

THESIS

**EFEK PKL(PRAKTIK KLINIK LAPANGAN) TERHADAP
PEMBENTUKAN PERILAKU SEHAT PADA MASYARAKAT
LEMBANG SALOSO KECAMATAN RANTEPAO
KABUPATEN TANA TORAJA**

**MATHIUS RANTE SALU
P. 1805206563**



**KONSENTRASI PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2008**

ABSTRAK

Mathius Rante Salu. Efek PKL (Praktik Kerja Lapangan) Komunitas Terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja (dibimbing oleh Ridwan M. Thaha dan Burhanuddin Bahar).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauhmana efek PKL (Praktik Kerja Lapangan) Komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat

Penelitian dilaksanakan di masyarakat Lembang Saloso dengan kepala keluarga sebagai responden. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam (indepth interiew) dan dengan observasi partisipatif

Penelitian ini merupakan penelitian obsevasional dengan pendekatan *Cross-sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu total populasi dari semua kepala keluarga berjumlah 243 orang. Analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah univariat dan bivariat dengan uji *Chi – square* untuk mengetahui hubungan Variabel independen dan dependen

Hasil penelitian menunjukkan bahwa : 1) Ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya promotif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat. 2) Ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya preventiff terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat. 3) Tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya kuratif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat. 4) Ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya rehabilitatif terhadap pembentukan perilaku sehat.

Kata kunci : PKL (Praktik Kerja Lapangan), Perilaku sehat
Daftar Pustaka : 15 (1984- 20070

ABSTRAK

MATHIUS RANTE SALU. The Effect of Community's Field Work Practice on the Establishment of Health Behavior for the Community of Saloco Village, Rantepao District of Tana Toraja Regency (supervised by Ridwan M. Thaha and Burhanuddin Bahar)

This research aims to find out to what extent the effect of Community's Field Work Practice on the establishment of community's health behavior.

This research was carried out in the community of Saloso Village in which the respondents were the heads of households. The primary data were obtained through in-depth interview and participative observation. This research was an observational study using cross sectional approach. The sample was the total population of the whole of household heads consisting 243 people. The data were analyzed using univariate and bivariate with chi square test to find out the correlation between independent and dependent variables.

The results show that there is a significant correlation between the knowledge on promotion effort and the establishment of community' health behavior; there is significant correlation between the knowledge of preventive effort and the establishment of community's health behavior; there is no significant correlation between the knowledge on curative effort and the establishment of community's health behavior; there is a significant correlation between the knowledge of rehabilitative effort and the establishment of health behavior.

Key words: Field Work Practice, health behavior

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, atas segala rahmat dan karunia-Nya kepada kita sehingga penelitian dan penulisan ini dapat selesai.

Dalam penyelesaian tesis ini penulis menerima bantuan yang tak ternilai harganya dari berbagai pihak. Untuk itu rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan. Pada kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc. selaku ketua komisi penasehat dan Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS. Sebagai anggota penasehat tesis, atas segala bantuan, bimbingan, petunjuk dan kesabarannya mengarahkan saya selama pmlisan tesis.

Ucapan terima kasih dan penghargaan saya sampaikan kepada dr. Buraerah H.A. Hakim, M.Sc, Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS, Prof drg. A. Arsunan Arsin, M. Kes selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan, arahan dalam penyusunan tesis ini. Rasa terima kasih saya sampaikan juga kepada Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. dr. Idrus Paturusi, Sp.BO dan Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, M.Sc sebagai Direktur Progrman Pascasarjana Universitas Hasanuddin. Prof. Dr. drg. A. Zulkifli, MS sebagai ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Dr. Dr. H., Muh Syafar, MS selaku ketua Konsentrasi Promosi atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk melanjutkan. pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Terima kasih kepada segenap staf, yang telah banyak meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan, bimbingan dan terima kasih kepada dosen dan staf dilingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin dan Konsentrasi Promosi Kesehatan khususnya atas segala bantuan dan kerja sama yang baik dalam penyelesaian studi.

Terima kasih penulis sampaikan kepada Gubernur Propinsi Sulawesi Selatan, Kepala Dinas Kesehatan, Bupati Tana Toraja, dan direktur Akademi Keperawatan Toraja yang telah memberi izin belajar kepada penulis. Terima, kasih juga penulis sampaikan kepada pengelola Dana DHS baik tingkat kabupaten Tana Toraja, pengelola tingkat propinsi Sulawesi Selatan yang mendukung biaya pelaksanaan perkuliahan penulis. Terima kasih penulis sarnpaikan kepada Gubemur Sulawesi Selatan, Bupati Tana Toraja, Camat Rantepao dan Kepala Lembang Saloso atas pemberian izin penelitian secara khusus kepada masyarakat Lembang Saloso sebagai tempat pelaksanaan penelitian.

Terima kasih kepada rekan-rekan mahasiswa Program Konsentrasi Promosi Kesehatan yang telah membagi suka dan duka serta ilmu dan pengalamannya selama mengikuti pendidikan.

Terima kasih kepada sernua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan bantuan baik moril maupun materil yang. Sangat berharga. Terima kasih sebesar-besarnya serta rasa hormat dan peghargaan setinggi4ingginya saya haturkan kepada kedua orang tua tercinta dan mertua atas do'a restu, kasih sayang dan didikannya sehingga penulis menyelesaikan pendidikan hingga hari ini.

Akhirnya secara khusus penulis sampaikan terima kasih kepada istri dan anak - anakku tercinta dan tersayang (Nathar Rante Salu dan Jesy Likubanne Mallisa') atas segala do'a restu, pengorbanan, ketabahan dan pengertian yang diberikan kepada saya dalam merampungkan studi Magister Promosi Kesehatan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga krifik dan saran sangat kami harapkan demi kesempurnaan penelitian dan penulisan tesis ini.

Makassar, 09 Juli 2008

Poneliti

Mathius Rante Salu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bagi kebanyakan pakar antropologi, masalah mendesak untuk dipahami dan sumber data berasal dari apa yang dikenal sebagai kerja lapangan yaitu peran serta secara akrab di dalam suatu masyarakat dan pengamatan tentang tingkah laku dan organisasi kehidupan sosial. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan orang lain disebut *etnografi*. (Roger M. Keessing, 1999).

Kebijakan Indonesia Sehat 2010 menetapkan tiga pilar utama, yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu adil dan merata. Untuk pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010 telah ditetapkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 131/Menkes/SK/II/2004 dan salah satu subsistem dari SKN adalah subsistem Pemberdayaan Masyarakat. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan untuk mendukung upaya peningkatan perilaku sehat ditetapkan Visi Nasional Promosi Kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 1193/MENKES/SK/X?2004 yaitu **“Perilaku hidup Bersih dan Sehat 2010” (PHBS 2010)**. Untuk melaksanakan Promosi Kesehatan di daerah

dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005. ([http://id.wikipedia.org/wiki/Promosi kesehatan](http://id.wikipedia.org/wiki/Promosi_kesehatan)).

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam konstitusi organisasi kesehatan dunia 1948 disepakati antara lain bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonomi. Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan secara bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu diperlukan adanya informasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan antar daerah dan antar golongan, derajat kesehatan yang masih tertinggal dibanding negara-negara tetangga dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan.

Dalam Indonesia Sehat 2010, lingkungan yang diharapkan adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong. Perilaku masyarakat Indonesia Sehat 2010 yang diharapkan adalah proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya

penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat.

Promosi Kesehatan adalah suatu proses membantu individu dan masyarakat meningkatkan kemampuan dan ketrampilannya mengontrol berbagai factor yang berpengaruh pada kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya (WHO).

Berdasarkan laporan Dinkes kabupaten Bone Bolango 2004 tentang sanitasi dasar yang terdiri atas 5 (lima) kecamatan dengan uraian sebagai berikut :

1. Kecamatan Kabila jumlah kk 4786 dan diperiksa sebanyak 4786 ; menggunakan air bersih hanya 1578 (33,0%), memiliki jamban 1343 kk (28,1 %), memiliki tempat sampah 1899 (39,7 %).
2. Kecamatan Suwana dengan jumlah kk 3605 dan diperiksa sebanyak 3605 ; menggunakan air bersih hanya 1419 (39,4%), memiliki jamban 555 kk (15,4 %), memiliki tempat sampah 910 (25,2 %).
3. Kecamatan Tilongkabila dengan jumlah kk 4873 dan diperiksa sebanyak 4596 kk ; menggunakan air bersih hanya 1785 (38,8 %), memiliki jamban 1089 kk (23,7 %), memiliki tempat sampah 1534 (33,4 %).
4. Kecamatan Tapa dengan jumlah kk 7221 dan diperiksa sebanyak 1884 kk ; menggunakan air bersih hanya 1544 (82,0%), memiliki jamban 921 kk (48,9 %), memiliki tempat sampah 1235 (65,6 %).

5. Kecamatan Bonepantai dengan jumlah kk 6758 dan diperiksa sebanyak 6758 kk ; menggunakan air bersih hanya 937 (13,9 %), memiliki jamban 840 kk (19,3 %), memiliki tempat sampah 2748 (63,1 %). (<http://www.dinkesbonebolango>).

Adapun hasil laporan mahasiswa PKL Akademi Keperawatan Toraja pada tanggal 4 Juni s/d 25 Juni 2006 di Lembang (Desa) Sillanan kecamatan Gandasil kabupaten Tana Toraja, yaitu jumlah penduduk 1.305 jiwa, yang terdiri atas 317 kk, pekerjaan penduduk umumnya petani, distribusi penduduk berdasarkan kebersihan rumah/ halaman rumah : kotor 135 kk (42, 58 %) dari 317 kk, distribusi kepemilikan sistem pembuangan air limbah (SPAL) : tidak ada sebanyak 229 (72,23 %), tempat pembuangan tinja : sembarang tempat 40 kk (12,61 %), sedangkan distribusi pembuangan sampah : sembarang tempat 102 kk (32, 18 %). (Laporan PKL Komunitas, 2006).

Kegiatan PKL (Praktik Kerja Lapangan) komunitas mahasiswa Akper Toraja untuk tahun 2007 yang telah dilaksanakan di Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja yang dilaksanakan pada tanggal 12 Februari s/d 26 Februari 2007 yang terdiri atas 243 kk (kepala keluarga) dengan hasil pembinaan sebagai berikut :

1. Distribusi kebersihan halaman rumah sebelum pembinaan yang dilakukan oleh mahasiswa PKL komuniti masyarakat Lembang Saloso yang kategori bersih sebanyak 66 kk (27,2 %), kategori sedang sebanyak 111 kk (45,7 %), sedangkan kategori kotor sebanyak 66 kk

(27,2 %) dan setelah pembinaan terjadi perubahan yaitu kategori bersih meningkat menjadi 117 kk (48,1 %), kategori sedang sebanyak 102 kk (42,0 %), kotor sebanyak 24 kk (9,9 %).

2. Distribusi kepemilikan SPAL sebelum pembinaan masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao yang memiliki sistem pembuangan air limbah sebanyak 74 kk (30,5 %) sedangkan yang tidak memiliki SPAL sebanyak 169 kk (69,5 %) dan setelah pembinaan yang dilakukan oleh mahasiswa PKL komuniti terjadi perubahan kepemilikan sistem pembuangan air limbah keluarga yaitu memiliki sebanyak 103 kk (42,4 %) sedangkan yang tidak memiliki SPAL sebanyak 140 kk (57,6 %).
3. Distribusi kepemilikan dan penggunaan jamban keluarga (Jaga) masyarakat Lembang Saloso sebelum pembinaan oleh mahasiswa PKL komuniti yang menggunakan jamban keluarga jenis Leher angsa sebanyak 98 kk (40,3 %), jenis cemplung sebanyak 87 kk (35,8 %), sembarang tempat termasuk sungai sebanyak 58 kk (23,9 %), sedangkan penggunaan Jamban keluarga setelah pembinaan penggunaan/kepemilikan jamban keluarga jenis leher angsa sebanyak 99 kk (40,7 %), jenis cemplung sebanyak 92 kk (37,9 %) dan sembarang tempat sebanyak 52 kk (21,4 %).
4. Pengolahan sampah keluarga masyarakat Lembang Saloso sebelum pembinaan dibakar sebanyak 144 kk (59,3 %), dijadikan kompos sebanyak 16 kk (6,6 %), ditimbun sebanyak 4 kk (1,6 %), sembarang

tempat sebanyak 79 kk (32,5 %), dan setelah program praktik kerja lapangan (PKL) pengolahan sampah dibakar sebanyak 176 kk (72,4 %), dijadikan kompos sebanyak 25 kk (10,3 %), ditimbun sebanyak 4 kk (1,6 %) dan sembarang tempat sebanyak 38 kk (15,6 %).

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka perlu penelitian tentang efek PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat secara khusus di Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja. .

B. Rumusan masalah

“ Sejuahmana Efek kegiatan PKL Komunitas terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Desa Saloso, Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja”

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui efek PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya promotif kesehatan dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja.
- b. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya preventif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja.

- c. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya kuratif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja
- d. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya rehabilitatif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja

D. Manfaat Penelitian

- a. Dapat memberikan informasi sejauhmana efek PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat desa Saloso Kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.
- b. Menjadi Masukan bagi pemerintah khususnya dinas kesehatan kabupaten Tana Toraja tentang efek PKL terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat.
- c. Bagi institusi pendidikan merupakan bahan bacaan serta pengembangan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kerja Lapangan

1. Pengertian Kerja Lapangan

PKL Komunitas adalah Praktik Kerja Lapangan sebagai aplikasi dari Keperawatan kesehatan Masyarakat yang dilaksanakan oleh mahasiswa Akper (Akademi Keperawatan) Toraja. (Panduan PKL Komunitas, 2007)

Bagi kebanyakan pakar antropologi, masalah mendesak untuk dipahami dan sumber data berasal dari apa yang dikenal sebagai kerja lapangan : peran serta secara akrab di dalam suatu masyarakat dan pengamatan tentang tingkah laku dan organisasi kehidupan sosial. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan orang lain disebut *etnografi*. (Roger M. Keessing, 1999).

Apa kelanjutan nyata dari suatu kerja lapangan, bergantung sebagian pada kemana sang pakar antropologi pergi melakukan kajiannya. Pada dasa warsa 1920-an dan 1930-an, ketika masyarakat tribal yang tidak banyak dikenal bermukim hampir sepanjang pemukiman kolonial dan jumlah pakar antropologi masih terbatas, kerja lapangan sering berarti pergi menuju mesyarakat tribal yang terisolasi dengan membawa kamera, catatan, pil kina, dan bermukim didaerah seperti itu selama setahun atau lebih. Bila seorang

pakar antropologi tiba disuatu daerah, biasanya sudah ada penguasa kolonial yang bertugas mengumpulkan pajak dan memaksakan perdamaian, juga para pedagang dan kaum misionaris. Tetapi seorang pakar etnografi biasanya tinggal bersama penduduk asli dan sedapat mungkin mengabaikan pengaruh-pengaruh luar tersebut.

