



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**UPAYA PROMOSI KESEHATAN DI TEMPAT KERJA  
TERKAIT PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU  
BAGI STAF UI TAHUN 2010**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister**

**INDAH AYU PERMATA SARY  
0806442405**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI MAGISTER  
KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
DEPOK  
JULI, 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Indah Ayu Permata Sary**  
**NPM : 0806442405**

**Tanda Tangan :**   
**Tanggal : 7 Juli 2010**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Indah Ayu Permata Sary  
NPM : 0806442405  
Mahasiswa Program : Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

### **UPAYA PROMOSI KESEHATAN DI TEMPAT KERJA TERKAIT PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU BAGI STAF UI TAHUN 2010**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 7 Juli 2010



(Indah Ayu Permata Sary)

## HALAMAN PENGESAHAN

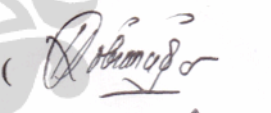
Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Indah Ayu Permata Sary  
NPM : 0806442405  
Program Studi : Magister Keselamatan & Kesehatan Kerja  
Judul tesis : **Upaya Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja Terkait Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Bagi Staf UI Tahun 2010**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keselamatan & Kesehatan Kerja pada Program Studi Keselamatan & Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc. Sp.OK (  )

Penguji : DR. Robiana Modjo SKM., M.Kes (  )

Penguji : Dadan Erwandi, S.Psi, M.Si (  )

Penguji : DR. Hadi Siswanto, SKM, MPH (  )

Penguji : dr. Hanny Harjulianti, MS (  )

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 7 Juli 2010



## KATA PENGANTAR / UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa dalam proses perkuliahan sampai dengan selesainya penulisan tesis ini banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc, Sp. Ok. selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sangat berarti kepada penulis.
2. Para dosen penguji Ibu Dr. Robiana Modjo SKM., M.Kes. yang juga memberikan banyak masukan dan saran dalam proses penyusunan tesis ini. Bapak Dadan Erwandi, S.Psi, M.Si, Bapak DR. Hadi Siswanto, SKM, MPH., dan Ibu dr. Hanny Harjulianti, MS atas masukan yang positif demi kesempurnaan tesis ini.
3. Kepada Tim Riset PKP yang sangat mendukung terselenggaranya penelitian ini. Ibu Meily, Ibu Bian, Bapak Suharnyoto, Prof Suzana, Bapak Rian dan juga dukungan dari Martha, Rahmah, Roy, Devi, Apri.
4. *My dearest* Bunda, Turita Indah Setyani, sembah sujud dan dengan segala kerendahan hati, terima kasih yang tiada terhingga dan semua anggota keluarga besar yang telah banyak memberikan dukungan moril dan materil
5. Mohammad Hadi Prasetyo, terima kasih atas segala support, perhatian, dukungan dan semua waktu yang telah rela diluangkan untuk penulis, juga Bapak dan Ibu Suksmadi, Mas Adri, Mba Nadya dan Baby Celica yang selalu memberikan senyum dan semangat kepada penulis.
6. Seluruh staf dan karyawan Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
7. Seluruh keluarga besar Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Universitas Indonesia, Dr. Bachtiar Alam S.S., M.A., Prof. Dr. Ir.

Budiarso M.Eng, Dr. Yoki Yulizar, M.Sc., Dra. Fatma Lestari, M.Si, Ph.D, Bapak Bagus Aryo, S.Sos, MSocWk, PhD, rekan-rekan di DRPM, Pak Mukhlis, Mas Nizam, Bu Citra, Vera, Lenny, Vindy, Agung, Wanti, Dina, Dwi, Mas Rizky, Mba Arti, Ayu, Frida, Dewi, Puji, dan semuanya.

8. Seluruh teman-teman MK3 2008 khususnya Devi, Dina, dan Dedi terima kasih atas dukungan dan kebersamaannya selama kuliah. Juga Mba Yayah yang sama-sama berjuang di detik-detik terakhir.
9. Seluruh teman-teman SMUT Krida Nusantara, Paskibraka Kota Bandung, Marching Band Universitas Indonesia dan Marching Band Gema Wibawa Mukti Pemkot Bandung, atas dukungan kebersamaan dan waktu luang yang teman-teman berikan untuk keceriaan dan semangat yang tiada henti, serta sahabat yang selalu mendukung dalam segala hal, Yoga Adhianto, terima kasih banyak.
10. Seluruh pihak, kerabat dan teman yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap semoga Allah, SWT berkenan memberikan balasan kepada semua pihak yang telah membantu. Walau tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun harapan saya semoga tesis ini dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan lingkungan kerja.

Depok, 7 Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

---

Sebagai sivitas akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Indah Ayu Permata Sary  
NPM : 0806442405  
Program Studi : Magister  
Departemen : Keselamatan & Kesehatan Kerja  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**UPAYA PROMOSI KESEHATAN DI TEMPAT KERJA TERKAIT  
PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU  
BAGI STAF UI TAHUN 2010**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal: 7 Juli 2010

Yang menyatakan



(Indah Ayu Permata Sary)

## ABSTRAK

Nama : Indah Ayu Permata Sary  
NPM : 0806442405  
Program Studi : Kesehatan dan Keselamatan Kerja  
Judul : **Upaya Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja Terkait  
Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Bagi Staf UI Tahun 2010.**

Penyakit jantung dan pembuluh darah (CVD) adalah penyebab kematian nomor satu di dunia. Sebagian besar staf UI bekerja dalam posisi duduk, kurang aktivitas fisik, dan pola makan yang tidak sehat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran media intervensi yang efektif dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat bagi staf UI tahun 2010. Desain penelitian ini adalah kuasi eksperimen, berupa *pre-post test controlled group design*. Intervensi dilakukan pada kelompok I (kontrol), diberikan *booklet* dan pemasangan spanduk, sedangkan kelompok II (intervensi) diberikan paparan yang sama ditambah dengan *workshop*. Analisis kuantitatif untuk melihat rerata antara sebelum dan sesudah intervensi. Uji beda dua mean menggunakan *paired t-test*. Hasil penelitian menunjukkan kedua kelompok terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku dengan kedua macam media intervensi. Penggunaan poster dan *booklet* saja terbukti cukup efektif, lebih hemat biaya, hemat waktu dan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan pola hidup sehat bagi staf UI.

Kata kunci: *promosi kesehatan di tempat kerja, booklet, penyakit jantung, pola hidup sehat.*

## ABSTRACT

Name : Indah Ayu Permata Sary  
Study Program : Occupational Health and Safety  
Title : **Workplace Health Promotion Program Related to Knowledge, Attitudes, and Behavior for UI Staff in 2010.**

Cardio vascular disease (CVD) is the leading cause of death in the world. Most of the UI staff working in a sitting position and less physical activity, unhealthy eating patterns, and smoking behavior. Purpose of this research is to identify the role of media in capable of effective intervention and conducted in improving knowledge, attitudes, and healthy behavior for staff UI in 2010. This research design was quasi experimental, in the form of pre-post test controlled group design. Group I (control), given booklets and installation of banners, while Group II (intervention) is given the same exposure coupled with the workshop. Analysis of quantitative to see the average before and after intervention, using paired t-test. Results showed both groups there was an increase of knowledge, attitudes, and behavior. The use of booklets proved quite effective, more cost-effective, saving time and can be implemented to improve healthy lifestyles for the staff UI.

Keywords: *booklet, cardiovascular disease, healthy lifestyle.*

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	
Halaman Judul dengan Spesifikasi .....	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas .....	ii
Surat Pernyataan Tidak Plagiat .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Lembar Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah .....	vii
Abstrak .....	viii
Abstract .....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar Grafik .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>1. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Permusan Masalah .....	3
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	3
1.4. Tujuan Penelitian .....	3
1.4.1. Tujuan Umum .....	3
1.4.2. Tujuan Khusus .....	4
1.5. Manfaat penelitian .....	4
1.5.1. Bagi Universitas Indonesia .....	4
1.5.2. Bagi Keilmuan K3 .....	4
1.5.3. Bagi Penulis .....	5
1.6. Lingkup Penelitian .....	5
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Definisi Kesehatan Kerja .....	6
2.2. Definisi Promosi Kesehatan Pekerja .....	7
2.3. Program Promosi Kesehatan Pekerja .....	7
2.4. Media Promosi Kesehatan .....	8
2.4.1. Pengertian Media .....	8
2.4.2. Kegunaan Media .....	8
2.4.3. Jenis/Macam Media .....	9
2.5. Media Grafis/Gambar .....	12

2.5.1.	Pesan dalam Media .....	12
2.5.2.	Himbauan Dalam Pesan .....	13
2.6.	Patofisiologi Faktor Risiko Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah .....	14
2.7.	Faktor Risiko PJP dan PKDTK/ Pengendaliannya .....	15
2.8.	Hubungan antara Pola Hidup dan PJP .....	19
2.9.	Hubungan Persepsi dan Pembentukan Perilaku .....	20
2.10.	Perilaku Kesehatan dan Determinan Perilaku .....	22
2.10.1.	Perilaku Kesehatan .....	22
2.10.2.	Determinan Perilaku Kesehatan .....	25
2.11.	Perubahan Perilaku dan Proses Belajar .....	25
2.11.1.	Pengetahuan .....	26
2.11.2.	Sikap .....	27
2.11.3.	Perilaku .....	28
2.12.	Cara Pengukuran .....	29
2.13.	Langkah PKDTK Merubah Persepsi dan Perilaku Hidup Sehat .....	32
2.14.	Pancalogi Hidup Sehat .....	37
2.14.1.	Makanan Sehat .....	37
2.14.2.	Aktivitas Fisik .....	38
2.14.3.	Stop Rokok .....	38
2.14.4.	Cukup Tidur, Istirahat dan Waktu Luang .....	38
2.14.5.	Stop Alkohol .....	39
2.15.	Gambaran Universitas Indonesia .....	39
2.16.	Visi, Misi, Tujuan, dan Target Universitas Indonesia .....	41
2.16.1.	Visi .....	41
2.16.2.	Misi .....	41
2.16.3.	Tujuan .....	41
2.16.4.	Perencanaan dan Target .....	41
2.17.	Struktur Universitas Indonesia .....	43
2.18.	Staf Akademik dan Non-Akademik .....	44
<b>3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>		
3.1.	Kerangka Teori Penelitian .....	46
3.2.	Kerangka Konsep Penelitian .....	47
3.3.	Definisi Operasional .....	48
3.4.	Hipotesis .....	50
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN</b>		
4.1	Metodologi Penelitian .....	51
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	52
4.3	Populasi dan Sampel .....	52
4.3.1	Populasi .....	52
4.3.2	Sampel .....	52

4.4	Teknik Pengumpulan Data .....	53
4.5	Analisis Data .....	53
4.6	Tahapan Penelitian .....	54
4.7	Instrumen Pengumpulan Data Dan Uji Coba Instrumen .....	55
<b>5. HASIL PENELITIAN</b>		
5.1.	Proses Penelitian .....	56
5.2.	Karakteristik Responden .....	56
	5.2.1. Berdasarkan Unit Kerja .....	56
	5.2.2. Berdasarkan Jenis Kelamin .....	58
	5.2.3. Berdasarkan Kelompok Kontrol dan Intervensi .....	58
5.3.	Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Kelompok Kontrol .....	58
	5.3.1. Pengetahuan .....	58
	5.3.2. Sikap .....	59
	5.3.3. Perilaku .....	59
5.4.	Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Kelompok Intervensi .....	60
	5.4.1. Pengetahuan .....	60
	5.4.2. Sikap .....	60
	5.4.3. Perilaku .....	61
5.5.	Perbandingan Kelompok Kontrol dengan Kelompok Intervensi .....	61
<b>6. PEMBAHASAN</b>		
6.1.	Keterbatasan Penelitian .....	63
6.2.	Pembahasan Hasil Karakteristik Responden .....	63
6.3.	Pembahasan Hasil Distribusi Variabel Penelitian .....	64
	6.3.1. Pengetahuan .....	64
	6.3.2. Sikap .....	65
	6.3.3. Perilaku .....	66
6.4.	Efektifitas Media Intervensi .....	68
6.5.	Generalisasi Penelitian .....	69
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
7.1.	Kesimpulan .....	70
7.2.	Saran .....	71
	7.2.1. Saran untuk Universitas Indonesia .....	71
	7.2.2. Saran untuk Akademik .....	71



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa .....	16
Tabel 2.2	Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Jantung Pembuluh Darah .....	18
Tabel 2.3	Skala Likert .....	31
Tabel 2.4	Skala Thurstone .....	32
Tabel 3.1	Definisi Operasional .....	48
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Unit Kerja .....	57
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Rumpun Ilmu .....	57
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Jenis Kelamin .....	58
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Kelompok Penelitian .....	58
Tabel 5.5	Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Kontrol .....	58
Tabel 5.6	Distribusi Rata-Rata Sikap Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Kontrol .....	59
Tabel 5.7	Distribusi Rata-Rata Perilaku Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Kontrol .....	59
Tabel 5.8	Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Intervensi .....	60
Tabel 5.9	Distribusi Rata-Rata Sikap Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Intervensi .....	60
Tabel 5.10	Distribusi Rata-Rata Perilaku Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Intervensi .....	61
Tabel 5.11	Distribusi Rata-Rata Pada Pra-Post Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi .....	61
Tabel 5.12	Distribusi Frekuensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi .....	62

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	<i>Health Belief Model</i> .....	21
Gambar 2.2	Peta Kampus UI Depok .....	40
Gambar 2.3	Peta Kampus UI Salemba .....	40
Gambar 3.1.	Kerangka Teori Penelitian .....	46
Gambar 3.2.	Kerangka Konsep.....	47
Gambar 4.1.	Pola Intervensi Penelitian .....	52



## DAFTAR GRAFIK

Grafik 6.1	Peningkatan Pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.....	64
Grafik 6.2	Peningkatan Sikap antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.....	66
Grafik 6.3	Peningkatan Perilaku antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.....	67



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 Formulir Pantau Diri
- Lampiran 3 Hasil Pengolahan Data SPSS



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Bekerja dengan tubuh dan lingkungan yang sehat, aman serta nyaman merupakan hal yang diinginkan oleh semua pekerja. Lingkungan tempat kerja merupakan hal yang sangat penting dalam mempengaruhi fisik, mental dan sosial dalam kehidupan pekerja. Kesehatan suatu lingkungan tempat kerja dapat memberikan pengaruh yang positif terhadap kesehatan pekerja, seperti peningkatan moral pekerja, penurunan absensi dan peningkatan produktivitas. Sebaliknya tempat kerja yang kurang sehat atau tidak sehat dapat meningkatkan angka kesakitan dan kecelakaan, rendahnya kualitas kesehatan pekerja, meningkatnya biaya kesehatan dan banyak lagi dampak negatif lainnya (Yusuf, 2008).

Kesehatan pekerja sangat mempengaruhi perkembangan ekonomi dan pembangunan nasional. Semakin meningkatnya perkembangan industri dan perubahan di bidang pembangunan secara umum di dunia, Indonesia juga melakukan perubahan-perubahan. Perubahan tersebut membawa konsekuensi terjadinya perubahan pola penyakit karena hubungan dengan pekerjaan. Seperti faktor mekanik (proses kerja, peralatan), faktor fisik (panas, bising, radiasi) dan faktor kimia. Masalah gizi pekerja juga merupakan hal yang sangat penting yang perlu diperhatikan, stress, penyakit Jantung, tekanan darah tinggi dan lain-lainnya. Perubahan ini banyak tidak disadari oleh pengelola tempat kerja atau diremehkan. Atau walaupun mengetahui pendekatan pemecahan masalahnya hanya dari segi kuratif dan rehabilitatif saja tanpa memperhatikan akan pentingnya promosi dan pencegahan (Yusuf, 2008).

Program-program kesehatan, terutama yang terkait dengan pekerja perlu selalu disosialisasikan secara terus menerus, hal ini dikarena perubahan tingkah laku kadang hanya dapat terjadi dalam kurun waktu yang relatif lama. Dari pengalaman bertahun-tahun pelaksanaan promosi atau

penyuluhan kesehatan masyarakat mengalami berbagai hambatan dalam rangka mencapai tujuannya, yaitu mewujudkan perilaku hidup sehat bagi pekerja, terutama bagi para pekerja di perkantoran (Depkes RI, 2008).

Salah satu bahaya yang berpotensi menimbulkan kerugian di perkantoran adalah bahaya yang berkaitan dengan pola hidup tidak sehat. Hal ini meliputi kurangnya aktivitas fisik dan konsumsi makanan yang rendah serat namun tinggi lemak. Dampak kesehatan yang dapat muncul akibat pola hidup tidak sehat tadi adalah munculnya Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (CVD) atau dikenal dengan nama *Cardiovascular Disease* (CVD).

Secara global, CVD, adalah penyebab kematian nomor satu di dunia, begitu pula di Indonesia. Pada tahun 2005 diperkirakan bahwa dari 17,5 juta angka kematian di dunia, 30% nya disebabkan karena CVD, dan 80% dari mereka yang meninggal karena CVD adalah penduduk Negara yang berpenghasilan menengah ke bawah. Diperkirakan bahwa pada tahun 2015 kasus kematian karena CVD di dunia akan mencapai 20 juta angka kematian (WHO). Data di Indonesia mengacu pada Survey Kesehatan Rumah Tangga tahun 2001, 26,3% kematian disebabkan karena CVD (Depkes, 2007).

Di Amerika, pada tahun 1990 PJK adalah 23% dari penyebab kematian, pada tahun 1999 meningkat menjadi >40%; menyebabkan lebih dari 1.500.000 serangan jantung setiap tahunnya dan 500.000 kematian pada tahun 1990. American Heart Association memperkirakan lebih dari 6.200.000 orang Amerika menderita PJK dan menimbulkan kerugian \$ 51.000.000.000 (Smith and Pratt, 1993). Berdasarkan data dari departemen kesehatan tahun 2001, “penyakit jantung” merupakan salah satu penyebab kematian di Indonesia, yaitu sebanyak 26.3%.

Selain itu, pola hidup yang tidak sehat juga merupakan hazard utama dalam meningkatkan risiko CVD. Pola hidup pekerja yang tidak sehat adalah sesuatu yang dapat diubah, salah satunya dengan melaksanakan serangkaian program Promosi Kesehatan di Tempat Kerja (PKDTK) atau dikenal dengan *Workplace Health Promotion* (WHP).

Program seyogianya dilaksanakan sesuai dengan masalah kesehatan dan faktor risiko yang ditemukan, maka perlu dilakukan penelitian faktor

risiko apa saja yang mengancam terjadinya CVD pada staf UI. Setelah diidentifikasi besar risiko, dievaluasi risiko mana yang menjadi prioritas dan dinilai mana yang mampu dilaksanakan, kemudian dikomunikasikan risiko dan perencanaan intervensi kepada pemangku kepentingan, untuk mencapai kesepakatan. Setelah dilakukan intervensi, dilakukan penilaian kembali program PKDTK mana yang efektif dan efisien menurunkan risiko CVD pada staf UI.

## 1.2. Permusan Masalah

Sebagian besar staf Universitas Indonesia bekerja dalam ruangan (*office*) dan melakukan aktivitas kerja dalam posisi duduk. Kondisi tersebut diperburuk dengan pola hidup yang kurang sehat, seperti kurang aktivitas fisik (antara lain olah raga), pola makan yang tidak sehat (banyak gorengan, bersantan, berlemak), serta perilaku merokok (baik aktif maupun pasif).

Hasil pra survey pada penelitian tahun 2009 menunjukkan tingginya beberapa faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah (*cardio vascular diseases/CVD*), seperti penyakit jantung koroner (PJK) dan stroke. Pola hidup sehat dapat memperbaiki faktor risiko CVD. Promosi kesehatan di tempat kerja dengan melaksanakan pola hidup sehat, memerlukan media yang cocok dan dapat digunakan di kalangan staf Universitas Indonesia.

