



PT. Intisari Sains Medis



Universitas Islam Sumatera Utara

Promosi Kesehatan dan Komunikasi Terapeutik pada Penyakit Psoriasis

Penulis :

Cashtri Meher

Editor :

Dovi Camela Sitepu

Ida Bagus Amertha Putra Manuaba

Pande Agung Mahariski

Penerbit :



PT. Intisari Sains Medis

Promosi Kesehatan dan Komunikasi Terapeutik pada Penyakit Psoriasis

Penulis :

Cashtri Meher

Editor :

Dovi Camela Sitepu

Ida Bagus Amertha Putra Manuaba

Pande Agung Mahariski

Penerbit :

PT. Intisari Sains Medis

Redaksi :

Jl. Batanghari IIIC, No. 9

Kelurahan Panjer, Denpasar Selatan

Denpasar - Bali

Distributor Tunggal

PT. Intisari Sains Medis

Jl. Batanghari IIIC, No. 9

Kelurahan Panjer, Denpasar Selatan

Denpasar - Bali

Cetakan pertama : Maret 2021

2018, v + 70 hlm, 15,0 x 20,5 cm

ISBN : 978-623-95502-3-3

Hak cipta dilindungi undang-undang

Delarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit

Kata Pengantar

Segala puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberi kemampuan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan buku dengan judul “**Promosi Kesedan dan Kominkasi Terapeutik Penyakit Psoriasis**”. Buku ini disadur dari Disertasi dengan judul “Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Penderita Psoriasis Melalui Pendekatan Promosi Kesehatan” oleh Dr. dr. Casthri Meher. M.Kes, M.Ked. (DV), SpDV.

Promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Buku ini bertujuan untuk melihat bagaimana pengaruh upaya promosi kesehatan terhadap peningkatan kualitas hidup penderita psoriasis.

Manfaat dari buku ini bagi dinas kesehatan dapat digunakan sebagai masukan dalam menyusun strategi dan program promosi kesehatan melalui berbagai metode. Bagi rumah sakit, dikarenakan penyakit ini bersifat kronik residif maka diperlukan kualitas pelayanan rumah sakit dengan memberikan edukasi dan komunikasi yang efektif. Bagi keluarga pasien, yaitu minimalisasi dengan menghindari faktor pencetusnya.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan buku ini. Kiranya buku ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Penulis

“Engkau tak dapat meraih ilmu kecuali dengan enam hal yaitu cerdas, selalu ingin tahu, tabah, punya bekal dalam menuntut ilmu, bimbingan dari guru dan dalam waktu yang lama.” (Ali bin Abi Thalib)

“Ilmu lebih utama daripada harta. Sebab ilmu warisan para nabi adapun harta adalah warisan Qorun, Firaun dan lainnya. Ilmu lebih utama dari harta karena ilmu itu menjaga kamu, kalau harta kamulah yang menjaganya.” (Ali bin Abi Thalib)

“Bantinglah otak untuk mencari ilmu sebanyak-banyaknya guna mencari rahasia besar yang terkandung di dalam benda besar yang bernama dunia ini, tetapi pasanglah pelita dalam hati sanubari, yaitu pelita kehidupan jiwa.” (Al- Ghazali)

“Ilmu pengetahuan tanpa agama lumpuh, agama tanpa ilmu pengetahuan buta’

Daftar Isi

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DASAR-DASAR PROMOSI KESEHATAN PADA PSORIASIS	
BAGIAN I : Komunikasi Kesehatan	1
BAGIAN II : Promosi Kesehatan.....	6
BAGIAN III : Metode dan Media Promosi Kesehatan	11
BAGIAN IV : Promosi Kesehatan Rumah Sakit	17
BAGIAN V : Teori-Teori Perubahan Perilaku.....	23
BAGIAN VI : Kualitas Hidup	33
BAGIAN VII : Stres	39
PROMOSI DAN KOMUNIKASI KESEHATAN PADA PSORIASIS	
BAGIAN VIII : Overview Psoriasis	45
BAGIAN IX : Metode Promosi Kesehatan pada Psoriasis.....	50
BAGIAN X : Metode Komunikasi Kelompok, Booklet, dan Media Sosial terhadap Derajat Stres pada Penderita Psoriasis.....	57
BAGIAN XI : Metode Komunikasi Kelompok, Booklet, dan Media Sosial terhadap Kualitas Hidup Penderita Psoriasis.....	62
DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	68