Cara penelitian antropologi dalam banyak segi tetap sama. Yang penting, penelitian itu membuahkan keterlibatan mendalam atas kehidupan bangsa yang dikaji. Kerja lapangan yang berhasil jarang diperoleh dalam tempo kurang dari setahun, khususnya dimana bahasa dan budaya yang baru harus dipelajari. Idealnya, si peneliti, menetap dalam tempo yang agak lama atau melakukan beberapa kali kerja lapangan secara berturut-turut. Manfaat dari kerja lapangan dalam kurun waktu lama sudah semakin disadari (Calson dan kawan-kawan 1979). Penelitian yang lama dan mendalam membuahkan pemahaman tentang budaya dan proses-proses kontinuitas dan perubahan yang jarang diperoleh dengan cara-cara lain. (Roger M. Keessing, 1999).

Dalam situasi kerja lapangan ‘klasik’ dimana seorang tidak bisa mempelajari bahasa setempat terlebih dahulu, masyarakat dan budaya setempat hanya sedikit yang bisa diketahui, kedudukan dan tugas seorang pekerja lapangan dalam banyak segi, lebih menyerupai kedudukan dan tugas seorang bayi. Seperti bayi, sang pakar antropologi tidak mengerti ucapan –

ucapan, gambar-gambaran, bau-bauan yang punya makna mendalam bagi seseorang yang sedang dikajinya.

Pada masa lampau, perekaman tata cara kehidupan masyarakat yang kecil dan relatif mandiri, tampak menghadapi beberapa kesulitan dalam penentuan sampel. Masyarakat dimana sang pakar etnografi tinggal disuatu dusun atau kampung bisa memberi kesan sebagai sampel yang sah mengenai tata cara kehidupan masyarakat tersebut, dan dugaan bahwa dalam masyarakat itu, adat-istiadat, gagasan-gagasan dan kepercayaan-kepercayaan adalah sama-sama dimiliki oleh semua atau sebagian besar orang. Pengamatan yang lebih rinci, penyimpulan generalisasi-generalisasi etnografis yang lebih seksama dari peristiwa-peristiwa yang terjadi, perhatian lebih besar pada pola-pola statistik, dan pemakaian informan yang beragam membuat jelas bahwa semua hal tidak pernah sesederhana yang kita bayangkan. Patokan-patokan ideal selalu lebih seragam daripada pola perilaku sesungguhnya. Jika diteliti lebih jauh, dunia gagasan setiap individu dalam suatu masyarakat tribal, menunjukkan adanya variasi yang besar. (Roger M. Keessing, 1999).

Masalah penentuan sampel makin menggawat dalam masyarakat yang lebih kompleks dan besar. Keragaman budaya, penduduk yang banyak, stratifikasi sosial, dan perubahan yang cepat telah menjadikan kerja lapangan di dalam masyarakat yang modern dan besar, baik di dunia barat maupun dunia ketiga, suatu pekerjaan yang rumit dimana perhatian lebih besar pada

pengambilan sampel, statistik dan ketepatan metodologis sangat diperlukan. (Roger M. Keessing, 1999).

2. Keterbatasan Perspektif Kerja Lapangan.

Tradisi kerja lapangan dan khasanah konseptual yang diperoleh dari keterlibatan mendalam dalam tata cara kehidupan setempat, selama ini merupakan sumber kekuatan antropologi. Tetapi kini semakin jelas bahwa hal ini juga merupakan sumber kelemahan antropologi. Mula-mula tradisi kerja lapangan ini, dimana seseorang mengkaji sebuah dusun atau sekelompok masyarakat setempat, guna mendokumentasikan “suatu budaya”, telah melahirkan stereotip yang sangat menyesatkan tentang budaya-budaya tribal, melukiskannya sebagai suatu percobaan unik dan terpadu dalam kemampuan manusia.

Stereotip ini sebagian diciptakan oleh pakar antropologi, mereka melebih-lebihkan keragaman budaya, melebih-lebihkan integrasi mereka sebagai sistem-sistem totalitas yang koheren dan tak berubah-ubah, dan mengurangi keragaman, pertentangan dan perubahan yang bersifat individual. (Roger M. Keessing, 1999).

Kenaifan antropologi terhadap sistem sejarah dan regional ini, hal yang tidak bisa diamati di suatu dusun terpencil, telah membawa kepada pola pikir yang mengabaikan keragaman dan dinamika internal, organisasi regional serta proses sejarah. Para pakar antropologi cenderung

menguraikan fenomena setempat dengan perantaraan fenomena dari tempat lain, kemudian melukiskannya dengan mudah bahwa segala sesuatu cocok pada tempatnya dan menyatakan hal-hal yang bersifat global dan umum sebagai suatu kekhususan setempat.

Lapangan keperawatan menjadi perhatian ahli – ahli antropologi paling sedikit karena dua alasan pokok, yaitu :

1. Sebagaimana dengan sistem sosial- budaya lainnya, lapangan ini memberikan kesempatan untuk melakukan penelitiannya sendiri; beberapa diantaranya kira-kira bersifat unik dan yang lainnya dilakukan bersama dengan bidang kedokteran serta bidang-bidang lain seperti : pendidikan bagi suatu peranan profesional, interaksi-interaksi antara peranan profesional, dinamika keseluruhan profesi untuk mencapai status lebih tinggi dan kebebasan yang lebih besar.
2. Perawatan memberikan salah satu kesempatan yang langka dimana suatu sistem sosial budaya yang dikaji oleh para ahli antropologi memberikan keuntungan sendiri kepada antropologi yang mengarah pada pandangan khusus mereka kedalam kebudayaan kelompok tempat mereka berasal, yang dapat memperbaiki dan memperhalus interpretasi-interpretasi yang dibuat oleh orang luar, dan dapat melakukan studi mereka sendiri berdasarkan tradisi antropologi yang terbaik.
(Foster/Anderson, 1986)

3. Proses Sosial dari perubahan

Suatu teori tentang perubahan sosial-budaya yang berusaha mencari jawaban dalam alam pemikiran dan jaringan makna budaya yang diciptakan oleh manusia hanya bisa menerangkan sebagian dari arena menyesatkan, sebagaimana cara pendekatan materialisme budaya. Karena bentuk-bentuk bukan hanya sekedar dikembangkan oleh pemikiran manusia.

Manusia menghadapi dunia fisik tidak hanya sekedar melalui sistem simbol budaya, tetapi mereka juga menghadapi dunia dalam sistem hubungan sosial. Hubungan ini selalu berubah, dan perubahan ini disebabkan oleh pertimbangan-pertimbangan praktis. Misalnya, dalam suatu teknologi pertanian tertentu, kondisi lingkungan memberikan kesempatan dikembangkannya suatu bentuk terasering atau suatu sistem pengairan, maka berbagai bentuk baru pekerjaan kelompok atau kerjasama mungkin akan muncul. Tetapi mereka diciptakan berdasarkan atas dan melalui hubungan sosial yang ada.

Para penganut neo-Marxisme sependapat dengan penganut materialisme budaya bahwa lingkungan material dari kehidupan manusia adalah primer dan pranata sosial serta sistem kepercayaan adalah sekunder. Marxisme menitikberatkan pada ekonomi, sebagai suatu sistem hubungan sosial dan nilai-nilai. (Roger M. Keessing, 1999 hal 169 – 170)

4. Aplikasi Imajinasi sosiologis Pembentuk Kesadaran Masyarakat atau *Social Forces*

“To achieve perfection in yourself and happiness in others, so act as to treat humanity, whether in thine own person or in that of another, in every case as an end, never only as a means.”

Immanuel Kant

Bryan Turner yang menyatakan bahwa karya Ritzer *McDonaldization of society* selaras dengan karya Ulrich Beck yaitu *Risk society*, dimana pokok permasalahannya terfokus pada institusi tertentu yang mengambil keuntungan dari resiko yang oleh sementara pihak justru ditakuti. Bagi teori, kritis teori sosial merupakan wujud praktek sosial yang mereproduksi bentuk domain dari aktifitas sosial. Oleh karena itu, maka teori kritis berakar pada aktifitas kritis yang berposisi bahkan terlibat dalam pergulatan perubahan sosial dan unifikasi teori dan praktik. Kritik dalam konteks ini meliputi kritik terhadap penindasan dan eksploitasi serta memperjuangkan kehidupan yang lebih baik bagi masyarakat. Salah satu masalah yang wajib diidentifikasi oleh teori kritis bertujuan public atau *critical theory with public*, sebagaimana yang dikemukakan Bronner, yakni menempatkan resiko (*Risks*) menjadi pokok permasalahan dalam debat publik. Hal ini berkaitan erat dengan revisi definisi tanggung jawab terhadap perkembangan realitas sosial. **Bronner** menegaskan fungsi teori kritis sebagai berikut :

“It must propose ways of rendering anonymous institutions and their administrative sub- systems more accountable and individuals more aware of the moral conflicts a waiting them”

Risk Theory menyiratkan tanggung jawab kritik lagi terbatas pada institusi atau sub system tertentu, namun terikat dalam suatu proses dinamis kritik diri atau *self criticism* atas resiko yang bersifat terus-menerus. (Sugandi, 2002).

5. Pengendalian sosial

Bagaimanakah suatu kelompok atau masyarakat membuat para anggotanya berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan? Pengendalian sosial dapat dilakukan dengan cara, antara lain :

1. Pengendalian sosial melalui sosialisasi

Fromm (1944) menyatakan bahwa jika suatu masyarakat ingin berfungsi secara efisien, maka “para anggotanya harus memiliki sifat yang membuat mereka ingin berbuat sesuai dengan apa yang harus mereka lakukan sebagai anggota masyarakatMereka harus menghentikan perbuatan yang secara objektif perlu mereka lakukan”. Orang dikendalikan dengan mensosialisasikan mereka sehingga mereka menjalankan peran sesuai dengan apa yang diharapkan.

2. Pengendalian sosial melalui tekanan sosial

Dalam novel karya **Sinclair Lewis, George F. Babbitt**, seorang makelar disebuah kota kecil, sekali waktu mengemukakan pandangan “radikal” tentang pemerintahan dan politik. Tidak lama setelah itu usahanya mengalami kemunduran, teman-temannya satu demi satu menjauhinya sehingga lambat laun ia merasa bahwa ia telah menjadi “orang luar”. **Lewis** melukiskan bagaimana teman-teman Babbitt melakukan tekanan halus berpandangan konformis seperti semula. Pada semua masyarakat manusia, bahkan pada makhluk lain pun, selalu ada kecenderungan menyesuaikan diri dengan keinginan kelompok.

3. Pengendalian sosial melalui kekuatan

Banyak masyarakat primitif berhasil mengendalikan perilaku para individu dengan menggunakan nilai-nilai adat, yang ditunjang oleh pengendalian informal dari kelompok primer. Oleh karena itu tidak dibutuhkan lagi hukum formal dan pelaksanaan hukuman. Namun pada masyarakat yang memiliki penduduk dalam jumlah besar dan kebudayaan yang lebih kompleks diperlukan pemerintahan formal, peraturan hukum, dan pelaksanaan hukuman. Bilamana seseorang tidak mentaati peraturan, maka kelompok akan mencoba memaksanya untuk taat pada peraturan tersebut.

4. Pengaruh faktor situasi terhadap perilaku

Manakala kita melihat perilaku yang tidak kita senangi, biasanya kita mengaitkan dengan sifat buruk manusia, desakan hati untuk berbuat jahat, kepribadian yang lemah, atau dengan berbagai sebab yang bersifat individual. Dalam hubungan ini, apa yang membedakan seorang ahli sosiologi dengan orang lain ialah kebiasaan ahli sosiologi yang cenderung melihat faktor-faktor sosial sebagai penyebab dari lahirnya perilaku tertentu. Memang benar jika seseorang atau beberapa orang mengubah sikap dan perilakunya, maka alasan dibalik itu bisa saja semata-mata bersifat individual. Namun bilamana sejumlah besar orang mengalami perubahan sikap dan perilaku secara bersamaan, maka kemungkinan penyebabnya ialah adanya perubahan sosial dan budaya terhadap perilaku. Bagian utama dari pengendalian sosial berwujud upaya untuk mengendalikan perilaku situasional, karena kebanyakan orang akan bereaksi sesuai dengan rangsangan situasi yang timbul. Kenyataan tersebut berlaku tanpa dipahami sepenuhnya oleh orang banyak. Perilaku seseorang pada suatu situasi tertentu biasanya merupakan akibat dari adanya kebutuhan, tekanan, dan rangsangan dari situasi tertentu. (Paul B. Horton/Chester L. Hunt, 1984)

B. Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat.

1. Defenisi

Perawatan Kesehatan Masyarakat merupakan bidang khusus (spesialis) dalam Ilmu Keperawatan (Freeman, 1960), yang merupakan gabungan Ilmu Keperawatan, Ilmu Kesehatan Masyarakat dan sosial (WHO, 1959). Suatu bidang dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat (*Rapat kerja keperawatan kesehatan masyarakat, 1989*).

Dengan demikian ada 3 (tiga) teori yang menjadi dasar ilmu keperawatan kesehatan masyarakat, yaitu : ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan sosial (peran serta masyarakat).

Tiga komponen dasar dalam ilmu keperawatan kesehatan masyarakat :



Gambar 1 – 1. **Komponen dasar dalam ilmu keperawatan kesehatan Masyarakat.**

Konsep keperawatan dikarakteristikan oleh 4 (empat) konsep pokok yang meliputi konsep manusia, kesehatan, masyarakat dan keperawatan dan

memberikan gambaran paradigma keperawatan (*Christine Ibrahim, 1986*), yaitu .:

a. Manusia

Manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual yang utuh dan unik. Teori kebutuhan manusia memandang manusia sebagai suatu keterpaduan, keseluruhan yang terorganisir dan mendorong untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan manusia dipandang sebagai tekanan internal sebagai hasil dari perubahan keadaan sistem, dan tekanan ini dinyatakan dengan perilaku untuk mencapai tujuan sehingga terpenuhinya kebutuhan. Kebutuhan dasar tersebut dirumuskan menurut *Hierarchy Maslow (1967)*

b. Masyarakat

Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul, saling berinteraksi (*Koentjaraningrat, 1990*). Masyarakat merupakan kesatuan – kesatuan hidup manusia, yang dalam bahasa Inggrisnya dipakai istilah *Society*, yang berarti *kawan*.

Ciri – ciri suatu masyarakat yang dikemukakan oleh *Kuntjaraningrat (1990)*, adalah sebagai berikut :

- 1). Interaksi antar warga – warganya.
- 2). Adat istiadat, norma – norma, hukum-hukum dan aturan – aturan khas yang mengatur seluruh pola tingkah laku warga kota atau desa.

- 3). Suatu komunitas dalam waktu
- 4). Suatu rasa identitas kuat yang mengikat semua warga.