## 1.3. Pertanyaan Penelitian

Apakah *booklet*, poster dan *workshop* sebagai media intervensi untuk promosi kesehatan di tempat kerja sudah cukup efektif untuk peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku dalam menjalankan pola hidup sehat bagi staf Universitas Indonesia?

## 1.4. Tujuan Penelitian

### 1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui peran media intervensi yang efektif dan mampu dilaksanakan dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku berdasarkan pancalogi hidup sehat bagi staf UI tahun 2010.

#### 1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuahuinya perbedaan peningkatan pengetahuan tentang pola hidup sehat pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dari pemeriksaan pra dan post intervensi.
2. Diketuahuinya perbedaan peningkatan sikap tentang pola hidup sehat pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dari pemeriksaan pra dan post intervensi.
3. Diketuahuinya perbedaan peningkatan perilaku tentang pola hidup sehat pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dari pemeriksaan pra dan post intervensi.
4. Diketuahuinya pola intervensi yang efektif dan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan pola hidup sehat bagi staf UI.

#### 1.5. Manfaat penelitian

##### 1.5.1. Bagi Universitas Indonesia

1. Merupakan masukan atau informasi tentang pelaksanaan pola hidup sehat.
2. Mengetahui program promosi kesehatan apa yang efektif bagi staf Universitas Indonesia dalam melaksanakan pola hidup sehat.
3. Sebagai bahan masukan untuk penyusunan program dan tindakan dalam pelaksanaan pola hidup sehat sesuai dengan pancalogi hidup sehat bagi staf Universitas Indonesia.

##### 1.5.2. Bagi Keilmuan K3

1. Memperkaya informasi tentang media intervensi untuk promosi kesehatan pada pekerja terkait dengan pelaksanaan pola hidup sehat berkaitan dengan pancalogi hidup sehat.
2. Memperkaya informasi tentang media intervensi untuk program promosi kesehatan bagi pekerja, terkait dengan risiko penyakit jantung dan pembuluh darah.
3. Sebagai bahan masukan bagi peneliti lain.



### 1.5.3. Bagi Penulis

1. Merupakan media pemahaman untuk lebih memantapkan pengetahuan tentang risiko apa yang berhubungan dengan pelaksanaan pola hidup sehat.
2. Merupakan media pemahaman terhadap program promosi kesehatan pekerja, dalam kaitannya dengan peningkatan pelaksanaan pola hidup sehat.

## 1.6. Lingkup Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian di bidang Kesehatan Kerja, khususnya berkaitan dengan perilaku hidup sehat di lingkungan staf UI. Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian yang dilakukan atas kerjasama Laboratorium Kesehatan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Laboratorium Patologi Klinik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Penelitian dilakukan pada 220 staf akademik dan non akademik Universitas Indonesia yang tersebar di 12 Fakultas, Program Pascasarjana, dan Pusat Administrasi Universitas Indonesia. Metode yang dilakukan adalah dengan memberikan intervensi kepada 2 kelompok. Pada kelompok pertama (kelompok kontrol) diberikan *booklet* dan poster sedangkan pada kelompok kedua (kelompok intervensi) diberikan *booklet*, poster, dan *workshop*. Penelitian awal telah dilakukan pada bulan April 2009, kemudian diberikan intervensi dan dilakukan pengukuran kembali. Analisis hasil dilaksanakan pada bulan Juni 2010. Penelitian ini menggunakan *booklet*, poster, dan *workshop* sebagai media intervensi dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat berdasarkan pancalogi hidup sehat.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Definisi Kesehatan Kerja

Kesehatan Kerja sebagai istilah terdapat dalam Bab XII Undang-Undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Upaya kesehatan kerja bersifat komprehensif meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Definisi Kesehatan kerja (*Occupational Health*) menurut komite gabungan ILO/WHO (1950 dan 1995) :

*“Occupational Health should aim at : the promotion and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of workers in all occupations; the prevention amongst workers of departures from health caused by they working conditions; the protection of workers in their employment from risks resulting from factors adverse to health; the placing and maintenance of the workers in an occupational environment adapted to his physiological and physiological capabilities; and to summarize; the adaptation of work to man and of reach man to his job.”*

*The main focus in occupational health is on three different objectives :*

- 1. The maintenance and promotion of worker’s health and working capacity*
- 2. The improvement of the working environment and work to become conducive to safety and health; and*
- 3. The development of working organization and working cultures in a direction that supports health and safety at work and thereby also promotes a positive social climate and smooth operation and may enhance productivity of undertaking.*

Ruang lingkup Kesehatan Kerja mencakup (1) Penempatan pekerja yang *fit to work*; (2) Promosi Kesehatan di tempat kerja untuk mempertahankan dan meningkatkan kapasitas kerja dan status kesehatan

pekerja; (3) memperbaiki lingkungan untuk mencegah penyakit dengan upaya higiene industri; (4) memperbaiki kondisi kerja untuk mencegah penyakit dengan upaya ergonomi; (5) mengembangkan pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja untuk mencegah penyakit akibat stress kerja; (6) melakukan diagnosis dini dan pengobatan segera. (Kurniawidjaya, 2007)

## 2.2. Definisi Promosi Kesehatan Pekerja

Promosi kesehatan pekerja didefinisikan sebagai upaya untuk mengubah perilaku yang merugikan kesehatan populasi pekerja (ontologi), agar didapat kondisi kesehatan dan kapasitas kerja yang optimal (aksiologi) dengan acara mengkombinasikan dukungan pendidikan, organisasi kerja, lingkungan dan keluarga (epistemiologi) (Kurnawidjaja, 2008).

Promosi kesehatan di tempat kerja merupakan komponen kegiatan pelayanan pemeliharaan/perindungan kesehatan pekerja dari suatu pelayanan kesehatan kerja. Promosi kesehatan kerja didefinisikan sebagai proses yang memungkinkan pekerja untuk meningkatkan kontrol terhadap kesehatannya. Jika dilihat dalam konteks yang lebih luas, promosi kesehatan di tempat kerja adalah rangkaian kesatuan kegiatan yang mencakup manajemen dan pencegahan penyakit baik penyakit umum maupun penyakit yang berhubungan dengan perilaku serta peningkatan kesehatan pekerja secara optimal.

Promosi kesehatan di tempat kerja diselenggarakan berdasarkan suatu kerangka konsep (*framework*), yang dibangun melalui beberapa kunci seperti; pendekatan (*approach*), strategi (*strategies*), area prioritas (*priority areas*), faktor yang mempengaruhi (*influence factors*), dan lain-lain. (Depkes, 2008)

## 2.3. Program Promosi kesehatan Pekerja

*Ottawa Charter* merupakan hasil konferensi yang memberikan perhatian lebih pada perkembangan paradigma baru dalam kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Berikut ini adalah tahapan dalam penerapan promosi kesehatan yaitu:

1. *Build Health Public Policy* untuk memastikan bahwa pengembangan kebijakan dilakukan oleh semua sector terkait yang berkontribusi terhadap kesinambungan penerapan promosi kesehatan.
2. *Create Supportive Environment* (fisik, sosial, ekonomi, budaya, dan spiritual) yang mendeteksi secara cepat perubahan di masyarakat, khususnya dalam bidang teknologi dan organisasi di tempat kerja, dan memastikan bahwa terdapat kontribusi yang positif terhadap kesehatan masyarakat.
3. *Strengthen Community Action* sehingga komunitas memiliki kapasitas untuk mengatur prioritas dan membuat keputusan untuk masalah-masalah yang berhubungan dengan kesehatan mereka.
4. *Develop Personal Skills* untuk mengajarkan *skill* dan pengetahuan kepada masyarakat agar dapat mengatasi perubahan dalam komunitas mereka.
5. *Reorient Health Services* untuk menciptakan sistem yang berfokus pada kebutuhan setiap orang dan merangkul partner sejati di antara *provider* dan *user* pelayanan kesehatan. (WHO, 1986).

## **2.4. Media Promosi Kesehatan**

### **2.4.1. Pengertian Media**

Media atau alat peraga dalam promosi kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu untuk promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium, untuk memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi (Depkes RI, 2008).

### **2.4.2. Kegunaan Media**

Biasanya alat peraga digunakan secara kombinasi, misalnya menggunakan papan tulis dengan foto dan sebagainya. Tetapi dalam menggunakan alat peraga, baik secara kombinasi maupun tunggal, ada dua hal yang harus diperhatikan, yaitu :

- Alat peraga harus mudah dimengerti oleh masyarakat sasaran
- Ide atau gagasan yang terkandung di dalamnya harus dapat diterima oleh sasaran

Alat peraga yang digunakan secara baik memberikan keuntungan-keuntungan :

- Dapat menghindari salah pengertian/pemahaman atau salah tafsir. Dengan contoh yang telah disebutkan pada bagian atas dapat dilihat bahwa salah tafsir atau salah pengertian tentang bentuk plengsengan dapat dihindari.
- Dapat memperjelas apa yang diterangkan dan dapat lebih mudah ditangkap.
- Apa yang diterangkan akan lebih lama diingat, terutama hal-hal yang mengesankan.
- Dapat menarik serta memusatkan perhatian.
- Dapat memberi dorongan yang kuat untuk melakukan apa yang dianjurkan.

#### 2.4.3. Jenis/Macam Media

Menurut Pusat Promosi Kesehatan (2008), alat-alat peraga dapat dibagi dalam 4 kelompok besar:

- a. Benda asli, yaitu benda yang sesungguhnya baik hidup maupun mati. Merupakan alat peraga yang paling baik karena mudah serta cepat dikenal, mempunyai bentuk serta ukuran yang tepat. Tetapi alat peraga ini kelemahannya tidak selalu mudah dibawa ke mana-mana sebagai alat bantu mengajar. Termasuk dalam macam alat peraga ini antara lain :
  - Benda sesungguhnya, misalnya tinja di kebun, lalat di atas tinja, dan lain sebagainya.
  - Spesimen, yaitu benda sesungguhnya yang telah diawetkan seperti cacing dalam botol pengawet, dan lain-lain.
  - Sample yaitu contoh benda sesungguhnya untuk diperdagangkan seperti oralit, dan lain-lain.
- b. Benda tiruan, yang ukurannya lain dari benda sesungguhnya. Benda tiruan bisa digunakan sebagai media atau alat peraga dalam promosi kesehatan. Hal ini dikarenakan menggunakan benda asli tidak memungkinkan, misal ukuran benda asli yang terlalu besar, terlalu

berat, dll. Benda tiruan dapat dibuat dari bermacam-macam bahan seperti tanah, kayu, semen, plastik, dan lain-lain.

- c. Gambar/Media grafis, seperti poster, leaflet, gambar karikatur, lukisan, dan lain-lain.
  - a. Poster adalah sehelai kertas atau papan yang berisikan gambar-gambar dengan sedikit kata-kata. Kata-kata dalam poster harus jelas artinya, tepat pesannya dan dapat dengan mudah dibaca pada jarak kurang lebih 6 meter. Poster biasanya ditempelkan pada suatu tempat yang mudah dilihat dan banyak dilalui orang misalnya di dinding balai desa, pinggir jalan, papan pengumuman, dan lain-lain. Gambar dalam poster dapat berupa lukisan, ilustrasi, kartun, gambar atau photo. Poster terutama dibuat untuk mempengaruhi orang banyak, memberikan pesan singkat. Karena itu cara pembuatannya harus menarik, sederhana dan hanya berisikan satu ide atau satu kenyataan saja. Poster yang baik adalah poster yang mempunyai daya tinggal lama dalam ingatan orang yang melihatnya serta dapat mendorong untuk bertindak.
  - b. Leaflet adalah selebaran kertas yang berisi tulisan dengan kalimat-kalimat yang singkat, padat, mudah dimengerti dan gambar-gambar yang sederhana. Ada beberapa yang disajikan secara berlipat. Leaflet digunakan untuk memberikan keterangan singkat tentang suatu masalah, misalnya deskripsi pengolahan air di tingkat rumah tangga, deskripsi tentang diare dan penecegahannya, dan lain-lain. Leaflet dapat diberikan atau disebarkan pada saat pertemuan-pertemuan dilakukan seperti pertemuan FGD, pertemuan Posyandu, kunjungan rumah, dan lain-lain. Leaflet dapat dibuat sendiri dengan perbanyakannya sederhana seperti di photo copy.
  - c. *Booklet*, media cetak yang berbentuk buku kecil. Terutama digunakan untuk topik dimana terdapat minat yang cukup tinggi terhadap suatu kelompok sasaran. Ciri lain dari *booklet* adalah:

- Berisi informasi pokok tentang hal yang dipelajari
- Ekonomis dalam arti waktu dalam memperoleh informasi
- Memungkinkan seseorang mendapat informasi dengan caranya sendiri

Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil belajar dengan *booklet* ada beberapa hal antara lain *booklet* itu sendiri, faktor-faktor atau kondisi lingkungan juga kondisi individual penderita. Oleh karena itu dalam pemakaiannya perlu mempertimbangkan kemampuan baca seseorang, kondisi fisik maupun psikologis penderita dan juga faktor lingkungan dimana penderita itu berada. Di samping itu perlu pula diketahui kelemahan yang ada, oleh karena kadang informasi dalam *booklet* tersebut telah kadaluwarsa. Dan pada suatu tujuan instruksional tertentu *booklet* tidak tepat dipergunakan.

- d. Gambar Optik, seperti photo, slide, film, dan lain-lain.
- d. Gambar/Media grafis, seperti poster, leaflet, gambar karikatur, lukisan, dll.
- e. Photo sebagai bahan untuk alat peraga, photo digunakan dalam bentuk:
  - Album, yaitu merupakan foto-foto yang isinya berurutan, menggambarkan suatu cerita, kegiatan dan lain-lain. Dikumpulkan dalam sebuah album. Album ini bisa dibawa dan ditunjukkan kepada masyarakat sesuai dengan topik yang sedang didiskusikan. Misalnya album photo yang berisi kegiatan-kegiatan suatu desa untuk mengubah kebiasaan BABnya menjadi di jamban dengan CLTS sampai mendapat pengakuan resmi dari Bupati.
  - Dokumentasi lepasan, yaitu photo-photo yang berdiri sendiri dan tidak disimpan dalam bentuk album. Menggambarkan satu pokok persoalan atau titik perhatian. Photo ini digunakan biasanya untuk bahan brosur, leaflet, dan lain-lain.
- f. Slide pada umumnya digunakan untuk sasaran kelompok.

Penggunaan slide cukup efektif, karena gambar atau setiap materi dapat dilihat berkali-kali, dibahas lebih mendalam. Slide sangat menarik terutama bagi kelompok anak sekolah, karena alat ini lebih “trendi” dibanding dengan gambar, leaflet.

- g. Film merupakan media yang bersifat menghibur, tapi dapat disisipi dengan pesan-pesan yang bersifat edukatif. Sasaran media ini adalah kelompok besar, dan kolosal.

## 2.5. Media Grafis/Gambar

Grafis secara umum diartikan sebagai gambar. Media grafis adalah penyajian visual (menekankan persepsi indera penglihatan) dengan penyajian dua dimensi. Dalam media grafis tidak termasuk media elektronik. Termasuk dalam media grafis misalnya Poster, Leaflet, Reklame, billboard, Spanduk, dan lain-lain (Andy, 2009).

### 2.5.1. Pesan dalam Media

Pesan adalah terjemahan dari tujuan komunikasi ke dalam ungkapan atau kata yang sesuai untuk khalayak sasaran. Pesan dalam suatu media harus efektif dan kreatif, untuk itu pesan harus memenuhi hal-hal sebagai berikut:

- a. *Command attention*. Mengembangkan suatu idea atau pesan pokok yang merefleksikan strategi desain suatu pesan. Bila terlalu banyak ide, hal tersebut akan membingungkan khalayak sasaran dan mereka akan mudah melupakan pesan tersebut.
- b. *Clarify the message*. Pesan haruslah mudah, sederhana dan jelas. Pesan yang efektif harus memberikan informasi yang relevan dan baru bagi khalayak sasaran. Kalau pesan dalam media diremehkan oleh sasaran, secara otomatis pesan tersebut gagal.
- c. *Create trust*. Pesan harus dapat dipercaya, tidak bohong, dan terjangkau. Katakanlah masyarakat percaya cuci tangan pakai sabun dapat mencegah penyakit diare, dan untuk itu harus disertakan bahwa harga sabun terjangkau dan mudah didapat di dekat tempat tinggalnya.



- d. *Communicate a benefit*. Hasil pesan diharapkan akan memberikan keuntungan. Khalayak sasaran termotivasi melakukan olahraga misalnya, karena mereka akan memperoleh keuntungan di mana dengan berolahraga, tubuh menjadi lebih sehat dan bugar.
- e. *Consistency*. Pesan harus konsisten, artinya bahwa sampaikan satu pesan utama di media apapun secara berulang, misal di poster, stiker, dan lain-lain, tetapi maknanya akan tetap sama.
- f. *Cater to the heart and head*. Pesan dalam suatu media harus bisa menyentuh akal dan rasa. Komunikasi yang efektif tidak hanya sekedar dengan alasan teknis semata, tetapi juga harus menyentuh nilai-nilai emosi dan membangkitkan kebutuhan nyata.
- g. *Call to action*. Pesan dalam suatu media harus dapat mendorong khlayak sasaran untuk bertindak sesuatu. “Ayo, makan makanan bebas kolesterol agar tubuh tetap sehat” adalah contoh ungkapan yang memotivasi ke arah suatu tindakan.

#### 2.5.2. Himbauan Dalam Pesan

Dalam media promosi, pesan dimaksudkan untuk mempengaruhi orang lain, atau pesan itu untuk menghimbau khalayak sasaran agar mereka menerima dan melaksanakan gagasan sesuai dengan pesan yang dimaksud (Depkes RI, 2008).

- a. *Himbauan Rasional*. Hal ini didasarkan pada anggapan bahwa manusia pada dasarnya makhluk rasional. Contoh pesan “Makanlah makanan sesuai dengan Pola Umum Gizi Seimbang untuk menjaga kesehatan.” Kita mengerti pesan itu, namun kadang tidak bertindak karena keraguan.
- b. *Himbauan Emosional*. Kebanyakan perilaku manusia, lebih didasarkan pada emosi daripada hasil pemikiran rasional. Beberapa hal menunjukkan bahwa pesan dengan menggunakan imbauan emosional sering lebih berhasil dibanding dengan imbauan dengan bahasa rasional. Contoh: “Obesitas berpotensi meningkatkan risiko penyakit jantung dan pembuluh darah. Cegahlah dengan melakukan pola hidup sehat.” Kombinasikan dalam poster hubungan gagasan

dengan unsur visual dan non verbal, misal dengan gambar seseorang yang kelebihan berat badan, kemudian tertera pesan “Cegahlah Obesitas untuk hidup sehat.”

- c. **Himbauan Ketakutan.** Penggunaan imbauan dengan pesan yang menimbulkan ketakutan harus digunakan secara berhati-hati. Ada sebagian orang yang mempunyai kepribadian kuat justru tidak takut dengan imbauan semacam ini, tetapi sebaliknya kelompok orang yang memiliki tingkat kecemasan tinggi, pesan semacam ini akan lebih efektif.
- d. **Himbauan Ganjaran.** Pesan dengan imbauan ganjaran dimaksudkan menjanjikan sesuatu yang diperlukan dan diinginkan oleh si penerima pesan. Teknik semacam ini dirasa cukup masuk akal, karena pada kenyataannya orang akan lebih banyak mengubah perilakunya bila akan memperoleh imbalan (terutama materi) yang cukup.
- e. **Himbauan Motivasional.** Pesan ini dengan menggunakan bahasa imbauan motif yang menyentuh kondisi internal diri si penerima pesan. Manusia dapat digerakan lewat dorongan kebutuhan biologis seperti lapar, haus, keselamatan, tetapi juga lewat dorongan psikologis seperti kasih sayang, keagamaan, prestasi, dan lain-lain.

