

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Coronavirus Disease 2019*

1. Pengertian *Coronavirus Disease 2019*

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). SARS-CoV-2 merupakan *coronavirus* jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Ada setidaknya dua jenis *coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Virus corona adalah zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2. Epidemiologi *Coronavirus Disease 2019*

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Coronavirus* jenis baru. Penyakit ini diawali dengan munculnya kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Wuhan, China pada akhir Desember 2019. Berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi, kasus tersebut diduga berhubungan dengan Pasar Seafood di Wuhan. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah China kemudian mengumumkan bahwa penyebab kasus tersebut adalah *Coronavirus* jenis baru yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Virus ini berasal dari famili yang sama dengan virus penyebab SARS dan MERS. Meskipun berasal dari famili yang sama, namun SARS-CoV-2 lebih menular

dibandingkan dengan SARS-CoV dan MERS-CoV. Proses penularan yang cepat membuat WHO menetapkan COVID-19 sebagai KKMMD/PHEIC pada tanggal 30 Januari 2020 (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Indonesia melaporkan kasus pertama COVID-19 pada tanggal 2 Maret 2020 dan jumlahnya terus bertambah hingga sekarang. Sampai dengan tanggal 30 Juni 2020 Kementerian Kesehatan melaporkan 56.385 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 2.875 kasus meninggal (CFR 5,1%) yang tersebar di 34 provinsi. Sebanyak 51,5% kasus terjadi pada laki-laki. Kasus paling banyak terjadi pada rentang usia 45-54 tahun dan paling sedikit terjadi pada usia 0-5 tahun. Angka kematian tertinggi ditemukan pada pasien dengan usia 55-64 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh CDC China, diketahui bahwa kasus paling banyak terjadi pada pria (51,4%) dan terjadi pada usia 30-79 tahun dan paling sedikit terjadi pada usia (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

3. Penyebab *Coronavirus Disease 2019*

Penyebab COVID-19 adalah virus yang tergolong dalam *family coronavirus*. *Coronavirus* merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada *Coronavirus* yaitu: protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran), glikoprotein spike S (spike), protein E (selubung). *Coronavirus* tergolong ordo Nidovirales, keluarga Coronaviridae. *Coronavirus* ini dapat menyebabkan penyakit pada hewan atau manusia. Terdapat 4 genus yaitu alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus, dan deltacoronavirus. Sebelum adanya COVID-19, ada 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HCoV-229E (alphacoronavirus), HCoV-OC43 (betacoronavirus), HCoV-NL63

(alphacoronavirus) HCoV-HKU1 (betacoronavirus), SARS-CoV (betacoronavirus), dan MERS-CoV (betacoronavirus) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Coronavirus yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus betacoronavirus, umumnya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan berdiameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah SARS pada 2002-2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) memberikan nama penyebab COVID-19 sebagai SARS-CoV-2 (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

4. Tanda dan Gejala *Coronavirus Disease 2019*

Gejala-gejala yang dialami biasanya bersifat ringan dan muncul secara bertahap. Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala apapun dan tetap merasa sehat. Menurut (WHO, 2020) tanda dan gejala COVID-19, yaitu:

- a. Gejala COVID-19 yang paling umum, yaitu:
 - 1) Demam
 - 2) Batuk kering
 - 3) Kelelahan
- b. Gejala lain yang kurang umum dan mungkin mempengaruhi beberapa pasien termasuk :
 - 1) Kehilangan indra perasa atau penciuman
 - 2) Hidung tersumbat
 - 3) Konjungtiva kemerahan (mata merah)

- 4) Sakit tenggorokan
- 5) Sakit kepala
- 6) Nyeri otot atau sendi
- 7) Berbagai jenis ruam kulit
- 8) Mual dan muntah
- 9) Diare
- 10) Meriang atau pusing

c. Gejala COVID-19 yang parah, yaitu:

- 1) Sesak nafas
- 2) Kehilangan selera makan
- 3) Kebingungan
- 4) Nyeri tekan yang terus menerus di dada
- 5) Demam tinggi (diatas 38 °C)

d. Gejala kurang umum lainnya, yaitu :