Dengan demikian masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinyu, dan terikat oleh suatu rasa identitas bersama. Dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat, perawat melihat masyarakat sebagai kumpulan individu dalam suatu hubungan yang saling ketergantungan untuk memperoleh kebutuhan hidupnya secara terorganisir. Masyarakat merupakan suatu bentuk sistem sosial, dalam hubungan dengan lingkungannya, akan berusaha mencapai tingkat pemenuhan seperti yang dikemukakan oleh *Maslow* maupun *A. Khalish*, termasuk didalamnya untuk memenuhi kebutuhan akan asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan.

Unit – unit masyarakat adalah komuniti, keluarga, kelompok yang mempunyai tujuan dan nilai yang sama. Koentjaraningrat (1990) mendefenisikan komunitas sebagai suatu kesatuan hidup manusia, yang menempati suatu wilayah nyata, dan yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas. Dengan demikian ciri dari komuniti adalah sebagai berikut :

- a). Kesatuan wilayah.
- b). Kesatuan adat istiadat
- c). Rasa identitas dan komunitas, dan

d). Loyalitas terhadap komunitas.

Masyarakat sebagai suatu sistem sosial menunjukkan bahwa semua orang bersatu untuk saling melindungi dalam kepentingan bersama, dan berfungsi sebagai suatu kesatuan dan secara terus – menerus mengadakan hubungan (interaksi) dengan sistem yang lebih besar. Bagian – bagian yang saling berinteraksi tersebut merupakan sub- sistem dari komunitas seperti pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan keluarga.

Keluarga adalah suatu kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih, yang dipersatukan oleh hubungan darah, perkawinan, adopsi atau pengakuan sebagai kerjasama yang bersumber dari kebudayaan umum, dimana setiap anggotanya belajar dan melakukan peranannya seperti yang diharapkan. Keluarga sebagai suatu sistem sosial melakukan fungsi yang paling dasar seperti memberikan *keturunan, sosialisasi, psikologi, proteksi* dan sebagainya.

Dalam perawatan kesehatan masyarakat sebagai unit utama yang menjadi sasaran pelayanan, karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat atau komunitas. Apabila salahsatu diantara anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain, demikian pula terhadap kelompok dan masyarakat disekitarnya. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan terhadap anggota keluarga, kelompok maupun masyarakat secara keseluruhan yang akhirnya memberikan gambaran terhadap masalah kesehatan secara menyeluruh.

c. Kesehatan

Kesehatan manusia bergerak maju atau mundur dalam kontinuitas tertentu, dimana jarak ini menentukan apakah seseorang dikatakan sehat atau sakit, kesehatan tidak pernah konstant. *Parson (1972)* mengatakan sehat adalah kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan efektif, sedangkan *Dubois (1978)* mengatakan bahwa kesehatan adalah proses yang kreatif, dimana individu secara aktif dan terus menerus mengadaptasi lingkungan.

Menurut beberapa ahli keperawatan diantaranya *Peplau H* mengatakan bahwa, kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif. *Oream E. D* mengatakan bahwa kesehatan keadaan integritas individu, sedangkan **King M. E.** mengatakan bahwa kesehatan adalah keadaan yang dinamis dalam siklus hidup dan memperoleh adaptasi terus menerus terhadap stress.

Hendric L. Blum (1974) mengatakan bahwa ada 4 (empat) faktor utama yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, yaitu :

- 1). Lingkungan
- 2). Perilaku
- 3). Pelayanan kesehatan, dan
- 4). Keturunan

Lingkungan merupakan faktor yang paling dominant mempengaruhi kesehatan masyarakat, karena dilingkunganlah manusia mengadakan interaksi dan interelasi dalam proses kehidupannya, baik dalam lingkungan fisik, psikologis, sosial budaya, ekonomi, dimana kondisi tersebut sangat dipengaruhi oleh perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang erat kaitannya dengan norma, kebiasaan, adat istiadat yang berlaku bagi masyarakat. Kemudian ditunjang oleh tersedianya fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat, dan yang terakhir adalah faktor keturunan yang dibawa sejak lahir yang erat kaitannya dengan gen yang diturunkan oleh orangtua.

Kesehatan sangat ditentukan oleh kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk menggerakkan energi dan sumber – sumber yang tersedia untuk mencapai tujuan tersebut secara efisien. Kesehatan yang optimal bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat merupakan tujuan dari keperawatan, khususnya keperawatan kesehatan masyarakat yang lebih menekankan pada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan terhadap gangguan kesehatan dan perawatan, dengan tidak melupakan upaya pengobatan dan pemulihan terhadap penyakit.

d. Keperawatan

Perawatan adalah pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan. Pelayanan yang diberikan adalah upaya untuk mencapai derajat kesehatan semaksimal mungkin sesuai dengan potensi yang dimiliki dalam menjalankan kegiatan dibidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan menggunakan proses keperawatan sebagai metode ilmiah keperawatan . Pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan bekerjasama dengan team kesehatan lainnya dalam rangka mencapai tingkat kesehatan yang optimal.(Nasrul Effendy, 1998)

2. Sasaran Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Sasaran Perawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga kelompok khusus baik sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan.

a. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga, apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab, maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental maupun sosial.

b. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota-anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga disekitarnya.

c. Kelompok khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan, dan termasuk diantaranya adalah :

- 1) Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhannya, seperti :
 - a). Ibu hamil
 - b). Bayi baru lahir
 - c). Anak Balita
 - d). Anak usia sekolah
 - e). Usia lanjut
- 2) Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan, diantaranya :

- a). Penderita penyakit menular seperti : TBC, Lepra, AIDS, penyakit kelamin lainnya.
 - b) Penderita dengan penyakit tidak menular, seperti : penyakit DM, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental dan lain sebagainya.
- 3) Kelompok dengan risiko terserang penyakit, diantaranya :
- a). Wanita tuna susila
 - b). Kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba
 - c). Kelompok-kelompok pekerja tertentu.
- 4) Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi :
- a). Panti werdha
 - b). Panti Asuhan
 - c). Pusat-pusat rehabilitasi (cacat fisik, mental, sosial lainnya)
 - d). Penitipan anak balita
- d. Masyarakat

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang telah hidup dan bekerja sama cukup lama sehingga mereka dapat mengatur diri mereka dan menganggap diri mereka sebagai kesatuan sosial dengan batas-batas yang telah ditetapkan dengan jelas. Masyarakat merupakan kelompok individu yang saling berinteraksi, saling tergantung dan bekerjasama untuk mencapai tujuan. Dalam interaksi sesama anggota masyarakat akan muncul banyak permasalahan,

apakah itu permasalahan sosial, kebudayaan, perekonomian, politik, maupun kesehatan khususnya.

3. Ruang Lingkup

a. Upaya Promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan jalan memberikan :

- 1) Penyuluhan kesehatan masyarakat
- 2) Peningkatan gizi
- 3) Pemeliharaan kesehatan perseorangan
- 4) Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- 5) Olah raga secara teratur
- 6) Rekreasi
- 7) Pendidikan seks

b. Upaya Preventif

Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit menular dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melalui kegiatan-kegiatan :

- 1) Immunisasi masal terhadap bayi dan anak balita serta ibu hamil
- 2) Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas, maupun kunjungan rumah.

- 3) Pemberian vitamin A, yodium melalui posyandu, puskesmas ataupun rumah
- 4) Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui

c. Upaya Kuratif

Upaya kuratif untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga, kelompok yang menderita penyakit atau masalah kesehatan, melalui kegiatan-kegiatan :

- 1) Perawatan orang sakit dirumah (home nursing)
- 2) Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit.
- 3) Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis di rumah, ibu bersalin dan nifas.
- 4) Perawatan buah dada
- 5) Perawatan tali pusat bayi baru lahir.

d. Upaya Rehabilitif

Merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misalnya kusta, TBC, cacat fisik dan lainnya dilakukan dengan kegiatan-kegiatan :

- 1) Latihan fisik, yang mengalami gangguan fisik seperti, penderita kusta, patah tulang, kelainan bawaan.
- 2) Latihan-latihan fisik tertentu bagi penderita-penderita penyakit tertentu, misalnya : TBC dengan latihan nafas dan batuk. Penderita stroke melalui fisioterapi manual yang mungkin dilakukan oleh perawat. (Nasrul Effendy, 1998)

4. Pendekatan

Dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat yang ditujukan pada individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat secara keseluruhan, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan pemecahan masalah (*Problem solving Approach*), yang dituangkan dalam proses keperawatan dengan memanfaatkan pendekatan epidemiologi yang dikaitkan dengan upaya kesehatan dasar (*PHC*).

Pendekatan pemecahan masalah yang dimaksudkan adalah bahwa setiap masalah kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat akan dapat diatasi melalui ketrampilan melaksanakan intervensi keperawatan sebagai bidang keahliannya dalam melaksanakan profesinya sebagai perawat kesehatan masyarakat.

Bila pendekatan dilakukan terhadap keluarga binaan disebut dengan *Family approach*, tetapi bila pembinaan dilakukan berdasarkan atas seleksi kasus yang datang dari puskesmas yang dinilai memerlukan tindak lanjut

disebut dengan *case approach* , dan bila pendekatan tersebut dilakukan terhadap masyarakat binaan melalui survey mawas diri dengan melibatkan partisipasi masyarakat disebut dengan *Community approach*. (Nasrul Effendy, 1998)

5. Langkah – langkah pelaksanaan

Pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat dilakukan dengan beberapa tahapan yang tercakup dalam proses keperawatan dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah (*Problem solving approach*) yang dinamis dalam memperbaiki dan memelihara kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sampai ketahap optimum melalui suatu pendekatan yang sistematis untuk masalah kesehatan serta membantu memenuhi kebutuhan-kebutuhan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. Pengkajian

Dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui pendekatan sosial dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) Pengenalan Masyarakat
 - a) Pendekatan terhadap tokoh-tokoh masyarakat baik *formal leader* seperti kepala desa, camat dan sebagainya maupun *informal*

leader seperti pemuka-pemuka masyarakat, pemuka agama, sesepuh dan sebagainya.

- b) Mengenal struktur pemerintahan desa
- c) Mengenal organisasi sosial yang ada di masyarakat seperti LKMD, PKK, Karang Taruna dan lain-lain.
- d) Pemetaan wilayah binaan.

2) Pengenalan Masalah

Pengenalan masalah dilakukan melalui pengumpulan data (*survei*) yang lebih dikenal dengan Survey Mawas Diri (SMD) dengan menggunakan instrument pengumpulan data. Data tersebut dapat diperoleh melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik terhadap keluarga dan masyarakat pihak-pihak terkait, meliputi :

- a) Keadaan geografis
- b) Demografi yang berkaitan dengan struktur penduduk, umur, jenis kelamin, dan status.
- c) Data kultural yang menyangkut tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, kebiasaan, adapt istiadat, penghasilan dan sebagainya.
- d) Data kesehatan lingkungan, yang menyangkut tempat pembuangan sampah, pembuangan air limbah, sumber air minum, tempat pembuangan tinja, ventilasi, penerangan dan kebersihan rumah.

- e) Data kesehatan yang menyangkut penyakit yang pernah diderita, pemeriksaan kesehatan, kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui, dan keluarga berencana., termasuk gizi, immunisasi dan bentuk-bentuk partisipasi keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- f) Sarana dan prasarana kesehatan yang ada.

3) Pengolahan Data

Data yang terkumpul, kemudian diteliti kembali validitas dan reabilitasnya, bila ada yang tidak atau kurang lengkap dilengkapi, kemudian baru diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a) Editing
- b) Coding
- c) Klasifikasi
- d) Tabulasi
- e) Analisa data
- f) Perumusan Masalah
- g) Prioritas masalah

b. Perencanaan

Setelah data diolah dan diketahui masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan, dengan mempertimbangkan faktor sebagai berikut :

- 1) Tujuan yang ingin dicapai

- 2) Kelompok sasaran
- 3) Jangka waktu
- 4) Target yang ingin dicapai
- 5) Sumber-sumber yang tersedia di masyarakat
- 6) Biaya
- 7) Tenaga pelaksanaan dari masyarakat (kader kesehatan, dasa wisma, KPKIA dari puskesmas, coordinator CHN dan tenaga kesehatan lainnya serta unsure-unsur lain yang terkait seperti PKK, pengurus PKMD, PLKB, pemuda dan sebagainya).

c. Pelaksanaan

Setelah perencanaan tersusun, maka kegiatan selanjutnya adalah pelaksanaan kegiatan untuk menanggulangi masalah kesehatan yang ditemukan pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melalui kegiatan-kegiatan :

- 1) Kunjungan rumah (*home visit*)
- 2) Bimbingan dan penyuluhan kesehatan
- 3) Mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang perawatan dasar.
- 4) Menemukan kasus secara dini dan melaksanakan rujukan dan tindak lanjut kasus yang dibina.

- 5) Mengadakan pelatihan dan pendidikan bagi kader kesehatan, dasawisma.
- 6) Mengorganisir keluarga, kelompok dan masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan yang dialami.
- 7) Mengembangkan kerjasama lintas program dan lintas sektoral terhadap instansi terkait dalam penanggulangan masalah kesehatan.
- 8) Memanfaatkan posyandu, polindes, pos obat desa sebagai rujukan terdepan dalam mengatasi masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang dihadapi sebelum dirujuk ke puskesmas.

d. Penilaian dan Pemantauan

Penilaian dan pemantauan merupakan kegiatan untuk menilai sejauhmana keberhasilan pencapaian tujuan dari rencana yang telah dibuat apakah telah mencapai hasil yang maksimal atau belum sesuai dengan criteria dan standar yang telah ditetapkan penilaian dan pemantauan dapat dilaksanakan :

- 1) Selama pelaksanaan kegiatan (Penilaian formatif)
- 2) Setelah pelaksanaan kegiatan (penilaian sumatif)

Penilaian dan pemantauan sangat penting artinya untuk mengkaji ulang perencanaan pembinaan dalam pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat yang telah disusun mencapai sasaran atau tidak, dan penting juga untuk mengembangkan perencanaan selanjutnya, termasuk

perluasan kegiatan dari segi kualitatif (kualitas kegiatan) apabila kegiatan tersebut mendatangkan manfaat yang besar bagi masyarakat dan perluasan kegiatan bila dilihat dari segi kuantitatif (menambah jumlah kegiatan) bila kegiatan tersebut dipandang perlu untuk ditambah, setelah melihat hasil-hasil yang dicapai.(Nasrul Effendy, 1998)

C. Perilaku Kesehatan

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner, maka perilaku kesehatan (*Health behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan factor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktifitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. (Notoatmodjo, 2005).

