuk masyarakat Simpangkatis Kabupaten dengan dana yang bersumber dari swadaya sukarela, sehingga saat ini Program Jamban Arum sedang diusulkan sebagai salah satu inovasi daerah. Program Jamban Arum di wilayah Kecamatan Simpangkatis). Data dianalisis menggunakan teori Everett M. Rogers. Kesimpulannya adalah:

- 1) Difusi inovasi kesehatan masyarakat melalui Arum Program Jamban (Delivery to House) di Kecamatan Simpangkatis belum berjalan baik dan belum diadopsi secara luas.
- 2) Aspek paling kuat dalam difusi Inovasi Jamban Arum adalah sistem sosialnya.
- 3) Hambatan dalam difusi Inovasi Jamban Arum adalah budaya buang air besar sembarangan di kalangan masyarakat, kurangnya inisiatif dari instansi lain untuk mengadopsi Program Jamban Arum, dan kesalahpahaman aparat dalam menerima sosialisasi Jamban Arum Program, khususnya mengenai pengumpulan sumbangan sukarela.

- 4) Faktor yang mendukung program tersebut adalah sistem sosial yang ada di masyarakat. Dulu karena Kecamatan Simpangkatis masih kental dengan adat dan budayanya, sehingga sistem sosial ini menjadi jaringan komunikasi yang paling efektif dalam difusi inovasi Jamban Arum

DAFTAR PUSTAKA

- Cain, M., & Mittman, R. (2002). Diffusion of Innovation in Health Care. *Ihealthreports*, May, 29.
- Devia, D., & Aisyah, S. (2020). Difusi Inovasi Kesehatan Masyarakat Melalui Program Jamban Arum (Antar Ke Rumah) di Kecamatan Simpangkatis Kabupaten Bangka Tengah. *JIAPI: Jurnal Ilmu Administrasi Dan Pemerintahan Indonesia*, 1(1), 43–50.
<https://doi.org/10.33830/jiapi.v1i1.28>
- Isnawati. (2017). Difusi Inovasi Program Keluarga Berencana “Dua Anak Lebih Baik” dalam Mengendalikan Pertumbuhan Penduduk Desa Lompio Kecamatan Sirenja Kabupaten Donggala. *Jurnal Online Kinestik*, 4(1), 115–128.
- Klein, S., Hostetter, M., & Mccarthy, D. (2019). *Course Corrections: How Health Care Innovators Learn from Setbacks to Achieve Success*. September.
https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-09/Klein_course_corrections_hlt_innovators.pdf
- Mailin1, Gepeng Rambe2, Abdi Ar-Ridho3, C., & UIN. (n.d.). *TEORI MEDIA/TEORI DIFUSI INOVASI Mailin1*.
- Mathematics, A. (2016). *Difussion Inovation*. 1–23.
- ORDIKA, B. D. (2012). Difusi Inovasi Posyandu Peduli Tumbuh Aktif Tanggap Oleh Pt. Nestle Indonesia- Dancow Batita Bekerjasama Dengan Tim Penggerak Pemberdayaan Dan Kesejahteraan Keluarga Di Kota Malang Tahun 2012. *Universitas Indonesia*, 1–213.
- Putri, A. S. (2017). Difusi Inovasi Program E-Health Di Puskesmas Kalijudan Surabaya. *Jurnal Ilmu Komunikasi*, 5(1), 1–10.

- Rusmiarti, D. A. (2015). Analisis Difusi Inovasi dan Pengembangan Budaya Kerja Pada Organisasi Birokrasi. *Jurnal Masyarakat Dan Telematika Informasi*, 6(2), 85–100. <https://media.neliti.com/media/publications/233782-analisis-difusi-inovasi-dan-pengembangan-03191809.pdf>
- Weil, A. R. (2018). Diffusion of innovation. *Health Affairs*, 37(2), 175–175. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0059>

BAB 8

BENTUK-BENTUK PERUBAHAN PERILAKU

Oleh Dewi Arisanti

8.1 Pendahuluan

Perilaku diartikan sebagai perbuatan serta perkataan seseorang yang bisa di lihat atau disaksikan secara langsung, digambarkan dan dinilai orang lain ataupun orang yang melakukannya. Berdasarkan sifatnya perilaku terbagi menjadi dua, yakni perilaku negative dan perilaku positif. Ukuran perilaku yang positif dan negative ini pun dinilai aturan-aturan yang berlaku dimasyarakat atau di suatu wilayah tersebut. Baik itu aturan agama, hukum, kesopanan, dan aturan-aturan (Notoatmodjo, 2003)

Dalam keshatan hubungan perilaku sangatlah erat, ada beberapa hal yang tanpa disadari dari perilaku yang kecil dapat menimbulkan efek Kesehatan yang besar bagi seseorang, diantaranya berupa pesan Kesehatan yang sedang ramai digerakkan oleh tim promosi Kesehatan tentang kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah beraktivitas, tapi dari hal yang sederhana bisa dilakukan Tindakan atau perilaku bagi Kesehatan menjadi lebih baik lagi. Demikian pula dengan Kesehatan yang positif tersebut. Berbicara tentang keterkaitan antara Kesehatan dan perilaku, hal-hal penyebab rendahnya perilaku yang positif, akibatnya serta mengendalikan perilaku menuju yang positif.

Tingkatan dan macam-macam dari kebutuhan yakni satu kesatuan atau tidak bisa dipisahkan antara satu dengan yang lain. Menurut Rita Damayanti dalam Notoatmodjo (2005), kebutuhan merupakan ketidakseimbangan yang dialami manusia. Oleh karena itu, seseorang selalu berusaha untuk mencapai keinginannya supaya seimbang. Prinsip hemoestatis ini tidak hanya berlaku pada kebutuhan biologis seperti lapar, haus dan seks, tetapi kebutuhan manusia, penting dalam mencari ilmu yang bisa menodrong dan memberi semangat yang mengarah pada adanya kebutuhan motivasi yang menggerakkan diri untuk bertindak, pada pembahasan ini diartikan motivasi yaitu dorongan untuk memenuhi kebutuhan agar tercapai keseimbangan

Tindakan seseorang dalam memenuhi dan mencapai kebutuhannya diartikan sebagai rangsangan. Dorongan bisa muncul dari dalam pribadi seseorang maupun dari luar (*envirometment*). Dorongan tersebut yang paling diharapkan adalah yang muncul dari dalam diri sendiri bukan dari pengaruh dari luar (lingkungan).

8.2 Upaya-Upaya dalam Perubahan Perilaku Kesehatan

Pada perilaku/Tindakan Kesehatan ada hal yang sangat urgent yaitu masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena mengubah perilaku adalah *ending* daripada *health education* dalam penyokong program-program Kesehatan lainnya. Perubahan yang diartikan dalam bahasan ini tidak saja sebatas *cover behaviour* namun *overt behaviour* juga. Didalam program-program Kesehatan, agar didapatkan perubahan perilaku yang cocok dan pas dengan aturan-aturan Kesehatan sebaiknya dilakukan yang nyata dan baik baik. Berbagai Tindakan yang harus dilakukan dalam mendapatkan perubahan perilaku bisa diklasifikasikan dalam tiga Tindakan diantaranya.

8.2.1 Tindakan Kekuatan

Dalam hal ini perubahan dipastikan untuk target sampai seseorang mau mengerjakan perilaku yang diinginkan. Contohnya dengan aturan-aturan/ norma-norma yang mesti diikuti dari masyarakat. Metode ini menghasilkan perubahan yang signifikan namun kadang hanya bersifat sementara karena disebabkan oleh perubahan yang terjadi tidak berdasarkan atas inisiatif individu, Misal terjadinya perubahan pada beberapa orang-orang disuatu masyarakat pada saat membuat tempat tinggalnya dengan menata taman bunga secantik dan semenarik mungkin namun pada waktu berakhirnya perlombaan tersebut taman bunga tersebut tidak lagi diperhatikan bahkan tidak dirawat lagi.

8.2.2 Memberi Pesan

Hadirnya pesan mengenai menuju pola hidup sehat, menjaga stamina tubuh, metode mencegah terjadinya gangguan Kesehatan fisik dan lainnya berdampak pada masyarakat akan mengetahui tentang Pendidikan Kesehatan. Lalu pencapaian yang diinginkan dari pemahaman tersebut akan menjadikan masyarakat ingin hidup sehat yang dimana masyarakat pada akhirnya akan berperilaku sesuai dengan apa yang dipahaminya tersebut. Perubahan seperti inilah yang biasanya prosesnya berlangsung tidak dalam waktu yang singkat tetapi perubahannya bisa permanen.

8.2.3 Metode Partisipasi

Metode yang digunakan adalah membuat perubahan metode dari memberi pesan bahwa memberi pesan itu tidak hanya dari satu sisi saja namun dilakukan secara bersama-sama. Artinya adalah masyarakat tidak hanya mendengarkan dan menerima yang pesan tapi juga akan mau mengikuti pesan tersebut secara Bersama-sama atau partisipasi didalam kelompok tentang pesan yang didapatkan. Metode seperti ini

menghabiskan waktu lebih banyak daripada metode sebelumnya-sebelumnya namun akan jauh lebih baik hasilnya (Firmansyah, A., Syikir, M. and Rusman, F.F (2020).

Cara bagaimanapun yang dikerjakan semestinya dapat dipastikan yakni perubahan perilaku akan terjadi apabila masyarakat melakukan secara Bersama-sama dan ikhlas, pengharusan, penekanan secara tegas membuat tekanan akan sia-sia dalam menharapkan adanya perubahan yang bisa bertahan lama (langgeng).

Langkah-langkah dalam membentuk perilaku

1. *Conditioning* (Pembiasaan)

Metode ini dilatarebelangi dari Teori Belajar *Conditioning* yang disampaikan Tokoh-tokoh yakni Pavlon dkk. Dari Tokoh-tokoh mempunyai pemikiran yang sedikit sama walaupun tidak semuanya beda. Teori Pavlon dikenal dengan Classic Conditioning, lalu Thorndike dan Skinner dikenal sebagai Operant Conditioning,

Inti dari pemikiran dari ketiga tokoh diatas yakni jika dalam pembentuka perilaku, harus dikerjakan adalah membiasakan (*conditioning*) dengan metode pembiasaan pribadi dalam berperilaku dengan keinginan, misalnya kebiasaan dating tepat waktu, kebiasaan mandi pagi dan sore dan lain-lainnya.

2. Pembentukan perilaku dengan *insight*

Cara ini didasarkan pada teori kognitif, yaitu belajar disertai oleh pengertian. Hal ini berarti selain dengan pembiasaan, pembentukan perilaku dapat ditempuh dengan pengertian (*insight*). Menurut Kohler, hal penting dalam belajar adalah pengertian (*insight*), sedangkan menurut Thorndike, yang penting dalam belajar adalah pembiasaan.

Metode ini dilatarbelakangi dari teori *kognitif*, yakni belajar dengan disertakan dengan pengertian. Hal ini selain dengan pembiasaan, membentuk perilaku bisa dilakukan

dengan pengertian (*Insight*), sedangkan pendapat Thorndike, yang paling penting dalam belajar yaitu *conditioning*.

3. Penggunaan Model/contoh/figure

Metode ini dilatarbelakangi dari teori belajar social (*social Learning Theory*) or *observasionallearning theory* yang disampaikan dari Bandura (1977). Bandura mengatakan bahwa intinya membentuk perilaku bisa dilakukan dengan melihat contoh atau figure. Misalnya saja, seorang anak selalu menjadikan bapak ibu sebagai contoh dalam berperilaku, mahasiswa mencontoh dosennya, Artinya bahwa perilaku bisa dibentuk dari dalam diri kecil, para murid dan warga sering terlihat karakteristik dari perilaku sesuai pemimpin atau pemuka agama di daerah setempat.

8.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Perilaku itu unik dan individual. Setiap pribadi mempunyai perilaku berdeda-beda dengan orang lain. Sekalipun dengan saudara kembar identic. Perilaku tidak selalu mengikuti susuna tertentu sehingga terbentuknya perilaku yang baik tidak selalu dipengaruhi dari pemahaman dan sikap yang baik, Tetapi setidaknya apabila dilandasi pemahaman terlebih dahulu, perilaku baik yang terbentuk relative cukup lama. Prihal ini menjelaskan jika perilaku dengan karakteriktiknya tersebut ditentukan adan dipengaruhi dari banyak factor (*variable*) (Wulandari, T.R., 2018).

Dalam studi prilaku Kesehatan, terdapat beberapa teori tentang factor penentu (*determinan*) atau faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan perilaku yang selalu digunakan dalam pedoman program-program Kesehatan.