- 1) Cepat marah
- 2) Kebingungan
- 3) Kesadaran berkurang (kadang diiringi kejang)
- 4) Cemas
- 5) Depresi
- 6) Gangguan tidur
- 7) Komplikasi neurologis yang lebih parah seperti stroke, radang otak, delirium, dan kerusakan saraf

5. Penularan *Coronavirus Disease 2019*

Coronavirus merupakan *zoonosis* (ditularkan antara hewan dan manusia). Penelitian menyebutkan bahwa SARS ditransmisikan dari kucing luwak (*civet cats*) ke manusia dan MERS dari unta ke manusia. Adapun, hewan yang menjadi sumber penularan COVID-19 ini masih belum diketahui. Masa inkubasi COVID-19 rata-rata 5-6 hari, dengan range antara 1 dan 14 hari namun dapat mencapai 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi saat ini membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter $>5-10\ \mu\text{m}$. Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu, penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi (misalnya, stetoskop atau termometer) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

6. Diagnosis *Coronavirus Disease 2019*

WHO merekomendasikan pemeriksaan molekuler untuk seluruh pasien yang terduga terinfeksi COVID-19. Metode yang dianjurkan adalah metode deteksi molekuler/NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test*) seperti pemeriksaan RTPCR (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

7. Pencegahan dan Pengendalian *Coronavirus Disease 2019*

Masyarakat memiliki peran penting dalam memutus mata rantai penularan COVID-19 agar tidak menimbulkan sumber penularan baru. Mengingat cara penularannya berdasarkan droplet infection dari individu ke individu, maka penularan dapat terjadi baik di rumah, perjalanan, tempat kerja, tempat ibadah, tempat wisata maupun tempat lain dimana terdapat orang berinteraksi sosial. Prinsipnya pencegahan dan pengendalian COVID-19 di masyarakat dilakukan dengan:

a. Pencegahan penularan pada individu

Penularan COVID-19 terjadi melalui droplet yang mengandung virus SARSCoV-2 yang masuk ke dalam tubuh melalui hidung, mulut dan mata, untuk itu pencegahan penularan COVID-19 pada individu dilakukan dengan beberapa tindakan, seperti:

- 1) Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan pakai sabun dan air mengalir selama 40-60 detik atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol (handsanitizer) minimal 20 – 30 detik. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang tidak bersih.
- 2) Menggunakan alat pelindung diri berupa masker yang menutupi hidung dan mulut jika harus keluar rumah atau berinteraksi dengan orang lain yang

tidak diketahui status kesehatannya (yang mungkin dapat menularkan COVID-19).

- 3) Menjaga jarak minimal 1 meter dengan orang lain untuk menghindari terkena droplet dari orang yang batuk atau bersin. Jika tidak memungkinkan melakukan jaga jarak maka dapat dilakukan dengan berbagai rekayasa administrasi dan teknis lainnya.
- 4) Membatasi diri terhadap interaksi/kontak dengan orang lain yang tidak diketahui status kesehatannya.
- 5) Saat tiba di rumah setelah bepergian, segera mandi dan berganti pakaian sebelum kontak dengan anggota keluarga di rumah.
- 6) Meningkatkan daya tahan tubuh dengan menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) seperti konsumsi gizi seimbang, aktivitas fisik minimal 30 menit sehari, istirahat yang cukup.
- 7) Mengelola penyakit penyerta/komorbid agar tetap terkontrol
- 8) Mengelola kesehatan jiwa dan psikososial

Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat ditingkatkan melalui:

- a) Emosi positif: gembira, senang dengan cara melakukan kegiatan dan hobi yang disukai.
- b) Pikiran positif: menjauhkan dari informasi hoax, mengenang semua pengalaman yang menyenangkan, bicara pada diri sendiri tentang hal yang positif (*positive self-talk*).
- c) Hubungan sosial yang positif: memberi pujian, saling mengingatkan cara-cara positif dalam keluarga dan kelompok.