D. DOMAIN PERILAKU

Berdasarkan pembagian domain oleh Bloom, untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut :

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indra penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

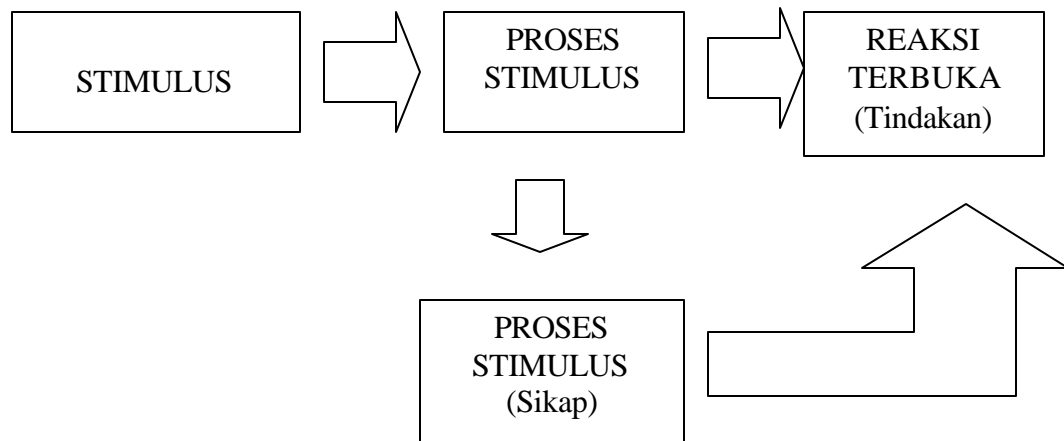
2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya). **Campbell** (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni :
“An individual’s attitude is syndrome of response consistency with regard

of object” artinya sikap adalah suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.

Gambar 2. **Hubungan sikap dan tindakan**



Menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek. Sikap orang terhadap penyakit kusta misalnya, berarti bagaimana pendapat atau keyakinan orang terhadap penyakit kusta.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek. Contoh : Bagaimana orang menilai terhadap penyakit kusta, apakah penyakit kusta biasa saja atau penyakit yang membahayakan.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang-ancang untuk bertindak atau perilaku terbuka (tindakan). Misalnya apakah yang dilakukan seseorang jika menderita penyakit kusta.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Contoh : seorang ibu mendengar (tahu) penyakit demam

berdarah (penyebab dan cara penularannya, cara pencegahannya dan sebagainya). Pengetahuan akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya keluarganya, terutama anaknya tidak terkena penyakit demam berdarah.

Sikap mempunyai tingkat berdasarkan intensitasnya sebagai berikut :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap seseorang terhadap periksa hamil (ante natal care), dapat diketahui atau diukur dari kehadiran si ibu untuk mendengarkan penyuluhan tentang ante natal care di lingkungannya.

2) Menanggapi (*responding*)

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi. Misalnya, seorang ibu yang mengikuti penyuluhan ante natal care ditanya atau diminta menanggapi oleh penyuluh, kemudian ia menjawab atau menanggapi.

3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain atau mengajaknya bahkan mempengaruhi orang lain merespons.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko jika ada orang lain yang mencemoahkan atau adanya risiko lain.

3. Tindakan atau praktik (*Practice*)

Seperti telah disebutkan diatas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu :

a. Praktik terpimpin (*guided response*).

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan, misalnya seseorang anak akan menggosok gigi namun masih selalu diingatkan oleh ibunya, adalah disebut praktik atau tindakan terpimpin.

b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis, Misalnya seorang ibu selalu membawa anak ke posyandu untuk ditimbang tanpa harus menunggu perintah dari kader atau petugas kesehatan.

c. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekadar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas. Misalnya menggosok gigi bukan sekadar gosok gigi, melainkan dengan teknik-teknik yang benar. Seorang ibu memasak memilih bahan masakan bergizi meskipun bahan makanan tersebut murah harganya. (Soekidjo Notoatmodjo, 2005)

Beberapa Teori tentang perubahan perilaku memberikan asumsi yang berbeda. **Hosland**, mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar individu yang terdiri dari stimulus yang diberikan kepada organisasi dapat diterima atau ditolak, bila stimulus diterima artinya ada perhatian dan stimulus tersebut efektif, apabila stimulus telah mendapatkan perhatian maka selanjutnya organisme akan mengolah stimulus tersebut sampai terjadi kesediaan untuk bertindak, setelah bersikap maka akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu dan berarti telah terjadi perubahan perilaku.

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk diatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yakni aspek fisik, psikis, dan social. Akan tetapi dari tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya.

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik,

sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat ditelusuri.

Hal yang terpenting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatannya lainnya.

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), bentuk perubahan perilaku yang dikelompokkan dalam tiga kelompok, diantaranya:

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau social budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat didalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiediaan Untuk Berubah (*Readdiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah

perilakunya). Dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda-beda.

Didalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif.

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), diantaranya :

a) Menggunakan kekuatan / kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/ perundangan-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat.

b) Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan keehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

c. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara pemberian informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Artinya masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus

aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya.

E. Tinjauan Tentang Dukungan Sosial

Sejak individu itu dilahirkan ke dunia ini ia selalu dilingkupi oleh benda-benda. Kemudian terjadi interaksi dengan individu-individu yang lain di dalam kelompok sehingga dapat membentuk individu menjadi person dan mengubah sifat-sifat aslinya menjadi sifat-sifat kemanusiaan. Baik suku-suku yang masih sederhana maupun orang-orang modern yang hidup di kota-kota besar selalu berinteraksi dalam kelompok sosialnya.

Melalui kelompok itulah individu dapat memuaskan keseluruhan yang fundamental dan memperoleh kesempurnaan yang besar. Tetapi sebaliknya melalui kelompok itu pula dia dapat merasakan kekecewaan dan mengalami kesulitan-kesulitan yang amat sangat

Setiap individu dalam kesehariannya akan selalu bergantung pada dukungan sosial sekitarnya, dimana dukungan sosial tersebut ditentukan oleh jaringan sosial yang dibangun oleh individu tersebut. Semakin tinggi kualitas dan kuantitas hubungan antara individu dan keluarganya terhadap jaringan sosial masyarakat sekitarnya maka akan semakin besar pula dukungan sosial yang akan diberikan terhadap individu itu sendiri.

Cobb, (1976) mendefinisikan ***social support*** sebagai informasi yang membuat seorang individu percaya bahwa perasaan dicintai, diperhatikan,

dipuji dan berguna bagi orang lain yang diterapkan dalam bermasyarakat.

Cobb membagi dukungan sosial tersebut dalam 3 kelompok sebagai berikut :

1. *Emotional support*, dukungan yang membuat orang percaya bahwa perasaan cinta, perhatian, keakraban, saling percaya akan membawa kedamaian
2. *Esteem support*, dukungan yang membuat individu merasa bernilai, terpuji dan dapat merasakan nilai pribadinya sendiri
3. *Socially support*, dukungan bahwa setiap individu merupakan bagian dari atau anggota suatu jaringan sosial sehingga harus ikut berpartisipasi bersama

Schaefer, et al (1981) menyatakan bahwa dukungan sosial mempunyai 3 komponen independen :

- a. *Tangible support*, bantuan langsung dengan memberikan barang, uang dan pelayanan
- b. *Emotional support*, dukungan emosional dimana setiap orang merasa bahwa mereka dicintai dan disayangi
- c. *Information support*, pemberian informasi kepada individu yang menuntun mereka memecahkan masalah dan meneruskan informasi tersebut kepada yang lain

Dengan demikian kehidupan manusia dalam masyarakat mempunyai dua macam fungsi yaitu berfungsi sebagai obyek dan sebagai subyek. Dari berbagai konsep yang berbeda kita dapat menyimpulkan bahwa dukungan sosial adalah bantuan dari jaringan sosial seperti keluarga, sepupu, kolega, atasan, dan hubungan-hubungan pribadi lainnya yang memberikan bantuan dalam bentuk barang, uang, informasi, dukungan emosional dalam suatu masyarakat.

F. *Disability Oriented Approach (DOA)*

DOA adalah suatu pendekatan menyeluruh berbasis perpaduan epidemiologi dan promosi kesehatan. Melalui pendekatan ini setiap orang mudah diyakinkan bahwa bila seseorang menderita penyakit, disaat itu terjadi *disability* (ketidakmampuan) yang berat ringannya tergantung dari *virulensi* bibit penyakit, daya tahan tubuh yang bersangkutan serta pengaruh lingkungan sekitar. Keberadaan ketiga faktor ini secara berimbang dan memadai merupakan indikasi bahwa *disability* yang ada dapat di rehabilitasi secara sempurna. Pada keadaan kemampuan rehabilitasi terbatas pasien akan tetap sakit ataupun sembuh dengan cacat bahkan kematianpun dapat terjadi, tergantung tingkat keterbatasan tubuh yang disiapkan merehabilitasi *disability* bersangkutan (Ngatimin, 2001).

Mengacu pada asas epidemiologi bahwa penyakit akan muncul bila keberadaan individu (*host*), penyebab penyakit (*agent*) dan lingkungan sekitar (*environment*) yang tidak seimbang. Tegasnya bahwa selama “*agent, Host and environment* dalam keadaan seimbang, labil ataupun stabil, bersangkutan tidak akan jatuh sakit dan *disability* tidak akan terjadi

Mengacu pada *disability* sebagai *disability limitation* pada “*The five level of prevention*” (Leaveil and Clark, 1958, dalam Ngatimin, 1987) istilah ini termasuk dalam proses pencegahan tahap kedua dan ketiga untuk digunakan dalam mencapai tujuan promosi kesehatan yang berada pada tahap pencegahan kesatu

Mengacu pada konflik ini menuju mufakat karena tercapainya tujuan, diperlukan perhatian pada hal-hal sebagai berikut :

1. Ide untuk menggunakan *disability* dalam konteks “DOA” agar tercapai hidup sehat merupakan istilah untuk menunjang suatu alat
2. Terdapat patokan, *disability* belum terjadi sebelum timbulnya penyakit, bahkan *disability* tidak akan terjadi sepanjang penyakit dapat dicegah
3. Dari sapek epidemiologi, timbulnya penyakit merupakan interaksi yang mengganggu keseimbangan “*agent, host dan environment*”
4. Derita akibat *disability* tergantung dari berat ringannya penyakit, tingkat daya tahan tubuh serta perawatan dan pengobatan saat menderita penyakit

5. Kesembuhan berbanding lurus dengan daya tahan tubuh dan kematian berbanding terbalik dengan kemampuan tubuh merehabilitasi *disability* yang ada

Berdasarkan kelima hal tersebut diatas, “DOA” dapat disimpulkan untuk ditempatkan :

- a. Sebagai alat untuk mendukung pengalaman perilaku sehat secara berkesinambungan sehingga “*the man behind the gun*” perlu dipersiapkan untuk mampu menggunakan alat sebaik serta seefisien mungkin
- b. Sebagai alat sehingga untuk mencapai pengalaman “DOA” secara maksimum “hak asasi manusia” sebagai dasar manusia untuk hidup sehat harus dipertahankan
- c. Alat untuk meyakinkan bahwa *disability* adalah sesuatu yang tidak enak, menyakitkan serta menyebabkan, sehingga disability perlu dihindari seraya menjaga diri agar tidak jatuh sakit melalui pengalaman perilaku sehat yang mampu mengendalikan keseimbangan.

Melalui pemahaman tentang “DOA” seraya mengaplikasikannya kedalam kegiatan SADAR SEHAT akan memberikan dampak dalam hal :

- 1) Memudahkan warga masyarakat pada tingkat pemahamannya tentang sehat cenderung berada pada posisi obyektif sehingga

mereka menyadari bahwa penyakit yang mereka derita merupakan suatu hal yang wajar dan dapat diobati

- 2) Menyederhanakan pengertian tentang “hidup sehat” seraya mengemukakan keutamaan upaya pencegahan daripada upaya pengobatan
- 3) Meningkatkan kesadaran “hidup sehat” bagi pasien dan keluarganya guna menjauhi resiko-resiko penyebab terjadinya stroke serta hal-hal lain yang merugikan kesehatan mereka termasuk gaya hidup kebiasaan sehari-hari, serta mereka yang masih menjalani perawatan di rumah sakit maupun yang berobat jalan

G. KONSEP PROMOSI KESEHATAN

1. Pendidikan dan promosi kesehatan

Secara defenisi istilah promosi dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level dan Clark, yang mengatakan ada 4 tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yakni :

- a. *Health Promotion* (peningkatan/promosi kesehatan)
- b. *Specific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi)
- c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)
- d. *Disability limitation* (membatasi atau mengurangi kejadian kecacatan)
- e. *Rehabilitation* (pemulihan)

Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian yang kedua, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau “menjual” kesehatan. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan adalah “memasarkan” atau “menjual” atau “memperkenalkan”

pesan-pesan kesehatan atau “upaya-upaya” kesehatan, sehingga masyarakat “menerima” , atau “membeli” (dalam arti menerima perilaku kesehatan) atau “mengenal” pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat. Dari pengertian promosi kesehatan yang kedua ini, maka sebenarnya sama dengan pendidikan kesehatan (Health education), karena pendidikan kesehatan pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Memang, promosi kesehatan dalam konteks kesehatan masyarakat pada saat ini dimaksudkan sebagai revitalisasi atau pembaharuan dari pendidikan kesehatan pada waktu yang lalu.

Bergesernya pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan tidak terlepas dari sejarah praktik pendidikan kesehatan didalam kesehatan masyarakat di Indonesia, maupun secara praktik kesehatan masyarakat secara global. Praktik pendidikan kesehatan pada waktu yang lampau, sekurang-kurangnya pada tahun 90-an terlalu menekankan perubahan perilaku masyarakat. Para praktisi pendidikan kesehatan telah bekerja keras untuk memberikan informasi kesehatan melalui berbagai media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat, dengan harapan masyarakat mau melakukan hidup sehat seperti yang diharapkan. Tetapi pada kenyataannya, perubahan perilaku hidup sehat tersebut sangat

lamban, sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil.

Belajar dari pengalaman pelaksanaan pendidikan kesehatan dari berbagai tempat selama bertahun-tahun tersebut, disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tersebut belum “memampukan” (ability) masyarakat untuk perilaku hidup sehat, tetapi baru dapat “memaukan” (willingness) masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Dari pengalaman ini juga menimbulkan kesan yang negatif bagi pendidikan kesehatan, bahwa pendidikan kesehatan hanya mementingkan perubahan perilaku atau perilaku baru tersebut juga memerlukan fasilitas, bukan hanya pengetahuan saja. Untuk praktik atau berperilaku minum air bersih, buang air besar di jamban, dan makan makanan yang bergizi, bukan hanya perlu pengetahuan tentang air bersih, manfaat buang air besar di jamban atau, atau manfaat makan makanan yang bergizi, tetapi perlu juga sarana dan fasilitas air bersih, mempunyai uang untuk membangun jamban dan membeli makanan yang bergizi.

Oleh karena itu, agar pendidikan kesehatan tidak berkesan negatif, maka para ahli pendidikan kesehatan global yang dimotori WHO, pada tahun 1984 merevitalisasi pendidikan kesehatan tersebut dengan menggunakan istilah promosi kesehatan (health promotion). Dengan penggunaan istilah promosi kesehatan sebagai “pengganti” pendidikan

kesehatan ini mempunyai implikasi terhadap batasan atau defenisinya. Kalau sebelumnya pendidikan kesehatan diartikan sebagai upaya terencana untuk perubahan perilaku kesehatan sesuai dengan norma-norma kesehatan, maka promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja, tetapi perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Disamping itu, promosi kesehatan lebih menekankan kepada peningkatan kemampuan hidup sehat, bukan sekedar berperilaku sehat.