Perilaku Kesehatan

Perilaku Kesehatan dilandasi dari suatu aksi seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, *system* pelayanan Kesehatan, minuman dan makanan serta

lingkungannya. Secara lebih lengkap perilaku Kesehatan, diantaranya terdiri dari : (Susanto, H. and Muzakki, M., 2017)

1. Perilaku dari seseorang terhadap Kesehatannya (sakit dan penyakit) yakni cara seseorang menanggapi positif secara aktif ataupun pasif terkait dengan gangguan kesehatannya. Perilaku ini yang pada akhirnya berkaitan pada tingkatan pencegahan penyakit.
 - a) Perilaku berkaitan pula dengan meningkatkan dan memelihara Kesehatan seperti menjaga pola makan dan gaya hidup sehat.
 - b) Perilaku mencegah penyakit contohnya membuang sampah pada tempatnya agar tidak terjadi banjir yang bisa mengakibatkan penyakit.
 - c) Perilaku yang berkaitan dengan apabila terjadi sakit mencari pengobatan medis dan tradisional di tempat pelayanan Kesehatan.
 - d) Perilaku berkaitan dengan rehabilitasi pasca kesembuhan penyakit contohnya mengatur pola makan yang sehat, menaati aturan dokter semasa rehabilitasi.
2. Perilaku pada *health care system services* perilaku ini terdiri dari aksi terhadap *health service facilities*, bagaimana pelayanan pada pasien, sikap petugas medis dan non medis serta pemberian obat-obatan.
3. Perilaku pada pola makan, perilaku atau Tindakan ini terdiri dari pemahaman, ilmu, sikap dan pengaplikasian pada pola makan yang sehat dan hal-hal yang ada didalamnya, serta bagaimana mengolah makanan dan minuman dan yang berkaitan dengan badannya.
4. Perilaku pada *healthy environment* yakni aksi individu terhadap *environment* sebagai bagian dari factor-faktor yang

mempengaruhi Kesehatan seseorang. Lingkup perilaku ini sama dengan lingkup lingkungannya itu sendiri.

Prilaku Kesehatan bisa di bagi menjadi beberapa bagian diantaranya adalah :

- a. Perilaku pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*), yakni perilaku ataupun tindakan-tindakan yang dilakukan seseorang dalam upaya memelihara dan menjaga fisik dan mentalnya supaya tetap sehat, dan walaupun terjadi sakit. Karena itu perilaku memelihara Kesehatan tersebut terbagi menjadi sebagai berikut :
 - 1) Perilaku dalam mencegah penyakit dan penyembuhan apabila terjadi *sick* dan rehabilitasi atau masa pemulihan pasca penyembuhan penyakitnya.
 - 2) Perilaku memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
 - 3) Perilaku *nutrition*, mengolah pangan, yang sehat serta bergizi sesuai kebutuhan tubuh masing-masing.
- b. Perilaku mencari dan menggunakan fasilitas pelayanan Kesehatan atau dalam hal ini perilaku mencari pengobatan (*Health seeking Behavior*), yakni berkaitan usaha atau perilaku seseorang pada waktu terjadinya sakit. Perilaku tersebut berawal dari mencari pengobatan sendiri (*self treatment*) sampai pada pengobatan keluar, seperti pengobatan keluar negeri.
- c. Perilaku Kesehatan Lingkungan , yakni apabila seseorang beraksi terhadap lingkungan, baik itu lingkungan fisik maupun lingkungan social budaya, sehingga lingkungan lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.
- d. Perilaku hidup sehat, yakni Tindakan-tindakan dengan perilaku seseorang dalam mempertahankan dan

meningkatkan kesehatannya. Perilaku atau Tindakan ini seperti contoh : menu makanan dengan gizi seimbang, tidur dan istirahat yang cukup, olahraga yang teratur, dan lain sebagainya.

5. Perilaku sakit. Adanya aksi seseorang terhadap sakit dan penyakit. Pemahaman terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan dan lain-lainnya.

6. Perilaku peran sakit (*The role Behavior*)

Perilaku ini terdiri dari, perilaku untuk mendapatkan kesembuhan dari penyakit yang diderita seseorang, mengenal dan mengetahui sarana dan prasarana pelayanan penyembuhan penyakit yang baik dan layak, mengetahui hak (contoh : hak mendapatkan atau memperoleh perawatan dan pelayanan Kesehatan).

8.4 Domain Perilaku Kesehatan

Walaupun perilaku atau Tindakan merupakan wujud reaksi terhadap rangsangan dari luar seseorang, tapi bisa memberi reaksi yang begitu bergantung pada karakteristik lain dari orang tersebut. Faktor yang membedakan reaksi terhadap rangsangan yang tidak sama diartikan sebagai determinan perilaku. Determinan perilaku ini bisa dibagi dalam 2, sebagai berikut : (Gunawan, I. and Palupi, A.R., 2016).

1. Faktor penentu internal, yaitu karakteristik khusus atau bawaan seseorang, yang bersifat genetic, contoh : *Intelligent Quotient* (kecerdasan intelektual), *Emotional Quotient* (kecerdasan emosional pada seseorang), dan lainnya.
2. Faktor penentu Eksternal, yaitu factor luar (lingkungan), baik factor fisik, sosial, kultur, ekonomi, politik, dan lainnya. Faktor luar (lingkungan) ini biasanya adalah faktor yang besar (dominan) yang memberi warnai dalam perilaku seseorang.

Dari pembahasan diatas dapat diuraikan bahwa perilaku yaitu secara keseluruhan dari kegiatan dan penjiwaan seseorang yang terangkum dari pencapaian bersama diantaranya adalah beberapa factor, baik itu factor internal maupun faktor eksternal. Dengan artian lain bahwa perilaku manusia begitu luas, memiliki 3 unsur domain, ranah atau Kawasan yaitu *cognitive, affective, psychomor*. Berikut pembahasannya:

a. Pengetahuan(*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pemahaman terhadap suatu objek (sasaran) tertentu. Pemahaman tersebut bisa terjadi melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan raba. *Kognitif* yaitu hal yang penting dalam Tindakan seseorang (*overt Behaviour*), diantara sebagai berikut :

b. Proses adopsi Prilaku

Menurut Roger (1974) menyatakan bahwa sebelum perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni kesadaran orang tersebut menyadari dalam artian mengetahui perilaku baru tersebut terlebih dahulu, etelah itu baru tertarik dengan perilaku itu, selanjutnya mempertimbangkan akan dampak baik dan tidaknya prilaku tersebut, setelah itu mencoba melakukan perilaku baru.

c. Tingkat pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Cakupan domain kognitif ada enam tahapan, antara lain sebagai berikut :

- 1) Tahu (*Know*), diartikan sebagai mengingat suatu pesan/ materi yang telah di berikan atau dipelajari sebelumnya, termasuk meningat Kembali. Tahu diartikan sebagai tingkatan yang rendah dan untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari seperti menyebutkan, menguraikan, mengartikan, menyatakan dan lain sebagainya.

- 2) Memahami (*comprehension*), yaitu kemampuan untuk memberi penjelasan secara benar tentang materi yang diketahui.
- 3) Aplikasi (*Aplication*), yaitu kemampuan untuk mengaplikasikan materi yang telah di dapatkan didalam keadaan nyata dan lingkungannya.
- 4) Analisis (*analysis*) yaitu, suatu kemampuan untuk menjelaskan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada keterkaitannya satu sama lainnya.
- 5) Sintesis (*Synthesis*) yaitu, suatu kemampuan untuk Menyusun ide baru dari ide-ide yang ada contohnya Menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori/materi.
- 6) Evaluasi (*Evaluation*) yaitu, berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek. Penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.
- 7) Sikap (*Attitude*), yaitu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap rangsangan. Meliputi sebagai berikut :
 - a) Kemampuan pokok dalam sikap memiliki komponen diantaranya : kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, kecenderungan untu bertindak (*tend to behave*), Alport, 1954 yang dikutip dalam Notoatmodjo.
 - b) Berbagai tingkatan sikap misalnya menerima, merespon, menghargaidan bertanggung jawab.
 - c) Tingkatan *attitude* misalnya *accept*, reaksi, menghargai dan *responsible*.
 - d) Tindakan atau praktek. Misalnya persepsi, reaksi terpimpin dan sebagainya.

Determinan atau faktor penentu *health behavior* secara umum memadukan beberapa faktor. Kesehatan seseorang atau

masyarakat dipengaruhi oleh hal-hal penting yakni factor perilaku dan diluar perilaku. Selanjutnya perilaku tersebut mempunyai factor determinan diantaranya sebagai berikut :

- a. Faktor pembawa (*predisposing factor*) didalamnya termasuk pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai
- b. Faktor pendukung (*Enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, sumber daya, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas dan sarana Kesehatan.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud didalam sikap perilaku petugas kesehatan maupun petugas lain, teman, tokoh yang semuanya bisa menjadi kelompok yang dijadikan figure dari perilaku masyarakat.

Dari bahasan diatas bisa ditarik kesimpulan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang Kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dari orang yang bersangkutan. Selain itu ketersediaan fasilitas Kesehatan dan perilaku petugas Kesehatan juga sangat mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Dinas Kesehatan Polewali Mandar, 2008).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggoro, R.R., 2017. Gambaran perilaku buang air besar sembarangan pada masyarakat desa Jatimulyo, Kabupaten Bojonegoro. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 15(2), pp.129-134.
- Sunaryo. 2004. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. "Metodologi penelitian kesehatan." (2005).
- Notoatmodjo, S., 2003. Pendidikan dan perilaku kesehatan.
- Firmansyah, A., Syikir, M. and Rusman, F.F (2020), Pengaruh pendampingan dan penyuluhan oleh mahasiswa kkn terhadap perubahan perilaku pus ber-kb di alu polewali mandar.
- Hendarwan, D., 2018. Menumbuhkan jiwa, perilaku dan nilai kewirausahaan dalam meningkatkan kemandirian bisnis. *MBIA*, 17(2), pp.59-68.
- Susanto, H. and Muzakki, M., 2017. Perubahan perilaku santri (studi kasus alumni pondok pesantren salafiyah di desa langkap kecamatan besuki kabupaten situbondo). *Istawa: Jurnal Pendidikan Islam*, 2(1), pp.1-42.
- Sebayang, A.S., 2021. *Peranan Guru Ppkn Terhadap Pembentukan Perilaku Berlandaskan Nilai-Nilai Pancasila Pada Peserta Didik Kelas X Di Smk Aladelphi Tigabinanga Tahun Ajaran 2020/2021* (Doctoral dissertation, UNIVERSITAS QUALITY).
- Gunawan, I. and Palupi, A.R., 2016. Taksonomi Bloom-revisi ranah kognitif: kerangka landasan untuk pembelajaran, pengajaran, dan penilaian. *Premiere educandum: jurnal pendidikan dasar dan pembelajaran*, 2(02).
- Wulandari, T.R., 2018, February. Perubahan Perilaku Tokoh Utama dalam Novel Cascus Karya Putu Wijaya. In *Prosiding Seminar Nasional Bahasa dan Sastra Indonesia (SENASBASA)* (Vol. 2, No. 1).

BAB 9

COMMUNITY READINESS MODEL (CRM)

Oleh Ratna Trisilawati

9.1 Pendahuluan

Sering kali dilingkungan kita atau masyarakat dituntut dapat segera menanggapi suatu program/proyek baru maupun perubahan komunitas akibat dari adanya program tersebut tanpa waktu yang cukup memadai untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan ide-ide baru untuk memahami program tersebut secara penuh, sehingga program/proyek baru tidak dapat berjalan secara optimal karena belum adanya kesiapan dari masyarakat atau komunitas. Bagian ini membahas tentang bagaimana memahami dan mengukur dengan tepat seberapa siap sebuah komunitas untuk mengatasi masalah tertentu, dan bagaimana menggunakan pengetahuan itu untuk mendorong perubahan pada suatu komunitas.

9.2 *Community Readiness*

9.2.1 Definisi *Community Readiness*

Community readiness atau disebut dengan kesiapan masyarakat adalah sejauh mana suatu masyarakat siap untuk mengatasi suatu masalah. Tingkat kesiapan ini mungkin berkisar dari tidak ada hingga memiliki program yang berhasil dan membuat kemajuan di komunitas (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Phil Rabinowitz, P. Holt 2013) Kesiapan masyarakat merupakan

karakteristik yang dapat diamati dari suatu komunitas yang mempengaruhi kemampuannya untuk memulai perubahan, tetapi tidak terbatas pada sumber daya organisasi (uang, orang, waktu), kapasitas (pengetahuan, keterampilan) dan sikap (pendapat, sudut pandang) komunitas, dan keterlibatan dan investasi anggota koalisi. Lebih sederhana bahwa kesiapan masyarakat adalah tingkat kemana masyarakat siap untuk mengambil tindakan pada sebuah isu (Han 2003).