## 2.6. Patofisiologi dan Faktor Risiko Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah

Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (CVD) yaitu penyakit yang ditandai dengan penyempitan dan penyumbatan pembuluh darah baik di jantung maupun di organ tubuh lain seperti di otak dan ujung jari. Penyempitan pembuluh darah adalah akibat pembentukan plak yang dimulai dengan infiltrasi *Low Density Lipoprotein* (LDL) ke dalam dinding arteri. Kerusakan endotelium (sel dinding pembuluh darah) memungkinkan infiltrasi terjadi menyebabkan kerusakan yang lebih luas dan perkembangan aterosklerosis (AHA, 2009).

Kerusakan endotel ditimbulkan oleh tekanan darah yang tinggi dan *shearing forces*. Di dalam dinding arteri lipoprotein ditransformasi dan sebagian dioksidasi, fagositosis LDL oleh makrofag menyebabkan

pembentukan *foam cells*, menginduksi produksi *growth factor*  $\beta$  dan mentransformasi sel otot halus menjadi fibroblas yang memproduksi kolagen, maka terbentuklah jaringan fibrosis yang menutupi deposit sel lemak yang dikenal sebagai plak. Jaringan fibrosis mudah pecah bila plak mengandung lemak tinggi. Pecahnya plak menimbulkan perdarahan, isi plak yang terbuka bersifat trombogenik, dan pembentukan trombus bersama debris dari plak dalam arteri akan menyumbat pembuluh darah. Sel endotel arteri koroner memainkan peranan penting dalam pembentukan plak. Sel endotel memproduksi faktor endotel yang dapat melebarkan pembuluh darah dan mencegah agregasi trombosit. Oksida nitrat menghambat pembentukan, mengurangi aktivitas endotelium, sehingga meningkatkan agregasi trombosit dan menyebabkan vasokonstriksi dan proliferasi fibroblas (AHA, 2009).

## 2.7. Faktor Risiko CVD dan PKDTK/ Pengendaliannya

Penyebab CVD adalah multifaktor. Menurut *The American Heart Association* (AHA) mekanisme terjadinya penyakit kardiovaskuler adalah terjadinya penyempitan atau penyumbatan pembuluh arteri yang disebabkan dan dapat diperparah oleh faktor risiko seperti berikut.

- 1) Usia. Risiko CVD bertambah seiring dengan pertambahan usia, terutama pada usia di atas 45 tahun bagi laki-laki dan 55 tahun bagi perempuan. Semakin tua kondisi organ tubuh memburuk oleh bermacam faktor risiko seperti tekanan darah tinggi atau kolesterol yang meningkat, sehingga pembuluh darah akan menyempit dan tersumbat.
- 2) Dislipidemia, merupakan kenaikan total kolesterol darah dan LDL cenderung terakumulasi dalam dinding pembuluh menyebabkan kerusakan dan perkembangan aterosklerosis. Sebaliknya HDL menyerap kembali kolesterol dari sel dan dinding pembuluh darah, serta mencegah dan mengurangi pertumbuhan plak dalam pembuluh arteri.
- 3) Diabetes Melitus (DM). DM dan kondisi lain yang berhubungan dengan tingginya kadar glukose darah berhubungan dengan CVD prematur

(sebelum waktunya). DM menyebabkan gangguan metabolisme lipoprotein dan menimbulkan mikroangiopati atau gangguan proliferasi endotel arteriol berupa penebalan membran basalis kapiler. Resistensi insulin, hiperinsulinisme dan intoleransi glukosa meningkatkan proses aterosklerosis. DM dapat mempercepat proses aterosklerosis sehingga mempercepat terjadinya CVD.

- 4) Keturunan. Bila orang tuanya mempunyai riwayat CVD pada usia di bawah 55 tahun pada laki-laki atau di bawah 65 tahun pada perempuan, maka ia cenderung terkena CVD
- 5) Konsumsi alkohol. Asupan alkohol berlebih dapat memperparah faktor risiko lain seperti hipertensi.
- 6) Hipertensi. Hipertensi bersama dislipidemia meningkatkan risiko CVD. Tekanan darah yang tinggi akan mendorong LDL masuk ke dalam intima (lapisan dinding pembuluh darah) dan meningkatkan aterosklerosis. Tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus berupa *shearing force* dapat menimbulkan kerusakan dinding pembuluh arteri secara perlahan-lahan. Endapan lemak/kolesterol memperberat risiko berupa penyempitan rongga pembuluh darah. Tekanan darah, yaitu sistolik yang menunjukkan tekanan pembuluh arteri saat jantung berkonstraksi, dan diastolik saat jantung berelaksasi.

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	dan < 80
Pre-hipertensi	120 -139	atau 80 – 89
Hipertensi tingkat	140 – 159	atau 90 – 99
Hipertensi tingkat II	≥ 160	atau ≥ 100

Standar dari *Joint National Committee VII*

- 7) Resistensi insulin, biasanya disebabkan atau diperparah oleh berat badan berlebih, terutama obesitas abdominal.
- 8) Hipertropi otot jantung kiri, umumnya pada penderita hipertensi terjadi penebalan otot jantung, keadaan ini mempermudah terjadinya iskemi miokardium, selanjutnya memungkinkan gagal jantung kongestif, *aritmia* atau kematian mendadak.

- 9) Jenis kelamin laki-laki memiliki risiko lebih besar dibandingkan perempuan.
- 10) Menopause, hilangnya perlindungan atas risiko perkembangan CVD akibat berkurangnya pembentukan estrogen dari *ovaries* (indung telur). Estrogen mampu menjaga tingkat kolesterol darah sehingga HDL tetap tinggi dan LDL tetap rendah. Estrogen mengurangi risiko pembekuan darah yang dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah.
- 11) Obesitas/berat badan berlebih sebagai akibat penumpukan lemak tubuh terutama di bagian perut pada kebanyakan laki-laki. Obesitas juga meningkatkan tekanan darah, kadar gula darah, kolesterol-total dan trigliserida serta menurunkan kolesterol-HDL. Obesitas dapat diketahui dari indeks masa tubuh dan tingginya rasio lingkaran pinggang terhadap pinggul.
- 12) *Sedentary Lifestyle* (Pola hidup kurang gerak), berhubungan dengan rendahnya tingkat pembakaran lemak tubuh. Orang dengan pola hidup kurang gerak mempunyai risiko 2-3 kali menderita serangan jantung dibandingkan orang yang aktif secara fisik dan teratur berolahraga. Aktivitas fisik teratur membantu mengendalikan tekanan darah, kolesterol, gula darah dan obesitas. menguatkan otot jantung dan memperbaiki sistem peredaran darah.
- 13) Kebiasaan merokok. Bahan kimia yang terkandung dalam rokok dapat menyebabkan pertumbuhan plak dalam pembuluh darah serta meningkatkan kadar kolesterol dan asam lemak bebas. Mekanismenya adalah dengan meningkatkan terjadinya aterosklerosis, memicu trombosis koroner, *spasme* pada arteri koroner, disaritmia (gangguan irama jantung) dan mengurangi darah pengangkut oksigen. Nikotin dalam rokok menyebabkan pengerasan pembuluh arteri dan mengacaukan irama jantung. Merokok memicu penurunan HDL dan menyembunyikan angina, yaitu sakit dada sebagai tanda adanya PJK, sehingga dapat terjadi serangan jantung karena tanpa disadari PJK semakin parah.

14) Stres sebagai faktor yang dapat mempengaruhi faktor risiko lain, misalnya stress menyebabkan seseorang menjadi banyak makan, merokok dan tidak bergairah. Stres yang berlarut-larut membuat denyut jantung dan tekanan darah meningkat, sehingga jantung bekerja lebih berat. Stres berhubungan dengan kejadian angina pectoris, stroke, gagal jantung dan serangan jantung.

Kecuali faktor risiko umur, jenis kelamin dan keturunan, sebagian besar faktor risiko CVD di atas dapat dikendalikan dengan melaksanakan pola hidup sehat (Tabel 2.2).

Tabel 2.2. Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Jantung Pembuluh Darah

Faktor Risiko	Pengendalian	Hasil
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifikasi pola hidup</li> <li>▪ Obat : minum penurun gula darah, insulin</li> </ul>	Mencegah penyakit jantung koroner, meski penurunan glukosa darah kurang berarti dibandingkan modifikasi faktor risiko lain.
Dislipidemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifikasi pola hidup : diet, aktivitas fisik/olahraga, pengurangan berat badan</li> <li>▪ Obat : statin, fibrat atau kombinasi keduanya</li> </ul>	Pencegahan penyakit pembuluh peripheral dan stroke.
Konsumsi alkohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifikasi pola hidup : mengurangi konsumsi</li> </ul>	Mengurangi risiko stroke dan penyakit jantung koroner
Hipertensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifikasi pola hidup dengan membatasi asupan garam</li> <li>▪ Obat : penurun gula darah, diuretic</li> </ul>	Engurangi risiko strok dan penjakit jantung koroner
Hambatan insulin	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifikasi pola hidup dengan diet dan aktivitas fisik</li> <li>▪ Perketat pengendalian glukosa bagi diabeti</li> </ul>	Belum diketahui pasti apakah pengurangan insulin akan dengan sendirinya mencegah perkembangan penyakit kardiovaskular
Obesitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifikasi haya hidup untuk mencapai berat badan normal, dengan meningkatkan aktivitas fisik</li> </ul>	Mencegah semua penyakit kardiovaskuler. Menurunkan faktor risiko lain seperti tekanan darah tinggi, glukosa tinggi dan lipid tinggi.
<i>Sedentary lifestyle</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modifikasi pola hidup dengan meningkatkan aktivitas fisik</li> </ul>	Mengurangi lemak tubuh, meningkatkan kolesetrol HDL, menurunkan kolesterol LDL dan tingkat

---

trigliserida, meningkatkan sensitivitas insulin, serta menurunkan glukosa darah dan tekanan darah.

---

Dikutip dari : Time to Act © International Diabetes Federation, 2005

## 2.8. Hubungan antara Pola Hidup dan CVD

Banyak sekali fakta (*evidence*) di dunia yang menunjukkan bahwa pola diet berhubungan dengan terjadinya (patogenesis) CVD, dan pola hidup berkontribusi dalam meningkatkan faktor risiko CVD. Informasi yang menggembirakan adalah memodifikasi pola hidup, sehingga faktor risiko CVD dapat dikendalikan dan dengan demikian risiko CVD dapat diturunkan (Lichtenstein, 2006).

Pengetahuan ini menjadi modal bagi setiap individu yang ingin menghindari serangan CVD. Seyogianya setiap individu berusaha mencapai dan mempertahankan berat badan normal, aktif secara fisik yang berarti harus bergerak setiap hari dan menghindari pola hidup *sedentary* (banyak duduk), menghindari paparan asap rokok baik secara aktif maupun pasif, dan mengikuti pola makan sehat. *American Heart Association* pada tahun 2006 telah merekomendasikan pola hidup sehat termasuk pola makan sehat, rekomendasi ini telah menyempurnakan yang sebelumnya.

Tujuan dari pola hidup dan pola makan sehat adalah mencapai berat badan normal; mencapai kadar lemak darah yang diharapkan mencakup kolesterol total, HDL, LDL dan trigliserida; mencapai tekanan darah yang normal; mencapai kadar gula darah yang normal; aktif secara fisik; stop merokok dan menghindari terpajan asap rokok pasif.

Pola makan yang sehat, merekomendasikan keseimbangan antara asupan kalori dan aktivitas fisik untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal, mengonsumsi banyak sayur dan buah; gandum, biji-bijian atau makanan berserat tinggi lainnya; makan ikan terutama ikan yang berlemak seperti ikan gindara dan ikan salmon, minimal 2 kali seminggu; batasi asupan lemak jenuh maksimal sampai 7% dari asupan energy yang dibutuhkan, *trans fat* sampai dengan 1% dari energi yang dibutuhkan, serta kolesterol sampai 300 mg per hari dengan memilih daging tanpa lemak,

sayuran pengganti, susu skim atau keju bebas lemak atau rendah lemak (1%), serta batasi asupan lemak *hydrogenated*, mengurangi asupan minuman dan makanan bergula, memilih makanan yang tidak atau sedikit mengandung garam, hindari minuman keras, dan ketika makan diluar tetap memilih makanan sehat. AHA meyakini dengan mengikuti rekomendasi pola hidup dan pola makan sehat, masyarakat dapat mengurangi risiko terkena PJK dan CVD yang selama ini menjadi pembunuh nomor satu di dunia dan merupakan angka morbiditas tertinggi.

Dalam rangka mencapai tujuan ini, individu bertanggung jawab mengubah perilaku hidup mereka sendiri dari yang kurang atau tidak sehat menjadi sehat. Di tempat kerja, mereka perlu didukung dengan perubahan lingkungan sosial yang kondusif agar individu dapat berperilaku hidup sehat. Dengan kata lain, petugas kesehatan, peneliti dan pemerintah ditantang mengembangkan dan melaksanakan strategi untuk membentuk pola hidup sehat yang berkesinambungan dengan pendekatan individu/klinikal dan pendekatan kesehatan masyarakat.

## 2.9. Hubungan Persepsi dan Pembentukan Perilaku

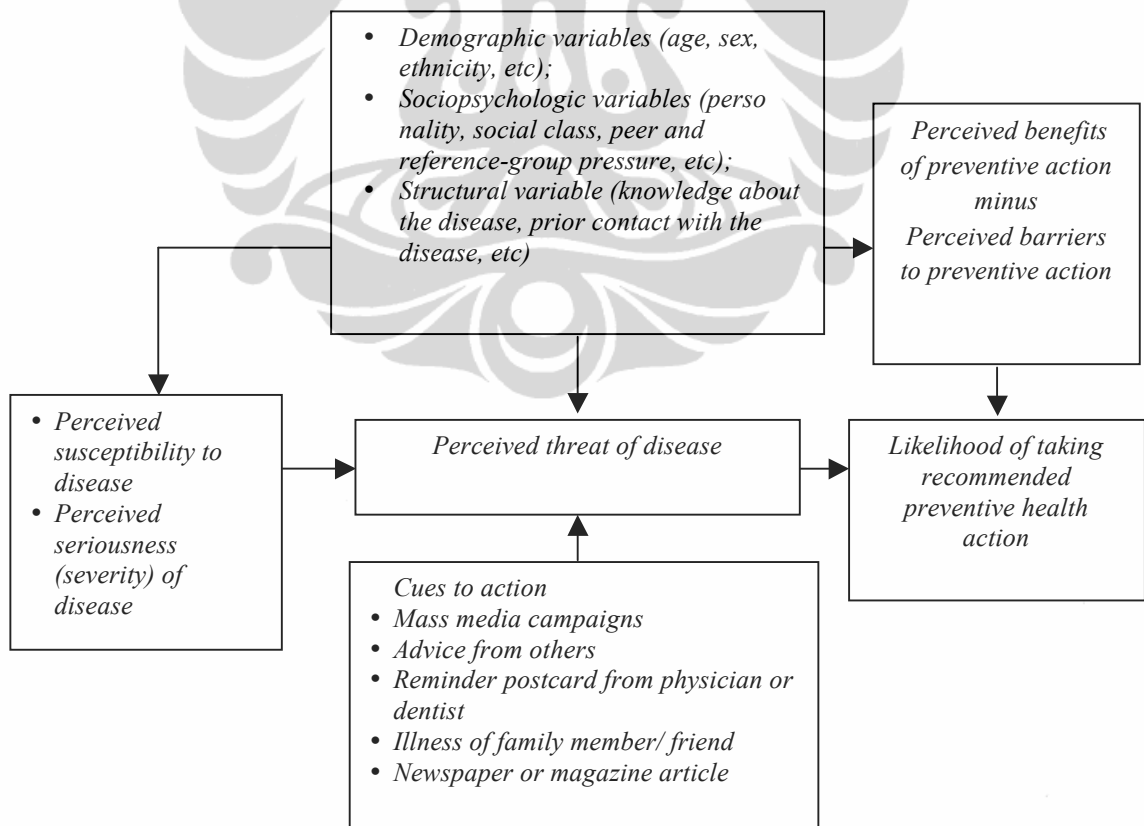
Banyak teori yang mengkaji perilaku kesehatan dan keselamatan kerja. Salah satu teori yang sering digunakan untuk meneliti perilaku kesehatan serta melakukan pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan adalah teori *Health Belief Model* (HBM). Teori HBM telah dikembangkan pada tahun 1950an oleh sekelompok ahli psikologi yang bekerja pada pelayanan kesehatan masyarakat di Amerika, untuk menjelaskan mengapa program *screening* yang ditawarkan oleh pelayanan kesehatan Amerika sangat tidak berhasil.

Konsep utama dari teori HBM adalah bahwa perilaku sehat ditentukan oleh persepsi individu tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya penyakit. Ada empat persepsi utama yang membangun teori HBM, setiap persepsi baik sendiri-sendiri maupun bersamaan bisa digunakan dalam menjelaskan timbulnya perilaku sehat. Dalam perkembangannya, HBM ada tambahan 3 variabel yaitu variabel



modifikasi, variabel pemicu dan variabel kepercayaan terhadap kemampuan diri sendiri (Pender, 2002), seperti dalam Gambar 2.1.

- 1) Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Severity*)
- 2) Kemudahan menderita penyakit (*Perceived Susceptibility*)
- 3) Keuntungan yang didapatkan (*Perceived Benefit*)
- 4) Hambatan yang diperoleh (*Perceived Barrier*)
- 5) *Modifying variable*, yang mempengaruhi antara lain:
  - (a) variabel demografi (usia, jenis kelamin, latar belakang budaya),
  - (b) variabel psikologis (kepribadian, kelas social, tekanan sosial), dan
  - (c) variabel struktural (pengetahuan dan pengalaman tentang masalah).
- 6) Variable pemicu (*cause of action*), adalah kejadian, orang, atau barang yang membuat seseorang mengubah perilaku mereka.
- 7) *Self-Efficacy*, jika seseorang percaya bahwa sebuah perilaku baru bermanfaat untuk mereka, mereka baru melaksanakannya bila yakin mampu untuk melaksanakannya.



Gambar 2.1 *Health Belief Model*

Dikutip dari Pender NJ, 2002

Perkembangan terkini, HBM telah memasukkan variabel ketertarikan dalam mengubah kebiasaan seseorang terkait dengan perkembangan dari kondisi kronik, termasuk gaya hidup tertentu seperti merokok, diet, olah raga, perilaku keselamatan, penggunaan alkohol, penggunaan kondom untuk pencegahan AIDS, dan sikat gigi (Kirscht, 1988). Penekanan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah diganti dengan pengendalian risiko, dan HBM telah diterapkan pada pembentukan perilaku dan sekaligus mencegah perubahan perilaku (Kirscht, 1988).

Di samping memiliki kelebihan HBM juga memiliki kelemahan. Karena pengembangan HBM didasarkan pada beberapa asumsi seperti pemikiran bahwa setiap pilihan perilaku selalu berdasarkan pertimbangan rasional. HBM juga tidak memberikan spesifikasi yang tepat terhadap kondisi seseorang membuat pertimbangan tertentu (Sarafino, 1990). HBM juga menganggap bahwa orang mencoba untuk tetap sehat dan secara otomatis memperhatikan perilaku yang sehat. HBM tidak mempertimbangkan keuntungan atau kepuasan yang diberikan oleh perilaku tidak sehat, seperti makanan berlemak yang gurih dibandingkan dengan makanan tanpa lemak, dan kepuasan sementara pada pecandu narkoba. HBM juga tidak mempertimbangkan keuntungan diluar kesehatan dari perilaku sehat, seperti seseorang dapat bergabung dengan kelompok olah raga, karena kontak sosial, atau karena jatuh cinta dengan seseorang dalam kelompok tersebut. Keputusan yang diambil tidak ada kaitannya sama sekali dengan kesehatan, tetapi mempengaruhi kondisi kesehatan.