Lawrence Green (1984) merumuskan defenisi sebagai berikut :
“promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.” Dari batasan ini jelas, bahwa promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus, atau promosi kesehatan adalah lebih dari sekedar pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusi bagi kesehatan.

b. Promosi kesehatan dan perilaku

Masalah kesehatan masyarakat, termasuk penyakit, ditentukan oleh dua faktor utama, yaitu faktor perilaku dan non perilaku (fisik, social,

ekonomi, politik dan sebagainya). Oleh sebab itu, upaya penanggulangan kesehatan masyarakat juga dapat ditujukan pada kedua faktor utama tersebut. Upaya pemberantasan penyakit menular, penyediaan sarana air bersih dan pembuangan tinja, penyediaan pelayanan kesehatan, dan sebagainya adalah upaya intervensi terhadap faktor fisik (non perilaku). Sedangkan upaya intervensi terhadap perilaku dapat dilakukan dengan dua pendekatan, yakni :

1) Pendidikan (*Education*)

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran terhadap masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatankesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Sehingga perilaku tersebut dapat berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap (langgeng), karena didasari oleh kesadaran. Memang kelemahan dari pendekatan pendidikan kesehatan ini adalah hasilnya lama, karena perubahan perilaku melalui proses pembelajaran pada umumnya memerlukan waktu yang lama.

2) Paksaan atau tekanan (*Coercion*)

Paksaan atau tekanan yang dilakukan pada masyarakat agar mereka melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Tindakan atau perilaku sebagai hasil tekanan ini memang cepat, tetapi tidak akan langgeng karena didasari oleh pemahaman dan kesadaran untuk apa mereka berperilaku seperti itu. Contoh perubahan perilaku dengan pendekatan paksaan ini adalah pada waktu “Safari Keluarga Berencana” tahun 1980-an. Masyarakat (ibu-ibu) dikumpulkan disuatu tempat, kemudian dilakukan pemasangan alat kontrasepsi oleh petugas kesehatan. Tetapi beberapa hari kemudian mereka datang lagi ke puskesmas untuk mencabut alat kontrasepsinya.

c. Strategi promosi kesehatan

Guna mewujudkan atau mencapai visi dan misi tersebut secara efisien dan efektif, diperlukan cara pendekatan yang strategis. Cara ini sering disebut “strategi”, yakni teknik atau cara bagaimana mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna. Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global ini terdiri dari 3 hal, yaitu :

1) Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu dan mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan diberbagai sector dan diberbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan tersebut berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi dan sebagainya. Kegiatan advokasi dapat berbentuk formal dan informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat yang terkait. Sedangkan kegiatan informal misalnya usulan kepada para pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal minta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan atau mungkin dalam bentuk dana atau fasilitas lain. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa sasaran advokasi adalah para pejabat baik eksekutif atau legislatif, di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan (sasaran tertier).

2) Dukungan sosial (*Social support*)

Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan, kegiatan ini disebut sebagai sasaran sekunder.

3) Pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan antara lain : penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya : koperasi, pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating skill*). Dengan meningkatnya kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka, misalnya : terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes, dan sebagainya.

Kegiatan-kegiatan semacam ini di masyarakat sering disebut “gerakan masyarakat” untuk kesehatan, pemberdayaan masyarakat disebut juga sebagai sasaran primer. (Notoatmodjo, 2005)

H. KERANGKA KONSEP

Dasar pemikiran variabel yang diteliti

1. Prinsip-prinsip perilaku kunci

Pembahasan mengenai pemeliharaan praktik-praktik kesehatan dari perspektif perilaku serta perancangan program-program komunikasi akan mengacu pada ke tiga ide utama.

- a. Untuk memelihara perilaku, kejadian yang bertindak sebagai penguat bagi perilaku tersebut (*anteseden-anteseden*) masih dibutuhkan keberadaannya, perilaku ini sendiri perlu dijalankan dengan cara yang benar, dan hasil-hasil positif perlu mengikuti perilaku tersebut (*konsekuensi-konsekuensi*). Dalam perencanaan pemeliharaan, komunikator perlu menilai perilaku-perilaku sasaran dan, setelah berhasil dipelajari, maka ia perlu mengikutsertakan anteseden-anteseden dan konsekuensi-konsekuensi efektif untuk mendukung perilaku-perilaku tersebut.

- b. Kebanyakan perilaku-perilaku yang penting bagi pelaksanaan intervensi untuk kelangsungan anak tidak begitu saja bersifat menguntungkan. Bagi perilaku-perilaku yang bersifat preventif dan tidak menghasilkan hasil-hasil positif yang muncul seketika untuk mendorong pengadopsian menjadi praktik-praktik kesehatan. Untuk tetap bertahan sebagai praktik-praktik normal sampai keuntungan-keuntungan kesehatan (preventif) jangka panjang dapat dikenali, perilaku-perilaku ini perlu mendapat dukungan dari jaringan kerja sosial dan system kesehatan.
- c. Kondisi-kondisi (anteseden dan konsekuensi) yang secara efektif melakukan promosi supaya mencoba atau mempelajari perilaku-perilaku yang baru tidak harus merupakan kondisi-kondisi yang optimal bagi pemeliharaan perilaku-perilaku tersebut seterusnya (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1977). Kondisi-kondisi dalam lingkungan yang memuaskan akan membantu individu memelihara perilaku-perilaku yang dipelajari. Oleh karena itu, tujuan utama program pemeliharaan adalah menempatkan kondisi-kondisi ini sedemikian rupa ia dapat menciptakan sebuah lingkungan pendukung bagi perilaku-perilaku yang berhasil dipelajari. (Krasner, 1980)

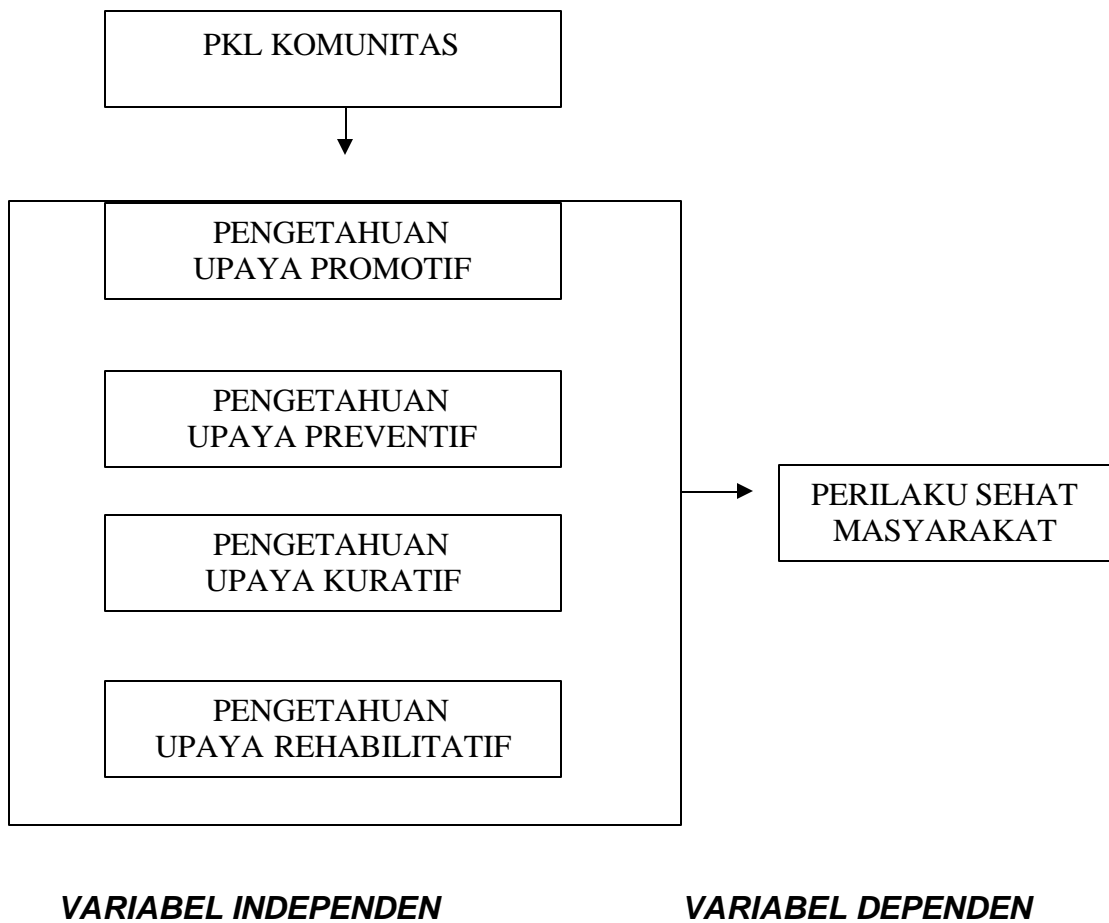
2. Implikasi-implikasi Program

Tiga konsep perilaku atas mempunyai implikasi-implikasi program komunikasi berikut ketika mereka mengalihkan penekanan dari tindakan memula tindakan memelihara perilaku.

- a. Metodologi komunikasi dan prinsip-prinsip perilaku yang dibahas terdahulu masih dapat diterapkan untuk usaha pemeliharaan, tetapi aktivitas-aktivitas yang berbeda akan ditegaskan akan mengarah secara eksplisit pada usaha pemberian dukungan bagi perilaku-perilaku yang telah dipelajari, bukan memperkenalkan perilaku-perilaku baru.
- b. Konsekuensi yang secara khusus diperkenalkan untuk memperkuat upaya mempelajari perilaku baru sebaiknya dihilangkan, dan konsekuensi alamiah yang berasal dari sebanyak mungkin sumber-sumber diperkuat (Miller, 1980).
- c. Audens sasaran dalam program pemeliharaan bukan hanya mengasuh anak dan ibu-ibu, tetapi juga meliputi orang-orang dan organisasi-organisasi yang dapat mendukung praktik-praktik kesehatan ibu-ibu atau para pengasuh.
- d. Pemeliharaan yang terbaik untuk partisipasi dalam program-program pemeliharaan yang berhasil adalah individu-individu dan organisasi-organisasi dalam sistem-sistem sosial dan kesehatan yang telah mangaproksimasi perilaku dan tindakan pendukung bagi praktik-praktik kesehatan.

- e. Aktivitas-aktivitas tertentu yang dipilih dalam program pemeliharaan juga harus menghasilkan konsekuensi-konsekuensi positif sendiri bagi para peserta, sehingga mereka akan terus mendukung praktik-praktik kesehatan tanpa bantuan dari luar.

I. Kerangka Konseptual Variabel yang Diteliti



J. HIPOTESIS

1. Ada efek pengetahuan upaya promotif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Sanggalangi kabupaten Tana Toraja.
2. Ada efek pengetahuan upaya preventif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Sanggalangi kabupaten Tana Toraja
3. Ada efek pengetahuan upaya kuratif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Sanggalangi kabupaten Tana Toraja.
4. Ada efek pengetahuan upaya kuratif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.

K. DEFENISI OPERASIONAL DAN KRITERIA OBJEKTIF

1. Upaya Promosi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor pengetahuan tentang upaya promotif > 60%.
- Kurang : jika skor pengetahuan tentang upaya promotif = 60%.

2. Upaya preventif adalah Kegiatan yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit menular dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor pengetahuan tentang upaya preventif > 60%.
- Kurang : jika skor pengetahuan tentang upaya preventif = 60%.

3. Upaya kuratif adalah bentuk kegiatan untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor jawaban tentang kegiatan merawat dan mengobati anggota keluarga > 60%.
- Kurang : jika skor jawaban tentang kegiatan merawat dan mengobati anggota keluarga = 60%.

4. Upaya Rehabilitatif adalah upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor jawaban tentang pemulihan kesehatan bagi penderita > 60%.
- Kurang : jika skor jawaban tentang pemulihan kesehatan bagi penderita = 60%.

5. Perilaku sehat adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan factor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktifitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) , yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor jawaban tentang perilaku sehat > 60%.
- Kurang : jika skor jawaban tentang perilaku sehat = 60%.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan pendekatan cross-sectional yang dilakukan terhadap masyarakat di desa Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja.

B. Lokasi Penelitian

Pelaksanaan penelitian diadakan pada masyarakat desa Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.

Adapun alasan peneliti memilih lokasi ini adalah sebagai berikut :

1. Mudah dijangkau
2. Minat dan tanggapan positif masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan
3. Termasuk dalam kategori sosial ekonomi rendah
4. Daerah tersebut tidak terlalu rawan

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh rumah tangga masyarakat desa Saloso kecamatan Rantepao Tana Toraja.

2. Sampel

- Sampel adalah KK (kepala keluarga) masyarakat desa Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja
- Tehnik penarikan sampel secara *simple random sampling* yaitu penarikan sampel secara acak terhadap kepala keluarga masyarakat desa Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja. Penarikan sampel acak dengan cara undian.

D. Cara Pengumpulan Data

1. Data primer

Data primer diperoleh dari masyarakat di Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja melalui tehnik wawancara.

1. Data sekunder

Data sekunder adalah Laporan PKL Komunitas yang diperoleh dari instansi terkait, laporan penelitian, literatur serta dokumentasi terkait.

A. Analisis Data

Data yang dikumpul selanjutnya diolah dan dianalisis dengan menggunakan program SPSS versi 11.50. Data dianalisa melalui beberapa tahapan, yaitu :

a. Analisa Univariat

Dilakukan dalam bentuk analisa distribusi frekwensi persentase dari masing-masing variabel yang diteliti berdasarkan upaya promotif, upaya preventif, upaya kuratif, dan upaya rehabilitatif.

b. Analisa Bivariat

Analisa dilakukan dengan menguji hipotesis nol (H_0) dengan tingkat kemaknaan yang dipilih adalah $\alpha = 0,05$ dan dikatakan tidak bermakna bila nilai $P < 0,05$. Uji statistic yang digunakan adalah *Chi-Square* untuk mengetahui efek PKL komunitas dengan pembentukan perilaku sehat masyarakat.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lembang (Desa) Saloso adalah sebuah wilayah yang terdapat di kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja Propinsi Sulawesi selatan. Secara geografis wilayah Lembang Saloso merupakan daerah pengunungan yang sebagian wilayah hanya dapat dijangkau dengan jalan kaki, jarak dari ibukota kabupaten sekitar 20 km, dengan batas- batas wilayah sebelah utara Lembang Limbong sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Nonongan, sebelah timur Lembang Rinding Batu dan sebelah barat berbatasan dengan Lembang Salu.