9.2.2 Karakteristik *Community Readiness*

Kesiapan masyarakat memiliki beberapa karakteristik khusus yang penting untuk dipahami oleh para pembangun komunitas, antara lain: (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Han 2003)

1. Kesiapan masyarakat yang bersifat masalah spesifik.
Sebuah komunitas bisa lebih dari siap untuk menangani satu masalah, dan mereka sudah berada pada tahap kesiapan paling awal dalam kaitannya dengan masalah tersebut ataupun masalah lainnya. Hal ini dapat terukur dengan tepat, dan dapat diukur diberbagai dimensi. Dalam hal ini seseorang peneliti ataupun pengelola program tidak hanya bisa mendapatkan penilaian kesiapan komunitas yang akurat, tetapi juga bisa mengukur secara akurat di mana komunitas berada pada berbagai elemen kesiapan.
2. Kesiapan masyarakat dapat bervariasi antar lintas dimensi.
Sebuah komunitas mungkin lebih siap untuk mengatasi suatu masalah dalam beberapa cara daripada yang lain. Komunitas dapat dimungkinkan mengetahui banyak hal terkait isu atau masalah yang terjadi dan menyadari tentang adanya masalah tersebut, tetapi mereka tidak dapat membayangkan penerapan solusi terhadap permasalahan tersebut.

3. Kesiapan masyarakat dapat bervariasi diberbagai segmen masyarakat.

Beberapa kelompok didalam suatu komunitas yang terkena dampak langsung dari isu tersebut, mungkin jauh lebih siap menghadapinya daripada yang lain. Namun, tidak perlu dikhawatirkan karena akan ada beberapa cara untuk membantu menggerakkan masyarakat ke tingkat kesiapan yang lebih tinggi.

4. Kesiapan masyarakat bisa diukur.

Kesiapan masyarakat dapat diukur diberbagai dimensi komunitas. Tidak hanya dapat memberikan penilaian yang akurat tentang kesiapan masyarakat, tetapi secara akurat dapat juga untuk mengukur dimana masyarakat berada pada berbagai elemen kesiapan.

5. Kesiapan masyarakat dapat ditingkatkan dengan lebih baik.

Artinya kesiapan masyarakat dapat dipindahkan ke tingkat kesiapan yang lebih tinggi.

6. Kesiapan masyarakat adalah pengetahuan penting untuk mengatasi suatu masalah

Artinya orang hanya akan mendukung apa yang mereka anggap masuk akal, logis, dan dapat dilakukan.

9.2.3 Tingkatan Community Readiness

Bagaimana sebuah komunitas dapat menentukan apakah mereka siap untuk berkomitmen dan bergerak maju, menghidupkan kekuatan komunitas, membangun asset/potensi didalam komunitas, dan memobilisasi aksi kolektif? Maka peneliti/fasilitator/pengelola progam dapat menggunakan daftar pertanyaan berikut untuk memberikan pemahaman tentang kesiapan dan kemampuan masyarakat untuk mengatasi kebutuhan dan masalah/isu yang ada (Han 2003).

1. Bagaimana masyarakat diatur?
2. Siapakah kelompok/individu yang terorganisir dalam masyarakat? Apa itu kepemimpinan?
3. Apakah semua anggota masyarakat mengetahui upaya ini?
4. Apakah masyarakat siap untuk perubahan?

5. Apa tingkat kesadaran mengenai keprihatinan, kebutuhan, dan isu-isu?
6. Apakah akan ada penentangan terhadap upaya ini? Jika iya, apakah bisa diatasi atau diatasi?
7. Kapan prosesnya akan dimulai?
8. Apakah masyarakat siap untuk mengumpulkan data dan melakukan penilaian kebutuhan?

Dengan menggunakan acuan pertanyaan tersebut maka peneliti/fasilitator/pengelola program akan dapat dengan mudah mengetahui tentang kesiapan masyarakat. Peneliti/fasilitator/pengelola program dapat menghentikan upaya dengan mencoba mendorong komunitas ke dalam sesuatu yang belum siap, dan dapat juga mengusulkan sesuatu yang sesuai teori atau ide gagasan dari fasilitator, tetapi jika persepsi masyarakat sebaliknya atau berbeda, maka usaha atau upaya menyelesaikan masalah tersebut kemungkinan besar tidak akan berhasil (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Harris et al. 2019).

9.3 *Community Readiness Model (CRM)*

9.3.1 Definisi dan Manfaat dari CRM

Community Readiness Model (CRM) adalah sebuah model yang digunakan untuk menilai kesiapan masyarakat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat seperti HIV/AIDS, obesitas, pencegahan penyalahgunaan narkoba, pencegahan bunuh diri, akses tembakau, kanker, ataupun kesiapan kemitraan antara profesional tenaga kesehatan (Harris et al. 2019). Definisi lainnya CRM adalah alat yang mengintegrasikan konteks sosial dan budaya untuk memahami bagaimana suatu masalah dirasakan oleh masyarakat dan jenis strategi apa yang dapat dilakukan dikembangkan di tingkat masyarakat (Borresen et al. 2016). Sedangkan dalam kajian lainnya menyebut bahwa CRM adalah alat inovatif yang

digunakan untuk menilai seberapa siap komunitas untuk mengatasi masalah dan mengembangkan serta menerapkan rencana pencegahan berbasis komunitas (Han 2003).

Pusat studi Tri Etnis di Colorado State University telah mengembangkan model yang mengidentifikasi dimensi dan tingkat kesiapan masyarakat. Model semula dikembangkan untuk menangani pencegahan dan intervensi HIV/AIDS disuatu komunitas dan pada akhirnya model disarankan untuk dapat diadaptasi untuk mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat lainnya. Model yang dikembangkan terdiri dari instrumen untuk menentukan kesiapan masyarakat yang dapat dengan mudah digunakan dan dinilai oleh anggota masyarakat. CRM paling sering digunakan untuk perencanaan program (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Harris et al. 2019). CRM sangat tepat diterapkan pada masyarakat pedesaan, di mana mungkin secara logistik lebih sulit untuk melibatkan anggota masyarakat karena ukuran populasi yang kecil, wilayah geografis yang luas, dan kesulitan menemukan sejumlah besar individu dengan keahlian dalam topik atau isu yang menjadi sebuah permasalahan (Harris et al. 2019).

CRM merupakan model perubahan masyarakat yang mampu untuk (Plested, Jumper-Thurman, and Edwards 2006) :

- 1) Mengintegrasikan budaya masyarakat, sumber daya, dan tingkat kesiapan untuk lebih efektif;
- 2) Memungkinkan komunitas untuk mendefinisikan isu dan strategi dalam konteks mereka sendiri;
- 3) Membangun kerjasama antara sistem dan individu;
- 4) Dapat diterapkan di komunitas manapun (geografis, berbasis isu, organisasi);
- 5) Dapat digunakan untuk mengatasi berbagai masalah;
- 6) Merupakan panduan untuk proses perubahan komunitas yang kompleks;

- 7) Membahas pencegahan bunuh diri;
- 8) Meningkatkan kapasitas untuk pencegahan bunuh diri dan intervensi;
- 9) Mendorong investasi masyarakat dalam pencegahan bunuh diri dan kesadaran

Sedangkan manfaat yang diperoleh dari adanya CRM adalah (Han 2003) :

- 1) Menghemat sumber daya yang berharga seperti waktu, uang, orang dengan mempertimbangkan pilihan strategi yang paling mungkin berhasil;
- 2) CRM merupakan model yang efisien, murah, dan mudah digunakan;
- 3) CRM tidak perlu keahlian profesional untuk mengelola atau menilai, gratis, dan sangat mudah menuju suatu keberhasilan program;
- 4) CRM dapat mempromosikan pengakuan dan kepemilikan masyarakat terhadap masalah dan model tersebut memudahkan anggota masyarakat untuk melihat dan memahami masalah tersebut;
- 5) CRM sangat membantu untuk memastikan bahwa strategi selaras secara budaya dan berkelanjutan karena kepemilikan komunitas yang kuat;
- 6) CRM mendorong penggunaan ahli dan sumber daya lokal daripada mengandalkan ahli dan sumber daya dari luar;
- 7) Dengan adanya CRM dapat dimungkinkan pakar lokal berasal dari anggota masyarakat yang memahami masalah dan masyarakat;
- 8) CRM dapat menciptakan visi komunitas untuk perubahan yang seha; dan dengan adanya CRM maka tingkat kesiapan mencerminkan tingkat kompetensi komunitas serta

membantu menggambarkan bagaimana komunitas yang sehat menangani masalah.

9.3.2 Langkah Dalam CRM

Terdapat dua fase dalam CRM. Fase pertama terdiri dari empat langkah yaitu :

- 1) Mengidentifikasi masalah;
- 2) Mendefinisikan masyarakat sehubungan dengan masalah;
- 3) Melakukan wawancara dengan responden/informan kunci;
- 4) Menilai tanggapan wawancara.

Sedangkan pada fase kedua kesiapan masyarakat adalah fase aplikasi, yaitu :

- 1) Melibatkan masyarakat untuk mengembangkan strategi yang lebih spesifik;
- 2) Menerapkan strategi berdasarkan tahap kesiapan dengan basis strategi khusus komunitas. (Borresen et al. 2016).

Adapun langkah dan fase CRM dapat dilihat pada gambar 1 berikut :



Gambar 9.1. Fase dan Langkah dalam *Community Readiness Model*

Sumber : (Borresen et al. 2016)

9.3.3 Dimensi dalam CRM

Dimensi kesiapan masyarakat adalah faktor kunci yang mempengaruhi kesiapan suatu komunitas untuk mengambil tindakan atas suatu masalah (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Han 2003; Harris et al. 2019; Phil Rabinowitz, P. Holt 2013).

Terdapat enam dimensi yang diidentifikasi dalam CRM yang dapat tergambarkan pada gambar 2 berikut :



Gambar 9.2. Dimensi *Community Readiness Model*
 Sumber : (Han 2003)

Berikut penjelasan dalam masing-masing dimensi CRM dan instrument pertanyaan dalam masing-masing dimensi (Phil Rabinowitz, P. Holt 2013):

1. Upaya masyarakat.

Upaya masyarakat yang dimaksud adalah sejauh mana ada upaya atau usaha, program, dan kebijakan yang menangani masalah yang ada di masyarakat.

2. Pengetahuan masyarakat tentang upaya tersebut.

Hal ini terkait sejauh mana anggota masyarakat mengetahui tentang upaya lokal yang ada dan keefektifannya? Apakah upaya tersebut dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat?

Berikut instrumen pertanyaan pengetahuan dalam CRM :

Dengan menggunakan skala dari 1-10

A : Skor nilai 1 berarti "tidak sama sekali"

Skor nilai 10 berarti "sangat memprihatinkan"

B : Skor nilai 1 berarti "tidak ada kesadaran"

Skor nilai 10 berarti "sangat sadar"

Pertanyaan :

- a. Seberapa besar masalah ini di komunitas Anda? Tolong jelaskan. (A)
Catatan untuk pewawancara: angka antara satu dan sepuluh ini TIDAK diperhitungkan dalam penilaian untuk dimensi ini dengan cara apa pun – ini hanya untuk memberikan poin referensi.
- b. Jelaskan upaya yang tersedia di komunitas Anda untuk mengatasi masalah ini. (A)
- c. Sudah berapa lama upaya ini berlangsung di komunitas Anda? (A)
- d. Seberapa sadar orang-orang di komunitas Anda terhadap upaya ini ? Tolong jelaskan. (B)
Catatan: angka antara satu dan sepuluh ini TIDAK diperhitungkan dalam penilaian Anda untuk dimensi ini dengan cara apa pun – ini hanya untuk memberikan poin referensi.
- e. Apa yang diketahui masyarakat tentang upaya atau kegiatan tersebut? (B)
- f. Apa kekuatan dari upaya ini? (B)
- g. Apa kelemahan dari upaya tersebut? (B)
- h. Siapa yang dilayani oleh program-program ini? (A).
Misalnya, individu dari kelompok usia tertentu, etnis, dan lain-lain.
- i. Akankah ada segmen masyarakat yang tampaknya tidak dapat diakses oleh upaya/layanan ini? (A)
Misalnya, individu dari kelompok usia tertentu, etnis, tingkat pendapatan, wilayah geografis, dan lain-lain.
- j. Apakah ada kebutuhan untuk memperluas upaya/layanan ini? Jika tidak, mengapa tidak? (A)

- k. Apakah ada perencanaan untuk upaya/layanan yang terjadi di komunitas Anda seputar masalah ini? (A)
Jika ya, tolong jelaskan.
- l. Kebijakan, praktik, dan hukum formal atau informal apa yang terkait dengan masalah ini yang berlaku di komunitas Anda, dan untuk berapa lama? (A)
Contoh "formal" adalah kebijakan sekolah, polisi, atau pengadilan yang ditetapkan.
Contoh "informal" akan serupa dengan polisi yang tidak menanggapi panggilan dari bagian kota tertentu, dan lain-lain.
- m. Apakah ada segmen masyarakat yang tidak dapat menerapkan kebijakan, praktik, dan undang-undang ini? (A)
Misalnya, karena status sosial ekonomi, etnis, usia, dan lain-lain.
- n. Apakah ada kebutuhan untuk memperluas kebijakan, praktik, dan undang-undang ini? (A)
Jika ya, apakah ada rencana untuk mengembangkannya?
Tolong jelaskan.
- o. Bagaimana masyarakat memandang kebijakan, praktik, dan hukum ini? (A)

3. Kepemimpinan.

Hal ini terkait sejauh mana pemimpin yang ditunjuk dan anggota masyarakat yang berpengaruh mendukung isu yang ada di komunitas. Berikut instrumen pertanyaan kepemimpinan dalam CRM :

- a. Siapa "pemimpin khusus" untuk masalah ini di komunitas Anda?
- b. Seberapa besar perhatian pemimpin komunitas Anda terhadap masalah ini? Tolong jelaskan!
 - Dengan menggunakan skala dari 1-10 :
Skor 1 berarti "tidak sama sekali"
Skor 10 berarti "sangat memprihatinkan".
 - Catatan untuk pewawancara: angka antara 1 dan 10 ini tidak diperhitungkan dalam penilaian Anda untuk

dimensi ini dengan cara apapun. (Ini hanya untuk memberikan poin referensi)

- c. Bagaimana para pemimpin ini terlibat dalam upaya terkait masalah ini? Tolong jelaskan!