## **2.10. Perilaku Kesehatan dan Determinan Perilaku**

### **2.10.1. Perilaku Kesehatan**

Skinner seorang ahli psikologi (dalam Notoatmodjo, 2005), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian, perilaku manusia terjadi melalui proses yang diawali dengan adanya stimulus terhadap organisme, yang kemudian organisme tersebut merespon atau

menanggapi stimulus tersebut. Teori Skinner ini disebut dengan teori "S-O-R" (Stimulus–Organisme–Respons). Selanjutnya, teori Skinner menjelaskan adanya dua respon, yaitu :

- a. *Respondent respons* atau refleksif, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimuli*, karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap. Misalnya makanan lezat akan menimbulkan nafsu untuk makan, cahaya terang akan menimbulkan reaksi mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent respons* juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah akan menimbulkan rasa sedih, mendengar berita suka atau gembira akan menimbulkan rasa suka cita.
- b. *Operant respons* atau instrumental respons, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer*, karena berfungsi untuk memperkuat respons. Misalnya, apabila seseorang melakukan tugasnya dengan baik adalah sebagai respons terhadap gaji yang cukup, karena kerja baik tersebut, menjadi stimulus untuk memperoleh promosi pekerjaan. Jadi kerja baik sebagai *reinforcer* untuk promosi.

Berdasarkan teori "S-O-R" tersebut, Skinner mengelompokkan perilaku manusia menjadi dua, yaitu :

- a. Perilaku tertutup (*Covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons seseorang terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah hanya pengetahuan dan sikap saja.

- b. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan, atau praktik ini dapat diamati orang lain dari

luar atau "*observable behavior*". Respons tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*).

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan (*Healthy behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain, perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Oleh sebab itu, perilaku kesehatan pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yakni perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat dan perilaku orang yang sakit untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya.

Sedangkan Becker (dalam Notoatmodjo, 2005) membuat klasifikasi lain tentang perilaku sehat, yaitu perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain :

- a. Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*) yang memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh.
- b. Kegiatan fisik secara teratur dan cukup, misalnya olahraga.
- c. Tidak merokok dan meminum minuman keras serta menggunakan narkoba.
- d. Istirahat yang cukup secara fisik dan mental.
- e. Pengendalian atau manajemen stres.
- f. Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan, agar dapat terhindar dari berbagai macam penyakit dan masalah kesehatan, termasuk perilaku meningkatkan kesehatan.

Perlu diketahui pula faktor-faktor yang dapat mendukung terjadinya perilaku kesehatan seseorang. Berikut akan dikemukakan tentang determinan perilaku kesehatan.

### 2.10.2. Determinan Perilaku Kesehatan

Telah diuraikan di atas, bahwa perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subyek atau orang yang berperilaku tersebut. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan. Dalam bidang kesehatan, ada beberapa teori yang sering menjadi acuan, di antaranya adalah teori dari Lawrence Green.

Green (1980) membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan, yakni faktor perilaku (*behavioral factor*) dan faktor non-perilaku (*non behavioral factor*). Selanjutnya Green menganalisis bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu:

- a. Faktor-faktor Predisposisi (*predisposing factor*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain karakteristik, pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor Pemungkin (*enabling factor*), yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.
- c. Faktor-faktor Penguat (*reinforcing factor*), yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Termasuk juga undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

### 2.11. Perubahan Perilaku dan Proses Belajar

Perubahan perilaku manusia terjadi karena adanya proses interaksi antara individu dengan lingkungan melalui proses belajar (Notoatmodjo, 2005). Proses pembelajaran terjadi bila individu berperilaku, bereaksi dan menanggapi sebagai hasil dari pembelajarannya dengan cara yang berbeda

dari perilaku individu tersebut sebelumnya. Proses pembelajaran perubahan perilaku mencakup tiga komponen, seperti berikut (Robbins, 2001).

- Pembelajaran melibatkan perubahan, proses ini bersifat sementara.
- Perubahan relatif permanen, diperlukan dalam upaya pencegahan penyakit dan kecelakaan kerja agar perilaku tidak aman tidak diulangi.
- Perubahan menyangkut perilaku.

Perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh beberapa hal di antaranya pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam melakukan pola hidup sehat.

#### 2.11.1. Pengetahuan

Notoatmojo (2005) menyatakan pengetahuan merupakan hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Penginderaan tersebut dapat dilakukan melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa maupun peraba terhadap suatu objek.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Oleh karena itu, sebelum seseorang mengadopsi perilaku, maka sebaiknya mengetahui terlebih dahulu apa arti dan manfaat perilaku tersebut bagi dirinya, sehingga dibutuhkan pengetahuan sebelum berperilaku (Notoatmojo, 2003).

Menurut Notoatmojo (2005) Pengetahuan dibagi menjadi 6 tingkatan yang tercakup dalam domain kognitif, yaitu:

- a. Tahu (*know*), berarti mengingat memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati atau mempelajari sesuatu. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah sebab dalam tahap ini hanya sebatas mengingat (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari.
- b. Memahami (*comprehension*), kemampuan seseorang untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahuinya. Bukan hanya sekedar tahu terhadap objek tersebut, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar.
- c. Aplikasi (*aplication*) yaitu kemampuan untuk menggunakan materi

yang telah dipelajari atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang sebenarnya.

- d. Analisis (*analysis*) yaitu kemampuan untuk menjabarkan dan/atau memisahkan materi atau suatu objek, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.
- e. Sintesis (*synthesis*) yaitu kemampuan untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi (*evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi suatu penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian tersebut berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

#### 2.11.2. Sikap

Sikap didefinisikan sebagai kecenderungan yang dipelajari untuk bertindak dalam cara yang konsisten tentang objek atau situasi tertentu. Sikap belum merupakan sebuah tindakan atau aktivitas, sikap masih berupa kesiapan seseorang untuk bereaksi atau memutuskan terhadap suatu objek atau situasi tertentu. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, maka proses selanjutnya adalah menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek tersebut (Notoatmodjo, 2005).

Newcomb dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan tindakan, akan tetapi merupakan pemungkin (*predisposing*) tindakan terhadap perilaku.

Alport dalam Notoatmodjo (2003), mengelompokkan 3 komponen pokok dalam sikap, yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Lalu ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pemikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Dalam Notoatmodjo (2005), terdapat 4 tingkatan dalam menilai sikap, yaitu.

- a. Menerima (*receiving*), merupakan tingkatan sikap yang terendah. Menerima yaitu bahwa seseorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- b. Menanggapi (*responding*), ditandai dengan sikap seseorang yang sudah mau menerima suatu ide dan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- c. Menghargai (*valuing*), yaitu seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain atau bahkan mempengaruhi atau menganjurkan orang lain untuk mengerjakan.
- d. Bertanggung Jawab (*responsible*), merupakan tingkatan sikap yang tertinggi. Seseorang mau mengerjakan dan bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segenap risikonya.

### 2.11.3. Perilaku

Berdasarkan teori determinan kesehatan HL. Blum dalam Notoatmodjo (2003) perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku bila dilihat dari segi biologis diartikan sebagai suatu aktivitas atau kegiatan organisme (makhluk hidup). Oleh karena itu, dapat dikatakan yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2003), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme kemudian mendapat respon.



Perubahan perilaku baru membutuhkan waktu yang relatif lama. Menurut Notoatmodjo (2003), perubahan perilaku seseorang melewati tiga tahap antara lain:

- a. Pengetahuan: Sebelum mengadopsi perilaku, seseorang harus tahu manfaat dan keuntungan dari perubahan perilaku tersebut.
- b. Sikap: Setelah seseorang mengetahui manfaat dan keuntungan maka proses selanjutnya adalah menilai stimulus tersebut.
- c. Praktek: Proses selanjutnya adalah melaksanakan apa yang telah diketahui dan dinilainya.

Perubahan perilaku sangat bervariasi bentuknya, WHO dalam Notoatmodjo (2003) mengelompokkan perubahan perilaku menjadi tiga sesuai bentuknya antara lain:

- a. Perubahan alamiah (*natural change*), terjadi karena perubahan lingkungan sosial dan kejadian alamiah lainnya yang membuat seseorang mengadopsi perilaku baru.
- b. Perubahan terencana (*planned change*), biasanya sudah direncanakan sebelumnya setelah mengetahui manfaat atau mendapatkan dampak buruk dari perilaku yang sebelumnya.
- c. Kesiediaan untuk berubah (*Readiness to change*), terjadi karena ada inovasi-inovasi atau program pembangunan dalam masyarakat.

Becker (2005) memuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan, dan membedakannya menjadi tiga, yaitu:

- a. Perilaku sehat, adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan mengingatkan kesehatan, antara lain: makan dengan menu seimbang, kegiatan fisik secara teratur dan cukup, tidak merokok dan minum-minuman keras serta menggunakan narkoba, istirahat yang cukup, pengendalian atau manajemen stres, perilaku atau gaya hidup positif.
- b. Perilaku sakit, adalah berkaitan dengan kegiatan seseorang yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau mengatasi masalah kesehatan yang lain. Ada beberapa perilaku yang muncul: didiamkan saja (*no action*),

mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment* atau *self medication*), mencari pengobatan keluar.

- c. Perilaku peran orang sakit (*The sick role behavior*), adalah tindakan untuk memperoleh kesembuhan, tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan, mematuhi nasehat-nasehat dokter, tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhannya, melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya.

Ada tiga perilaku yang menjadi perhatian dalam perubahan perilaku ini, yaitu:

- a. Perilaku ideal (*ideal behaviour*), adalah tindakan yang bisa diamati, yang menurut para ahli perlu dilakukan oleh individu atau masyarakat untuk mengurangi atau memecahkan masalah.
- b. Perilaku yang sekarang (*current behaviour*), adalah perilaku yang dilaksanakan saat ini, dapat diidentifikasi dengan observasi dan wawancara lapangan.
- c. Perilaku yang diharapkan (*expected / feasible behaviour*), adalah perilaku yang diharapkan bisa dilaksanakan oleh sasaran (Depkes RI, 1997).

## 2.12. Cara Pengukuran

Ada beberapa skala yang digunakan untuk pengukuran sikap seseorang, diantaranya adalah:

- a. Skala Likert, cara pengukuran skala likert adalah bila pertanyaan yang diajukan kepada responden bertujuan positif, maka nilai yang diberikan 4 yaitu jika responden menjawab dengan “sangat setuju” dan angka 1 pada jawaban “sangat tidak setuju”. Sebaliknya jika pertanyaan bertujuan negatif, maka nilai 4 diberikan pada pilihan “sangat tidak setuju” dan nilai 1 pada pilihan “sangat setuju” (Sobur, 2003).

Menurut Edwards dalam Mar’at (1984) untuk mengetahui bagaimana perasaan seseorang terhadap objek psikologik yang dipilihnya, maka prosedur yang termudah adalah dengan menanyakan

secara langsung pada orang tersebut. Kelemahan dari metode ini adalah bila individu tidak bersedia menyatakan pendapat / sikapnya, maka jawaban yang didapat lebih banyak ragu-ragu, sehingga metode ini kurang menguntungkan. Demikian bila masalah yang ditanyakan sukar untuk dijawab dalam tanya jawab terbuka, akan tidak mudah menjawab secara terus terang.

Pendekatan lain diajukan Edwards, adalah dengan mengobservasi secara langsung tingkah laku individu secara objek psikologik. Pendekatan ini terbatas penggunaannya karena tergantung dari beberapa banyak individu yang diobservasi. Kelemahan utama metode ini adalah bahwa tingkah laku yang terbuka tidak selalu berhubungan erat dengan sikap tertentu, sehingga baik metode bertanya langsung dan metode observasi tingkah laku hasilnya belum menunjukkan klasifikasi lengkap dengan sikap.

Item pada skala Likert ini menggunakan pilihan **sangat setuju, setuju, tidak setuju** dan **sangat tidak setuju**, seperti tabel dibawah ini:

Tabel 2.3 Skala Likert

Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree
4	3	2	1

- b. Skala Thurstone. LL Thurstone (1928) percaya bahwa sikap dapat diukur dengan menggunakan pendapat. Metode ini terdiri dari kumpulan pendapat yang memiliki rentang dari sangat positif kearah sangat negatif terhadap objek sikap.

Proedur penyusunan items pada skala Thurstone diempuh dengan cara meminta pada sekelompok orang untuk memberikan pernyataan pada suatu objek dengan suatu muatan ide yang menyetujui dan menolak. Skore yang diperoleh kemudian ditetapkan berdasarkan “*equal appearing interval*”, yaitu dengan cara menghitung medianya. Thurstone membagi skala sikapnya dalam sebelas skala.

Tabel 2.4 Skala Thurstone

Tabel 2.4 Skala Thurstone										
Most Favorable					Most Unfavorable					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Menurut Edwards dan Mar'at (1984) untuk mengetahui bagaimana perasaan seseorang terhadap objek psikologik yang dipilihnya, maka prosedur yang termudah adalah dengan menanyakan secara langsung pada orang tersebut. Kelemahan dari metode ini adalah bila individu tidak bersedia menyatakan pendapatnya / sikapnya, maka jawaban yang didapat lebih banyak ragu-ragu, sehingga metode ini kurang menguntungkan. Demikian juga bila masalah yang ditanyakan sukar untuk dijawab dalam tanya jawab terbuka, akan tidak mudah menjawab secara terus terang. Pendekatan ini terbatas penggunaannya karena tergantung dari berapa banyak individu yang diobservasi. Kelemahan utama dari metode ini adalah bahwa tingkah laku yang terbuka tidak selalu berhubungan erat dengan sikap tertentu, sehingga baik metode observasi tingkah laku hasilnya belumlah menunjukkan klasifikasi lengkap dari sikap.

### 2.13. Langkah PKDTK Merubah Perilaku Hidup Sehat

PKDTK telah banyak dilaksanakan di mancanegara dan banyak keberhasilan yang ditunjukkan dengan bukti penurunan faktor risiko CVD. Beberapa contoh seperti penelitian di Amerika menggunakan studi kohort pada 4.928 partisipan dari 33 tempat kerja di Massachusetts dan Rhode Island. Penelitian itu bertujuan untuk mengevaluasi *baseline* data faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah dari hasil skrining kadar kolesterol 4.473 partisipan yang di-follow up enam bulan kemudian dengan interview melalui telepon. Setelah enam bulan di-follow up, 74% partisipan dengan diet kadar lemak tinggi dilaporkan telah makan makanan rendah lemak. 71% partisipan yang kelebihan berat badan dilaporkan telah mengalami penurunan berat badan, 53% partisipan dengan gaya hidup yang

*sedentary* telah meningkatkan aktivitas fisik, dan 38% perokok mengurangi konsumsi rokok atau berhenti merokok (Wang, 1999).

Sedangkan di Swedia pada kelompok yang diintervensi menunjukkan bahwa terjadi penurunan pada indeks masa tubuh, tekanan darah diastolik, detak jantung, kolesterol *low-density* lipoprotein (LDL), dan kebiasaan merokok (Nilson, 2001). Begitu pula di Jepang multikomponen dari program promosi kesehatan yang ditujukan pada pekerja menunjukkan bahwa terjadi penurunan secara signifikan terhadap jumlah pekerja yang menderita obesitas, tekanan darah tinggi, dan hiperlipidemia ketika dievaluasi 18 bulan setelah intervensi program ini (Muto, 2001).

Pelaksanaan PKDTK dipandang sangat strategis karena sasaran utamanya adalah masyarakat pekerja yang relatif mudah dijangkau, namun demikian keberhasilan program PKDTK sangat dipengaruhi oleh dukungan dan keterlibatan pimpinan serta partisipasi pekerja, maka perlu disusun langkah yang cermat, langkah tersebut dikenal dengan langkah RAKPIEK, seperti berikut (Kurniawidjaja, 2007).

#### A. Rekognisi

Program dimulai dengan *health risk assessment (HRA)* sebagai data awal untuk membantu pekerja mengenali status kesehatannya yang mencakup penilaian risiko kesehatan minimum yang meliputi penilaian kebugaran, stress/emosi dan status gizi dan penilaian risiko kesehatan yang komprehensif yang meliputi pemeriksaan fisik, kimia darah (profil lipid, gula darah dll.), tes reaksi dan pemeriksaan penunjang lainnya. Selain informasi kesehatan di atas, diperlukan juga informasi dan data pendukung yang dapat diperoleh dari rekam medik atau catatan personalia, bila perlu diobservasi, wawancara atau sebaran kuesioner. Informasi dan data pendukung yang diperlukan antara lain, aktivitas PKDTK yang sudah ada, persepsi pekerja tentang PKDTK, karakteristik sosio-demografi, perilaku kesehatan dan prevalensi risiko.

## B. Analisis

Analisis dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan perilaku pekerja, yakni hubungan antara apa yang mereka ketahui/yakini, rasakan dan tindakan yang mereka lakukan dalam menghadapi faktor risiko kesehatannya, sehingga dapat disusun kebutuhan intervensi untuk tindakan perbaikan. Hal-hal yang perlu dipertimbangkan antara lain adalah besarnya kontribusi masalah kesehatan terhadap biaya kesehatan, produktivitas pekerja, cacat yang mungkin ditimbulkan, pertimbangan dana yang tersedia untuk program PKDTK, kemampuan dan akses terhadap fasilitas pendukung program, juga persepsi pekerja terhadap program yang akan dilaksanakan, kemudian disusun program PKDTK yang realistis dan diyakini akan mampu dilaksanakan.

## C. Perencanaan

Perencanaan PKDTK dikembangkan bersama wakil pekerja berdasarkan:

- 1) Target perubahan yang ingin dicapai, baik perorangan maupun kelompok.
- 2) Proses menuju target perubahan, antara lain melalui kebijakan organisasi, kegiatan lingkungan, kontak psikologis, model observasi/keteladanan, pelatihan dan pendekatan partisipatif di tempat kerja, penyediaan waktu, dana, sarana dan prasarana, publikasi, dan sistem insentif.
- 3) Cara penilaian keberhasilan pencapaian target, berdasarkan tujuan program, dasar perbandingan yang digunakan sebagai acuan, dan sumber daya serta fasilitas pendukung yang tersedia.

## D. Komunikasi

Komunikasi bertujuan untuk mencapai konsensus dalam penyusunan prioritas program dan mendapatkan dukungan dari manajemen dan jajaran organisasi tertinggi yang disampaikan oleh profesional kesehatan, dengan sasaran penerima pesan atau komunikan adalah manajemen dan wakil pekerja. Kepada manajemen dilakukan advokasi

dan kepada pekerja dilakukan sosialisai. Pesan disampaikan dengan cara yang empati, berkompetensi, jujur dan disertai komitmen tinggi. Pesan yang dikomunikasikan adalah tentang risiko kesehatan yang ada, tujuan, manfaat, perencanaan dan implementasi pengendalian dalam bentuk program PKDTK.

#### E. Persiapan

Setelah program PKDTK disepakati oleh manajemen dan wakil pekerja, segera dipersiapkan kebijakan organisasi dan komitmen tertulis sebagai landasan program dan dipersiapkan sumber daya manusia, sarana dan prasarana untuk pelaksanaan program, serta elemen lainnya agar program dapat terlaksana sesuai dengan target yang telah disepakati, antara lain.