1. Analisis univariat

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2008 di Lembang Saloso dengan jumlah sampel sebanyak 243 responden dengan melakukan wawancara terhadap kepala keluarga (KK). Adapun variabel yang diteliti dengan karakteristik antara lain, promosi, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta perilaku sehat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Penduduk Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja

kelompok umur	Jumlah	%
< 30	53	21,8
30 – 39	77	31,7
40 – 49	68	28,0
= 50	45	18,5
Total	243	100.0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 1, menjelaskan sebanyak 243 responden masing – masing berusia < 30 tahun sebanyak 53 kk (21,8 %), umur 30 - 39 tahun sebanyak 77 kk (31,7%), umur 40 - 49 tahun sebanyak 68 kk (28,0%), umur = 50 tahun sebanyak 45 kk (18,5 %).

Tabel 2. Disribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja

Pendidikan	Jumlah	%
Tidak Tamat SD	12	4,9
SD	69	28,4
SLTP	88	36,2
SLTA	53	21,8
PT	21	8,6
Total	243	100.0

Sumber : Data Primer

Pada tabel 2, menjelaskan karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan masyarakat lembang Saloso dari 243 responden, yaitu tidak tamat SD sebanyak 12 kk (4,9 %), Pendidikan SD sebanyak 69 kk (28,4 %), SLTP sebanyak 88 kk (36,2 %), SLTA sebanyak 53 kk (21,8 %) dan pendidikan perguruan tinggi sebanyak 21 KK (8,6 %).

Tabel 3. Distribusi Responden berdasarkan pengetahuan tentang upaya Promosi Penduduk Lembang Saloso kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja tahun 2008

N0.	Hasil	Jumlah	%
1.	Cukup	220	90,5
2.	Kurang	23	9,5
<i>Total</i>		243	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel. 3 menunjukkan bahwa dari 243 responden masyarakat Lembang saloso, yang hasilnya kurang sebanyak 23 kk (9,5 %) sedangkan hasilnya cukup sebanyak 220 kk (90.5 %).

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Upaya Preventif Penduduk Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja tahun 2008

N0.	Hasil	Jumlah	%
1.	Cukup	223	91,8
2.	Rendah	20	8,2
<i>Total</i>		243	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel .4 menunjukkan bahwa dari 243 responden masyarakat Lembang Saloso tentang upaya preventif yang pengetahuannya rendah sebanyak 20 responden (8,2 %), sedangkan pengetahuannya tinggi sebanyak 223 responden (91,8 %).

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Upaya Kuratif Penduduk Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja tahun 2008

N0.	Hasil	Jumlah	%
1.	Tinggi	213	87,7
2.	Rendah	30	12,3
<i>Total</i>		243	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel. 5 menunjukkan bahwa dari 243 responden masyarakat Lembang Saloso tentang upaya kuratif yang pengetahuannya rendah sebanyak 30 responden (12,3 %), sedangkan pengetahuannya tinggi sebanyak 213 responden (87,7 %).

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Upaya Rehabilitatif Penduduk Lembang Saloso Kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja

N0.	Hasil	Jumlah	%
1.	Cukup	225	92,6
2.	Kurang	18	7,4
<i>Total</i>		243	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel. 6 menunjukkan bahwa dari 243 responden masyarakat Lembang Saloso tentang upaya Rehabilitatif yang hasilnya kurang sebanyak 18 responden (7,4 %), sedangkan hasilnya cukup sebanyak 225 responden (92,6 %).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan variabel bebas (independent) dan variabel terikat (dependent). Hasil uji bivariat dari variabel independent dan variabel dependent menggunakan *Uji Chi- Square (X^2)* dengan tingkat kemaknaan hubungan secara statistik $p < 0,05$.

Hasil analisis bivariat dari variabel independen dan variabel dependen untuk mengetahui asosiasi antara dua variabel yang dapat dijelaskan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 7. Efek Pengetahuan Upaya Promosi Terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja.

Pengetahuan Upaya Promotif	Perilaku sehat				Total	
	Berhasil		Tidak berhasil		n	%
	n	%	n	%		
Cukup	197	90.0	22	10.0	219	100.0
Kurang	7	29.2	17	70.8	24	100.0
Total	204	84.0	39	16.0	243	100.0

Sumber : Data primer

Pada tabel. 7 menunjukkan persentase dari pengetahuan upaya promosi terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja yang nilai cukup sebanyak 204 responden (84 %) dan nilai kurang sebanyak 39 responden (16 %)

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara pengetahuan tentang promosi dengan pembentukan perilaku sehat

Tabel 8. Efek Pengetahuan Upaya Preventif Terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja

Pengetahuan Upaya Preventif	Perilaku sehat				Total	
	Berhasil		Tidak berhasil			
	n	%	n	%	n	%
Cukup	201	90.5	21	9.5	222	100.0
Kurang	3	14.3	18	85.7	21	100.0
Total	204	84.0	39	16.0	243	100.0

Sumber : Data Primer

Pada tabel. 8 menjelaskan persentase dari pengetahuan upaya preventif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja dengan nilai cukup sebanyak 204 responden (84 %) dan nilai kurang sebanyak 39 responden (16 %).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara pengetahuan tentang preventif dengan pembentukan perilaku sehat

Tabel 9. Efek Upaya Kuratif Terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja

Pengetahuan Upaya Kuratif	Perilaku sehat				Total	
	Berhasil		Tidak berhasil			
	n	%	n	%	n	%
Cukup	178	83.6	35	16.4	213	100.0
Kurang	26	86.7	4	13.3	30	100.0
Total	204	84.0	39	16.0	243	100.0

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 9, menunjukkan persentase dari pengetahuan upaya kuratif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja yang nilai cukup sebanyak 204 responden (84 %) dan nilai kurang sebanyak 39 responden (16 %).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p = 0,665$ ($p > 0,05$). Hal ini berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang kuratif dengan pembentukan perilaku sehat

Tabel 10. Efek Upaya Rehabilitatif Terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja.

Pengetahuan Upaya Rehabilitatif	Perilaku sehat				Total	
	Berhasil		Tidak berhasil			
	n	%	n	%	n	%
Cukup	193	85.8	32	14.2	225	100.0
Kurang	11	61.1	7	38.9	18	100.0
Total	204	84.0	39	16.0	243	100.0

Sumber : Data Primer

Pada tabel 10, menunjukkan persentase pengetahuan dari upaya preventif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja yang nilai cukup sebanyak 204 responden (84 %) dan nilai kurang sebanyak 39 responden (16 %).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p = 0,006$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara pengetahuan tentang rehabilitatif dengan pembentukan perilaku sehat

B. PEMBAHASAN

Penelitian analisis efek PKL (Praktik Kerja Lapangan) terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja. Adapun variabel yang akan dibahas meliputi variabel terikat adalah perilaku sehat dan variabel bebasnya meliputi : Upaya promotif, upaya preventif, upaya kuratif dan upaya rehabilitatif.

Berdasarkan dari variabel yang diteliti dan diduga dapat menimbulkan pembentukan perilaku sehat, dalam pembahasan diuraikan mengenai hasil-hasil penelitian tersebut.

1. Pengetahuan Upaya Promotif

Pengetahuan bisa didapatkan melalui pendidikan, pengalaman sendiri atau orang lain, media masa, kejadian, situasi sehari-hari-hari maupun lingkungan. Dalam penelitian ini pengetahuan masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja tentang upaya promotif adalah pada kategori cukup. Hal ini pula didukung oleh kedewasaan responden dimana walaupun sebagian besar responden berlatar belakang pendidikan Tamat SLTP, namun mereka telah cukup dewasa untuk memahami tentang upaya promotif, dimana responden sebagian besar telah berumur antara 30 - 39 tahun yang merupakan usia produktif. Hal ini pula didukung oleh kedewasaan responden dimana walaupun sebagian besar responden berlatar belakang pendidikan Tamat SD, namun mereka telah cukup dewasa untuk

memahami tentang upaya promotifresiko sakit, dimana responden sebagian besar telah berumur antara 35-50 tahun yang merupakan usia produktif.

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilakukan di masyarakat Lembang Saloso ditemukan bahwa dari 243 responden yang pengetahuannya kurang sebanyak 23 kk (9,5 %) sedangkan pengetahuannya cukup sebanyak 220 kk (90.5 %) (Tabel 7). Dengan melihat pengetahuan masyarakat dari upaya promotif dengan kategori cukup sebanyak 90,5 % berarti praktik kerja lapangan yang dilakukan diwilayah lembang Saloso kecamatan Rantepao dapat membantu pembentukan perilaku sehat masyarakat. Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara pengetahuan tentang promosi dengan pembentukan perilaku sehat. Dengan demikian ada efek pengetahuan upaya promotif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja tahun 2008.

Pengetahuan atau tahu adalah mengerti sesuatu sesudah melihat atau menyaksikan, mengalami dan diajar. Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmojo, 2003) terjadi melalui panca indra manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian pengetahuan merupakan bagian dari "*cognitive*

domain” yaitu bagaimana proses terjadinya menjadi tahu. Tujuan domain ini menekankan tentang tujuan pengetahuan dalam hubungannya dengan pengembangan intelektual dan ketrampilan (Ngatimin, 2005).

Menurut asumsi responden yang memiliki pengetahuan yang cukup tentang upaya promotif disebabkan oleh pemahaman dan pengertian masyarakat terhadap pentingnya peningkatan kesehatan untuk mendukung perilaku sehat. Pengetahuan masyarakat cukup karena masyarakat mendapatkan informasi atau mengikuti penyuluhan tentang upaya promotif.

Secara statistik ada hubungan bermakna antara pengetahuan responden tentang upaya promotif dengan pembentukan perilaku sehat. Semakin baik pengetahuan yang dimiliki responden tentang upaya peningkatan kesehatan, maka akan dapat mendukung pembentukan perilaku sehat.

Hal ini sejalan dengan hasil PKL Akper Toraja satu tahun yang lalu (tahun 2007) yang dilaksanakan di Lembang Sillanan.

2. Pengetahuan Upaya Preventif

Analisis bivariat menunjukkan bahwa, responden yang memiliki pengetahuan cukup tentang upaya promotif terhadap perilaku sehat dibanding yang memiliki pengetahuan kurang tentang upaya promotif. Dari hasil penelitian ditemukan bahwa dari 243 responden, pengetahuannya rendah sebanyak 21 kk (8,6 %) sedangkan hasilnya

tinggi sebanyak 222 kk (91,4 %). Dengan melihat pengetahuan masyarakat dari upaya preventif dengan hasil cukup sebanyak 91,4 % (tabel 8). Hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara pengetahuan tentang preventif dengan pembentukan perilaku sehat. Dengan demikian ada efek pengetahuan upaya promotif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja tahun 2008.

Dengan melihat prosentase masyarakat dengan hasil tinggi berarti praktik kerja lapangan yang dilakukan di wilayah lembang Saloso dapat membantu pembentukan perilaku sehat masyarakat.

Menurut asumsi peneliti, semakin cukup pengetahuan seseorang, semakin baik pula pemahaman dan pengalaman yang dimiliki berdasarkan apa yang diterimanya baik dari pengalaman individu maupun dari informasi yang diterimanya dari orang lain. Demikian halnya dengan pengetahuan masyarakat yang ada di wilayah Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja tentang upaya preventif. Hal ini disebabkan oleh kegiatan PKL yang dilaksanakan oleh mahasiswa Akper Toraja yang baik dalam menyampaikan informasi, motivasi dan mengajak masyarakat dalam menerapkan pencegahan penyakit.

Secara statistik ada hubungan bermakna antara pengetahuan upaya preventif dengan pembentukan perilaku sehat dalam kegiatan PKL

(Praktik Kerja Lapangan), karena dengan meningkatkan pengetahuan tentang upaya preventif dalam PKL komunitas dapat memberikan dampak pada pembentukan perilaku sehat masyarakat di wilayah Lembang Saloso.

3. Pengetahuan Upaya Kuratif

Berdasarkan dari hasil penelitian ditemukan bahwa dari 243 responden, yang hasilnya rendah sebanyak 30 kk (12,3 %) sedangkan kategori pengetahuan cukup sebanyak 213 kk (87,7 %). Menurut asumsi peneliti, semakin cukup pengetahuan masyarakat tentang upaya kuratif, semakin baik pula respon atau reaksi yang diberikan oleh orang tersebut terhadap individu, keluarga, kelompok, masyarakat dan lingkungannya. Demikian pula dengan pembentukan perilaku sehat masyarakat di Lembang Saloso.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan fisher's exact diperoleh nilai $p = 0,452$ ($p > 0,05$) pada tabel 9. Hal ini berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang upaya kuratif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja. Hal ini dapat di pelayanan kesehatan dan akibat kurangnya informasi dari mahasiswa peserta PKL (Praktik Kerja Lapangan) tentang pememfaatan sarana pelayanan kesehatan.

4. Pengetahuan Upaya Rehabilitatif

Berdasarkan dari hasil penelitian ditemukan bahwa dari 243 responden, yang pengetahuan kategori cukup sebanyak 225 kk (92,6 %). Dengan melihat pengetahuan masyarakat dari upaya rehabilitatif dengan kategori cukup sebanyak 92,6 %, Berdasarkan hasil uji statistik dengan *chi square* diperoleh nilai $p = 0,013$ ($p < 0,05$). Hal ini berarti ada hubungan antara pengetahuan tentang rehabilitatif dengan pembentukan perilaku sehat. Dengan demikian ada efek komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja tahun 2008.

Dengan demikian melalui pengetahuan seseorang diharapkan secara bertahap akan mengalami perubahan baik langsung maupun tidak langsung sehingga proses kedewasaan akan terjadi pada diri manusia dan berkemampuan. Melalui pengetahuan pula seseorang akan meningkatkan kualitas hidupnya serta mampu mengatasi masalah dalam kehidupannya.