Misalnya: Apakah mereka terlibat dalam kepanitiaan, gugus tugas, dll? Seberapa sering mereka bertemu?

- d. Akankah kepemimpinan mendukung upaya tambahan? Tolong jelaskan!

4. Iklim Masyarakat.

Hal ini terkait dengan bagaimana sikap masyarakat terhadap isu tersebut? Apakah itu salah satu ketidakberdayaan atau salah satu tanggung jawab dan pemberdayaan?

Berikut instrumen pertanyaan dalam iklim masyarakat :

- a. Jelaskan masyarakat di lingkungan anda !
- b. Apakah pernah ada keadaan di mana anggota komunitas Anda mungkin berpikir bahwa masalah ini harus ditoleransi? Tolong jelaskan.
- c. Bagaimana komunitas mendukung upaya untuk mengatasi masalah ini?
- d. Apa hambatan utama untuk upaya mengatasi masalah ini di komunitas Anda?
- e. Berdasarkan jawaban yang telah Anda berikan sejauh ini, menurut Anda bagaimana perasaan umum anggota masyarakat terkait masalah ini?

5. Pengetahuan masyarakat tentang isu tersebut.

Hal ini terkait dengan sejauh mana anggota masyarakat mengetahui penyebab masalah, akibat, dan bagaimana dampaknya terhadap masyarakat.

Berikut instrumen pertanyaan pada dimensi pengetahuan masyarakat terkait isu yang ada :

- a. Seberapa luas pengetahuan anggota komunitas tentang masalah ini? Tolong jelaskan. (Misalnya, dinamika, tanda, gejala, statistik lokal, efek pada keluarga dan teman, dll.)
- b. Jenis informasi apa yang tersedia di komunitas Anda mengenai masalah ini?
- c. Data lokal apa yang tersedia tentang masalah ini di komunitas Anda?

d. Bagaimana orang mendapatkan informasi ini di komunitas Anda?

6. Sumber daya yang terkait isu.

Hal ini terkait dengan sejauh mana sumber daya lokal yang ada di suatu komunitas seperti sumber daya manusia (orang), waktu, uang, ruang, dan lain-lain, dan apakah hal tersebut tersedia untuk mendukung upaya mengatasi isu yang ada.

Berikut adalah instrumen pertanyaan pada dimensi sumber daya yang terkait dengan masalah:

- a. Kepada siapa individu yang terkena dampak masalah ini akan meminta bantuan pertama di komunitas Anda? Mengapa? Tolong jelaskan!
 - Pada skala dari 1 - 10, bagaimana tingkat keahlian dan pelatihan di antara mereka yang menangani masalah ini.
 - Skor 1 berarti “sangat rendah” dan skor 10 berarti “sangat tinggi”.
 - Catatan untuk pewawancara: angka antara satu dan sepuluh ini tidak diperhitungkan dalam penilaian Anda untuk dimensi ini dengan cara apa pun – ini hanya untuk memberikan poin referensi.
- b. Apakah upaya yang mengatasi masalah ini memiliki basis sukarelawan yang luas?
- c. Bagaimana sikap komunitas dan/atau bisnis lokal tentang mendukung upaya untuk mengatasi masalah ini, dengan waktu sukarela orang-orang, memberikan sumbangan keuangan, dan/atau menyediakan ruang?
- d. Bagaimana upaya saat ini didanai? Tolong jelaskan.
- e. Apakah Anda mengetahui adanya proposal atau rencana aksi yang telah diajukan untuk pendanaan yang mengatasi masalah ini di komunitas Anda? Jika ya, tolong jelaskan.
- f. Apakah Anda tahu jika ada evaluasi upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah ini?
 - Jika ya, pada skala 1 sampai 10, seberapa canggih upaya evaluasi ?

- Skor 1 “tidak sama sekali” dan skor 10 “sangat canggih?”.
 - Catatan untuk pewawancara: angka antara satu dan sepuluh ini tidak diperhitungkan dalam penilaian Anda untuk dimensi ini dengan cara apa pun – ini hanya untuk memberikan poin referensi.
- g. Apakah hasil evaluasi digunakan untuk membuat perubahan program, kegiatan, atau kebijakan atau untuk memulai yang baru?

9.3.4 Proses Pengambilan Data dalam CRM

Sebelum melakukan pengambilan data mengenai kesiapan masyarakat, maka peneliti/fasilitator/pengelola program harus memperhatikan beberapa hal penting dalam CRM, diantaranya adalah : (Phil Rabinowitz, P. Holt 2013)

1. Pilih dan latih pewawancara .

Perlu untuk menentukan orang yang dipercaya untuk menjadi pewawancara dan dapat berasal dari sisi eksternal atau diluar komunitas atau dapat bersal dari anggota komunitas dan tentunya dapat dipercaya oleh kelompok sasaran yang akan mereka wawancarai. Pewawancara tidak harus menjadi atau profesional, tetapi mereka harus merasa nyaman dengan orang lain, mampu berpikir, dan memiliki pemahaman yang baik tentang bagaimana membuat orang merasa nyaman dan mendapatkan informasi dari mereka . Selain itu, pewawancara perlu untuk terlatih dalam keterampilan wawancara, sehingga akan terbiasa dengan model kesiapan komunitas, sehingga mereka memahami jenis jawaban yang akan digali.

2. Revisi instrumen pertanyaan

Instrumen pertanyaan dalam model CRM adalah sebuah pedoman yang dapat memudahkan pewawancara dalam tugasnya, namun instrumen bisa direvisi jika memang diperlukan dan dapat disesuaikan dengan masalah yang dihadapi. Seorang peneliti, fasilitator atau pengelola program

mungkin perlu mengubah atau menghilangkan beberapa pertanyaan dalam instrument tersebut untuk mendapatkan informasi penting tentang masalah yang akan diamati atau diselesaikan. Dengan kata lain bahwa pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat disesuaikan dengan kebutuhan akan masalah yang ada, sehingga dapat ditambahkan atau mengurangi pertanyaan. Apabila memberi tambahan pertanyaan maka tambahkan pertanyaan di akhir untuk menghindari kebingungan saat menilai. Sebelum melakukan pertanyaan pada lokus CRM maka lakukan uji coba pertanyaan yang telah direvisi untuk memastikannya mudah dipahami dan memperoleh informasi yang diperlukan untuk menilai setiap dimensi.

3. **Tentukan informan**

Tim harus menentukan informan secara tepat. Dapat dipilih antara empat sampai sepuluh orang untuk diwawancarai. Kriteria informan adalah harus orang-orang yang mengenal masyarakat dengan baik, dan harus dipilih untuk mencerminkan persepsi sejumlah segmen masyarakat, terutama mereka yang secara langsung atau tidak langsung terkena dampak masalah atau isu tersebut.

4. **Melakukan wawancara**

Sebelum melakukan wawancara, hubungi orang-orang yang telah ditentukan untuk diwawancarai dan menyampaikan apakah yang bersangkutan bersedia untuk membicarakan masalah yang akan ditangani, dan kemudian melakukan wawancara. Waktu yang disiapkan untuk wawancara antara 30-60 menit. Hindari diskusi dengan orang yang diwawancarai, tetapi mintalah klarifikasi bila diperlukan dan gunakan petunjuk sebagaimana ditentukan. Rekam atau tulis tanggapan saat diberikan. Cobalah untuk tidak menambahkan interpretasi sendiri atau menebak-nebak apa yang dimaksud oleh orang yang diwawancarai.

5. Menghitung skor wawancara .

Penilaian adalah proses langkah demi langkah yang mudah dan memberi tahapan kesiapan untuk masing-masing dimensi CRM. Skor wawancara ini diperlukan agar dapat mengetahui kesiapan masyarakat berada pada tingkatan apa, namun sebelumnya harus ditentukan terlebih dahulu dimensi dan skor kesiapan keseluruhan. Dalam tahapan ini diperlukan petugas yang berperan sebagai penilai atau pembuat skor. Penskoran dalam penilaian CRM cukup spesifik, maka pencatat skor perlu dilatih untuk menilai dengan benar serta ditujukan untuk memiliki pemahaman yang baik tentang CRM secara umum. Idealnya dalam penilaian CRM ini harus ada dua orang yang berpartisipasi dalam proses penilaian. Hal ini penting karena untuk memastikan hasil yang valid pada jenis data kualitatif. Berikut adalah petunjuk langkah dalam proses penilaian kesiapan masyarakat :

a. Bekerja secara independen.

Kedua penilai harus membaca setiap hasil wawancara secara keseluruhan sebelum menilai salah satu dimensi untuk mendapatkan perasaan dan kesan umum dari wawancara tersebut. Meskipun pertanyaan wawancara telah secara pasti sesuai dengan dimensi tertentu, namun dapat dimungkinkan pada bagian wawancara lainnya memiliki beberapa tanggapan yang akan membantu memberikan informasi dan wawasan yang lebih luas atau bahkan mendalam yang dapat membantu dalam menilai dimensi lain.

b. Penilai harus membaca skala penilaian jangkar untuk dimensi yang sedang dinilai.

Selalu dimulai dengan pernyataan peringkat jangkar pertama. Telusuri setiap dimensi secara terpisah dan soroti atau garis bawahi pernyataan yang mengacu pada pernyataan peringkat tetap. Jika komunitas melebihi pernyataan pertama, lanjutkan ke pernyataan berikutnya. Untuk menerima skor pada tahap tertentu, semua level sebelumnya harus dipenuhi hingga dan termasuk pernyataan yang diyakini oleh pemberi skor

paling mencerminkan apa yang dinyatakan dalam wawancara. Dengan kata lain, suatu komunitas tidak dapat berada di tahap 7 dan belum mencapai apa yang tercermin dalam pernyataan tahap 1 sampai 6.

- c. Pada lembar penskoran, setiap pencatat skor menempatkan skor independennya di tabel berlabel "Skor Individu" menggunakan skor untuk setiap dimensi dari setiap wawancara. Tabel ini menyediakan ruang hingga enam wawancara responden kunci.
- d. Saat penilaian independen selesai, kedua pencetak skor kemudian bertemu untuk membahas skor. Tujuannya adalah untuk mencapai konsensus tentang skor dengan mendiskusikan item atau pernyataan yang mungkin terlewatkan oleh satu pemberi skor dan yang dapat memengaruhi skor gabungan atau skor akhir yang diberikan. Ingat: Orang yang berbeda dapat memiliki kesan yang sedikit berbeda, dan penting untuk mencari penjelasan atas keputusan yang diambil. Setelah konsensus tercapai, isilah tabel berlabel "Kombinasi Skor" pada salah satu lembar penilaian. Tambahkan di setiap baris untuk menghasilkan total untuk setiap dimensi.
- e. Untuk menemukan "Skor Terhitung" untuk setiap dimensi, ambil total untuk dimensi tersebut dan bagilah dengan jumlah wawancara. Ulangi untuk semua dimensi, lalu jumlahkan skornya.
- f. Untuk mengetahui keseluruhan tahap kesiapan maka ambil total semua skor yang dihitung dan bagi dengan jumlah dimensi.
- g. Hasilnya akan menjadi tahap kesiapan masyarakat secara keseluruhan
- h. Skor sesuai dengan tahapan bernomor dan "dibulatkan ke bawah", sehingga skor antara 1,0 dan 1,99 akan menjadi tahap pertama, skor 2,0 hingga 2,99 akan menjadi tahap kedua, dan seterusnya.
- i. Terakhir, di bawah komentar, tulis kesan apa pun tentang komunitas, hasil unik apa pun, dan pernyataan kualifikasi apa pun yang mungkin terkait dengan skor komunitas Anda.