1. Pernyataan tertulis tentang tujuan dan target PKDTK yang disetujui oleh manajemen dan dapat diteima oleh pekerja
2. Dukungan tertulis dari manajemen puncak dan wakil pekerja tentang selalu tersedianya sumber daya yang memadai, serta kesediaan pekerja terlibat dalam pelaksanaan program untuk mencapai tujuan dan target PKDTK
3. Menyusun organisasi/tim pelaksana, dapat struktural dalam organisasi atau fungsional berbentuk kepanitiaan.
4. Melaksanakan koordinasi efektif dengan aktivitas kesehatan lainnya, dan menjalin komunikasi terus-menerus.
5. Menyiapkan mekanisme umpan balik dari peserta program untuk evaluasi dan perbaikan berkesinambungan
6. Menyiapkan sarana dan prasarana promosi, seperti poster, brosur, artikel dalam majalah/edaran berkala yang ada di organisasi.
7. Menyiapkan prosedur baku untuk menjaga kerahasiaan informasi individu.
8. Menyiapkan sistem dokumentasi yang dapat menelusuri segala kegiatan program, mengukur tingkat keikutsertaan pekerja dan *outcomes* sebagai parameter keberhasilan program.

9. Menyiapkan format rekapitulasi dan analisis data yang relevan, yang dapat digunakan untuk membuat laporan berkala.
10. Menyiapkan fasilitas pendidikan dan pelatihan, berupa materi bahan ajar, brosur, film, video, ruang belajar beserta medianya seperti papan tulis, *flip chart*, *overhead projector*, LCD, dan fasilitator atau tutor

#### F. Implementasi

Implementasi menggunakan pendekatan kombinasi melalui pendidikan, pelatihan dan intervensi untuk perubahan dan pemeliharaan perilaku hidup dan perilaku bekerja sehat dalam bentuk:

1. Sesi kelompok, seperti penyuluhan, diskusi kelompok, *role playing*, *problem solving* dan simulasi. Sesi kelompok bertujuan untuk memberikan pengetahuan, meningkatkan kesadaran, memberikan kesempatan tanya-jawab, dan mendapatkan dukungan serta terjadi interaksi antar teman sekerja.
2. Konsultasi personal atau pendampingan, untuk memberikan kesempatan pengembangan keterampilan individual dalam berperilaku hidup sehat dan/atau bekerja sehat, serta pelaksanaan terapi perilaku.
3. Praktik perilaku sehat, dilakukan dengan melibatkan atau mengikutsertakan peserta program dalam kegiatan PKDTK, misalnya mengikuti senam jantung sehat 3 kali seminggu, makan makanan rendah kalori tinggi serat yang disajikan kantin perusahaan atau keluarganya yang telah dilatih, berjalan kaki dan tidak menggunakan kendaraan pada jarak tempuh yang memungkinkan terutama di lingkungan tempat kerja.

Penetapan metode implementasi disesuaikan dengan posisi program PKDTK dalam organisasi, alokasi sumber daya yang ada, metode pendidikan dan pelatihan yang akan diterapkan, serta pertimbangan isu praktikal seperti waktu pelaksanaan, cakupan publikasi/sosialisasi, insentif dan etika. Metode implementasi yang paling sering digunakan adalah metode pilot proyek atau



percontohan, metode bertahap, dan metode sekaligus total program, masing-masing dengan kelebihan dan kekurangannya.

#### G. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama program PKDTK berlangsung untuk memperhitungkan setiap perubahan perilaku dan perubahan lingkungan yang terjadi. Pada akhir program, isu penting dalam PKDTK adalah pencapaian tujuan meningkatkan kesehatan pekerja dan kapasitas kerja dengan cara *cost-effective*. Evaluasi bertujuan untuk menilai apakah dana program PKDTK efisien dan efektif (aspek bisnis), apakah tujuan PKDTK tercapai (aspek *accountability*), di samping itu juga menyediakan informasi bagi manajemen dan pekerja dalam menentukan kebijakan selanjutnya, misalnya kebijakan dalam kegiatan perubahan perilaku hidup dan pemeliharaan kesehatan berkelanjutan (aspek ilmu dan aplikasi).

Penentuan metode evaluasi yang digunakan tergantung dari beberapa faktor antara lain tujuan program, dasar perbandingan dan sumber daya yang ada.

#### H. Kontinuitas

Program yang berkesinambungan dikembangkan berdasarkan apresiasi termasuk penghargaan bagi pekerja yang berhasil mencapai target. Bagi yang belum mencapai target, dikembalikan lagi untuk dikenali masalahnya, kemudian dianalisis, dan seterusnya mengikuti siklus semula. Dengan demikian program PKDTK dapat berjalan terus, berkembang dan mencapai sasarnya.

### 2.14. Pancalogi Hidup Sehat

Untuk menjalankan pola hidup sehat ada beberapa cara, diantaranya dengan menjalankan pancalogi hidup sehat yaitu dengan mengonsumsi makanan sehat, melakukan aktivitas fisik yang kontinyu, berhenti merokok, cukup tidur, cukup istirahat dan memiliki waktu luang, serta tidak mengonsumsi alkohol.

#### 2.14.1. Makanan Sehat

Penerapan makanan sehat yang dimaksud disini adalah dengan memilih menu makanan bijak. Pada prinsipnya makanan selain sehat dalam kondisi baik juga rasanya dapat diterima lidah agar dapat dikonsumsi dalam jumlah cukup. Perubahan pola makan tidak dilakukan secara total, tetapi bertahap, perubahan 20% pola makan masih dapat ditoleransi oleh kebanyakan orang. Yang perlu diperhatikan adalah ukuran penyajian, frekuensi per-hari, dan variasi makanan.

#### 2.14.2. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang dimaksud disini adalah beberapa jenis olahraga yang dapat dilakukan sehari-hari dan dapat dihitung sesuai dengan METS. Hal-hal yang dapat dilakukan untuk menjadi aktif setiap hari, diantaranya adalah dengan berjalan kaki sebanyak mungkin, menggunakan tangga dari pada eskalator atau lift, parkir kendaraan di tempat yang agak jauh dari tujuan, melakukan peregangan setelah melakukan aktivitas kerja, mengurangi kegiatan yang statik seperti menonton TV, bermain komputer, duduk lebih dari 30 menit tanpa berdiri.

#### 2.14.3. Stop Rokok

Dari hasil studi ditemukan bahwa asap rokok mengandung 4000 bahan kimia. Merokok juga dapat menyebabkan lebih dari 25 macam penyakit dan mengakibatkan kematian 3,5 juta penduduk dunia per tahun. Indonesia merupakan negara keempat yang memiliki jumlah perokok terbesar di dunia.

Untuk berhenti merokok, terdapat beberapa cara, diantaranya:

- a. Berhenti seketika, dengan mendadak yaitu stop sama sekali tidak merokok. Cara ini angka keberhasilannya cukup tinggi, karena gejala sakau dapat teratasi dengan niat yang kuat.
- b. Penundaan, menunda merokok dari waktu ke waktu, hari ke hari sampai akhirnya berhenti.
- c. Pengurangan, dihitung dari jumlah rokok yang dikonsumsi setiap hari, dikurangi secara berangsur-angsur sampai berhenti

#### 2.14.4. Cukup Tidur, Istirahat dan Waktu Luang

Gangguan tidur, irama sirkadian, jadwal kerja yang panjang dan tidak teratur, serta kebiasaan begadang dapat menyebabkan kurang tidur yang berkepanjangan dan berdampak turunnya kewaspadaan dan menurunnya kinerja termasuk penampilan dan produktivitas, serta terancamnya keselamatan dan kesehatan pekerja.

#### 2.14.5. Stop Alkohol

Alkohol sudah dinyatakan sebagai minman yang haram dan berdampak buruk bagi kesehatan untuk itu dalam menjalankan pola hidup sehat sudah pasti dengan tidak mengkonsumsi alkohol. Oleh karena itu dalam penelitian ini penggunaan alkohol sudah tidak diperhitungkan lagi, karena diasumsikan bahwa para staf akademik dan non akademik di Universitas Indonesia sudah bersih dari alkohol.

### **2.15. Gambaran Universitas Indonesia**

Universitas Indonesia (UI) adalah kampus modern, komprehensif, terbuka, multi budaya, dan humanis yang mencakup disiplin ilmu yang luas. UI saat ini secara simultan selalu berusaha menjadi salah satu universitas riset atau institusi akademik terkemuka di dunia. Sebagai universitas riset, upaya-upaya pencapaian tertinggi dalam hal penemuan, pengembangan dan difusi pengetahuan secara regional dan global selalu dilakukan. Sementara itu, UI juga memperdalam komitmen dalam upayanya di bidang pengembangan akademik dan aktifitas penelitian melalui sejumlah disiplin ilmu yang ada dilingkupnya ([www.ui.ac.id](http://www.ui.ac.id)).



Dengan predikat sebagai kampus terbaik negeri ini, UI secara aktif mengembangkan kerja sama global dengan banyak perguruan tinggi ternama dunia. Beberapa universitas terkemuka yang saat ini tercatat memiliki perjanjian dengan UI diantaranya adalah: Washington University, Tokyo University, Melbourne University, Sydney University, Leiden University, Erasmus University, Kyoto University, Peking University, Tsinghua University, Australian National University, and National University of Singapore. Selain itu, UI saat ini juga memperkuat kerjasamanya dengan beberapa asosiasi pendidikan dan riset diantaranya: APRU (Association of Pacific Rim Universities) dengan peran sebagai Board of Director, AUN (ASEAN University Network), and ASAIHL (Association of South East Asia Institution of Higher Learning).

Secara geografis, posisi kampus UI berada di dua area berjauhan, kampus Salemba dan kampus Depok. Mayoritas fakultas berada di Depok dengan luas lahan mencapai 320 hektar dengan atmosfer green campus karena hanya 25% lahan digunakan sebagai sarana akademik, riset dan kemahasiswaan. 75% wilayah UI bisa dikatakan adalah area hijau berwujud hutan kota dimana di dalamnya terdapat 8 danau alam. Sebuah area yang menjanjikan nuansa akademik bertradisi yang tenang dan asri.

## **2.16. Visi, Misi, Tujuan, dan Target Universitas Indonesia**

### **2.16.1. Visi**

"Menjadi Universitas Riset Kelas Dunia"

### **2.16.2. Misi**

- Menyelenggarakan Pendidikan Tinggi berbasis riset untuk pengembangan Ilmu, Teknologi, Seni dan Budaya.
- Menyelenggarakan Pendidikan Tinggi yang mengupayakan penggunaannya untuk meningkatkan taraf dan kualitas kehidupan masyarakat Indonesia serta kemanusiaan.

### 2.16.3. Tujuan

Mempertahankan reputasi UI sebagai universitas terbaik di Indonesia dengan menghasilkan kualitas lulusan yang mampu bersaing di pasar global dan kualitas riset yang bertaraf internasional serta menghasilkan produk Research & Design yang dapat mendukung daya saing Internasional.

### 2.16.4. Perencanaan dan Target

Pengembangan Universitas Indonesia, termasuk fakultas dibagi dalam 3 tahap, yaitu jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang. Sasaran Jangka Pendek (Tahun 2007-2012)

1. Setiap Senat Akademik Fakultas, merumuskan bidang unggulan fakultas masing-masing paling lambat tahun 2007.
2. Universitas dan/atau fakultas mewujudkan jejaring dengan institusi/sumber pemberi beasiswa nasional, regional, dan internasional paling lambat tahun 2008.
3. Bahasa Indonesia, Bahasa Inggris, dan Bahasa asing lainnya dapat digunakan dalam kegiatan belajar mengajar di Universitas paling lambat tahun 2007.
4. Setiap kegiatan di Universitas dilakukan berdasarkan tolak ukur mutu dalam hal ketepatan waktu, komitmen, dan kompetensi paling lambat tahun 2009.
5. Hasil riset tahunan paling lambat tahun 2007.
6. Universitas telah memiliki pusat kegiatan ilmiah yang komprehensif paling lambat tahun 2009.
7. Governance universitas dilaksanakan berdasarkan prinsip transparansi, akuntabilitas, fairness, dan kepatuhan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku paling lambat tahun 2007.
8. Minimal salah satu unggulan bidang unggulan Universitas (nanotechnology, genome, information, and communication technology (ITC), policy studies, dan indigenous studies). Dan pada bidang unggulan fakultas terwujud pada tahun 2010.

9. Pedoman akademik tahunan universitas telah berlaku secara baku paling lambat tahun 2008.
10. Universitas telah mewujudkan lingkungan akademik dan non akademik berbasis teknologi informasi dan komunikasi paling lambat tahun 2008.
11. Universitas memiliki pusat informasi universitas berbahasa Indonesia dan Inggris yang telah beroperasi paling lambat tahun 2008.
12. Universitas telah menetapkan prosentasi sumber pendanaan yang proporsional paling lambat tahun 2007.
13. Program pendidikan akademik dan profesi di universitas telah dilaksanakan secara mantap paling lambat tahun 2008.

#### Sasaran Jangka Menengah 92012-2017)

1. Universitas memiliki perpustakaan yang lengkap dan berteknologi utakhir paling lamabat tahun 2012.
2. Universitas menjalankan organisasi dan manajemen pendidikan tinggi dan yang terpadu dan menyeluruh telah dilaksanakan di universitas paling lambat tahun 2012.

#### Sasaran Jangka Panjang (2017-2022)

1. Universitas dari 75% jumlah fakultas telah mewujudkan jejaring jurnal ilmiah internasional paling lambat 2018.
2. Lebih dari 80% dosen universitas memiliki gelar doktor paling lambat tahun 2020.

### 2.17. Struktur Universitas Indonesia

Sebagai salah satu institusi pendidikan tinggi yang berorientasi pada sistem pendidikan berbasis penelitian, UI selalu mengupayakan agar sistem pendidikan yang ada mampu mempersiapkan mahasiswa-mahasiswinya bersaing secara global dalam segala aspek, baik di bidang ilmu sains, sosial humaniora, dan kedokteran. Untuk itu dibutuhkan pembangunan budaya dan atmosfir intelektual yang intensif dan konsisten. Hal ini sepenuhnya mendapatkan dukungan dari organisasi dan manajemen yang saling

mendukung satu sama lain, baik itu dari Majelis Wali Amanat (MWA), Kabinet Rektorat, Dekan Fakultas hingga Tim Administrasi.

Dalam menjalankan roda operasionalnya, pihak manajemen UI menggunakan asas transparansi dan akuntabilitas. Dengan prinsip tersebut, diharapkan UI mampu berakselerasi dalam masyarakat global sebagai perguruan tinggi dengan tradisi akademik yang telah mengakar kuat sejak abad ke-19.

Struktur organisasi UI memiliki fleksibilitas untuk mendukung program-program kerja berdasarkan visi, misi dan tujuan yang menjadi GBPP (Garis Besar Pelaksanaan Pendidikan) Universitas Indonesia. Struktur organisasi juga merupakan tonggak yang mampu menjamin kualitas pembuatan kebijakan, manajemen keuangan yang modern, dan tentunya menjaga level pencapaian pada persaingan global.

Pimpinan UI dengan beberapa tim pendukungnya adalah gambaran institusi pendidikan yang modern dimana kampus harus mampu mengakomodir semua aspek dan masukan dari semua unitnya berbasiskan alam berpikir demokratis, sekaligus berjalan beriring dengan manajemen modern demi mencapai tujuan luhur menghasilkan lulusan yang berkualitas. Akhir kata, atmosfir yang modern, demokratis dan manajemen modern adalah jiwa dan semangat dari Universitas Indonesia di era milenium ini.

#### **2.18. Staf Akademik dan Non-Akademik**

Saat ini UI berupaya membangun basis berstandar global dengan bertumpu pada pengembangan program studi berorientasi internasional, rekrutmen staf akademik berkualitas, pembelanjaan perlengkapan laboratorium berkualitas dan pengembangan program studi multi disiplin. Harapannya adalah fakultas dan staf akademik memiliki kesadaran akan pentingnya makna transfer pengetahuan dan keahlian serta mengembangkan aktivitas ekonomi yang berdaya guna bagi masyarakat lokal, regional maupun kalangan internasional.

Sivitas akademika UI adalah kalangan akademi yang bangga dengan tradisi maupun sejarah panjangnya dibidang pengetahuan dan humaniora.



Mereka tersebar dari seluruh penjuru negeri, bahkan dunia sebagai representasi dari perbedaan demografis, ekonomi dan budaya. Secara periodik Universitas Indonesia melakukan evaluasi melalui perbaikan kurikulum inti secara berkesinambungan demi memastikan bahwa tujuan objektif yang ditargetkan tercapai.

Universitas Indonesia memiliki 12 fakultas yang terdiri dari Fakultas Kedokteran (FK), Fakultas Kedokteran Gigi (FKG), Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam (FMIPA), Fakultas Teknik (FT), Fakultas Hukum (FH), Fakultas Ekonomi (FE), Fakultas Ilmu Pengetahuan Budaya (FIB), Fakultas Psikologi (FPsi), Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP), Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM), Fakultas Ilmu Komputer (Fasilkom), dan Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) serta Program Pascasarjana dan Program Vokasi. Untuk program Doktorat, Universitas Indonesia memiliki 29 jurusan, yaitu, Ilmu Kedokteran, Ilmu Biomedik, Ilmu Gizi, Biologi, Ilmu Kimia, Teknik Elektro, Opto Elektronik dan Apikasi Laser, Teknik Mesin, Teknik Kimia, Teknik Metalurgi, Hukum, Ekonomi, Ilmu Manajemen, Akuntansi, Filosofi, Bahasa, Studi Literatur, Sejarah, Arkeologi, Psikologi, Ilmu Administrasi, Ilmu Politik, Sosiologi, Ilmu Komunikasi, Antropologi, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Epidemiologi, Ilmu Komputer, dan Ilmu Lingkungan. Untuk menunjang seluruh aktivitas pendidikan dan sarana pengembangan riset Universitas Indonesia memiliki kurang lebih 96 Pusat Riset dari seluruh disiplin Ilmu dan memiliki kurang lebih 203 Laboratorium dari seluruh fakultas di Universitas Indonesia.

Para pekerja yang bekerja di Universitas Indonesia, diluar mahasiswa pada tahun 2008 berjumlah 6423 orang yang terdiri dari 1 orang Rektor, 3 orang Wakil Rektor, 1 orang Sekretaris Universitas, 11 orang Direktur, 8 orang *Head Office*, 12 orang Dekan, 12 orang Wakil Dekan, dan Staff pengajar baik Domestik maupun Asing yang terdiri dari 825 orang di Fakultas Kedokteran, 141 orang di Fakultas Kedokteran Gigi, 192 orang di Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, 313 orang di Fakultas Teknik, 210 di Fakultas Hukum, 699 orang di Fakultas Ekonomi, 278 orang di Fakultas Ilmu Pengetahuan Budaya, 135 orang di Fakultas Psikologi, 245 orang di

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, 110 orang di Fakultas Kesehatan Masyarakat, 63 orang di Fakultas Ilmu Komputer, dan 57 orang di Fakultas Ilmu Keperawatan, 245 di Program Pascasarjana, sedangkan staf non-akademik mencapai 2910.