9) Apabila sakit menerapkan etika batuk dan bersin. Jika berlanjut segera berkonsultasi dengan dokter/tenaga kesehatan.

10) Menerapkan adaptasi kebiasaan baru dengan melaksanakan protokol kesehatan dalam setiap aktivitas.

(Kementerian Kesehatan RI, 2020)

b. Pencegahan dengan vaksinasi COVID-19

Vaksin adalah produk biologi yang berisi antigen berupa mikroorganisme atau zat yang dihasilkannya yang telah diolah sedemikian rupa sehingga aman, yang apabila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit tertentu. Vaksinasi COVID-19 bertujuan untuk mengurangi transmisi/penularan COVID-19, menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat COVID-19, mencapai kekebalan kelompok di masyarakat (herd immunity) dan melindungi masyarakat dari COVID-19 (Kemenkes RI Dirjen P2P, 2020).

1) Jenis vaksin COVID-19 yang akan digunakan di Indonesia

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/12758/2020 tentang Penetapan Jenis Vaksin Untuk Pelaksanaan Vaksinasi COVID-19, jenis vaksin COVID-19 yang dapat digunakan di Indonesia adalah:

- a) Vaksin yang diproduksi oleh PT Bio Farma (Persero)
- b) AstraZeneca
- c) China National Pharmaceutical Group Corporation (Sinopharm)
- d) Moderna
- e) Novavax Inc

f) Pfizer Inc. and BioNTech

g) Sinovac Life Sciences Co., Ltd

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

2) Syarat penerima vaksin COVID-19

a) Tidak memiliki riwayat penyakit, seperti : pernah menderita COVID-19, mengalami gejala ISPA (batuk, pilek, sesak nafas) dalam 7 hari terakhir, penyakit gagal jantung dan autoimun (SLE/Lupus), penyakit ginjal kronis, penyakit reumatik autoimun atau rheumatoid arthritis, penyakit saluran pencernaan, penyakit kanker, kelainan darah, dan penerima transfusi darah.

b) Tidak sedang hamil atau menyusui

c) Tidak ada kontak erat dengan penderita COVID-19

d) Suhu tubuh dibawah $37,5^{\circ}$ Celcius

e) Tekanan darah dibawah 140/90 mmHg

f) Penderita Diabetes Mellitus (DM) : bagi penderita DM tipe 2 terkontrol dan HbA1C dibawah 58 mmol/mol atau 7,5 persen, maka dapat diberikan vaksin.

g) Penderita HIV : untuk penderita HIV, bila angka CD4 diatas 200 atau hasil pemeriksaan *viral load* nya tidak terdeteksi, maka dapat diberikan vaksin.

h) Penderita penyakit paru : jika memiliki penyakit paru seperti asma, PPOK, atau TBC, maka vaksinasi COVID-19 ditunda sampai kondisi pasien terkontrol baik.

(Kemenkes RI Dirjen P2P, 2020)

B. Konsep Dasar Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Skinner dalam (Notoatmodjo, 2014a) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau *Stimulus Organisme Respons*.

2. Macam-macam Perilaku

Berdasarkan teori “S-O-R” dalam (Notoatmodjo, 2014a), maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni :

a. Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus masih terbatas pada perhatian, persepsi pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu, disebut *convert behavior* atau *unobservable behavior*.

b. Perilaku terbuka (*open behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik (*practice*).

3. Domain Perilaku

Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan dalam (Notoatmodjo, 2014a) membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 area, wilayah, ranah, atau domain perilaku ini, yakni : kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Kemudian oleh ahli pendidikan Indonesia, ketiga domain ini diterjemahkan ke dalam : cipta (kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotor).

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom ini, dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku, sebagai berikut :

a. Pengetahuan (*knowledge*)

1) Pengertian pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

2) Tingkatan pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan :

a) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh

bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

d) Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya antara satu sama lain.

e) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

b. Sikap (*attitude*)

1) Pengertian sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan factor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2014a).