Menurut asumsi peneliti, responden dengan pengetahuan cukup tentang upaya rehabilitatif akan mendorong pembentukan perilaku sehat masyarakat. Pengetahuan masyarakat cukup karena aktif mengikuti / mendapatkan informasi baik dari petugas kesehatan, mahasiswa PKI atau melalui media massa sehingga mengetahui proses rehabilitatif jika

terdapat anggota keluarga yang membutuhkan proses rehabilitatif di rumah

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat atau theory dari **Lawrence Green**, dimana faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang antara lain pengetahuan dan sikap. Untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat dalam mengatasi masalah di lingkungannya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini yaitu mengetahui sejauhmana efek PKL (Praktik Kerja Lapangan) komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat pada masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja. Dimana program PKL komunitas terdapat unsur pengetahuan upaya promotif, pengetahuan upaya preventif, pengetahuan upaya kuratif dan pengetahuan upaya rehabilitatif. Maka esuai hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Ada efek (hubungan bermakna) antara pengetahuan upaya promotif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja
2. Ada efek (hubungan bermakna antara pengetahuan upaya preventif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.
3. Tidak ada efek (hubungan bermakna) antara pengetahuan upaya kuratif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat

DAFTAR PUSTAKA

1. Roger M. Keessing, Antropologi Budaya, Edisi Kedua, Jakarta. Penerbit Erlangga, 1999 : 5 – 9.
2. Foster/Anderson, Antropologi Kesehatan, Jakarta. Penerbit Universitas Indonesia, 1986 : 223
3. Yulia Sugandi, Rekonstruksi Sosiologi Humanis Menuju Praktis, Cetakan 1. Yogyakarta, Penerbit Pustaka Pelajar, 2002 : 160 -161
4. Paul B. Horton/Chester L. Hunt, Sosiologi, Jilid I, Edisi Keenam, Penerbit Erlangga. 1984 : 177-187
5. Pusat Data & Informasi Persi, Peran Tenaga Kesehatan Masyarakat Dalam Mengubah Perilaku Masyarakat Menuju Hidup Bersih dan Sehat, 2005. [http:// pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=882&tbl=kesling](http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=882&tbl=kesling).
6. Soekidjo Notoatmodjo, Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan, Cetakan pertama. Jakarta Penerbit PT. Rineka Cipta, 2005 : 43-58, 22 – 35.
7. Elizabeth T. Anderson, Judith McFarlane, Buku Ajar Keperawatan Komunitas, Edisi 3. Jakarta Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2001 : 172 – 194.
8. Sie. PL Dinkes Bone Bolango, Keluarga Dengan Kepemilikan Sarana Dasar Menurut Kecamatan Kabupaten Bone Bolango, [http://www.dinkesbonebolango.org/datasik2004/PROFIL BARU \(SPM\) kab bone bolango.2004.xls](http://www.dinkesbonebolango.org/datasik2004/PROFIL_BARU_(SPM)_kab_bone_bolango.2004.xls)
9. Promosi kesehatan, Wikipedia Indonesia, [http://id.wikipedia.org/wiki/Promosi kesehatan](http://id.wikipedia.org/wiki/Promosi_kesehatan).
10. Judith A. Graeff John P. Elder Elizabeth Mills Booth, Komunikasi Untuk Kesehatan Dan Perubahan Perilaku, Cetakan Pertama, Yogyakarta, Penerbit Gadjah Mada University Press, 1996. Hal. 167 - 175
11. Laporan PKL Komunitas Akper Toraja, 2007

12. Nasrul Effendy, Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, Edisi 2. Jakarta, Penerbit EGC. 1998 : 5 – 20.
- 13.-----, Panduan Praktik Kerja Lapangan, Akper Toraja, 2007
14. Rusli Ngatimin, 2005. “DOA” *Disability Oriented Approach*. Yayasan PK3. Makassar
15. Ridwan Thaha, 2007. Handout Aplikasi Penelitian Kualitatif Bidang Kesehatan. Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin. Makassar

masyarakat lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.

4. Ada efek (hubungan bermakna) antara pengetahuan upaya rehabilitatif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.

A. Saran

1. Pihak pemerintah khususnya Bupati Tana Toraja diharapkan tetap memberikan dukungan terhadap program komunitas sebagai aplikasi penerapan perawatan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh mahasiswa Akper bisa ditingkatkan.
2. Bagi institusi pendidikan seyogianya terus meningkatkan kemampuan mahasiswa untuk bisa menerapkan perkesmas langsung dimasyarakat.
3. Untuk memberikan hasil lebih baik dari PKL sebagai aplikasi dari PERKESMAS (Perawatan Kesehatan Masyarakat) sebaiknya dilakukan dalam waktu yang lebih lama.
4. Tindak lanjut kegiatan komunitas sangat penting sehingga dibutuhkan koordinasi baik pemerintah tingkat Lembang/Desa Saloso dan Puskesmas Laang Tanduk sebagai pos pelayanan kesehatan terdepan diwilayah tersebut.

Frequency Table

kelompok umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-34	47	19.3	19.3	19.3
	35-44	53	21.8	21.8	41.2
	45-54	61	25.1	25.1	66.3
	55-64	45	18.5	18.5	84.8
	65-74	25	10.3	10.3	95.1
	75-84	12	4.9	4.9	100.0
	Total	243	100.0	100.0	

promosi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	219	90.1	90.1	90.1
	Kurang	24	9.9	9.9	100.0
	Total	243	100.0	100.0	

preventif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sesuai	222	91.4	91.4	91.4
	tidak sesuai	21	8.6	8.6	100.0
	Total	243	100.0	100.0	

upaya kuratif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	213	87.7	87.7	87.7
	Rendah	30	12.3	12.3	100.0
	Total	243	100.0	100.0	

rehabilitatif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sesuai	225	92.6	92.6	92.6
	tidak sesuai	18	7.4	7.4	100.0
	Total	243	100.0	100.0	

perilaku sehat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid berhasil	204	84.0	84.0	84.0
tidak berhasil	39	16.0	16.0	100.0
Total	243	100.0	100.0	

Crosstabs
promosi * perilaku sehat

Crosstab

			perilaku sehat		Total
			berhasil	tidak berhasil	
promosi	Cukup	Count	197	22	219
		% within promosi	90.0%	10.0%	100.0%
		% within perilaku sehat	96.6%	56.4%	90.1%
	Kurang	Count	7	17	24
		% within promosi	29.2%	70.8%	100.0%
		% within perilaku sehat	3.4%	43.6%	9.9%
Total		Count	204	39	243
		% within promosi	84.0%	16.0%	100.0%
		% within perilaku sehat	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	59.320 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	54.894	1	.000		
Likelihood Ratio	42.277	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	59.075	1	.000		
N of Valid Cases	243				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.85.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	.494	.000
Nominal	Cramer's V	.494	.000
N of Valid Cases		243	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

preventif * perilaku sehat

Crosstab

			perilaku sehat		Total
			berhasil	tidak berhasil	
preventif	sesuai	Count	201	21	222
		% within preventif	90.5%	9.5%	100.0%
		% within perilaku sehat	98.5%	53.8%	91.4%
	tidak sesuai	Count	3	18	21
		% within preventif	14.3%	85.7%	100.0%
		% within perilaku sehat	1.5%	46.2%	8.6%
Total	Count	204	39	243	
	% within preventif	84.0%	16.0%	100.0%	
	% within perilaku sehat	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	82.798 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	77.235	1	.000		
Likelihood Ratio	57.862	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	82.457	1	.000		
N of Valid Cases	243				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.37.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.584	.000
	Cramer's V	.584	.000
N of Valid Cases		243	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

upaya kuratif * perilaku sehat

Crosstab

			perilaku sehat		Total
			berhasil	tidak berhasil	
upaya kuratif	Tinggi	Count	178	35	213
		% within upaya kuratif	83.6%	16.4%	100.0%
		% within perilaku sehat	87.3%	89.7%	87.7%
	Rendah	Count	26	4	30
		% within upaya kuratif	86.7%	13.3%	100.0%
		% within perilaku sehat	12.7%	10.3%	12.3%
Total	Count	204	39	243	
	% within upaya kuratif	84.0%	16.0%	100.0%	
	% within perilaku sehat	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.187 ^b	1	.665		
Continuity Correction ^a	.028	1	.867		
Likelihood Ratio	.195	1	.658		
Fisher's Exact Test				.795	.452
Linear-by-Linear Association	.187	1	.666		
N of Valid Cases	243				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.81.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-.028	.665
	Cramer's V	.028	.665
N of Valid Cases		243	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

rehabilitatif * perilaku sehat

Crosstab

			perilaku sehat		Total
			berhasil	tidak berhasil	
rehabilitatif	sesuai	Count	193	32	225
		% within rehabilitatif	85.8%	14.2%	100.0%
		% within perilaku sehat	94.6%	82.1%	92.6%
	tidak sesuai	Count	11	7	18
		% within rehabilitatif	61.1%	38.9%	100.0%
		% within perilaku sehat	5.4%	17.9%	7.4%
Total	Count	204	39	243	
	% within rehabilitatif	84.0%	16.0%	100.0%	
	% within perilaku sehat	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.526 ^b	1	.006		
Continuity Correction ^a	5.807	1	.016		
Likelihood Ratio	5.980	1	.014		
Fisher's Exact Test				.013	.013
Linear-by-Linear Association	7.495	1	.006		
N of Valid Cases	243				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.89.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.176	.006
	Cramer's V	.176	.006
N of Valid Cases		243	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	243	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	243	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		243	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
berhasil	0
tidak berhasil	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			perilaku sehat		Percentage Correct
			berhasil	tidak berhasil	
Step 0	perilaku sehat	berhasil	204	0	100.0
		tidak berhasil	39	0	.0
Overall Percentage					84.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.655	.175	89.630	1	.000	.191

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
PROM	59.320	1	.000
PREV	82.798	1	.000
KURATIF	.187	1	.665
REHAB	7.526	1	.006
Overall Statistics	98.483	4	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	75.439	4	.000
	Block	75.439	4	.000
	Model	75.439	4	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	138.639	.267	.456

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			perilaku sehat		Percentage Correct
			berhasil	tidak berhasil	
Step 1	perilaku sehat	berhasil	201	3	98.5
		tidak berhasil	20	19	48.7
Overall Percentage					90.5

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	PROM	1.823	.665	7.515	1	.006	6.189	1.681	22.782
	PREV	3.384	.741	20.853	1	.000	29.487	6.900	126.009
	KURATIF	-.987	.841	1.378	1	.240	.373	.072	1.936
	REHAB	2.217	.624	12.626	1	.000	9.184	2.703	31.204
	Constant	-9.054	1.430	40.072	1	.000	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: PROM, PREV, KURATIF, REHAB.

Crosstabs

kelompok umur * promosi Crosstabulation

		promosi				Total	
		Cukup		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
kelompok umur	25-34	38	80.9	9	19.1	47	100.0
	35-44	52	98.1	1	1.9	53	100.0
	45-54	58	95.1	3	4.9	61	100.0
	55-64	41	91.1	4	8.9	45	100.0
	65-74	21	84.0	4	16.0	25	100.0
	75-84	9	75.0	3	25.0	12	100.0
Total		219	90.1	24	9.9	243	100.0

kelompok umur * preventif Crosstabulation

		preventif				Total	
		sesuai		tidak sesuai			
		n	%	n	%	n	%
kelompok umur	25-34	44	93.6	3	6.4	47	100.0
	35-44	53	100.0	0	.0	53	100.0
	45-54	56	91.8	5	8.2	61	100.0
	55-64	38	84.4	7	15.6	45	100.0
	65-74	21	84.0	4	16.0	25	100.0
	75-84	10	83.3	2	16.7	12	100.0
Total		222	91.4	21	8.6	243	100.0

kelompok umur * upaya kuratif Crosstabulation

		upaya kuratif				Total	
		Tinggi		Rendah			
		n	%	n	%	n	%
kelompok umur	25-34	43	91.5	4	8.5	47	100.0
	35-44	49	92.5	4	7.5	53	100.0
	45-54	52	85.2	9	14.8	61	100.0
	55-64	39	86.7	6	13.3	45	100.0
	65-74	21	84.0	4	16.0	25	100.0
	75-84	9	75.0	3	25.0	12	100.0
Total		213	87.7	30	12.3	243	100.0

kelompok umur * rehabilitatif Crosstabulation

		rehabilitatif				Total	
		sesuai		tidak sesuai			
		n	%	n	%	n	%
kelompok umur	25-34	43	91.5	4	8.5	47	100.0
	35-44	51	96.2	2	3.8	53	100.0
	45-54	57	93.4	4	6.6	61	100.0
	55-64	42	93.3	3	6.7	45	100.0
	65-74	23	92.0	2	8.0	25	100.0
	75-84	9	75.0	3	25.0	12	100.0
Total		225	92.6	18	7.4	243	100.0

kelompok umur * perilaku sehat Crosstabulation

		perilaku sehat				Total	
		berhasil		tidak berhasil			
		n	%	n	%	n	%
kelompok umur	25-34	37	78.7	10	21.3	47	100.0
	35-44	48	90.6	5	9.4	53	100.0
	45-54	52	85.2	9	14.8	61	100.0
	55-64	38	84.4	7	15.6	45	100.0
	65-74	20	80.0	5	20.0	25	100.0
	75-84	9	75.0	3	25.0	12	100.0
Total		204	84.0	39	16.0	243	100.0

pendidikan * promosi Crosstabulation

		promosi				Total	
		Cukup		Kurang			
		n	%	n	%	n	%
pendidikan	Tidak tamat SD	10	83.3	2	16.7	12	100.0
	SD	59	83.1	12	16.9	71	100.0
	SLTP	82	95.3	4	4.7	86	100.0
	SLTA	49	92.5	4	7.5	53	100.0
	PT	19	90.5	2	9.5	21	100.0
Total		219	90.1	24	9.9	243	100.0

pendidikan * preventif Crosstabulation

		preventif				Total	
		sesuai		tidak sesuai			
		n	%	n	%	n	%
pendidikan	Tidak tamat SD	11	91.7	1	8.3	12	100.0
	SD	60	84.5	11	15.5	71	100.0
	SLTP	82	95.3	4	4.7	86	100.0
	SLTA	49	92.5	4	7.5	53	100.0
	PT	20	95.2	1	4.8	21	100.0
Total		222	91.4	21	8.6	243	100.0

pendidikan * upaya kuratif Crosstabulation

		upaya kuratif				Total	
		Tinggi		Rendah			
		n	%	n	%	n	%
pendidikan	Tidak tamat SD	11	91.7	1	8.3	12	100.0
	SD	59	83.1	12	16.9	71	100.0
	SLTP	79	91.9	7	8.1	86	100.0
	SLTA	44	83.0	9	17.0	53	100.0
	PT	20	95.2	1	4.8	21	100.0
Total		213	87.7	30	12.3	243	100.0

pendidikan * rehabilitatif Crosstabulation

		rehabilitatif				Total	
		sesuai		tidak sesuai			
		n	%	n	%	n	%
pendidikan	Tidak tamat SD	11	91.7	1	8.3	12	100.0
	SD	61	85.9	10	14.1	71	100.0
	SLTP	82	95.3	4	4.7	86	100.0
	SLTA	52	98.1	1	1.9	53	100.0
	PT	19	90.5	2	9.5	21	100.0
Total		225	92.6	18	7.4	243	100.0

pendidikan * perilaku sehat Crosstabulation

		perilaku sehat				Total	
		berhasil		tidak berhasil			
		n	%	n	%	n	%
pendidikan	Tidak tamat SD	10	83.3	2	16.7	12	100.0
	SD	58	81.7	13	18.3	71	100.0
	SLTP	71	82.6	15	17.4	86	100.0
	SLTA	45	84.9	8	15.1	53	100.0
	PT	20	95.2	1	4.8	21	100.0
Total		204	84.0	39	16.0	243	100.0