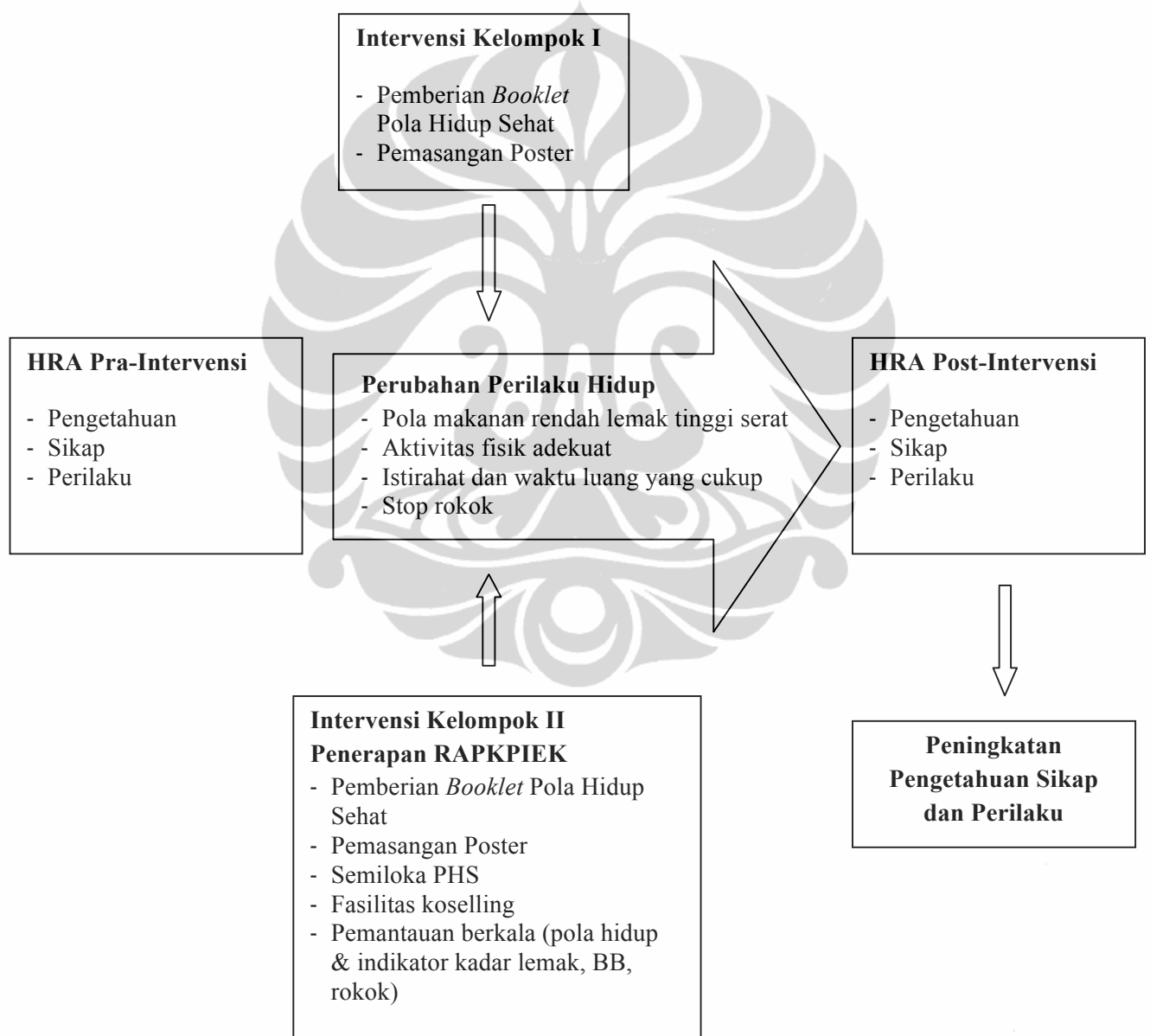


## BAB 3

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1. Kerangka Teori Penelitian

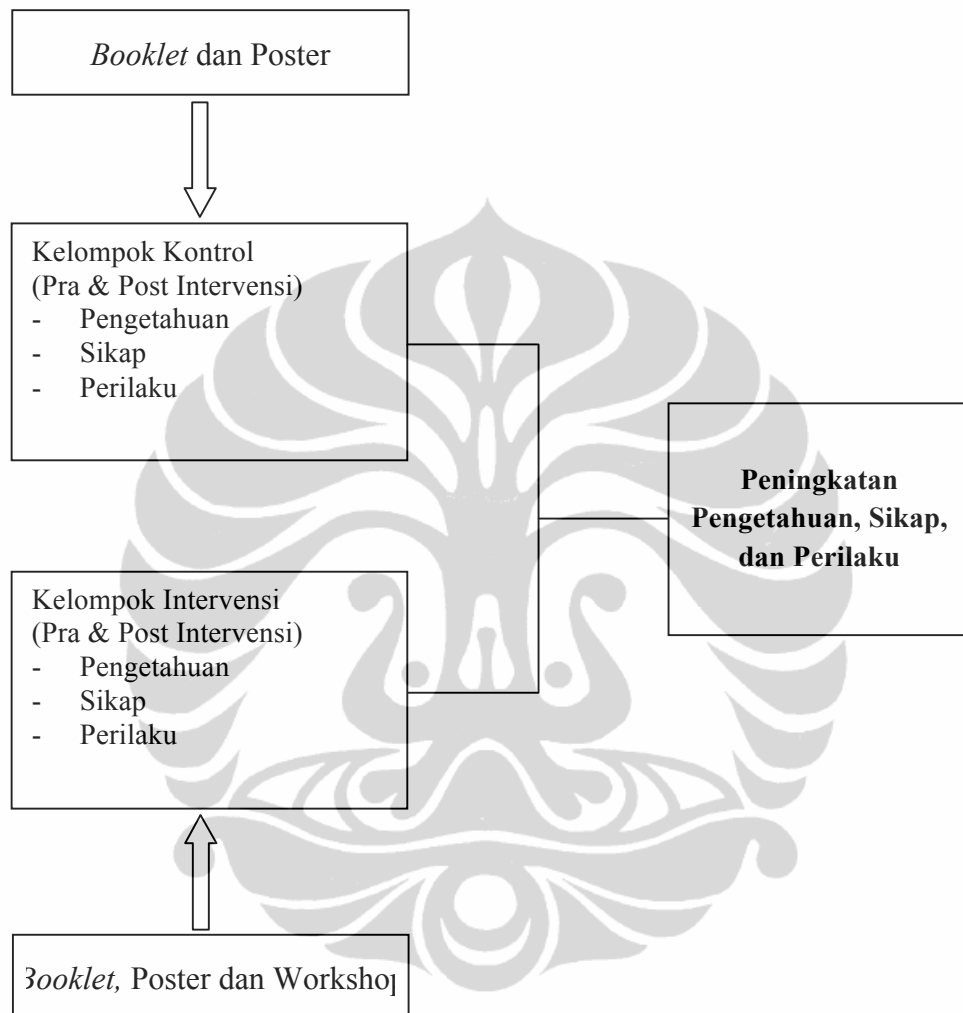
Kerangka teori yang digunakan adalah sebagai berikut.



Gambar 3.1. Kerangka Teori penelitian

### 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

47



Gambar 3.2. Kerangka Konsep

### 3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional dari penelitian ini dituangkan dalam tabel berikut.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Kategori dan Kriteria	Alat Ukur	Skala Ukur
Pengetahuan tentang Pola Hidup Sehat	Pengetahuan responden tentang bagaimana melaksanakan pola hidup sehat di tempat kerja. (Pertanyaan no. 1 – 10) 1. Pengetahuan baik jika total nilai $\geq 32$ dari skala 40 2. Pengetahuan buruk jika total nilai $< 32$ dari skala 40	1. Pengetahuan Baik 2. Pengetahuan Buruk	Kuesioner	Ordinal
Sikap melaksanakan Pola Hidup Sehat	Keputusan responden untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan Pola Hidup Sehat. (Pertanyaan no. 11 – 35) 1. Sikap baik jika total nilai $\geq 74$ dari skala 100 2. Sikap buruk jika total nilai $< 74$ dari skala 100	1. Sikap Baik 2. Sikap Buruk	Kuesioner	Ordinal

Perilaku dalam pelaksanaan Pola Hidup Sehat	Kemampuan responden untuk melakukan aktivitas berkaitan dengan pelaksanaan Pola Hidup Sehat (Pertanyaan no. 36 – 45) 1. Perilaku baik jika total nilai $\geq 27$ dari skala 40 2. Perilaku buruk jika total nilai $< 27$ dari skala 40	1. Perilaku Baik 2. Perilaku Buruk	Kuesioner	Ordinal
Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku	Bertambahnya tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku responden ke arah yang lebih baik dari pemeriksaan awal ke pemeriksaan akhir			

### 3.4. Hipotesis

1. Setelah intervensi promosi kesehatan di tempat kerja terjadi peningkatan pengetahuan pada kelompok I dan II.
2. Setelah intervensi promosi kesehatan di tempat kerja terjadi peningkatan sikap pada kelompok I dan II.
3. Setelah intervensi promosi kesehatan di tempat kerja terjadi peningkatan perilaku pada kelompok I dan II.
4. Perubahan perilaku hidup pada kelompok II lebih besar dibandingkan dengan kelompok I







## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Metodologi Penelitian

Desain penelitian ini ini adalah kuasi eksperimen dengan *pre and post test controlled group design*. Subjek penelitian adalah responden yang sudah dilakukan *Health Risk Assessment* (HRA) pertama pada tanggal 15-17 April 2009. Pada HRA pertama diperiksa status kesehatannya, serta dinilai pengetahuan, sikap dan perilakunya tentang pola hidup sehat.

Selanjutnya dilakukan intervensi program promosi kesehatan di tempat kerja. Program intervensi PKDTK dilakukan pada dua kelompok dengan metode yang berbeda. Pada kelompok pertama (kontrol) diberikan paparan berupa *booklet* dan poster tentang pola hidup sehat, sedangkan pada kelompok kedua (intervensi) diberikan paparan yang sama disertai dengan kesempatan mengikuti *workshop* dan dipantau dengan pengisian formulir pantau diri, sesuai tahapan langkah RAKPIEK (rekognisi, analisis, perencanaan, komunikasi, persiapan, implementasi, evaluasi dan kontinuitas). *Workshop* RAKPIEK telah dilaksanakan pada tanggal 28 dan 29 Januari 2010. Pada akhir intervensi dilakukan evaluasi keberhasilan program PKDTK yakni dengan mengukur status kesehatan setelah program dilaksanakan, yaitu pada tanggal 27-29 April 2010.

### Pola 1 (*Booklet dan Poster*)



### Pola 2 (*Booklet, Poster, Workshop, dan Pantau Diri*)



Gambar 4.1. Pola Intervensi Penelitian

## 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kampus UI Depok dan Salemba. Rangkaian penelitian awal telah dilakukan sebelumnya selama 10 bulan. Analisis lebih lanjut akan dilakukan pada bulan Juni 2010.

## 4.3 Populasi dan Sampel

### 4.3.1 Populasi

Populasi target penelitian ini adalah seluruh staf Universitas Indonesia, baik staf akademik maupun non akademik. Populasi terjangkau adalah staf 12 fakultas dan Program Pascasarjana dan Pusat Administrasi Universitas yang bersedia mengikuti penelitian.

### 4.3.2 Sampel

Besar sampel mengikuti penelitian sebelumnya yang ditetapkan berdasarkan rumus Uji Hipotesis pada dua populasi, (dengan data kategorik) dari Lemeshow (2001). Rumus sampel yang digunakan adalah sebagai berikut.

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

- n = besar sampel yang dibutuhkan
  - $Z_{1-\alpha}$  = nilai Z untuk  $1-\alpha$  (derajat kemaknaan) 5%
  - $Z_{1-\beta}$  = nilai Z untuk  $1-\beta$  (kekuatan uji statistik) 80%
  - $P_1$  = proporsi keadaan sesudah intervensi pada kelompok I
  - $P_2$  = proporsi keadaan sebelum intervensi pada kelompok II
- Tingkat kemaknaan ( $\alpha$ ) yang digunakan 5% dan kekuatan uji ( $1-\beta$ ) 80%.

Besar sampel untuk penelitian ini adalah sebesar 110 responden masing-masing untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Besar sampel mengikuti penelitian terdahulu. Adekuasi besar sampel tidak memperhitungkan nilai rata-rata populasi ( $\pi$ ) terpajan dan tidak terpajan.

Staf yang bersedia mengikuti pemeriksaan kesehatan pada prasurevei, ditawarkan untuk mengikuti penelitian ini sebagai subjek penelitian, sebesar sampel yang adekuat berdasarkan perhitungan rumus tadi yaitu 110 orang pada kelompok pertama dan 110 orang pada kelompok kedua.

#### 4.4 Teknik Pengumpulan Data

Data primer yang dikumpulkan terdiri dari karakteristik responden yang didapat dari penyebaran kuesioner dan data tentang pengetahuan, sikap dan perilaku pola hidup sehat dari subjek penelitian, yang didapat dari pengisian kuesioner.

Data sekunder berupa hasil pemeriksaan kesehatan sebelum intervensi, didapat dari kegiatan K3L UI yang dilakukan oleh tim peneliti yang sama.

#### 4.5 Analisis Data

Analisis data secara kuantitatif untuk melihat rata-rata hasil pemeriksaan kesehatan pada  $O_1$  dan  $O_3$ , kemudian dibandingkan dengan hasil rata-rata sesudah intervensi  $O_2$  dan  $O_4$ . Analisis bivariat terhadap

masing-masing komponen pengetahuan, sikap, dan perilaku dari kelompok kontrol dan intervensi, kemudian dilanjutkan Uji beda katagorik menggunakan paired t test. Analisis kuantitatif ini menggunakan SPSS.

#### 4.6 Tahapan Penelitian

Tahap 1. Penentuan kluster dan sampel

- Pemilihan fakultas yang akan dijadikan target penelitian.

Tahap 2. Pengukuran dan analisis risiko

- Melakukan HRA pra-intervensi.
- Menentukan masalah dan melihat besaran masalah.

Tahap 3. Perencanaan

- Melakukan perencanaan program CVD berdasarkan hasil analisis masalah dan kemampulaksanaan.

Tahap 4. Komunikasi

- Melakukan sosialisasi kepada pihak manajemen dan subjek, untuk mendapatkan ijin dan dukungan.

Tahap 5. Persiapan

- Pembentukan tim pelaksana.
- Pembentukan koordinasi tim pelaksana dengan pihak fakultas dan subjek.
- Menyiapkan sarana dan prasarana promosi, seperti poster dan brosur.
- Menyiapkan dokumentasi kegiatan program, tingkat keikutsertakan subjek, dan tingkat pencapaian program.
- Pembuatan *Booklet* tentang CVD dan Pancalogi hidup sehat.

Tahap 6. Implementasi intervensi

- Memberikan *booklet* kepada responden
- Pemasangan poster di tempat-tempat strategis di lingkungan fakultas dan ketika *workshop* berlangsung.
- Mengadakan *workshop*
- Memberikan pendidikan dan pengetahuan tentang kesehatan, perilaku pola hidup sehat risiko CVD kepada subjek (*health*

*education*).

- Melakukan demonstrasi (promosi) tentang aktifitas fisik atau gerak badan ringan yang dapat dilakukan di tempat kerja.
- Memberikan formulir pantau diri dan memberikan pendampingan kepada responden dalam pencatatan.

Tahap 7. Evaluasi proses program dan hasil intervensi, serta mempertahankan kontinuitas

- Pengukuran dan pemeriksaan kesehatan/HRA post intervensi
- Membuat form pencatatan dan pelaporan pencapaian program

#### **4.7 Instrumen Pengumpulan Data Dan Uji Coba Instrumen**

1. Kuesioner tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku hidup sehat.
2. Formulir pantau diri “AKU BISA HIDUP LEBIH SEHAT
3. Software system skoring risiko CVD (Framingham’s).
4. *Booklet* tentang pola hidup sehat untuk intervensi, dilakukan uji coba setelah instrumen dikembangkan.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Proses Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari penelitian yang dilakukan oleh Laboratorium K3. Pengumpulan data awal diperoleh dari hasil penelitian sebelumnya yang dilaksanakan pada tahun 2009. Kemudian pada kelompok yang telah diteliti tersebut diberikan intervensi yaitu pada kelompok pertama diberikan *booklet* dan kelompok kedua diberikan *booklet* dan *workshop*, selain itu kelompok yang diberikan *workshop* diberikan pendampingan dalam pengisian formulir pantau diri. Setelah itu kedua kelompok dilakukan pengukuran kembali yaitu dengan mengisi kuesioner pada saat pemeriksaan kesehatan.

Tahap selanjutnya dilakukan analisis secara kualitatif untuk melihat hasil rata-rata pengetahuan, sikap, dan perilaku pada O<sub>1</sub> dan O<sub>3</sub>, kemudian dibandingkan dengan hasil rata-rata sesudah intervensi yaitu O<sub>2</sub>, dan O<sub>4</sub>. Uji beda 2 *mean* menggunakan *paired t test*.

#### 5.2. Karakteristik Responden

##### 5.2.1. Berdasarkan Unit Kerja

Responden terdiri dari staf akademik dan staf non akademik Universitas Indonesia yang tersebar di 12 Fakultas, Program Pascasarjana dan Pusat Administrasi Universitas. Responden terbanyak berlokasi di Salemba, yaitu dari Program Pasca Sarjana berjumlah 36 orang (18,18%), dari Fakultas Kedokteran berjumlah 33 orang (16,67%), dan Fakultas Kedokteran Gigi berjumlah 32 orang (16,16%), sedangkan di Depok yang terbanyak adalah dari Fakultas Teknik berjumlah 21 orang (10,61%), dan Fakultas Kesehatan Masyarakat berjumlah 17 orang (8,59%), dan yang paling sedikit adalah dari Fakultas Psikologi berjumlah 2 orang (1,01%) dan Pusat Administrasi Universitas berjumlah 3 orang (1,52%).

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Unit Kerja

Fakultas	Jumlah (orang)		Persentase (%)
Kedokteran	57	33	16,67
Kedokteran Gigi		32	16,16
Matematika dan IPA		7	3,54
Teknik		21	10,61
Hukum		6	3,03
Ekonomi		6	3,03
Psikologi		2	1,01
Ilmu Pengetahuan Budaya		8	4,04
Ilmu Sosial dan Ilmu Politik		9	4,55
Kesehatan Masyarakat		17	8,59
Ilmu Komputer		12	6,06
Ilmu Keperawatan		6	3,03
Pascasarjana		36	18,18
Pusat Administrasi Universitas		3	1,52
<b>Total</b>		<b>198</b>	<b>100</b>

Dari distribusi pekerja berdasarkan unit kerja tersebut diatas, kemudian dianalisis lagi dan mendapatkan distribusi frekuensi pekerja berdasarkan rumpun ilmu. Ditinjau dari rumpun ilmu kesehatan dan non-kesehatan jumlah reponden yang terdapat pada telitian ini hampir sama banyaknya, pada rumpun kesehatan sejumlah 44,44% sedangkan pada rumpun non-kesehatan sejumlah 55,56%.

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Rumpun Ilmu

Unit Kerja		Kontrol		Intervensi		Total	
		N	%	n	%	n	%
Rumpun Kesehatan	Kedokteran	18	9,09	15	7,58	33	16,67
	Kedokteran Gigi	26	13,13	6	3,03	32	16,16
	Kesehatan Masyarakat	7	3,54	10	5,05	17	8,59
	Ilmu Keperawatan	4	2,02	2	1,01	6	3,03
	Subtotal	55	27,78	33	16,67	88	44,44
Rumpun Non-Kesehatan	Matematika dan IPA	5	2,53	2	1,01	7	3,54
	Teknik	9	4,55	12	6,06	21	10,61
	Hukum	6	3,03	-	-	6	3,03
	Ekonomi	6	3,03	-	-	6	3,03
	Psikologi	2	1,01	-	-	2	1,01
	Ilmu Pengetahuan Budaya	4	2,02	4	2,02	8	4,04
	Ilmu Sosial dan Ilmu Politik	7	3,54	2	1,01	9	4,55
	Ilmu Komputer	12	6,06	-	-	12	6,06
	Pascasarjana	20	10,10	16	8,08	36	18,18
	Pusat Administrasi Universitas	1	0,51	2	1,01	3	1,52
	Subtotal	72	36,37	38	19,19	110	55,56

	TOTAL	127	64,14	71	35,86	198	100
--	-------	-----	-------	----	-------	-----	-----

### 5.2.2. Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, responden terdiri dari 76 orang laki-laki (38,39%) dan 122 orang perempuan (61,61%).

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	76	38,39
Perempuan	122	61,61
Total	198	100

### 5.2.3. Berdasarkan Kelompok Kontrol dan Intervensi

Responden dibagi ke dalam dua kelompok yaitu kelompok kontrol yang berjumlah 127 orang (64,14%) dan kelompok intervensi yang berjumlah 71 orang (35,86%).