2) Komponen sikap

Menurut Allport (1954) dalam (Notoatmodjo, 2014a) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yakni :

- a) Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat, atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- b) Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya factor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- c) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan ancam-ancam untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

3) Tingkatan sikap

a) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

b) Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi

c) Menghargai (*valuing*)

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

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

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

c. Praktik atau Tindakan (*practice*)

1) Pengertian

Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana (Notoatmodjo, 2014a).

2) Tingkatan tindakan atau praktik

Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni :

a) Praktik dipimpin (*guided response*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

b) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

c) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang sudah berkualitas.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Perilaku sehat dapat terbentuk karena berbagai pengaruh atau rangsangan yang berupa pengetahuan, sikap, pengalaman, keyakinan, sosial, budaya, sarana fisik, pengaruh atau rangsangan yang bersifat internal. Kemudian menurut Green dalam (Notoatmodjo, 2011) mengklasifikasikan menjadi faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan, yaitu :

a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, kelompok, dan masyarakat yang mempermudah individu berperilaku seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan budaya. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku salah satunya adalah pengetahuan. Pengetahuan atau

kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang atau *over behavior*.

b. Faktor pendukung (*enabling factor*)

Yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitasfasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat- alat steril dan sebagainya.

c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

5. Perilaku 5M

Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2021b), preventif untuk antisipasi dalam menghadapi COVID-19 dengan melakukan 5M yang merupakan pelengkap aksi 3M. 5M meliputi :

a. Memakai masker

Diharapkan untuk memakai masker saat berada diluar rumah, atau ketika berkumpul bersama kerabat dimana pun berada.

b. Mencuci tangan

Diharapkan mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun secara berkala. Jika tidak ada air dan sabun, dapat menggunakan *hand sanitizer* untuk membersihkan tangan dari kuman yang menempel.

c. Menjaga jarak

Jika ada keperluan mendesak yang membuat kita harus pergi ke luar rumah, ingatlah untuk menjaga jarak satu sama lain. Jarak yang dianjurkan adalah 1 hingga 2 meter dari orang sekitar.

d. Menjauhi kerumunan

Kita juga diminta untuk menjauhi kerumunan saat berada di luar rumah. Ingat, semakin banyak dan sering bertemu orang, kemungkinan terinfeksi COVID-19 semakin tinggi.

e. Mengurangi mobilitas

Jika tidak ada keperluan yang mendesak, tetaplah berada di rumah. Meski sehat dan tidak ada gejala penyakit, belum tentu kita pulang ke rumah dengan keadaan yang masih sama.

C. Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesepakatan belajar atau aplikasi pendidikan didalam bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2014b)

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu cara pendekatan yang efektif dalam menyampaikan pesan atau informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan (Adila, 2014).

Pendidikan kesehatan adalah bagian dari tingkat pencegahan penyakit berupa aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan pesan-pesan kesehatan melalui media atau alat peraga sehingga masyarakat menerima atau mengenal pesan-pesan kesehatan tersebut (Sulistiyani et al., 2020).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2014b).

3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2014b), berdasarkan pentahapan upaya pendidikan kesehatan, maka sasaran dibagi dalam 3 (tiga) kelompok, yaitu :

a. Sasaran primer (*primary target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan kesehatan. Upaya pendidikan kesehatan yang dilakukan terhadap sasaran primer ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

b. Sasaran sekunder (*secondary target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya disebut sebagai sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan, memberikan contoh atau acuan kepada masyarakat di sekitarnya. Upaya pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada sasaran sekunder ini sejalan dengan strategi dukungan social (*social support*).

c. Sasaran tersier (*tersiary target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer). Upaya pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada sasaran tersier ini sejalan dengan strategi advokasi (*advocacy*).

4. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 dimensi, yaitu:

a. Ruang lingkup berdasarkan aspek kesehatan

Seorang ahli dalam (Notoatmodjo, 2014b) membagi kesehatan masyarakat menjadi 2 aspek, yakni:

1) Pendidikan kesehatan pada aspek *preventif-promotif*

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat. Selama ini kelompok orang sehat kurang memperoleh perhatian dalam upaya kesehatan masyarakat. Padahal kelompok orang sehat disuatu komunitas sekitar 80-85% dari populasi. Apabila jumlah ini tidak dibina kesehatannya, maka jumlah ini akan menurun. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan pada kelompok ini perlu ditingkatkan atau dibina agar tetap sehat, atau lebih meningkat lagi.

2) Pendidikan kesehatan pada aspek penyembuhan dan pemulihan (*kuratif-rehabilitatif*)

Pada aspek ini upaya pendidikan kesehatan mencakup 3 (tiga) upaya atau kegiatan, yakni:

a) Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah kelompok masyarakat yang berisiko tinggi (*high risk*) misalnya, kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, obesitas (orang kegemukan), para pekerja seks (wanita atau pria) dan sebagainya. Tujuan upaya pendidikan kesehatan pada kelompok ini adalah agar mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.

b) Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah para penderita penyakit kronis, misalnya asma, diabetes melitus, tuberculosis, tekanan darah tinggi, rematik, dan sebagainya. Tujuan upaya pendidikan kesehatan pada kelompok ini adalah agar penderita mampu mencegah penyakitnya menjadi lebih parah.

c) Pencegahan tingkat ketiga (*tersiary prevention*)

Sasaran pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuannya adalah agar kesehatan mereka segera pulih kembali. Dengan cara lain menolong para penderita yang baru sembuh penyakitnya ini agar tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin (rehabilitasi).

b. Ruang lingkup berdasarkan tatanan pelaksanaan

Menurut (Notoatmodjo, 2014b), berdasarkan tatanan pelaksanaan pendidikan kesehatan, maka ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi:

1) Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga atau rumah tangga adalah unit masyarakat terkecil. Oleh sebab itu untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai di masing-masing keluarga. Di dalam keluargalah mulai terbentuk perilaku-perilaku masyarakat. Orang tua (ayah dan ibu) merupakan sasaran utama dalam pendidikan kesehatan dalam tatanan ini. Karena orang tua, terutama ibu, merupakan peletak dasar perilaku dan terutama perilaku kesehatan bagi anak-anak mereka.

2) Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah

Sekolah merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Sekolah, terutama guru pada umumnya dipatuhi oleh murid-muridnya. Oleh sebab itu lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik maupun lingkungan social yang sehat, akan sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat anak-anak (murid). Kunci pendidikan kesehatan di sekolah adalah guru, oleh sebab itu perilaku guru harus dikondisikan, melalui pelatihan-pelatihan kesehatan, seminar, lokakarya, dan sebagainya.

3) Pendidikan kesehatan di tempat kerja

Lingkungan kerja yang sehat (fisik dan non fisik) akan mendukung kesehatan pekerja atau karyawannya dan akhirnya akan menghasilkan

produktivitas yang optimal. Oleh sebab itu, pemilik, pemimpin, atau manajer dari institusi tempat kerja termasuk perkantoran merupakan sasaran pendidikan kesehatan sehingga mereka peduli terhadap kesehatan para pekerjanya dan mengembangkan unit pendidikan kesehatan di tempat kerjanya.

4) Pendidikan kesehatan di tempat umum

Tempat-tempat umum disini mencakup pasar, terminal bus, bandar udara, tempat perbelanjaan, tempat olahraga, taman kota, dan sebagainya. Tempat-tempat umum yang sehat, bukan saja terjaga kebersihannya, tetapi juga harus dilengkapi dengan fasilitas kebersihan dan sanitasi, terutama WC umum dan sarana air bersih, serta tempat sampah. Para pengelola tempat umum merupakan sasaran promosi kesehatan agar mereka melengkapi tempat umum dengan fasilitas yang dimaksud, disamping melakukan imbauan-imbauan kebersihan dan kesehatan bagi pemakai tempat umum atau masyarakat melalui pengeras suara, poster, leaflet, dan sebagainya.