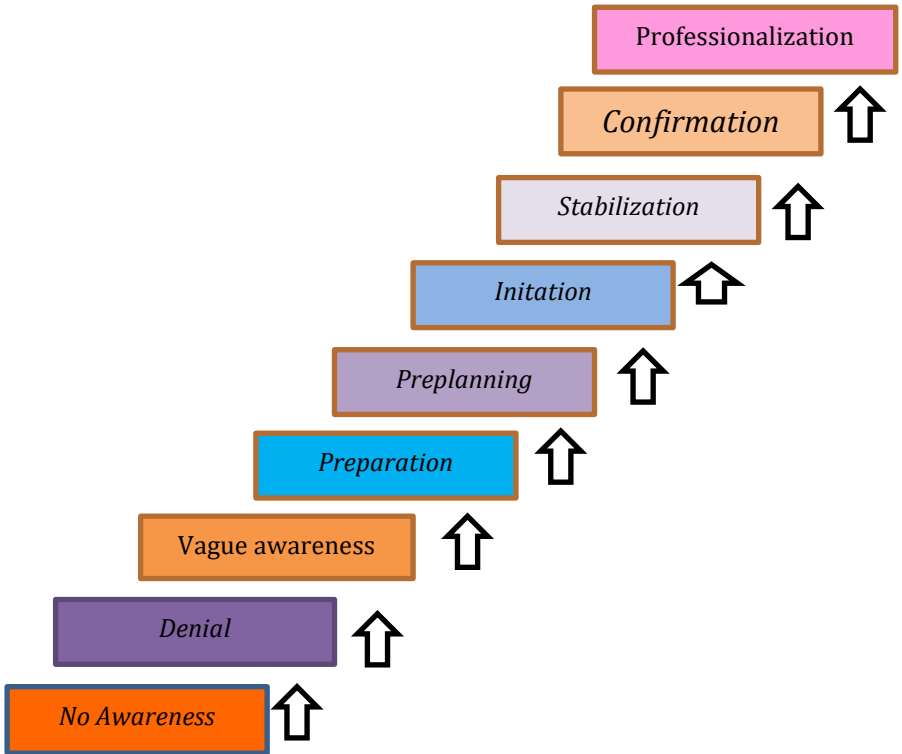
Hal pertama yang harus dilakukan adalah melihat distribusi skor di seluruh dimensi. Apakah semuanya hampir sama? Apakah beberapa lebih rendah dari yang lain?. Sebagai catatan penting bahwa untuk bergerak maju, kesiapan pada semua dimensi harus berada pada level yang hampir sama. Jika ternyata memiliki satu atau lebih dimensi dengan skor lebih rendah dari yang lain, maka fokuskan upaya pada strategi yang akan meningkatkan kesiapan komunitas pada dimensi tersebut atau dimensi tersebut terlebih dahulu. Pastikan tingkat intensitas intervensi atau strategi konsisten dengan, atau lebih rendah dari, skor tahapan untuk dimensi tersebut. Agar berhasil, setiap upaya untuk membuat perubahan dalam komunitas harus dimulai dengan strategi yang sesuai dengan tahap kesiapan komunitas tersebut.

Melalui penskoran tersebut, maka akan didapatkan informasi tentang dimensi dan kesiapan masyarakat secara keseluruhan, sehingga dapat dikembangkan strategi yang sesuai untuk komunitas. Yang ideal di sini adalah melakukannya melalui proses perencanaan partisipatif dengan melibatkan beberapa atau semua orang didalam komunitas (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Han 2003; Phil Rabinowitz, P. Holt 2013)

9.3.5 Tingkatan Dalam CRM

Dalam membuat konsep kesiapan masyarakat terdapat sembilan tahapan yang didefinisikan sebagai bagian dari CRM diantaranya : 1) *No Awareness*; 2) *Denial*; 3) *Vague Awareness*; 4) *Preparation*; 5) *Preplanning*; 6) *Initiation*; 7) *Stabilization*; 8) *Confirmation*; 9) *Professionalization* (Borresen et al. 2016; Sundaro and Yuliani 2022). Setelah mengetahui tingkat kesiapan masyarakat, maka peneliti/fasilitator/pengelola program dapat dengan mudah merencanakan upaya untuk memulai di tiap tingkatan tersebut dan memindahkan komunitas ke tingkat yang lebih tinggi atau tingkatan berikutnya, dan terus menggerakkan

komunitas, satu tingkat pada satu waktu (Phil Rabinowitz, P. Holt 2013). Adapun sembilan tingkatan tersebut dapat dilihat pada gambar 2 berikut :



Gambar 9.3. Tingkatan dalam *Community Readiness Model*

Sumber : (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Phil Rabinowitz, P. Holt 2013)

Tingkatan CRM	Contoh Langkah Strategis Mengatasi Kesiapan Masyarakat Berdasarkan Hasil Penilaian
---------------	--

1	No Awareness (Tidak ada kesadaran)	Artinya masyarakat menerima perilaku tersebut sebagai hal yang normatif. Isu tersebut umumnya tidak diakui oleh masyarakat atau tokoh sebagai masalah.	<p>Di sini, tujuannya adalah untuk meningkatkan kesadaran bahwa masalah itu ada. Maka :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lakukan kontak pribadi dengan pemimpin/anggota masyarakat, teman dan calon pendukung. ✓ Kunjungi kelompok kecil yang sudah ada dan yang sudah mapan untuk memberi tahu mereka tentang masalah tersebut. ✓ Tempatkan item di media yang menjelaskan atau meminta perhatian pada masalah tersebut.
2	Denial (Penolakan/ perlawanan)	Artinya adanya keyakinan bahwa masalah tidak ada dalam masyarakat atau setidaknya beberapa anggota masyarakat mengakui bahwa hal itu menjadi perhatian, tetapi ada sedikit pengakuan bahwa hal itu mungkin terjadi secara lokal.	<p>Untuk mengatasi kesiapan di tingkatan ini, seseorang harus meningkatkan kesadaran bahwa masalah atau isu ada di komunitas ini, dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lanjutkan kunjungan empat mata dan dorong mereka yang telah Anda ajak bicara untuk membantu. ✓ Dekati dan libatkan program penjangkauan pendidikan/kesehatan setempat untuk membantu upaya tersebut dengan media berupa leaflet/selebaran, poster, atau brosur. ✓ Tunjukkan artikel media yang menggambarkan insiden kritis/maslaah lokal. ✓ Mempersiapkan, mengirimkan artikel untuk bulletin didalam

			<p>majelis keagamaan, bulletin lokal, dll.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menyajikan informasi kepada kelompok masyarakat setempat yang terkait.
3	<i>Vague awareness (Kesadaran samar)</i>	<p>Artinya masyarakat pengenalan masalah, namun tidak ada rencana untuk mengambil tindakan; Sebagian besar merasa bahwa ada kekhawatiran lokal, tetapi tidak ada motivasi langsung untuk melakukan apa pun</p>	<p>Sekarang setelah orang mengenali masalahnya, mereka harus sadar bahwa masyarakat dapat melakukan sesuatu untuk mengatasinya.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menyajikan informasi pada acara komunitas lokal dan kepada kelompok komunitas yang tidak terkait. ✓ Pasang pamflet, poster, dan papan reklame. ✓ Mulailah memulai acara (seperti pertemuan atau hanya sekedar makan siang bersama) dan gunakan kesempatan itu untuk menyajikan informasi tentang masalah tersebut. ✓ Lakukan survei lokal informal dan wawancara dengan masyarakat melalui telepon atau mendatangi ke masing-masing rumah (door-to-door). ✓ Menerbitkan editorial surat kabar dan artikel dengan informasi umum dan implikasi lokal.
4	<i>Preparation (Praperencanaan)</i>	<p>Ada pengakuan yang jelas bahwa sesuatu harus dilakukan, dan bahkan mungkin ada kelompok</p>	<p>Pada tingkatan ini, orang sudah siap untuk mulai memikirkan bagaimana mengatasi masalah tersebut.</p>

		yang membahasnya namun upaya tersebut tidak terfokus atau mendetail.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perkenalkan informasi tentang masalah ini melalui presentasi dan media. ✓ Kunjungi dan investasikan para pemimpin komunitas dalam penyebabnya. ✓ Tinjau upaya yang ada di masyarakat (kurikulum, program, kegiatan, dll.) Dan tentukan siapa populasi sasarannya. ✓ Melakukan kelompok fokus lokal untuk membahas masalah dan mengembangkan strategi. ✓ Meningkatkan paparan media melalui iklan layanan masyarakat radio dan televisi.
5	Preplanning (Persiapan)	Pemimpin aktif mulai merencanakan dengan sungguh-sungguh dan komunitas menawarkan dukungan sederhana dari upaya mereka.	<p>Di sini, tujuannya adalah pengumpulan informasi untuk meletakkan dasar bagi perencanaan strategi masyarakat untuk mengelola masalah tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sponsori piknik komunitas untuk memulai usaha. ✓ Melakukan forum publik untuk mengembangkan strategi dari tingkat akar rumput. ✓ Memanfaatkan pemimpin kunci dan orang berpengaruh untuk berbicara dengan kelompok dan berpartisipasi dalam acara radio dan televisi lokal. ✓ Rencanakan bagaimana mengevaluasi keberhasilan upaya Anda
6	Initiation (Inisiasi)	Informasi yang cukup tersedia untuk membenarkan	Saat upaya masyarakat yang lebih serius sedang berlangsung, diperlukan penyediaan informasi khusus masyarakat untuk

		upaya. Kegiatan sedang berlangsung.	<p>mendukung program dan inisiatif yang ada.</p> <p>Melakukan pelatihan in-service tentang Kesiapan Komunitas untuk anggota dan pemimpin komunitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rencanakan upaya publisitas yang terkait dengan permulaan aktivitas atau upaya. ✓ Menghadiri pertemuan untuk memberikan pembaruan tentang kemajuan upaya. ✓ Mulailah pencarian perpustakaan atau Internet untuk sumber daya tambahan dan potensi pendanaan. ✓ Mulailah beberapa upaya evaluasi dasar
7	Stabilization (Stabilisasi)	Kegiatan didukung oleh administrator atau pembuat keputusan masyarakat, serta ada staf terlatih dan berpengalaman.	<p>Sekarang upaya dan program sudah ada, perlu untuk menstabilkannya untuk mempertahankan upaya komunitas secara keseluruhan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rencanakan acara komunitas untuk mempertahankan dukungan untuk masalah ini. ✓ Perkenalkan evaluasi program Anda melalui pelatihan dan artikel surat kabar. ✓ Melakukan pertemuan triwulanan untuk meninjau kemajuan, memodifikasi strategi. ✓ Mengadakan acara pengakuan untuk pendukung atau sukarelawan lokal. ✓ Persiapkan dan kirimkan artikel surat kabar yang merinci kemajuan dan rencana masa depan.

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mulailah berjejaring di antara penyedia layanan dan sistem komunitas.
8	Confirmation (Konfirmasi /perluasan).	Upaya sudah dilakukan. Anggota komunitas merasa nyaman menggunakan layanan, dan mereka mendukung perluasan. Data lokal diperoleh secara teratur.	<p>Setelah layanan distabilkan, tugasnya adalah memperluas dan meningkatkannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formalisasi jaringan dengan perjanjian layanan yang memenuhi syarat. ✓ Mempersiapkan penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat. ✓ Memelihara database komprehensif yang tersedia untuk publik. ✓ Memulai perubahan kebijakan melalui dukungan pejabat kota setempat. ✓ Memanfaatkan data evaluasi untuk memodifikasi upaya.
9	Professionalization (Tingkat kepemilikan masyarakat yang tinggi) .	Pengetahuan yang dimiliki masyarakat sangat baik, terperinci dan cangih, masyarakat mengetahui tentang prevalensi, penyebab, dan konsekuensi. Terdapat evaluasi yang efektif untuk memandu	<p>Begitu komunitas mencapai level tertinggi, triknya adalah mempertahankan momentum dan melanjutkan pertumbuhan. Upaya itu perlu dipertahankan. Tidak peduli seberapa bagus program dan layanannya, mereka bisa lebih baik; patuhi itu - pekerjaan tidak pernah benar-benar selesai.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mempertahankan dukungan komunitas bisnis lokal dan meminta dukungan keuangan dari mereka. ✓ Diversifikasi sumber pendanaan.

		<p>kearah yang lebih baik dan baru. Model ini diterapkan untuk masalah lain.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lanjutkan penilaian ulang masalah dan kemajuan yang dibuat. ✓ Lacak data hasil untuk digunakan dengan permintaan hibah di masa mendatang. ✓ Lanjutkan laporan kemajuan untuk kepentingan tokoh masyarakat dan sponsor lokal. <p>Pada tingkat ini, anggota masyarakat memiliki program dan akan menginvestasikan diri mereka dalam memelihara program tersebut.</p>
--	--	--	--

Sumber : (E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly and Modified 2014; Han 2003; Phil Rabinowitz, P. Holt 2013)

Membangun komunitas yang lebih kuat dan lebih sehat adalah tentang membawa aset /potensi komunitas ini ke dalam hubungan satu sama lain. Ketika semua potensi terhubung, kapasitasnya dapat ditingkatkan. Pada dasarnya, membangun komunitas adalah tentang hubungan antar manusia. Memobilisasi asset/potensi untuk tindakan kolektif membutuhkan pengorganisasian hubungan dalam komunitas, sehingga kerjasama sangat penting dalam menentukan dan menjalankan suatu program.