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Jumlah Staf UI Berdasarkan Kelompok Penelitian

Kelompok Penelitian	Jumlah	Persentase (%)
Kontrol	127	64,14
Intervensi	71	35,86
Total	198	100

## 5.3. Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku pada Kelompok Kontrol

### 5.3.1. Pengetahuan

Rata-rata skor pengetahuan pada kelompok kontrol pra-intervensi adalah  $30,98 \pm 3,46$  dari total skor 40, sedangkan pada pengetahuan kelompok kontrol post-intervensi, rata-rata skor pengetahuannya adalah  $31,75 \pm 3,74$ . Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p\text{-value} = 0,011$ .

Tabel 5.5 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Kontrol

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Pengetahuan pra	30,98	3,462	0,307	0,011	127
Pengetahuan post	31,75	3,739	0,332		127



Hasil telitian menunjukkan dengan tingkat kepercayaan 95% menghasilkan  $p\text{-value}=0,011$  berarti ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan kelompok kontrol pada pra-intervensi dan post-intervensi (Tabel 5.5).

### 5.3.2. Sikap

Rata-rata skor sikap pada pada kelompok kontrol pra-intervensi adalah  $73,65\pm 7,420$  dari total skor 100, sedangkan pada sikap kelompok kontrol post-intervensi, rata-rata skor sikapnya adalah  $74,34\pm 7,564$  dari total skor 100. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,313$ .

Tabel 5.6 Distribusi Rata-Rata Sikap Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Kontrol

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Sikap pra	73,65	7,420	0,658	0,313	127
Sikap post	74,34	7,564	0,671		127

Hasil telitian menunjukkan dengan tingkat kepercayaan 95% menghasilkan  $p\text{-value}=0,313$  yang berarti tidak ada perbedaan bermakna antara sikap kelompok kontrol pada pra-intervensi dan post-intervensi (Tabel 5.6).

### 5.3.3. Perilaku

Rata-rata skor perilaku pada pada kelompok kontrol pra-intervensi adalah  $26,43\pm 2,445$  dari total skor 40, sedangkan pada perilaku kelompok kontrol post-intervensi, rata-rata skor sikapnya adalah  $26,93\pm 2,498$  dari total skor 40. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,027$ .

Tabel 5.7 Distribusi Rata-Rata Perilaku Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Kontrol

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Perilaku pra	26,43	2,445	0,217	0,027	127
Perilaku post	26,93	2,498	0,222		127

Hasil telitian menunjukkan dengan tingkat kepercayaan 95% menghasilkan  $p\text{-value}=0,027$  berarti ada perbedaan yang bermakna antara

perilaku kelompok kontrol pada pra-intervensi dan post-intervensi (Tabel 5.7).

#### 5.4. Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku pada Kelompok Intervensi

##### 5.4.1. Pengetahuan

Rata-rata skor pengetahuan pada kelompok intervensi pra-intervensi adalah  $31,62 \pm 0,450$  dari total skor 40, sedangkan pada pengetahuan kelompok intervensi post-intervensi, rata-rata skor pengetahuannya adalah  $31,94 \pm 3,931$ . Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p\text{-value} = 0,305$ .

Tabel 5.8 Distribusi Rata-Rata Pengetahuan Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Intervensi

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Pengetahuan pra	31,62	3,789	0,450	0,305	71
Pengetahuan post	31,94	3,931	0,467		71

Hasil telitian menunjukkan dengan tingkat kepercayaan 95% menghasilkan  $p\text{-value} = 0,305$  berarti tidak ada perbedaan yang bermakna antara sikap kelompok intervensi pada pra-intervensi dan post-intervensi (Tabel 5.8).

##### 5.4.2. Sikap

Rata-rata skor sikap pada pada kelompok intervensi pra-intervensi adalah  $73,75 \pm 8,351$  dari total skor 100, sedangkan pada sikap kelompok intervensi post-intervensi, rata-rata skor sikapnya adalah  $76,08 \pm 7,802$  dari total skor 100. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p = 0,014$ .

Tabel 5.9 Distribusi Rata-Rata Sikap Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Intervensi

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Sikap pra	73,75	8,351	0,991	0,014	71
Sikap post	76,08	7,802	0,926		71

Hasil telitian menunjukkan dengan tingkat kepercayaan 95% menghasilkan  $p\text{-value} = 0,014$  berarti ada perbedaan yang bermakna

antara sikap kelompok intervensi pada pra-intervensi dan post-intervensi. (Tabel 5.9).

#### 5.4.3. Perilaku

Rata-rata skor perilaku pada pada kelompok intervensi pra-intervensi adalah  $26,35 \pm 2,050$  dari total skor 40, sedangkan pada perilaku kelompok intervensi post-intervensi, rata-rata skor perilakunya adalah  $26,97 \pm 2,470$  dari total skor 40. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,012$ .

Tabel 5.10 Distribusi Rata-Rata Perilaku Pada Pra-Post Intervensi di Kelompok Intervensi

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Perilaku pra	26,35	2,050	0,243	0,012	71
Perilaku post	26,97	2,274	0,270		71

Hasil telitian menunjukkan dengan tingkat kepercayaan 95% menghasilkan  $p\text{-value}=0,012$  berarti ada perbedaan yang bermakna antara perilaku kelompok intervensi pada pra-intervensi dan post-intervensi (Tabel 5.10).

### 5.5. Perbandingan Kelompok Kontrol dengan Kelompok Intervensi

Secara umum perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu signifikan terlihat perbedaan rata-rata antara masing-masing variabel (Tabel 5.11).

Tabel 5.11 Distribusi Rata-Rata Pada Pra-Post Intervensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Parameter	Kontrol			Intervensi			>baik
	Hasil	Pra-Post	P	Hasil	Pra-Post	p	
Pengetahuan							
- Pra	30.98	-0,77	0,011	31.62	0,32	-0,305	K
- Post	31.75			31.94			
Sikap							
- Pra	73.65	-0,69	0,313	73.75	2,33	-0,014	I
- Post	74.34			76.08			
Perilaku							
- Pra	26.43	-0,5	0,027	26.35	0,62	-0,012	I
- Post	26.93			26.97			

Dari hasil p-value, Sikap di kelompok kontrol ternyata tidak ada perbedaan sebaliknya pengetahuan pada kelompok intervensi yang tidak ada perbedaan. Perbedaan yang bermakna terjadi pada pengetahuan di kelompok kontrol dan sikap di kelompok intervensi. Sedangkan untuk perilaku, sama-sama terjadi perbedaan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Dari hasil perhitungan jumlah responden, didapatkan jumlah responden dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku yang baik lebih banyak daripada yang buruk. Hal ini terjadi pada kedua kelompok, baik di kelompok kontrol maupun di kelompok intervensi. Data terdistribusi dalam tabel berikut.

Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Variabel	Kontrol		Intervensi		Total	
	N	%	N	%	n	%
Pengetahuan						
- Baik	68	53,5	39	54,9	107	54,2
- Buruk	59	46,5	32	45,1	91	45,8
Sikap						
- Baik	65	51,2	40	56,3	105	53,75
- Buruk	62	48,8	31	43,7	93	46,25
Perilaku						
- Baik	73	57,5	38	53,5	111	55,5
- Buruk	54	42,5	33	46,5	87	44,5

## BAB 6 PEMBAHASAN

### 6.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat keterbatasan-keterbatasan sebagai berikut:

1. Besar sampel yang awalnya direncanakan berjumlah 110 tiap kelompok ternyata rencana ini tidak terlaksana dengan baik, karena pada kelompok intervensi yang tidak bisa menghadiri *workshop* terpaksa dimasukkan ke dalam kelompok kontrol.
2. Waktu pendampingan dalam pengisian formulir pantau diri hanya terlaksana selama 1 bulan sehingga kualitas pemantauan dari kelompok intervensi kurang optimal, karena dana yang direncanakan tidak terealisasi.
3. Alat ukur berupa kuesioner yang digunakan tentunya tidak lepas dari kekurangan-kekurangan walaupun kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner yang sama dengan kuesioner yang digunakan pada penelitian sebelumnya.
4. Penelitian ini menggunakan data sekunder dari penelitian sebelumnya.

### 6.2. Pembahasan Hasil Karakteristik Responden

Responden terdiri dari staf akademik dan non akademik Universitas Indonesia yang tersebar di 12 Fakultas, Program Pascasarjana, dan Pusat Administrasi Universitas.

Jumlah staf pada kelompok kontrol dan intervensi cukup berbeda, lebih banyak pada kelompok kontrol. Kelompok intervensi yang seharusnya berjumlah 110 untuk diikutsertakan dalam *workshop*, pada hari pelaksanaannya yang hadir dalam *workshop* hanya berjumlah 71 orang dikarenakan bersamaan dengan pelaksanaan wisuda sehingga responden yang tidak hadir tersebut dimasukkan ke dalam kelompok kontrol. Dari seluruh responden (270 orang) yang diundang untuk melakukan pemeriksaan akhir setelah intervensi, ternyata yang hadir hanya berjumlah 198 orang (73,3 %)

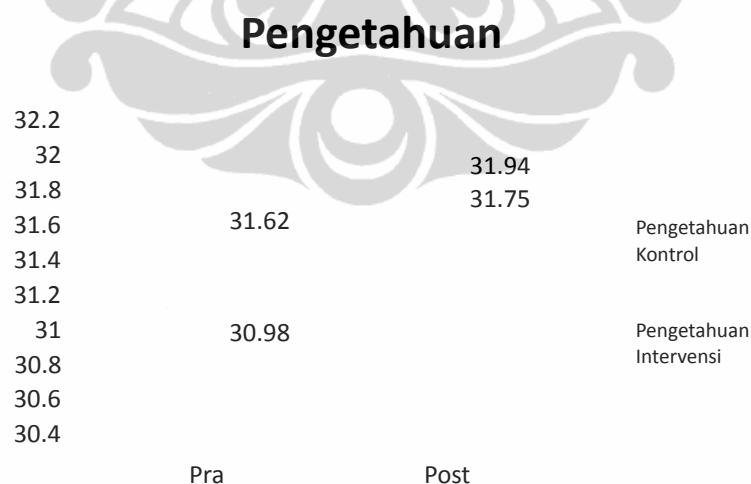
sehingga jumlah responden kelompok kontrol yang rencananya berjumlah 110 orang bertambah menjadi 127 orang. Hal ini menunjukkan sulitnya mengumpulkan staf UI pada waktu yang bersamaan untuk melaksanakan *workshop*, terutama bagi staf akademik.

### 6.3. Pembahasan Hasil Distribusi Variabel Penelitian

#### 6.3.1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu variabel yang diharapkan meningkat setelah pemberian intervensi sesuai pancalogi hidup sehat. Dalam penelitian ini terjadi peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Dari hasil perhitungan statistik terdapat perbedaan yang bermakna dari peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol sedangkan peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi menurut perhitungan statistik tidak bermakna perbedaannya. Peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol lebih besar yaitu selisih 0,77 poin dibandingkan dengan kelompok intervensi yaitu selisih 0,32 poin (Grafik 6.1).



Grafik 6.1 Peningkatan Pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Notoatmojo (2005) menyatakan pengetahuan merupakan hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya.

Penginderaan tersebut dapat dilakukan melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa maupun peraba terhadap suatu objek. Ketidak bermaknaan diduga karena tingkat pendidikan di atas SLTA (sebagai syarat penerimaan staf UI) maka dengan media promosi berupa *booklet* dan poster cukup efektif dalam meningkatkan pengetahuan bagi kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.

Kondisi ini sangat menguntungkan dalam membantu perubahan perilaku. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku, maka sebaiknya mengetahui terlebih dahulu apa arti dan manfaat perilaku tersebut bagi dirinya, sehingga dibutuhkan pengetahuan sebelum berperilaku. Pengetahuan tentang pancalogi hidup sehat yang didapatkan hanya dari *booklet* saja ternyata kurang memberikan hasil yang signifikan oleh karena itu diperlukan pemahaman lebih lanjut tentang pancalogi hidup sehat ini.

### 6.3.2. Sikap

Pada variabel sikap juga terjadi peningkatan di kedua kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Berbanding terbalik dengan variabel pengetahuan, dari hasil uji statistik pada variabel sikap di kelompok kontrol tidak ada perbedaan peningkatan yang bermakna, sedangkan pada kelompok intervensi untuk variabel sikap, terjadi perbedaan peningkatan yang bermakna. Hasil telitian menunjukkan peningkatan sikap yang lebih tinggi terdapat pada kelompok intervensi. Peningkatan sikap pada kelompok intervensi lebih besar yaitu selisih 2,33 poin dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu selisih 0,69 poin (Grafik 6.2). Disimpulkan bahwa pelaksanaan workshop mempunyai daya ungkit yang lebih tinggi dalam memperbaiki sikap seseorang untuk melaksanakan pola hidup sehat.



Grafik 6.2 Peningkatan Sikap antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Newcomb dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan tindakan, akan tetapi merupakan pemungkin (*predisposing*) tindakan terhadap perilaku.

Dalam hal ini kesediaan para staf UI untuk bersikap cukup baik dilihat dari besarnya peningkatan yang terjadi setelah diberi intervensi. Alport dalam Notoatmodjo (2003), mengelompokkan 3 komponen pokok dalam sikap, yaitu kepercayaan (keyakinan), kehidupan emosional, dan kecenderungan untuk bertindak. Lalu ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pemikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

### 6.3.3. Perilaku

Dari ketiga variabel yang diharapkan terjadi peningkatan, pada variabel perilaku inilah terjadi peningkatan yang bermakna pada kedua kelompok baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi setelah dilakukan perhitungan statistik. Peningkatan perilaku pada kelompok intervensi lebih besar yaitu selisih 0,62 poin dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu selisih 0,5 poin (Grafik 6.3).



Perilaku ini diharapkan menjadi dasar acuan terhadap peran media intervensi untuk melaksanakan pola hidup sehat berdasarkan pancalogi. Pada kelompok intervensi yang diberikan *booklet* dan *workshop* memang terbukti ada peningkatan yang signifikan, begitu pula dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan *booklet* saja ternyata cukup ada peningkatan yang bermakna. Berikut gambaran peningkatan perilaku antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Dalam peningkatan perilaku hidup sehat, *booklet* dan poster cukup efektif bagi staf UI. Mengingat *workshop* sulit dilaksanakan dan memerlukan dana yang lebih banyak, serta efeknya terhadap perilaku tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan hanya menggunakan *booklet* dan poster, disarankan cukup menggunakan *booklet* dan poster sebagai media promosi kesehatan bagi staf UI.



Grafik 6.3 Peningkatan Perilaku antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Dari Intervensi yang telah dilakukan, yaitu memberikan *booklet* dan *workshop* tentang pancalogi hidup sehat, secara signifikan terlihat peningkatan perilaku para staf UI ke arah yang lebih baik. Mereka telah menerapkan anjuran-anjuran yang terdapat dalam *booklet* dan *workshop*. Becker (dalam Notoatmodjo, 2005) menyatakan perilaku sehat, yaitu perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan. Perilaku sehat menurut

Becker antara lain, makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*) yang memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh, melakukan kegiatan fisik secara teratur dan cukup, misalnya olahraga, tidak merokok dan meminum minuman keras serta menggunakan narkoba, istirahat yang cukup secara fisik dan mental, dan pengendalian atau manajemen stres. Hal-hal tersebut yang dikemukakan oleh Becker juga terdapat dalam *booklet* pancalogi hidup sehat. Oleh karena itu, perilaku atau gaya hidup positif ini harus dapat ditingkatkan agar dapat terhindar dari berbagai macam penyakit dan masalah kesehatan.

#### 6.4. Efektifitas Media Intervensi

Menurut Ahmad (1999), *booklet* adalah sebuah media massa cetak yang bertujuan untuk menyebarkan informasi, memberitahukan informasi. Sehingga pandangan umum masyarakat mengatakan bahwa *booklet* tidak jauh berbeda dengan promosi.

Menurut Hadi (2009) *booklet* sebagai media sarana komunikasi massa sangat berperan dalam masa modern kala ini. tawaran-tawaran yang menggiurkan dan dengan harga pembuatannya yang relatif rendah menjadi alternatif pilihan bagi peminatnya.

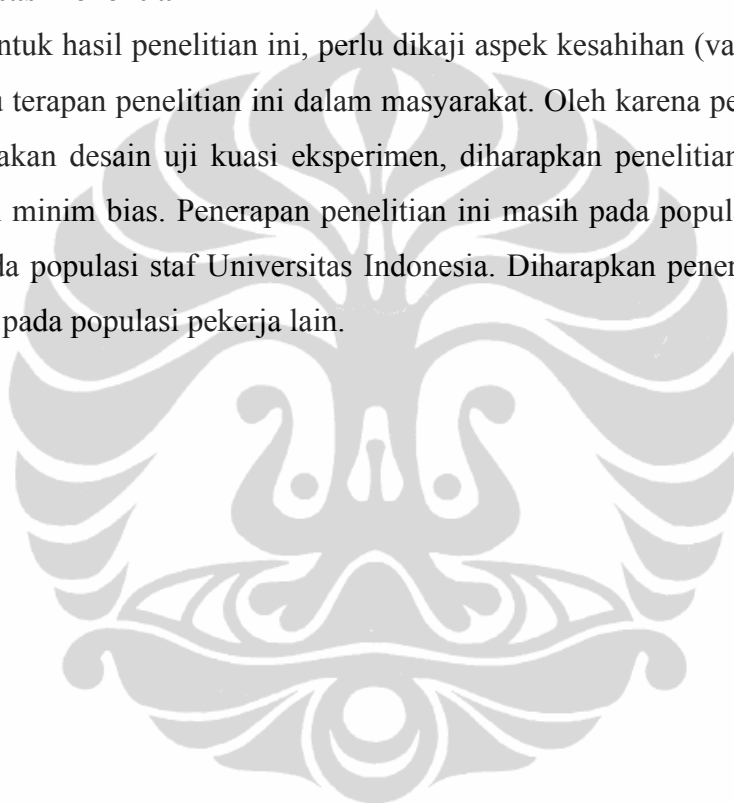
Dalam *Booklet*, mempunyai beberapa keunggulan-keunggulan dan juga kelemahan-kelemahan. Keunggulan dari *booklet* itu adalah bahwa *booklet* ini menggunakan media cetak sehingga biaya yang dikeluarkannya itu bisa lebih murah jika dibandingkan dengan menggunakan media audio dan visual serta juga audio visual. Proses *booklet* agar sampai kepada obyek atau masyarakat bisa dilakukan sewaktu-waktu, proses penyampaiannya juga bisa disesuaikan dengan kondisi yang ada, lebih terperinci dan jelas, karena lebih banyak bisa mengulas tentang pesan yang disampaikan.

Kelemahan dari *booklet* diantaranya tidak bisa menyebar ke seluruh masyarakat, karena disebabkan keterbatasan penyebaran *booklet*, tidak langsungnya proses penyampaiannya, sehingga umpan balik dari obyek kepada penyampai pesan tidak secara langsung (tertunda).

Ditinjau dari segi efektifitas penggunaan media, untuk mengadakan *workshop* perlu biaya dan alokasi waktu yang lebih banyak, sedangkan penggunaan *booklet* ditambah dengan pemasangan poster atau poster di beberapa titik strategis cukup efektif dan efisien. Jadi dalam hal ini penggunaan *booklet* sebagai media intervensi terbukti cukup untuk kalangan staf Universitas Indonesia.

#### **6.5. Generalisasi Penelitian**

Untuk hasil penelitian ini, perlu dikaji aspek kesahihan (validitas) dan kemampu terapan penelitian ini dalam masyarakat. Oleh karena penelitian ini menggunakan desain uji kuasi eksperimen, diharapkan penelitian ini cukup sah dan minim bias. Penerapan penelitian ini masih pada populasi terbatas yakni pada populasi staf Universitas Indonesia. Diharapkan penerapan dapat diperluas pada populasi pekerja lain.



## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Simpulan

Dari hasil yang didapatkan ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Media yang diberikan kepada kelompok kontrol adalah *booklet* dan poster, sedangkan media intervensi yang diberikan kepada kelompok intervensi adalah *booklet*, poster, *workshop* dan pendampingan.
2. Terjadi peningkatan rata-rata pengetahuan dari pemeriksaan pra dan post intervensi pada kelompok kontrol sebesar 0,77 poin dan kelompok intervensi sebesar 0,32 poin.
3. Terjadi peningkatan rata-rata sikap dari pemeriksaan pra dan post intervensi pada kelompok kontrol sebesar 0,69 poin dan kelompok intervensi sebesar 2,33 poin.
4. Terjadi peningkatan rata-rata perilaku dari pemeriksaan pra dan post intervensi pada kelompok kontrol sebesar 0,5 poin dan kelompok intervensi sebesar 0,62 poin.
5. Tidak ada perbedaan yang bermakna dari peningkatan sikap pada kelompok kontrol dan pada peningkatan pengetahuan kelompok intervensi.
6. Ada perbedaan yang bermakna dari peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol dan sikap pada kelompok intervensi, sedangkan pada variabel perilaku terjadi perbedaan yang bermakna di kedua kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
7. Pada kedua kelompok terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku dengan kedua macam model intervensi, tetapi perbedaan diantara kedua kelompok tersebut tidak signifikan, sehingga penggunaan *booklet* saja diharapkan cukup efektif, lebih hemat biaya, hemat waktu dan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan pola hidup sehat berdasarkan pancalogi hidup sehat bagi staf UI.

## 7.2. Saran

### 7.2.1. Saran untuk Universitas Indonesia

1. Mengingat banyak faktor<sup>71</sup> yang berkontribusi pada penyakit Jantung dan Pembuluh darah, diharapkan dari peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku ini dapat menurunkan risiko CVD yang terjadi pada staf UI.
2. Di UI, dapat menggunakan booklet dan poster sebagai media yang efektif, efisien, dan dapat dilaksanakan secara massal.
3. Komitmen dari pihak Universitas Indonesia guna mendukung program promosi kesehatan untuk pekerja sangatlah diperlukan dalam mendukung program ini.
4. Para pekerja di lingkungan Universitas Indonesia diharapkan lebih menyadari akan pentingnya menjalankan pola hidup sehat. Penyebaran *booklet* dan pemasangan poster di kalangan staf UI diharapkan dapat membantu meningkatkan kebiasaan pola hidup sehat.

### 7.2.2. Saran untuk Akademik

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut guna menggeneralisasi temuan yang ada di lingkungan Universitas Indonesia.
2. Dibutuhkan pengamatan lebih panjang untuk mengetahui peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku untuk mendapatkan hasil yang lebih optimal.
3. Untuk lebih memastikan efektifitas penggunaan media intervensi ini, dapat digunakan di ruang lingkup yang lebih kecil misalnya di tingkat fakultas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, Hariri. Periklanan Masa Kini. Jakarta : PT. Adi Cipta, 1999.
- American Heart Association. Risk factors and coronary heart disease. Diunduh dari [www.americanheart.org/](http://www.americanheart.org/) pada tanggal 31 Maret 2009.
- Ariawan, Iwan. Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan. Depok: FKM UI Jurusan Biostatistik dan Kependudukan. 1998.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, Panduan Pelatihan Komunikasi Perubahan Perilaku, untuk KIBBLA, Jakarta 2008.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan, Dalam Pencapaian PHBS, Jakarta 2008.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, Pengembangan Media Promosi Kesehatan, Jakarta 2004.
- Edwards, Allen. Techniques of Attitude Scale Construction. New York : Appleton-Century-Crofts.Inc. 1957.
- Green, Lawrence W, Marshall W.keuter. Health Promotin Planning; an educational and environmental approach. Mayfeld Inc. London : 1980.
- Hadi, Sunaryo. *Booklet* sebagai Alat Promosi. Diunduh 11 Juni 2010. <http://datarental.blogspot.com/2009/06/booklet-sebagai-alat-promosi.html>.
- Hastono, Sutanto Priyo. Basic Data Analysis for Health Research Training “Analisis Data Kesehatan”. Depok: FKM UI. 2008.
- International Diabetes Federation. Reducing the risks - diabetes and cardiovascular disease. 2005. Time to Act ©. Diunduh dari [http://www.cvd.idf.org/reducing\\_the\\_risks/](http://www.cvd.idf.org/reducing_the_risks/) pada tanggal 31 Maret 2009.
- Kurniawidjaja LM. Cardiovascular risk among workers in various industries in Indonesia. Proceeding. the “Symposium on Current Issues in Public Health in Indonesia”. APACH Meeting. Depok, 19 – 21 July 2007
- Kurniawidjaja LM. Filosofi dan konsep dasar Kesehatan Kerja serta perkembangannya dalam praktik. Jurnal Kesehatan Masyarakat, vol.1, Jun, pp. 243-51. 2007
- Kurniawidjaja LM. Promodi Kedehatan di Tempat Kerja. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Kerja Departeman Kesehatan RI. 2008.

- Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA et al, Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006: A Scientific Statement From the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*.2006;114:82-96. Diunduh dari <http://circ.ahajournals.org/> pada tanggal 20 April 2009.
- Mar'at. *Manusia Perubahan serta Pengukurannya*. Bandung : Fakultas Psikologi Universitas Padjajaran. 1984.
- Modjo, Robiana. *Pengembangan Dan Penerapan Model Program Promosi Kesehatan Kerja Yang Efektif Untuk Pencegahan Dan Penanggulangan Faktor Risiko Penyakit Jantung Dan Pembuluh Darah*. (Disertasi). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2006.
- Muhajir, Noeng. *Pengukuran Kepribadian, Telaah Konsep dan Teknik Penyusunan Test Psikometrik dan Skala Sikap*. Yogyakarta: Gadjah Mada Press. 1992.
- Murti, Bishma. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 1997.
- Muto Y. Evaluation of a multicomponent workplace health promotion program conducted in Japan for improving employees' cardiovascular disease risk factors. *Pubmed*. 2001;33(6):571-7 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Nilsson K, Nyberg. Life-style intervention at the worksite--reduction of cardiovascular risk factors in a randomized study. *PubMed*. 2001 Feb;27(1):57-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. PT. Rineka Cipta, Jakarta : 1997.
- *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta: 2010
- *Kesehatan Masyarakat. Ilmu dan seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta: 2005.
- *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Rineka Cipta, Jakarta : 2003.
- *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. PT. Rineka Cipta, Jakarta: 2005.
- Oppenheim, A.N. *Questionnaire Design And Attitude Measurement*. London: Heinemann Educational Book Ltd. 1973.
- Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey, USA: Prentice Hall; 2002.

- Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI. Modul Analisis Data Menggunakan SPSS. Jakarta: Depkes RI. 2004.
- Riono, Pandu dan Iwan Ariawan. Manajemen dan Analisis Data Penelitian. Depok: Pusat Penelitian Kesehatan LPUI. 1992.
- Robbins SP. Organizational behavior, foundation of individual behavior. 2001.
- Sabri L, dan Sutanto PH. Statistik Kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers. 2008.
- Sarwono, Sarlito Wirawan. Psikologi Sosial: Individu dan Dasar-Dasar Teori Psikologi Sosial. Jakarta: Balai Pustaka. 2002.
- Stanley, Lemeshow dkk. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (Terjemahan). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 1997.
- Stanley, Lemeshow L. Sampel size determination in health studies: a practical manual. 2.00 ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Suharnyoto M. Paradigma Baru Reorientasi Bagi Profesional Kesehatan Kerja. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2008.
- Sujanto, Agus, Drs. Psikologi Perkembangan. PT. Rineka Cipta, Jakarta : 1996.
- Wahana Komputer. SPSS 17 untuk Pengolahan Data Statistik. Semarang: Andi Offset. 2009.
- Wang C, Lapane, Eaton, Gans, Lasater. The effect of physician office visits on CHD risk factor modification as part of a worksite cholesterol screening program. Preventive medicine. 1999 Mar;28(3):221-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- WHO. Ottawa Charter 1st International Conference on Health promotion. Ottawa, Canada: WHO; 1986. Diunduh dari: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)





# LAMPIRAN

## T-Test

[DataSet1] C:\K U L I A H\THESIS\Hasil HRA intervensi.sav

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	p1	31.62	71	3.789	.450
	p2	31.94	71	3.931	.467
Pair 2	s1	73.75	71	8.351	.991
	s2	76.08	71	7.802	.926
Pair 3	pr1	26.35	71	2.050	.243
	pr2	26.97	71	2.274	.270

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	p1 & p2	71	.767	.000
Pair 2	s1 & s2	71	.532	.000
Pair 3	pr1 & pr2	71	.566	.000

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	p1 - p2	-.324	2.639	.313	-.949	.301	-1.034	70	.305
Pair 2	s1 - s2	-2.338	7.825	.929	-4.190	-.486	-2.518	70	.014
Pair 3	pr1 - pr2	-.620	2.024	.240	-1.099	-.141	-2.580	70	.012

## Frequencies

[DataSet1] C:\K U L I A H\THESIS\Hasil HRA intervensi.sav

		Statistics					
		p1	s1	pr1	p2	s2	pr2
N	Valid	71	71	71	71	71	71
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		31.62	73.75	26.35	31.94	76.08	26.97
Median		32.00	73.00	26.00	32.00	75.00	27.00
Mode		31	71	25	31	70 <sup>a</sup>	26 <sup>a</sup>
Std. Deviation		3.789	8.351	2.050	3.931	7.802	2.274
Variance		14.353	69.735	4.203	15.454	60.878	5.171
Minimum		19	56	22	19	61	23
Maximum		40	100	31	40	100	34
Sum		2245	5236	1871	2268	5402	1915

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frequencies

[DataSet1] C:\K U L I A H\THESIS\HRA2\_intervensi\_jmlh.sav

		Statistics		
		Pengetahuan_intervensi	Sikap_intervensi	Perilaku_intervensi
N	Valid	71	71	71
	Missing	0	0	0
Mean		1.55	1.56	1.54
Median		2.00	2.00	2.00
Mode		2	2	2
Std. Deviation		.501	.499	.502

### Statistics

		Pengetahuan_intervensi	Sikap_intervensi	Perilaku_intervensi
N	Valid	71	71	71
	Missing	0	0	0
Mean		1.55	1.56	1.54
Median		2.00	2.00	2.00
Mode		2	2	2
Std. Deviation		.501	.499	.502
Sum		110	111	109

### Frequency Table

#### Pengetahuan\_intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	32	45.1	45.1	45.1
	Baik	39	54.9	54.9	100.0
Total		71	100.0	100.0	

#### Sikap\_intervensi

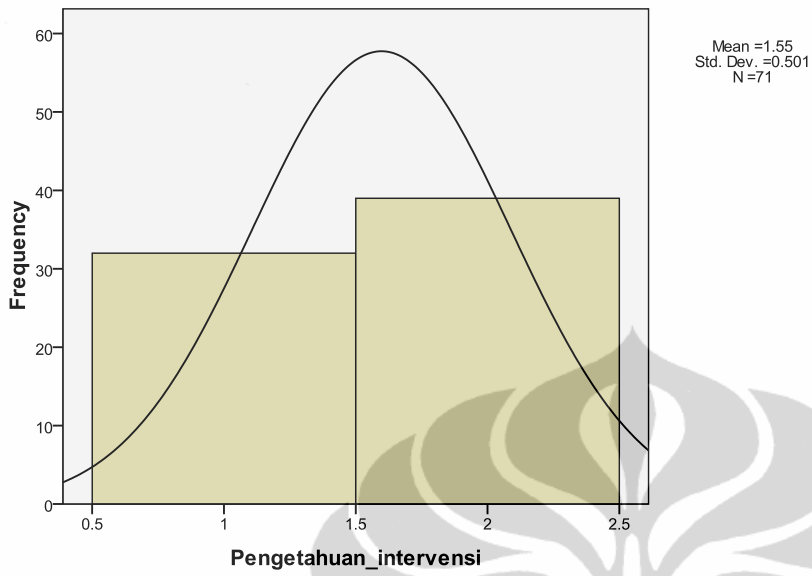
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	31	43.7	43.7	43.7
	Baik	40	56.3	56.3	100.0
Total		71	100.0	100.0	

#### Perilaku\_intervensi

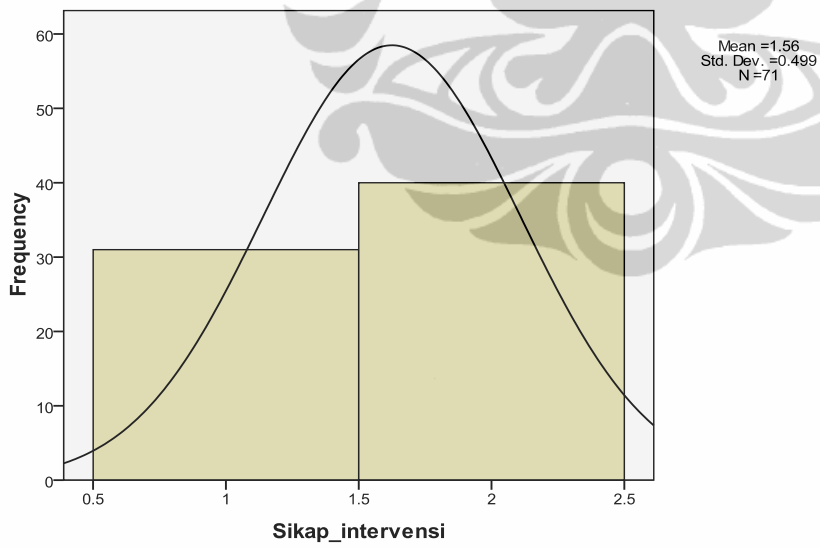
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	33	46.5	46.5	46.5
	Baik	38	53.5	53.5	100.0
Total		71	100.0	100.0	

### Histogram

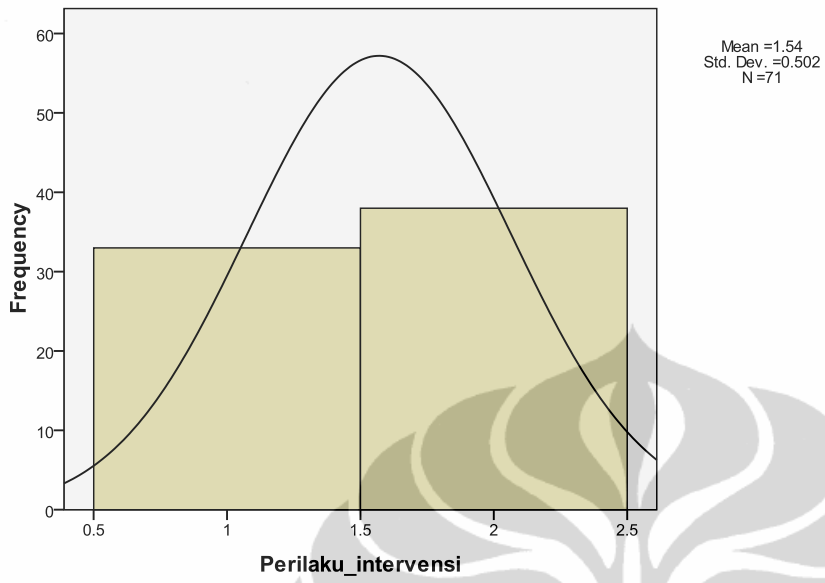
**Pengetahuan\_intervensi**



**Sikap\_intervensi**



Perilaku\_intervensi



## T-Test

[DataSet3] C:\K U L I A H\THESIS\Hasil HRA kontrol.sav

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	p1	30.98	127	3.462	.307
	p2	31.75	127	3.739	.332
Pair 2	s1	73.65	127	7.420	.658
	s2	74.34	127	7.564	.671
Pair 3	pr1	26.43	127	2.445	.217
	pr2	26.93	127	2.498	.222

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	p1 & p2	127	.570	.000
Pair 2	s1 & s2	127	.471	.000
Pair 3	pr1 & pr2	127	.470	.000

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
						Lower	Upper		
Pair 1	p1 - p2	-.764	3.346	.297	-1.351	-.176	-2.572	126	.011
Pair 2	s1 - s2	-.693	7.711	.684	-2.047	.661	-1.013	126	.313
Pair 3	pr1 - pr2	-.504	2.544	.226	-.951	-.057	-2.232	126	.027

## Frequencies

[DataSet2] C:\K U L I A H\THESIS\Hasil HRA kontrol.sav

		Statistics					
		p1	s1	pr1	p2	s2	pr2
N	Valid	127	127	127	127	127	127
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		30.98	73.65	26.43	31.75	74.34	26.93
Median		31.00	73.00	26.00	32.00	74.00	27.00
Mode		32	71 <sup>a</sup>	26	32 <sup>a</sup>	75	27
Std. Deviation		3.462	7.420	2.445	3.739	7.564	2.320
Variance		11.984	55.056	5.977	13.984	57.210	5.384
Minimum		22	58	18	23	58	21
Maximum		40	91	34	40	96	34
Sum		3935	9353	3356	4032	9441	3420

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frequencies

[DataSet2] C:\K U L I A H\THESIS\HRA2\_kontrol\_jmlh.sav

		Statistics		
		Pengetahuan_Kontrol	Sikap_Kontrol	Perilaku_Kontrol
N	Valid	127	127	127
	Missing	0	0	0
Mean		1.54	1.51	1.57
Median		2.00	2.00	2.00
Mode		2	2	2
Std. Deviation		.501	.502	.496
Sum		195	192	200



## Frequency Table

**Pengetahuan\_Kontrol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	59	46.5	46.5	46.5
	Baik	68	53.5	53.5	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

**Sikap\_Kontrol**

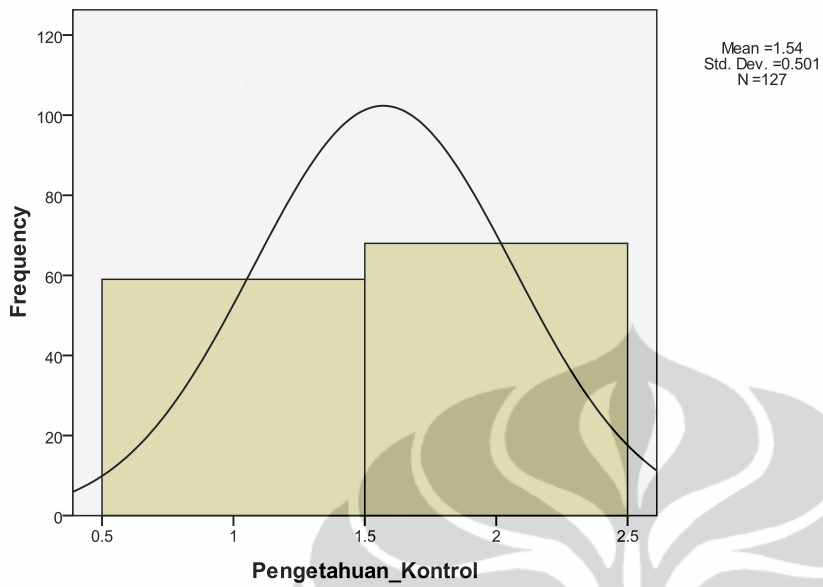
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	62	48.8	48.8	48.8
	Baik	65	51.2	51.2	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

**Perilaku\_Kontrol**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	54	42.5	42.5	42.5
	Baik	73	57.5	57.5	100.0
	Total	127	100.0	100.0	

## Histogram

**Pengetahuan\_Kontrol**



**Sikap\_Kontrol**