5) Pendidikan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan ini mencakup rumah sakit (RS), puskesmas, poliklinik, rumah bersalin, dan sebagainya. Terkadang keadaan fasilitas tersebut kotor, bau, tidak ada air, tidak ada tempat sampah dan sebagainya. Oleh sebab itu pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan sasaran utama promosi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan ini. Kepada para pemimpin atau manajer institusi

pelayanan kesehatan ini diperlukan kegiatan advokasi. Sedangkan bagi para karyawannya diperlukan pelatihan tentang promosi kesehatan.

c. Ruang lingkup berdasarkan tingkat pelayanan

Menurut Leavel dan Clark dalam (Notoatmodjo, 2014b) berdasarkan dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*), yaitu:

1) Promosi kesehatan (*health promotion*)

Dalam tingkat ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan, kesehatan perorangan, dan sebagainya.

2) Perlindungan khusus (*specific protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini, pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai cara perlindungan terhadap penyakit pada orang dewasa maupun pada anak-anaknya, masih rendah.

3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi dimasyarakat sering sulit terdeteksi. Hal ini menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4) Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan yang bersangkutan menjadi cacat. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan dalam tahap ini, agar masyarakat mau memeriksakan kesehatannya secara dini.

5) Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk pemulihan cacatnya tersebut diperlukan pelatihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, maka ia tidak tau atau segan melakukan latihan yang dianjurkan. Disamping itu, orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang merasa malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang cacat tersebut, tetapi juga untuk masyarakat.

5. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2014b), metode pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi:

a. Metode individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik

kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau asalan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk pendekatannya, antara lain:

1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance dan counseling*)

Cara ini memungkinkan kontak antara petugas dengan klien lebih intensif, sehingga petugas dapat membantu penyelesaian masalah klien.

2) Wawancara (*interview*)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antar petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi dari klien mengenai perilaku klien.

b. Metode kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dan sasaran. Untuk kelompok besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

1) Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar antara lain ceramah dan seminar.

a) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Ceramah ialah cara menyajikan pelajaran melalui penuturan secara lisan atau penjelasan secara langsung.

b) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil yaitu:

a) Diskusi kelompok

Agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan berupa pertanyaan mengenai topik yang dibahas, sehingga akan terjadi diskusi antar kelompok.

b) Curah pendapat (*brain storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah, kemudian tiap peserta memberikan tanggapan. Tanggapan tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberikan komentar oleh siapapun.

c) Bola salju (*snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya.

d) Kelompok-kelompok kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*buzz group*) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

e) Bermain peran (*Role play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan.

f) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam berbagai bentuk permainan seperti permainan monopoli.

c. Metode massa

Metode massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Maka pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa

sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Beberapa contoh metode untuk pendekatan massa :

- 1) Ceramah umum (*public speaking*) pada acara-acara tertentu, misalnya hari Kesehatan Nasional, Menteri atau pejabat lainnya berpidato dihadapan massa rakyat.
- 2) Berbincang-bincang (*talk show*) melalui media elektronik, baik TV maupun radio.
- 3) Tulisan di majalah atau koran baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi.
- 4) *Billboard*, yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya.

D. Konsep Dasar Media Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Media Pendidikan Kesehatan

Media atau alat peraga dalam pendidikan kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu untuk pendidikan kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, atau dirasa. Pendidikan kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan mudah dipahami (Notoatmodjo, 2014b).

2. Tujuan Media Pendidikan Kesehatan

Adapun beberapa tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan didalam pelaksanaan promosi kesehatan antara lain adalah :

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi

- c. Dapat memperjelas informasi
- d. Media dapat mempermudah pengertian
- e. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
- f. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
- g. Memperlancar komunikasi, dan lain-lain

3. Penggolongan Media Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2014b) penggolongan media promosi kesehatan ini dapat di tinjau dari berbagai aspek, antara lain :

- a. Berdasarkan bentuk umum penggunaannya :

Berdasarkan penggunaan media pendidikan kesehatan dalam rangka pendidikan kesehatan, dibedakan menjadi :

- 1) Bahan bacaan : modul, buku rujukan/bacaan, folder, *leaflet*, majalah, bulletin, dan sebagainya.
- 2) Bahan peragaan : poster tunggal, poster seri, *flipchart*, *transparan*, *slide*, *film*, dan seterusnya.