Peningkatan kesehatan masyarakat dapat menjadi usaha besar dan seringkali melibatkan tindakan dengan cara baru. Memahami kesiapan masyarakat adalah hal penting bagi siapapun yang peduli dengan kesehatan dan pembangunan masyarakat. Sebuah komunitas tidak dapat diyakinkan untuk mendekati masalah kesehatan sampai mereka menyadari bahwa masalah tersebut ada dan mempengaruhi masyarakat. Suatu komunitas tidak dapat dipaksa untuk melakukan tindakan yang belum siap dilakukannya.

Model Kesiapan Komunitas/CRM ini adalah untuk menganalisis komunitas dengan cara yang memungkinkan untuk menentukan tingkat kesiapan komunitas. Koalisi dan advokat masyarakat kemudian dapat menggunakan informasi kesiapan tersebut untuk merancang strategi untuk menangani isu-isu yang akan didukung oleh masyarakat. Alat penilaian dapat digunakan serta dapat diadaptasi dan dinilai oleh anggota masyarakat dengan pelatihan minimal. Hal ini untuk memaksa masyarakat agar dapat mengambil tanggung jawab untuk memecahkan masalahnya sendiri dan menggunakan keahlian dan asset/potensinya sendiri. Tanggung jawab itu menanamkan rasa memiliki, seiring dengan kemajuan yang mantap menaiki tangga kesiapan, dan kemungkinan besar akan membuat upaya komunitas berhasil.

Strategi yang harus dilakukan disesuaikan dengan masing-masing tingkatan maupun komunitasnya, serta harus mempertimbangkan sumber daya yang ada dalam komunitas tersebut. Menggunakan pendekatan partisipatif akan lebih menguatkan strategi yang direncanakan dan program kesehatan masyarakat akan dapat terus dijalankan oleh masyarakat dengan baik dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Borresen, Erica C., Cordelia Stone, Abdoulaye Boré, Alima Cissoko, Ababacar Maiga, Ousmane A. Koita, and Elizabeth P. Ryan. 2016. "Assessing Community Readiness to Reduce Childhood Diarrheal Disease and Improve Food Security in Dioro, Mali." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13(6).
- E. R. Oetting, B. A. Plested, R. W. Edwards, P. J. Thurman, K. J. Kelly, and F. Beauvais and Modified. 2014. *Community Readiness for Community Change*. 2nd ed. Tri-Ethnic Center for Prevention Research Sage Hall, Colorado State University.
- Han, Meekyung. 2003. "Community Readiness." *Journal of Community Practice* 11(3):55–69.
- Harris, Kari Jo, Community Health Sciences, Blakely Brown, Community Health Sciences, Lindsey Shankle, Oregon Rural, Oregon Health, Michael Tryon, Summit Medical, Maja Pedersen, Community Health Sciences, Sofia Kehaulani Panarella, and Gyda Swaney. 2019. "Community Readiness Model for Prevention Planning: Addressing Childhood Obesity in American Indian Reservation Communities." *J Racial Ethn Health Disparities* 6(6):1144–56.
- Phil Rabinowitz, P. Holt, C. 2013. "Chapter 2. Some Other Models for Promoting Community Health and Development, Section 9. Community Readiness." In *The Community Tool Box*. Retrieved April 3, 2023 (<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/models-for-community-health-and-development/community-readiness/main>).
- Plested, Barbara A., Pamela Jumper-Thurman, and Ruth W. Edwards. 2006. *Community Readiness: Advancing Suicide Prevention in Native Communities*. SAMHSA.

Sundaro, Hendrianto and Eva Yuliani. 2022. "Kesiapan Masyarakat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Kepariwisata sebagai Daya Tarik Wisata Di Kampung Jawi, Kecamatan Gunungpati, Kota Semarang." *Indonesian Journal of Spatial Planning* 2(2):11.

BAB 10

PRINSIP PERUBAHAN PERILAKU

Oleh Rohani Retnauli Simanjuntak

10.1 Perilaku

Kata perilaku berasal dari dua kata yaitu “peri” dan “laku”. Peri artinya cara berbuat suatu kelakuan atau perbuatan dan laku berarti perbuatan, kelakuan, cara menjalankan (Irwan, 2017). Sumber lain mengartikan perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati dari luar. Menurut Skinner, perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap suatu rangsangan dari luar (Rachmawati, 2019), sehingga bisa disimpulkan bahwa perilaku baru berwujud bila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan tanggapan (aksi/ reaksi/ respon) yang disebut rangsangan. Rangsangan yang berbeda akan menimbulkan perilaku yang berbeda. Perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya (Irwan, 2017). Perilaku dapat diamati dan dipelajari dan merupakan hasil totalitas penghayatan serta aktifitas yang berasal dari pengaruh faktor internal dan eksternal (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan sumber perilaku, Skinner dalam (Irwan, 2017) membedakan perilaku menjadi dua, yakni

1. Perilaku yang alami (*innate behaviour*)
Perilaku yang dibawa sejak organisme dilahirkan yang berupa refleks-refleks dan insting-insting (Irwan, 2017) .

2. Perilaku operan (*operant behaviour*)

Perilaku yang lebih dominan pada manusia karena dibentuk melalui proses belajar dan dikendalikan oleh pusat kesadaran atau otak (kognitif) (Irwan, 2017).

Berdasarkan bentuk respons/ aksi/ reaksi terhadap rangsangan, perilaku dapat dibagi menjadi dua yakni

1. Perilaku tertutup (*Covert Behavior*) terjadi apabila respon/ aksi/ reaksi dari suatu rangsangan/ stimulus belum/ tidak dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respon/ aksi/ reaksi terhadap rangsangan/ stimulus yang dimaksud masih terbatas pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus tersebut. Perilaku ini disebut juga perilaku pasif atau respon internal (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018; Rachmawati, 2019).
2. Perilaku terbuka (*Overt Behavior*) terjadi apabila respon/ aksi/ reaksi dari suatu rangsangan/ stimulus dapat diamati dengan jelas oleh orang lain karena sudah berupa tindakan atau praktik yang memang dengan mudah terlihat oleh orang lain. Perilaku ini disebut juga perilaku aktif atau respon eksternal (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018; Rachmawati, 2019).

10.1.1 Proses Pembentukan Perilaku

Abraham Maslow mengemukakan bahwa perilaku manusia dibentuk dan dipengaruhi oleh tingkat kebutuhan pada setiap jenjang atau hirarki kebutuhan dasar manusia (Irwan, 2017). Pada Gambar 10.1 terlihat ada lima jenjang atau tingkat kebutuhan dasar manusia, yaitu

a. Kebutuhan Fisiologis

Merupakan kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik seperti kebutuhan akan makanan, minuman, tempat berteduh, seks, tidur dan oksigen. Individu akan menekan semua kebutuhan lain selama kebutuhan fisiologis ini belum terpenuhi (Irwan, 2017).

b. **Kebutuhan akan rasa aman**

Kebutuhan ini tidak bisa terpenuhi secara total karena manusia/ individu tidak dapat melindungi dirinya dari ancaman-ancaman yang akan datang sepenuhnya. Banyak hal yang tidak bisa dihindari. Kebutuhan akan rasa aman ini antara lain rasa aman terhindar dari pencurian, perampokan, konflik, tawuran, sakit penyakit, serta rasa aman dalam perlindungan hukum (Irwan, 2017).

c. **Kebutuhan akan rasa memiliki dan kasih sayang**

Merupakan kebutuhan akan rasa dicintai dan mencintai serta dimiliki dan memiliki. Kebutuhan akan sahabat, pasangan hidup dan keturunan merupakan contoh dari kebutuhan ini. Selain itu kebutuhan diterima di lingkungan atau kelompok tempat seorang individu hidup juga merupakan salah satu dari kebutuhan akan kasih sayang (Irwan, 2017).



Gambar 10.1. Kebutuhan Dasar Manusia yang Mempengaruhi Pembentukan Perilaku Menurut Maslow (Irwan, 2017)

d. **Kebutuhan akan penghargaan atau harga diri**

Beberapa kebutuhan yang termasuk dalam kebutuhan ini antara lain rasa ingin dihargai, rasa ingin diperhatikan oleh

orang lain dan adanya toleransi dalam hidup berdampingan (Irwan, 2017).

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Merupakan kebutuhan yang tidak melibatkan keseimbangan tetapi melibatkan keinginan yang terus menerus untuk memenuhi potensi diri. Kebutuhan ini adalah hasrat individu untuk sepenuhnya menjadi diri sendiri dengan kemampuan yang dimilikinya. Beberapa yang termasuk dalam kebutuhan ini antara lain : kebutuhan ingin dipuji atau disanjung orang lain, keinginan untuk sukses atau berhasil mencapai cita-cita dan ingin menonjol atau lebih dari orang lain dalam karir/ usaha dan aspek kehidupan lainnya (Irwan, 2017).

10.1.2 Domain Perilaku

Bila dikaitkan dengan pendidikan, Bloom mengkategorikan perilaku individu dalam tiga domain yaitu domain kognitif, domain afektif dan domain psikomotor yang ketiga nya berkembang dan menjadi alat ukur dalam pendidikan kesehatan (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018). Berikut penjelasan masing-masing domain perilaku :

a. Domain Kognitif / Pengetahuan

Domain kognitif atau pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan perilaku individu. Pengetahuan terbentuk setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, baik melalui indra penglihatan, indra pendengaran, indra penciuman, indra perasa maupun indra peraba (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018)

b. Domain Afektif/ Ranah Sikap/ Attitude

Sikap digunakan sebagai alat untuk memprediksi perilaku individu, karena sikap merupakan respon individu ketika menerima stimulus atau rangsanga dari lingkungan

(Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018)

c. **Domain Psikomotor/ Praktik/ Tindakan**

Praktik atau tindakan yang merupakan domain psikomotor memiliki beberapa tingkatan yaitu

- 1) **Respon terpinpin** merupakan tindakan atau praktik yang dilakukan individu mengikuti aturan atau sesuai dengan panduan
- 2) **Mekanisme** merupakan tindakan yang dilakukan individu tanpa melihat panduan karena sudah menjadi suatu kebiasaan
- 3) **Adopsi** merupakan tindakan yang sudah dengan baik dilakukan individu sehingga individu bisa memodifikasi tindakan tersebut sesuai dengan situasi yang dihadapi.

10.2 Perubahan Perilaku

Beberapa faktor dari dalam individu yang mempengaruhi proses perubahan perilaku yaitu

a. Susunan syaraf pusat

Susunan syaraf pusat berperan dalam meneruskan stimulus atau rangsangan yang diterima dari satu syaraf ke syaraf lainnya dan perpindahannya terlihat pada perilaku individu (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018). Perpindahan pesan dari satu syaraf ke syaraf yang lain dilakukan oleh susunan syaraf pusat dengan unit-unit dasarnya yang disebut neuron. Neuron memindahkan energi dalam impuls-impuls syaraf (Irwan, 2017).

b. Persepsi

Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi ini adalah pengalaman

yang dihasilkan melalui indra pendengaran, penciuman, penglihatan dan indera lainnya (Irwan, 2017).

c. Motivasi

Motivasi atau motif merupakan salah satu faktor yang akan menciptakan suatu perubahan perilaku. Motivasi individu melakukan suatu tindakan akan menjadi landasan perilaku individu tersebut (Irwan, 2017).

d. Emosi

Emosi berupa perasaan senang atau tidak senang atau setuju dan tidak setuju tentang suatu hal akan membentuk perilaku individu (Irwan, 2017).

e. Belajar

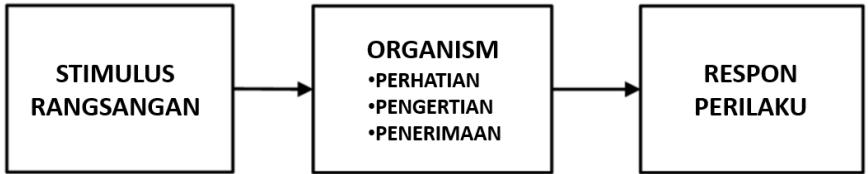
Hasil belajar individu dari pengalaman, observasi atau pengamatan dan komunikasi dengan individu lain akan membentuk suatu perubahan perilaku (Irwan, 2017).