Crosstabs

promosi * preventif Crosstabulation

		preventif				Total	
		sesuai		tidak sesuai			
		n	%	n	%	n	%
promosi	Cukup	213	97.3	6	2.7	219	100.0
	Kurang	9	37.5	15	62.5	24	100.0
Total		222	91.4	21	8.6	243	100.0

promosi * upaya kuratif Crosstabulation

		upaya kuratif				Total	
		Tinggi		Rendah			
		n	%	n	%	n	%
promosi	Cukup	192	87.7	27	12.3	219	100.0
	Kurang	21	87.5	3	12.5	24	100.0
Total		213	87.7	30	12.3	243	100.0

promosi * rehabilitatif Crosstabulation

		rehabilitatif				Total	
		sesuai		tidak sesuai			
		n	%	n	%	n	%
promosi	Cukup	203	92.7	16	7.3	219	100.0
	Kurang	22	91.7	2	8.3	24	100.0
Total		225	92.6	18	7.4	243	100.0

promosi * perilaku sehat Crosstabulation

		perilaku sehat				Total	
		berhasil		tidak berhasil			
		n	%	n	%	n	%
promosi	Cukup	197	90.0	22	10.0	219	100.0
	Kurang	7	29.2	17	70.8	24	100.0
Total		204	84.0	39	16.0	243	100.0

MASTER TABEL PENELITIAN

RESPONDEN			PROMOSI					PREVENTIF								KURATIF				REHABILITATIF			PERILAKU		
no	nama	umur	didik	1	2	3	tp	prom	1	2	3a	3b	3c	3d	tpr	prev	1	2	3	tkr	kuratif	r1	r2	rehab	SEHAT
1	aa	36	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
2	sr	70	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
3	rp	65	3	4	4	4	12	1	4	4	5	5	5	5	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
4	ry	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
5	is	42	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
6	mm	52	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
7	mr	40	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
8	sl	65	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
9	ag	40	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
10	my	55	2	4	5	5	14	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1
11	wy	53	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
12	id	40	2	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
13	mz	75	2	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
14	af	28	5	5	5	5	15	1	5	5	4	4	5	5	28	1	0	1	1	2	1	2	.	1	1
15	iw	35	4	5	5	5	15	1	5	5	4	5	5	5	29	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
16	sr	40	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
17	rh	41	2	5	5	5	15	1	4	5	4	4	5	4	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
18	sf	35	2	4	5	5	14	1	5	5	4	4	5	5	28	1	0	1	1	2	1	1	2	2	2
19	rd	62	3	4	4	4	12	1	5	5	4	4	5	5	28	1	1	0	1	2	1	1	2	2	2
20	ma	41	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
21	fr	41	3	5	5	5	15	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
22	sh	50	3	5	5	5	15	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
23	sl	60	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
24	sn	62	3	4	4	4	12	1	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
25	rs	61	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
26	im	60	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
27	nt	75	2	4	4	4	12	1	4	5	4	5	5	5	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
28	sc	49	2	5	4	4	13	1	4	5	5	4	5	4	27	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
29	dk	26	3	4	4	4	12	1	5	5	4	4	5	5	28	1	1	0	1	2	1	1	2	2	2
30	rf	22	4	3	4	5	12	1	5	4	4	4	4	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
31	gr	32	5	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
32	rt	38	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
33	rp	34	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
34	es	20	3	5	4	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
35	wa	38	4	5	5	5	15	1	4	4	4	4	5	4	25	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
36	rh	43	3	5	4	4	13	1	5	5	4	4	5	4	27	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1
37	mr	60	3	4	4	4	12	1	5	5	4	4	5	4	27	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1
38	rf	65	3	4	4	4	12	1	5	4	4	5	5	5	28	1	1	0	1	2	1	1	2	2	2
39	rs	47	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
40	mw	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
41	my	35	4	5	4	4	13	1	5	5	4	4	5	5	28	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1
42	at	40	4	5	5	5	15	1	5	5	4	4	5	5	28	1	0	1	1	2	1	2	.	1	1
43	mr	60	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
44	sh	78	1	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	2	2	1
45	ml	63	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
46	nl	40	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
47	nf	56	2	4	4	4	12	1	5	5	5	4	5	5	29	1	0	1	1	2	1	2	.	1	1
48	ma	56	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
49	mi	41	5	5	4	4	13	1	5	5	4	5	4	4	27	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1
50	st	62	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
51	nf	30	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
52	nc	40	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
53	ww	36	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
54	er	35	3	5	4	4	13	1	5	5	4	4	5	4	27	1	1	0	1	2	1	1	2	2	2
55	mf	48	2	4	4	4	12	1	5	5	4	4	4	4	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
56	ar	64	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1

57	af	54	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
58	ml	65	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
59	na	42	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
60	rh	35	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
61	aa	56	4	4	4	4	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
62	sr	65	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	5	4	25	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
63	rp	45	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
64	ry	80	1	2	2	2	6	2	4	4	4	3	4	4	23	1	1	1	0	2	1	2	.	1	2

RESPONDEN			PROMOSI					PREVENTIF								KURATIF					REHABILITATIF			PERILAKU	
no	nama	umur	didik	1	2	3	tp	prom	1	2	3a	3b	3c	3d	tpr	prev	1	2	3	tkr	kuratif	r1	r2	rehab	SEHAT
65	is	25	5	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
66	mm	25	5	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
67	mr	35	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
68	sl	50	3	4	4	4	12	1	5	5	4	4	4	4	26	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
69	ag	53	3	4	5	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
70	my	55	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
71	wy	45	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
72	id	50	3	4	4	4	12	1	4	4	5	4	4	4	25	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1
73	mz	63	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
74	af	72	2	2	2	2	6	2	3	2	2	2	2	2	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	1
75	iw	42	4	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
76	sr	32	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
77	rh	65	2	5	5	5	15	1	4	4	5	5	5	5	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
78	sf	70	2	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
79	rd	50	3	4	4	4	12	1	4	4	5	4	5	4	26	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
80	ma	45	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
81	fr	52	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
82	sh	60	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
83	sl	80	1	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
84	sn	45	2	5	5	5	15	1	5	5	2	4	5	5	26	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2
85	rs	33	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	4	4	28	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1
86	im	46	3	2	2	2	6	2	4	4	2	4	4	4	22	1	1	0	0	1	2	1	2	2	2
87	nt	30	5	5	5	4	14	1	5	5	4	5	5	5	29	1	0	1	1	2	1	1	2	2	1
88	sc	20	3	2	2	2	6	2	4	4	3	3	4	5	23	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
89	dk	22	5	5	5	5	15	1	5	5	4	5	5	5	29	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
90	rf	26	3	4	5	5	14	1	5	5	4	5	5	5	29	1	0	0	0	0	2	2	.	1	2
91	gr	31	4	2	2	2	6	2	4	4	4	3	4	4	23	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
92	rt	24	4	2	2	2	6	2	4	4	4	3	4	4	23	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
93	rp	80	2	3	3	3	9	2	2	2	2	2	2	3	13	2	1	0	0	1	2	1	2	2	2
94	es	35	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
95	wa	27	5	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
96	rh	70	2	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
97	mr	45	2	5	4	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
98	rf	50	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
99	rs	67	2	5	4	4	13	1	5	5	4	5	4	4	27	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1
100	mw	50	4	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
101	my	40	5	5	5	4	14	1	5	5	4	4	4	4	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
102	at	45	2	5	4	4	13	1	5	5	4	4	5	5	28	1	0	1	1	2	1	1	2	2	1
103	mr	35	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
104	sh	18	3	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
105	ml	20	2	5	5	5	15	1	5	4	4	4	5	5	27	1	1	0	1	2	1	1	2	2	1
106	nl	60	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
107	nf	37	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
108	ma	45	2	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
109	mi	50	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
110	st	35	3	4	4	5	13	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
111	nf	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
112	nc	70	2	5	5	5	15	1	5	5	5	5	4	5	29	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
113	ww	63	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
114	er	62	3	4	4	4	12	1	4	4	5	5	5	5	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
115	mf	62	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
116	ar	40	4	5	5	4	14	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
117	af	50	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
118	ml	55	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
119	na	51	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
120	rh	50	4	4	4	4	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
121	aa	47	3	4	4	4	12	1	5	5	4	4	4	4	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
122	sr	50	2	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1

123	rp	51	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
124	ry	48	2	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
125	is	25	4	2	2	2	6	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2	
126	mm	30	4	4	5	5	14	1	5	5	5	5	4	4	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
127	mr	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
128	sl	57	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
129	ag	33	2	4	5	5	14	1	5	5	5	5	4	4	28	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
130	my	40	4	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	2	.	1	1
RESPONDEN			PROMOSI					PREVENTIF								KURATIF				REHABILITATIF			PERILAKU		
no	nama	umur	didik	1	2	3	tp	prom	1	2	3a	3b	3c	3d	tpr	prev	1	2	3	tkr	kuratif	r1	r2	rehab	SEHAT
131	wy	37	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
132	id	30	5	4	5	5	14	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
133	mz	55	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	0	0	1	2	2	.	1	1
134	af	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
135	iw	55	2	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
136	sr	42	4	4	5	4	13	1	4	4	3	3	4	4	22	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
137	rh	52	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
138	sf	71	1	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
139	rd	37	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
140	ma	70	2	4	4	4	12	1	4	4	5	4	4	4	25	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1
141	fr	75	2	5	4	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
142	sh	30	5	5	4	4	13	1	4	4	5	4	4	4	25	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
143	sl	58	3	4	4	4	12	1	5	4	4	4	4	4	25	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
144	sn	50	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	5	4	25	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
145	rs	65	2	3	3	3	9	2	3	2	2	2	2	2	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
146	im	57	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
147	nt	62	2	4	4	4	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
148	sc	28	5	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
149	dk	31	4	4	5	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
150	rf	25	4	4	4	5	13	1	4	4	4	3	4	4	23	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
151	gr	38	5	4	3	5	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
152	rt	28	3	2	2	2	6	2	4	4	4	3	4	4	23	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
153	rp	30	5	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	0	0	1	2	2	.	1	1
154	es	80	2	4	5	5	14	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1
155	wa	41	5	5	4	4	13	1	5	5	5	4	5	5	29	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1
156	rh	35	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
157	mr	35	5	2	2	2	6	2	4	4	3	3	4	4	22	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
158	rf	85	1	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
159	rs	35	4	5	5	5	15	1	5	4	4	5	5	5	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
160	mw	68	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
161	my	70	2	5	5	5	15	1	5	5	4	4	4	4	26	1	1	1	1	3	1	1	2	2	1
162	at	79	1	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	12	2	0	0	0	0	2	2	.	1	2
163	mr	50	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
164	sh	35	3	4	4	5	13	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
165	ml	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
166	nl	70	1	5	5	5	15	1	5	5	5	5	4	5	29	1	0	1	1	2	1	2	.	1	1
167	nf	63	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
168	ma	62	2	4	4	4	12	1	4	4	5	5	5	5	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
169	ni	62	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
170	st	40	4	5	5	4	14	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
171	nf	50	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
174	nc	50	3	4	4	4	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
175	ww	47	2	4	4	4	12	1	5	5	4	4	4	4	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
176	er	50	2	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1
177	mf	51	3	4	4	4	12	1	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
178	ar	48	4	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	2	.	1	1
179	af	25	2	2	2	2	6	2	4	4	3	3	4	4	22	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
180	ml	30	3	4	5	5	14	1	5	5	5	5	4	4	28	1	1	0	1	2	1	2	.	1	1
181	na	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
182	rh	57	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1

183	aa	33	4	4	5	5	14	1	5	5	5	5	4	4	28	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
184	sr	40	4	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	2	.	1	1
185	rp	37	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
186	ry	30	5	4	5	5	14	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
187	is	55	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	0	2	1	2	.	1	2
188	mm	45	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
189	mr	55	2	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	12	2	1	0	1	2	1	2	.	1	2
190	sl	42	4	4	5	4	13	1	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
191	ag	52	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
192	my	71	1	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
193	wy	37	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
194	id	70	2	4	4	4	12	1	4	4	5	4	4	4	25	1	1	0	0	1	2	1	1	1	1
195	mz	75	1	5	4	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
196	af	30	5	5	4	4	13	1	4	4	5	4	4	4	25	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
197	iw	58	3	4	4	4	12	1	5	4	4	4	4	4	25	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
198	sr	50	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	5	4	25	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
RESPONDEN			PROMOSI					PREVENTIF								KURATIF				REHABILITATIF			PERILAKU		
no	nama	umur	didik	1	2	3	tp	prom	1	2	3a	3b	3c	3d	tpr	prev	1	2	3	tkr	kuratif	r1	r2	rehab	SEHAT
199	rh	65	2	4	4	4	12	1	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	1
200	sf	57	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
201	rd	62	2	4	4	4	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
202	ma	28	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
203	fr	31	4	4	5	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1
204	sh	25	5	4	4	5	13	1	4	4	4	3	4	4	23	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
205	sl	38	5	4	3	5	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1
206	sn	28	3	2	2	2	6	2	4	4	4	3	4	4	23	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
207	rs	50	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
208	im	35	3	4	4	5	13	1	4	4	4	4	5	5	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
209	nt	45	4	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
210	sc	70	1	5	5	5	15	1	5	5	5	5	4	5	29	1	0	1	1	2	1	2	.	1	1
211	dk	63	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
212	rf	62	3	4	4	4	12	1	4	4	5	5	5	5	28	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
213	gr	62	3	4	4	4	12	1	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2
214	rt	40	4	5	5	4	14	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
215	rp	50	4	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
216	es	55	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
217	wa	51	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
218	rh	50	4	4	4	4	12	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
219	mr	47	2	4	4	4	12	1	5	5	4	4	4	4	26	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
220	rf	50	2	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1
221	rs	51	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
222	mw	48	4	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	2	.	1	1
223	my	25	5	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	3	1	2	.	1	1
224	at	30	3	4	5	5	14	1	5	5	5	5	4	4	28	1	1	0	1	2	1	2	.	1	1
225	mr	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
226	sh	57	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
227	ml	33	2	4	5	5	14	1	5	5	5	5	4	4	28	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
228	nl	40	3	5	5	5	15	1	4	4	4	4	4	4	24	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1
229	nf	37	3	5	5	5	15	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
230	ma	30	4	4	5	5	14	1	5	5	5	5	5	5	30	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
231	mi	55	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
232	st	45	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
233	nf	55	2	3	3	2	8	2	3	2	2	2	2	2	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	1
234	nc	42	4	4	5	4	13	1	2	2	2	2	2	3	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2
235	ww	52	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
236	er	71	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
237	mf	37	3	4	4	4	12	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	2
238	ar	70	1	4	4	4	12	1	4	4	5	4	4	4	25	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
239	af	75	1	5	4	4	13	1	4	4	4	4	4	4	24	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1
240	ml	30	4	5	4	4	13	1	4	4	5	4	4	4	25	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1

241	na	58	3	4	4	4	12	1	5	4	4	4	4	4	4	25	1	1	1	0	2	1	2	.	1	1
242	rh	50	2	4	4	4	12	1	4	4	4	4	5	4	25	1	1	1	1	3	1	2	.	1	1	
243	nn	65	2	3	3	2	8	2	3	2	2	2	2	2	13	2	1	1	1	3	1	2	.	1	2	