- b. Berdasarkan cara produksi :

Berdasarkan cara produksinya, media pendidikan kesehatan dibagi menjadi:

- 1) Media cetak

Media cetak yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna, antara lain:

- a) *Booklet*
- b) *Leaflet*
- c) *Flyer*

d) *Flip Chart*

e) Rubrik

f) Poster

g) Foto

2) Media elektronik

Media elektronik yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar (*audiovisual*) dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika, antara lain :

a) Televisi

b) Radio

c) Video

d) Slide

e) Film strip

3) Media luar ruang

Media luar ruang yaitu media yang menyampaikan pesannya diluar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, antara lain:

a) Papan reklame yaitu poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum diperjalanan

b) Spanduk yaitu suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar yang dibuat di atas secarik kain dengan ukuran tergantung kebutuhan dan dipasang di suatu tempat strategis agar dapat dilihat oleh semua orang

c) Pameran

- d) Banner
- e) TV layar lebar

E. Konsep Dasar Media *Leaflet*

1. Pengertian Media *Leaflet*

Leaflet adalah salah satu media cetak yang mengutamakan pesan-pesan visual umumnya terdiri dari gambar atau foto. *Leaflet* adalah bentuk penyampaian pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat, isi informasi dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi (Notoatmodjo, 2014b). Secara umum *leaflet* berisi garis-garis besar penyuluhan dan isi harus dapat ditangkap. *Leaflet* biasanya diberikan setelah pelajaran atau penyuluhan selesai dilakukan atau dapat pula diberikan sewaktu penyuluhan berlangsung untuk memperkuat ide yang disampaikan.

2. Kelebihan dan Kekurangan Media *Leaflet*

Menurut (Notoatmodjo, 2014b) kelebihan dan kelemahan *leaflet* dapat dilihat dalam tabel 1 berikut :

Tabel 1
Kelebihan dan Kelemahan Media *Leaflet*

Kelebihan	Kelemahan
a) Tahan lama b) Mencakup banyak orang c) Biaya tidak tinggi d) Tidak perlu listrik e) Dapat dibawa kemana-mana f) Dapat mengungkit rasa keindahan g) Mempermudah pemahaman h) Meningkatkan semangat belajar	a) Media ini tidak menstimulir efek suara dan efek gerak b) Mudah terlipat c) Tidak bisa digunakan oleh individu yang kurang lancar membaca atau buta huruf

Sumber : Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan (Notoatmodjo, 2014b)

F. Konsep Dasar Media *Audio Visual*

1. Pengertian Media *Audio Visual*

Media *Audio visual* adalah media instruksional modern yang sesuai dengan perkembangan zaman (Kemajuan IPTEK) meliputi media yang dapat dilihat dan didengar. Media *Audio visual* memiliki kemampuan lebih baik karena meliputi 2 jenis media yaitu media *audio* dan media *visual*. Karakteristik *audio visual* meliputi dua macam yaitu media *audio visual* gerak dan diam. Media ini selain untuk media hiburan dan komunikasi juga dapat digunakan sebagai media edukasi yang mudah dipahami masyarakat dari anak-anak hingga dewasa asal bahasa penyampainnya jelas dengan bahasa yang mudah dimengerti semua golongan dan usia (Sitorus, 2017).

Pendidikan kesehatan metode *audio visual* ditayangkan dengan melibatkan suara, gambar dan tulisan untuk memperjelas pesan yang terkandung dan *audio visual* melibatkan pemikiran, pendengaran, penglihatan, psikomotor dan

membuat pembelajaran lebih menarik. *Audio visual* dapat memperlancarkan pemahaman dan memperkuat ingatan. Sehingga dengan menggunakan metode *audio visual* dapat menyimpan ingatan materi dalam jangka panjang. Haryoko (2009) dalam Septiana (2017).