10.2.1 Teori Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku terutama perubahan perilaku dalam bidang kesehatan merupakan tujuan dari program-program kesehatan yang ada. Beberapa teori perubahan perilaku yang bisa diaplikasikan untuk mencapai keberhasilan dalam sebuah program kesehatan antara lain

a. Teori *Stimulus Organisme Respon* (SOR)

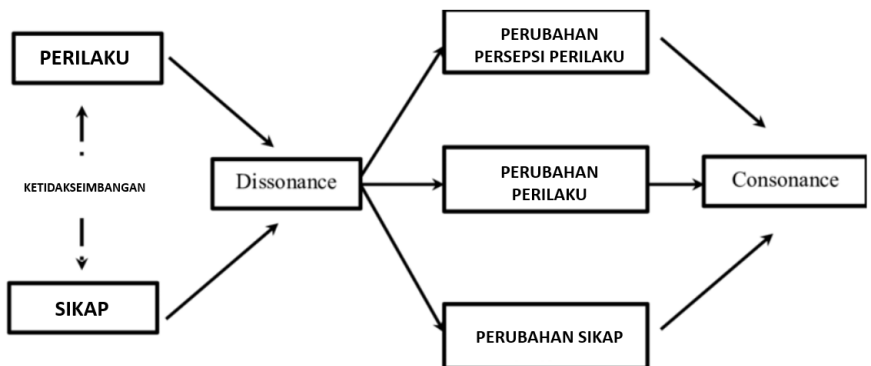
Berdasarkan teori *Stimulus Organism Respon* (SOR) yang terlihat pada Gambar 10.2 dapat dikatakan bahwa perilaku individu dipengaruhi oleh adanya stimulus/ rangsangan dari luar. Teori SOR ini diungkapkan oleh Skinner yang mengatakan bahwa respon yang berupa perilaku merupakan proses dari stimulus/ rangsangan terhadap organisme (Notoatmodjo, 2012)



Gambar 10.2 Teori Stimulus Organisme Respon (SOR) menurut Skinner (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

b. Teori Festinger (*Dissonance Theory*)

Konsep yang dikemukakan oleh Festinger dalam teori dissonance ini adalah konsep ketidakseimbangan, dimana ada ketidakseimbangan atau pertentangan pada diri individu tentang pengetahuan, pendapat atau keyakinan akan sesuatu. Ketidakseimbangan ini akan menyebabkan terjadinya perubahan perilaku individu tersebut. Pada Gambar 10.3 terlihat bahwa ketidakseimbangan menyebabkan perubahan perilaku dan sikap yang akhirnya menghasilkan keseimbangan (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).



Gambar 10.3 Teori Dissonance oleh Festinger (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

c. Teori Fungsi

Menurut Katz (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019) perilaku individu dilatarbelakangi kebutuhan, dimana masing-masing perilaku bisa memenuhi fungsi yang berbeda. Katz beramsumsi bahwa

- 1) Perilaku memiliki fungsi instrumental yaitu memberikan pelayanan bagi kebutuhan
- 2) Perilaku berfungsi sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungan
- 3) Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti
- 4) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif individu terhadap situasi.

Teori ini meyakini bahwa perilaku mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu sehingga individu senantiasa berperilaku menyesuaikan lingkungan menurut kebutuhannya (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).

d. Teori Kurt Lewin

Seperti terlihat pada Gambar 10.4 bahwa ketiga komponen yaitu penahan, pendorong dan perilaku saling berinteraksi, yang artinya masing-masing komponen bisa saling mempengaruhi. Ada tiga penyebab perubahan perilaku yang mungkin terjadi pada teori Kurt Lewin, yaitu :

- 1) Kekuatan pendorong meningkat

Pemberian stimulus/ rangsangan yang berupa penyuluhan atau pemberian edukasi dan informasi akan merubah perilaku individu. Contohnya adalah pemberian penyuluhan tentang pentingnya program Keluarga Berencana (KB) akan mengubah perilaku individu yang sebelum penyuluhan tidak mengerti tentang KB.

- 2) Kekuatan penahan menurun

Adanya informasi baru yang mematahkan atau melemahkan informasi atau keyakinan yang sudah ada sehingga menciptakan perubahan perilaku individu. Contohnya pemberian informasi bahwa semboyan banyak anak banyak rejeki sudah tidak lagi tepat untuk kondisi

saat ini akan membuat individu berperilaku tidak ingin memiliki banyak anak.

- 3) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun

Merupakan gabungan kedua kondisi sebelumnya yang mempengaruhi dan semakin memperkuat individu untuk melakukan perubahan perilaku. Contoh pada kasus sebelumnya bisa digunakan seperti penyuluhan/informasi atau edukasi mengenai pentingnya KB (meningkatkan kekuatan pendorong) dan tidak tepatnya semboyan banyak anak banyak rejeki (menurunkan kekuatan penahan) akan memperkuat perubahan perilaku individu untuk mengikuti program KB



Gambar 10.4 Teori Perubahan Perilaku Kurt Lewin

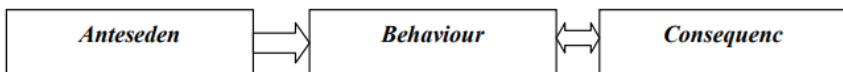
e. Teori Kognisi Sosial

Awalnya teori ini dikenal dengan nama Teori Pembelajaran Sosial atau *Social Learning Theory* yang diperkenalkan oleh Albert Bandura. Teori ini mengungkapkan bahwa perubahan perilaku individu sangat ditentukan oleh lingkungan dan lingkungan sangat dipengaruhi juga oleh perilaku individu. Selain lingkungan dan perilaku, pengalaman psikologis individu juga akan

mempengaruhi dan dipengaruhi keduanya. Contoh nyata adalah perilaku merokok, seorang remaja akan merokok bila lingkungan nya penuh dengan perokok dan sebaliknya akan berhenti merokok bila tidak ada perokok di lingkungannya (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

f. Teori *Anteseden, Behaviour, Consequence* (ABC)

Anteseden adalah kejadian yang mendahului atau melatarbelakangi sebuah perilaku. Consequenc atau konsekuensi adalah kejadian yang mengikuti sebuah perilaku. Pada beberapa kasus, konsekuensi bisa mempengaruhi perilaku dan sebaliknya perilaku juga bisa mempengaruhi keonsekuensi. Pada Gambar 10.5 terlihat jelas bahwa anteseden akan mempengaruhi perilaku dan perilaku bisa mempengaruhi konsekuensi namun bisa juga perilaku dipengaruhi konsekuensi. Contoh konsekuensi bisa mempengaruhi perilaku adalah adanya hukuman atau hadiah bila berperilaku tertentu. Hukuman dan hadiah dalam kasus ini merupakan konsekuensi (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).

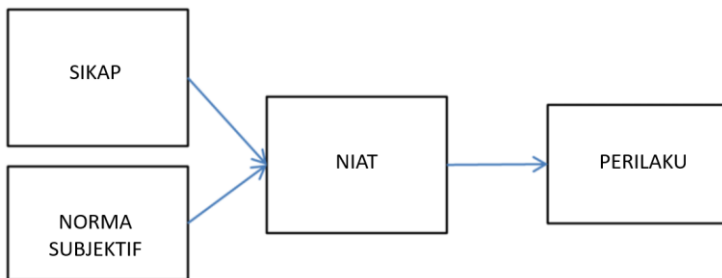


Gambar 10.5 Teori Anteseden, Behaviour, Consequence (ABC) (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

g. Teori *Theory of Reasoned Action* (TRA)

Theory of Reasoned Action (TRA) digunakan untuk melihat hubungan sikap dan perilaku manusia secara umum, namun banyak digunakan untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan. Pada teori ini, seperti terlihat pada Gambar 10.6 dijelaskan bahwa yang mempengaruhi niat/ minat individu untuk berperilaku

tertentu adalah sikap dan norma subjektif. Niat/ minat dapat diprediksi dari sikap dan bagaimana individu berpikir tentang orang lain bila dia berperilaku tertentu (norma subjektif) (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)



Gambar 10.6 Theory of Reasoned Action (TRA) (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

Theory of Reasoned Action (TRA) berkembang untuk melihat hubungan antara sikap, keyakinan, persepsi, niat dan perilaku individu. *Theory of Reasoned Action* berfokus pada 3 hal yaitu

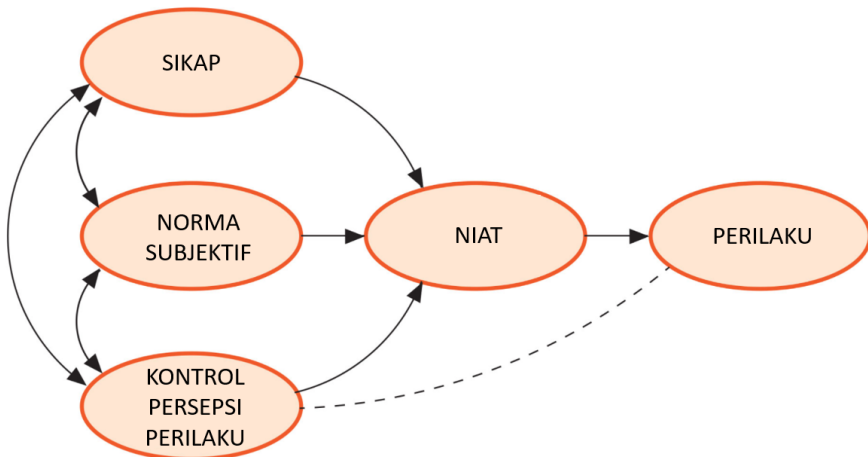
- Keyakinan tentang keberhasilan perilaku (*behavioral beliefs*) yaitu keyakinan individu bahwa perubahan perilaku mendatangkan kebaikan
- Keyakinan tentang norma (*normative beliefs*) yaitu keyakinan individu bahwa perubahan perilaku didukung oleh norma yang berlaku
- Keyakinan akan adanya faktor pendukung atau penghambat perubahan perilaku (*control beliefs*).

Ketiga keyakinan ini akan membentuk suatu niat/ minat yang nantinya akan merubah perilaku individu. *Theory of Reasoned Action* mengatakan bahwa perubahan perilaku dibentuk dari adanya niat, sedangkan niat dipengaruhi oleh sikap, norma dan adanya kontrol perilaku. Secara sederhana perubahan perilaku individu akan terjadi bila individu memandang positif terhadap perubahan yang diharapkan

dan meyakini bahwa lingkungannya juga mengharapkan perubahan perilaku tersebut (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).

h. Teori Perilaku Berencana (*Theory of Planned Behaviour*)

Theory of Planned Behaviour tidak jauh berbeda dengan *Theory of Reasoned Action*, yang membedakan keduanya adalah pada *Theory of Planned Behaviour* ada kontrol persepsi perilaku yang mempengaruhi niat dan perubahan perilaku individu. Kontrol persepsi perilaku bisa langsung membentuk niat tanpa perantara sikap dan norma subjektif. Selain itu kontrol persepsi perilaku juga bisa langsung mempengaruhi perubahan perilaku individu, seperti terlihat pada Gambar 10.7 Pada *Theory of Planned Behaviour* ada tiga hal yang membentuk niat yaitu sikap, norma subjektif dan kontrol perilaku (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019).



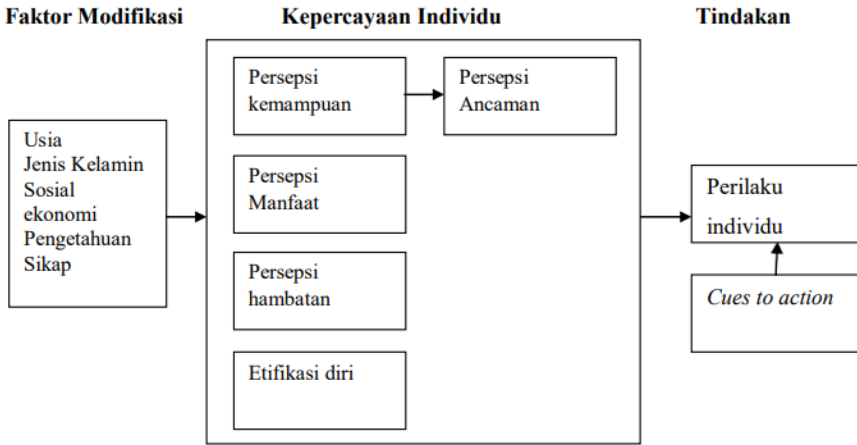
Gambar 10.7 Theory of Panned Behavior (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019)

i. *Health Belief Model* (HBM)

Teori perubahan perilaku ini didasari bahwa persepsi pada ancaman dalam hal ini ancaman penyakit menjadi suatu prekursor penting dalam tindakan pencegahan.

Pada Gambar 10.8 terlihat bahwa ada enam hal yang menyebabkan individu berperilaku tertentu dalam hal ini melakukan pengobatan terhadap penyakit, yaitu :

- 1) Kerentanan yaitu agar seorang individu sadar bahwa dirinya atau keluarganya rentan terhadap suatu penyakit. Bila ada kerentanan maka individu akan melakukan pencegahan (perilaku pencegahan)
- 2) Keseriusan yaitu agar seorang individu merasa bahwa penyakit yang diderita merupakan masalah serius, baik masalah klinis/ medis dan masalah sosial seperti kehilangan pekerjaan ataupun hubungan sosial (Skinner, 2008).
- 3) Manfaat yaitu agar seorang individu merasakan manfaat dari suatu perilaku terhadap penyakit yang diderita sehingga terjadi perubahan perilaku (Skinner, 2008).
- 4) Hambatan yaitu agar seorang individu merasakan bahwa akan banyak rintangan atau kesulitan yang dirasakan bila tidak melakukan perubahan perilaku (Skinner, 2008).
- 5) Cues to action adalah signal yang menyebabkan individu bergerak kearah perilaku pencegahan. Biasanya tanda/ signal itu berasal dari luar seperti dari media masa atau kegiatan penyuluhan (Skinner, 2008).
- 6) Efikasi diri yaitu kepercayaan individu bahwa mampu melakukan suatu perubahan perilaku (Skinner, 2008).



Gambar 10.8 Health Belief Model (Skinner, 2008)

10.2.2 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut WHO (Adventus, Jaya and Mahendra, 2019), bentuk perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga yaitu :

a. Perubahan Alamiah

Perubahan perilaku pada individu yang disebabkan karena kejadian alamiah. Misalnya kebiasaan masyarakat pada jaman dulu yang menggunakan tanaman dari pekarangan sebagai jamu alami. Seiring berjalannya waktu karena kebutuhan hidup, pekarangan digunakan untuk menanam bahan makanan sehingga saat membutuhkan obat masyarakat membeli jamu instant di warung obat.

b. Perubahan Terencana

Perubahan perilaku pada individu yang memang direncanakan karena adanya keuntungan bila melakukan perubahan perilaku atau adanya kerugian bila tidak melakukan perubahan perilaku. Contoh perubahan terencana adalah seorang individu berhenti merokok karena merasakan gangguan kesehatan bila terus melanjutkan kegiatan merokok.

c. Kesiediaan untuk Berubah

Adanya perbedaan perubahan perilaku antar individu yang menerima stimulus atau rangsangan yang sama. Ada individu yang langsung menerima stimulus sehingga terjadi perubahan perilaku ada individu yang lambat dalam menerima stimulus sehingga perubahan perilaku juga lambat terjadi. Kecepatan perubahan perilaku yang terjadi ini tergantung kesiediaan individu untuk berubah.

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus, Jaya, I. M. M. and Mahendra, D. (2019) *Buku Ajar Promosi Kesehatan, Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.
- Irwan (2017) *Etika dan Perilaku Kesehatan*. I. Yogyakarta: Absolute Media.
- Notoatmodjo, S. (2012) 'Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan'. Jakarta: Rineka Cipta, p. 250.
- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Rachmawati, W. C. (2019) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. 1st edn. Malang: Wineka Media.
- Skinner, V. L. C. C. S. (2008) 'The Health Belief Model', in *Health Behavior and Health Education*. 4th edn. San Francisco: Jossey Bass, p. 613.

BIODATA PENULIS



Dr. Rosdiana, SKM., M.Kes.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widyagama
Mahakam Samarinda

Penulis lahir di Tuppu 05 Desember 1976. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Widyagama Mahakam Samarinda. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Peminatan Kesehatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar. Lulus S2 tahun 2010 pada Prodi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta Solo, Pada tahun 2016 menyelesaikan S3 di universitas yang sama (UNS) Surakarta Solo dengan peminatan Promosi Kesehatan. Penulis menekuni bidang promosi Kesehatan dan ilmu perilaku.

BIODATA PENULIS



Susilo Wirawan, SKM, MPH.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Dietisien,
Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Susilo Wirawan, SKM, MPH lahir di Ponorogo 15 Januari 1970 adalah dosen tetap di Prodi Pendidikan Profesi Dietisien Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan dasar di SDN Ronowijayan II, pendidikan menengah di SMPN 2 Ponorogo (1987) dan SMAN 1 Ponorogo (1990). Selanjutnya penulis mengikuti pendidikan tinggi mulai dari Pendidikan Ahli Madya (PAM) Gizi Malang (1993), Sarjana S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Unair Surabaya (2001) dan menyelesaikan pendidikan magister pada peminatan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SIMKES) pada bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran, UGM Yogyakarta (2009). Pengalaman bekerja diawali bertugas sebagai asisten dosen di Akademi Gizi Depkes Mataram (1994-2000), yang selanjutnya menjadi dosen dengan jabatan fungsional dari asisten ahli hingga lektor di Poltekkkes Kemenkes Mataram (2001 -2020).

Selain mengajar di Poltekkes Kemenkes Mataram penulis mengajar pula sebagai dosen tidak tetap di berbagai perguruan tinggi swasta lainnya di antaranya Stikes Qomarul Huda, Bagu (Lombok Tengah), Poltekkes Medica Farma (Mataram), Stikes Hasanudin (Mataram) dan Stikes Hanani (Mataram). Sejak

Januari 2021 penulis berpindah tugas ke Poltekkes Kemenkes Yogyakarta hingga saat ini. Dalam proses belajar mengajar penulis mengampu beberapa MK di antaranya Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Gizi, Statistik, Metodologi Penelitian, Aplikasi komputer, Ilmu Komunikasi dan mata kuliah lainnya. Penulis telah menghasilkan tiga buah karya berupa buku di antaranya **“Gizi Ibu Hamil”** yang telah memiliki HAKI dan ISBN (Penerbit Forikes, 2018), **“Statistik Untuk Tenaga Kesehatan”** (Penerbit Pustaka Baru Press, 2021) dan **“Metodologi Penelitian Untuk Tenaga Kesehatan”** (Penerbit Tema Publishing, 2023). Penulis juga telah menghasilkan lima buah *Book Chapter* yaitu 1. **“Ilmu Kesehatan Masyarakat”** 2. **“Promosi Kesehatan”** 3. **“Promosi Kesehatan Masyarakat”** 4. **“Stunting pada Anak”** dan 5. **“Ilmu Gizi Klinik”** yang telah memiliki HAKI dan mendapatkan ISBN (Penerbit Getpres, 2022).

Pengalaman bekerja selain aktifitas mengajar penulis pernah mengikuti berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan di antaranya Pendidikan Akta Mengajar III di IKIP Negeri Semarang (1997), Pelatihan *Virtual Training Studio (VTS)* di Mataram (2003), Pelatihan dalam rangka penelitian **“Operational Study on Delivery of Vitamin A Capsules to Post Partum Women”** yang dilaksanakan oleh Puslitbang Gizi dan Makanan Depkes RI (2004) dan *Regional Course “Nutritional Epidemiology and Surveillance”* yang diselenggarakan oleh SEAMEO RECFON di Universitas Indonesia, Jakarta (2012). Selanjutnya pada tahun 2022 penulis juga telah mengikuti pelatihan PEKERTI yang diselenggarakan oleh Universitas Negeri Yogyakarta/UNY. Sedangkan pengalaman dalam bidang penelitian yang menjadi salah satu unsur tri dharma Perguruan Tinggi antara lain penulis telah ikut terlibat dalam berbagai riset tingkat regional maupun skala Nasional seperti Riset Kesehatan Dasar/RISKESDAS (2010 dan 2013), Riset Fasilitas Kesehatan/RIFASKES (2011), Riset Intervensi Kesehatan/RIK (2014-2016), Riset Tenaga Kesehatan/ RISNAKES (2017) dan Survey Status Gizi Indonesia/SSGI (2022) yang dibiayai oleh

Balitbangkes Kemenkes RI. Sebagai seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) penulis telah memperoleh Piagam tanda Kehormatan Satyalancana Karya Satya X (2004) dan XX dari Presiden RI (2014). Penulis juga telah menerima penghargaan sebagai dosen berprestasi Tingkat Potekkes Kemenkes Mataram 2015 dan mewakili Poltekkes Mataram pada tingkat Nasional (2015).

BIODATA PENULIS



Andi Yuniarsy Hartika, S.Gz., M.P.H

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

Penulis lahir di Ujung pandang, 1 Juni 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Universitas Borneo Tarakan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Gizi Universitas Hasanuddi dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada. Fokus penelitian dan pengabdian yaitu perilaku makan sehat.

BIODATA PENULIS



Sulistyani Prabu Aji

Mahasiswa S3 Universitas Sebelas Maret Surakarta

Penulis adalah Mahasiswa S3 PPPM Peminatan Promosi Kesehatan di UNS yang merupakan lulusan Fakultas Kedokteran UNS. Bidang keahlian penulis adalah penyakit Menular, Penyakit tidak menular dan Promosi Kesehatan.

Selain Kuliah, Penulis juga aktif mengisi kegiatan ilmiah dan berbagai pelatihan yang berlisensi dalam beberapa bidang ilmu khususnya kesehatan sebagai pembicara maupun moderator. Penulis adalah Pendiri sekolah keluarga Komplementer yang diperuntukkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan terapi komplementer. Sampai tahun 2023 Penulis sudah menulis 67 Artikel Jurnal baik penelitian maupun pengabdian, 3 buku fiksi, 38 BookChapter dan memperoleh 31 Hak Cipta.

BIODATA PENULIS



Febriantika, S.K.M., M.K.M.

Dosen Program Studi Analisis Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nahdlatul Ulama
Sumatera Utara (UNUSU)

Penulis lahir di Medan tanggal 10 Februari 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Dosen Program Studi Analisis Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nahdlatul Ulama Sumatera Utara.

Menyelesaikan pendidikan S1 pada Prodi Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Prodi Kesehatan Masyarakat. Penulis menekuni bidang Adiksi yang telah ditekuni sejak tahun 2017 sebagai Konselor di salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah, penulis juga aktif di bidang pencegahan program adiksi yang berfokus kepada program keluarga.

BIODATA PENULIS



Christina Rony Nayoan, SKM., MPH., Ph.D.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Luwuk tanggal 5 Desember 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana. Menyelesaikan pendidikan S1 pada FKM Undip Semarang dan melanjutkan S2 pada School of Population Health, the University of Melbourne serta menamatkan Pendidikan S-3 pada School of health and social development, Deakin University. Penulis memiliki keahlian di bidang promosi kesehatan dan kesehatan reproduksi serta kesehatan ibu dan anak.

BIODATA PENULIS



Dewi Arisanti SKM.,M.Kes.

Dosen Program Studi Teknologi Laboratorium Medis
Politeknik Kesehatan Muhammadiyah Makassar

Penulis lahir di Tanete. 16 Juli 1981 Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Teknologi Laboratorium Medis Politeknik Kesehatan Muhammadiyah Makassar. Menyelesaikan Pendidikan S1 di STIK Tamalatea Makassar jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan melanjutkan S2 di UIT Makassar jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

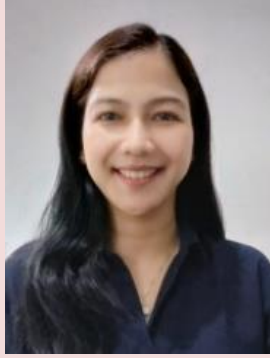
BIODATA PENULIS



Ratna Trisilawati, S.KM., M.Kes
Promotor Kesehatan

Penulis lahir di Lumajang tanggal 19 Maret 1984. Penulis adalah ASN di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada UPT Balai Kesehatan Masyarakat (Balkesmas) Wilayah Klaten serta menjadi dosen di Universitas Muhammadiyah Klaten. Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Jember pada tahun 2006 dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro, dan saat ini sedang menempuh pendidikan dalam program tugas belajar pada Program Doktorat Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Penulis menekuni bidang kesehatan masyarakat dengan kompetensi promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta menjadi pendamping diberbagai komunitas kemasyarakatan.

BIODATA PENULIS



Rohani Retnauli Simanjuntak, S.Gz, M.Gizi

Dosen Program Studi D III Gizi Jurusan Gizi
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan

Terlahir di Kota Semarang, pada 7 Maret 1981, Rohani Retnauli Simanjuntak menyelesaikan Pendidikan Pasca Sarjana Program Studi Magister Ilmu Gizi di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2015. Sebagai seorang tenaga pendidik di Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan, wanita yang akrab dengan panggilan Uli ini aktif melaksanakan tridarma perguruan tinggi seperti mengajar, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Berbekal pengetahuan sesuai dengan latar belakang pendidikannya serta pengalaman menulis bahan ajar untuk kalangan sendiri, menulis laporan hasil penelitian, kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan menulis 1 Bab dalam beberapa buku referensi (bookchapter) yang sudah beredar.

Kiranya buku ini bermanfaat dan bila ada hal-hal yang perlu diklarifikasi bisa menghubungi Uli di email : retnauli@gmail.com atau IG @uli_juntax