2. Kelebihan dan Kekurangan Media *Audio Visual*

Kelebihan dan kelemahan media *audio visual* dapat dilihat dalam tabel 2 berikut :

Tabel 2
Kelebihan dan Kelemahan Media *Audio Visual*

Kelebihan	Kelemahan
a) Sudah dikenal masyarakat	a) Biaya lebih tinggi
b) Mengikutsertakan semua panca indera	b) Sedikit rumit
c) Lebih mudah dipahami	c) Perlu listrik
d) Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak	d) Perlu persiapan matang
e) Penyajian dapat dikendalikan	e) Perlu terampil dalam pengoperasian
f) Jangkauan relatif lebih besar	
g) Sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang	

Sumber : Perbedaan Pendidikan Kesehatan dengan Media *Leaflet* dan *Audiovisual* Terhadap Pengetahuan Keluarga dalam Pencegahan Infeksi pada Anak Post Operasi di Ruang Bedah Anak Rsud Dr. H. AbdulMoeloek Provinsi Lampung (Herlina, 2019).

G. Konsep Dasar Efektivitas

1. Pengertian Efektivitas

Kata efektif berasal dari bahasa Inggris yaitu *effective* yang berarti berhasil atau sesuatu yang dilakukan berhasil dengan baik. Kamus ilmiah populer mendefinisikan efektivitas sebagai ketepatan penggunaan, hasil guna atau menunjang tujuan. Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan di dalam setiap organisasi, kegiatan ataupun program. Disebut efektif apabila tercapai tujuan ataupun sasaran seperti yang telah ditentukan (Rosalina, 2014).

Efektivitas merupakan hubungan antara output dengan tujuan, semakin besar kontribusi (sumbangan) output terhadap pencapaian tujuan, maka semakin efektif organisasi, program atau kegiatan (Mahmudi, 2005) dalam (Maslichah, 2016). Hubungan efektivitas disajikan dalam gambar 1 berikut :

$$\text{Efektifitas} = \frac{\text{Output}}{\text{Input}}$$

Sumber : Efektivitas Rapor Online dalam Mendukung Kinerja Guru Smp Negeri 3 Surabaya (Maslichah, 2016)

Gambar 1. Hubungan Efektivitas

Sehubungan dengan hal di atas, maka efektivitas adalah menggambarkan seluruh siklus input, proses dan output yang mengacu pada hasil guna daripada suatu organisasi, program atau kegiatan yang menyatakan sejauh mana tujuan (kualitas, kuantitas, dan waktu) telah dicapai, serta ukuran berhasil tidaknya suatu organisasi mencapai tujuannya dan mencapai target-targetnya. Hal ini berarti, bahwa pengertian efektivitas yang dipentingkan adalah semata-mata hasil atau tujuan yang dikehendaki Mahmudi (2005) dalam Maslichah (2016).

2. Pengukuran Efektivitas

Efektifitas adalah pengukuran keberhasilan dalam pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Efektifitas menunjukkan keberhasilan dari segi tercapai tidaknya indikator yang telah ditetapkan yaitu tepat jumlah, waktu, sasaran, harga, administrasi dan kualitas. Jika kegiatan mendekati indikator berarti makin tinggi efektifitasnya. Dalam perhitungan persentase efektifitas, dikategorikan efektif apabila mencapai minimal satu persen dan maksimal seratus persen (Rahayu dkk., 2016)

Skala dan klasifikasi pengukuran efektivitas pendidikan kesehatan dapat dilihat pada tabel 3 berikut :

Tabel 3
Skala dan Klasifikasi Pengukuran Efektivitas Pendidikan Kesehatan

Pengukuran Ketepatan (%)	Kriteria Keefektifan
$\leq 20\%$	Sangat tidak efektif
21% - 40%	Tidak efektif
41% - 60%	Cukup efektif
61% - 80%	Efektif
81% - 100%	Sangat efektif

Sumber : Depdagri, Kepmendagri, Tahun 2011 dalam (Rahayu dkk., 2016)