BAGIAN I

KOMUNIKASI KESEHATAN

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa.¹ Komunikasi kesehatan meliputi informasi tentang pencegahan penyakit, promosi kesehatan, kebijakan pemeliharaan kesehatan, kebijaksanaan pemeliharaan kesehatan, regulasi bisnis dalam bidang kesehatan, yang sejauh mungkin mengubah dan membaharui kualitas individu dalam suatu komunitas atau masyarakat dengan mempertimbangkan aspek ilmu pengetahuan dan etika.²⁻⁴ Agar terjadi komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak yang lain, antara kelompok satu dengan yang lain, atau seseorang dengan orang lain, diperlukan keterlibatan beberapa unsur komunikasi, yakni : komunikator, komunikan, pesan dan saluran atau media.^{1,2-4}

1. Komunikator (*source*): Orang atau sumber yang menyampaikan atau mengeluarkan stimulus antara lain dalam bentuk : informasi-informasi, atau lebih tepat disebut pesan-pesan (*message*) yang harus disampaikan kepada pihak atau orang lain tersebut memberikan respons atau jawaban. Apabila orang lain atau pihak lain tersebut tidak memberikan respons atau jawaban, berarti tidak terjadi komunikasi antara kedua variabel tersebut.¹⁻³
2. Komunikan (*receiver*): Pihak yang menerima stimulus dan memberikan respons terhadap stimulus tersebut. Respons tersebut dapat bersifat pasif yakni memahami atau mengerti apa yang dimaksud oleh komunikan, atau dalam bentuk aktif yakni dalam bentuk ungkapan melalui bahasa lisan atau tulisan (*verbal*) atau menggunakan simbol-simbol (*nonverbal*). Menerima stimulus saja tanpa memberikan respons belum terjadi proses komunikasi.¹⁻³
3. Pesan (*message*): Isi stimulus yang dikeluarkan oleh komunikator (sumber) kepada komunikan (penerima). Isi stimulus yang berupa pesan atau informasi ini dikeluarkan oleh komunikan tidak sekedar diterima atau dimengerti oleh komunikan, tetapi diharapkan agar direspons secara positif dan aktif berupa perilaku atau tindakan.¹⁻³

4. Saluran (media): Saluran (*channel*) atau lebih populer disebut media adalah alat atau sarana yang digunakan oleh komunikator dalam menyampaikan pesan atau informasi kepada komunikan. Jenis dan bentuk saluran atau media komunikasi sangat bervariasi, mulai dari yang paling tradisional yakni melalui mulut (lisan), bunyi-bunyian (kentongan), tulisan (cetakan) sampai dengan elektronik yang paling *modern*, yakni televisi dan internet.¹⁻³

Agar proses komunikasi kesehatan itu efektif dan terarah, dapat dilakukan melalui bentuk-bentuk komunikasi antara lain sebagai berikut:^{1,5-7}

1. Komunikasi intrapersonal (*interpersonal communication*); Komunikasi dalam diri sendiri, terjadi apabila seseorang memikirkan masalah yang dihadapi. Komunikasi interpersonal juga terjadi apabila seseorang melakukan pertimbangan-pertimbangan sebelum mengambil suatu keputusan.
2. Interpersonal *communication* (*face to face communication*): Komunikasi ini adalah satu bentuk komunikasi yang paling efektif, karena antara komunikator dan komunikan dapat langsung tatap muka, sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan oleh komunikator, langsung dapat direspons atau ditanggapi pada saat itu juga.
3. *Mass communication* (*communication through the mass media*). Komunikasi ini menggunakan saluran (media) massa, atau berkomunikasi melalui media massa. Media yang paling banyak digunakan dalam komunikasi massa atau lebih populer disebut media massa ini bermacam-macam antara lain ;
 - a. Media cetak: koran, majalah, jurnal, selebaran (*flyer*), dan sebagainya
 - b. Media elektronik: radio, televisi, internet, dan sebagainya. Berbagai macam papan nama (*billboard*) Spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.
 - c. Komunikasi organisasi: Adalah komunikasi yang terjadi di antara organisasi, institusi atau lembaga. Komunikasi organisasi juga dapat terjadi di antara unit. Organisasi itu sendiri misalnya antar bagian, antar seksi atau sub bagian, antar departemen, dan sebagainya.

Bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam program-program kesehatan adalah komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*) dan komunikasi massa (*mass communication*). Komunikasi massa adalah penggunaan media massa untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kepada khlayak atau masyarakat. Komunikasi dalam kesehatan masyarakat berarti menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai media massa (TV, radio, media cetak, dan sebagainya), dengan tujuan agar masyarakat berperilaku hidup sehat.^{1,2,5-7}

Kegiatan berkomunikasi dalam dunia kesehatan dilakukan oleh dokter dan tenaga paramedik terhadap pasien. Bentuk komunikasi yang sering dilakukan adalah komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal yang terjalin antara dokter dan paramedik terhadap pasien merupakan hubungan kerjasama yang ditandai dengan menukar baik pesan, pengalaman, pikiran, perasaan dan perilakudengan tujuan antara lain dapat meringankan penderitaan dan membantu pasien lebih cepat sembuh dari penyakit yang dideritanya.⁸

Pasien yang menderita psoriasis tidak hanya mengalami penderitaan secara fisik namun juga meliputi jiwa atau mental, seperti mengalami gangguan emosi yakni mudah tersinggung, patah semangat disebabkan penyakit yang dideritanya. Sering timbul perasaan sedih, takut, dan cemas dalam diri pasien jika penyakit yang diderita cukup berat bahkan bila divonis sulit untuk disembuhkan. Di sinilah peran komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedik terhadap pasien sangat penting sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan di rumah sakit (Hardjana, 2003).

Pelayanan kesehatan yang dituntut oleh masyarakat saat ini bukan hanya terbatas pada aspek penyembuhan saja, tetapi lebih luas, yaitu mencakup kepuasan terhadap pelayanan. Kepuasan terhadap pelayanan termasuk pendekatan yang diberikan oleh dokter dan paramedik atau perawat terhadap pasien pada setiap fase atau tahapan, akan terlaksana dengan efektif dan harmonis serta dapat memberi kepuasan kepada pasien bila dilakukan dengan pendekatan komunikasi verbal, komunikasi tertulis dan komunikasi non verbal yang berkualitas dan professional.⁵⁻⁷

Kesenjangan provider kesehatan dalam melakukan kegiatan komunikasi dengan pasien dan terkhusus dalam mengubah perilaku pasien merupakan masalah serius yang tidak saja berpengaruh pada proses penyembuhan pasien, namun juga bagi pencitraan rumah sakit

sebagai penyelenggara pelayanan untuk masyarakat dan guna untuk mengubah perilaku pasien.^{9,10}

Adapun upaya rumah sakit sebagai penyelenggara kesehatan yakni mampu memberikan pelayanan paripurna yaitu melaluipendekatan yang menyeluruh mulai saat pertama pasien datang ke rumah sakit atau fase orientasi (*orientation*), kemudian fase kerja (*working*) yaitu untuk menyatukan proses komunikasi dengan tindakan perawatan dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan hingga kepada fase penyelesaian (*termination*) yaitu penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan setelah penyelesaian perobatan melalui konsultasi medis dan terapis yang diberikan oleh dokter atau paramedis dalam upaya penyembuhan penyakit.¹¹⁻¹²

DAFTAR PUSTAKA

1. Notoatmodjo. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Bineka Cipta. 2007.
2. Schiavo R. Health Communication: From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass. 2007.
3. Reynolds B. Principles of Communication. United States of America: Hayden-McNeil Publishing. 2013.
4. Nkanunye CC, Obiechina GO. Health Communication Strategies as Gateway to Effective Health Promotion and Well-being. Journal of Medical Research and Health Education. 2017;1(3):1-4.
5. Parvanta C. Introduction to Public Health Communication and Informatics. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. Essential of Public Health Communication. United States of America: Michael Brown. 2011:p1-18.
6. Parvanta C. A Public Health Communication Planning Framework. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. Essential of Public Health Communication. United States of America: Michael Brown. 2011:p19-35.
7. Harner RN. Patient-Provider Communication. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. Essential of Public Health Communication. United States of America: Michael Brown. 2011:p313-324.
8. Budiyatna, Ganiem LM. Teori Komunikasi Antarpribadi. Jakarta: Kencana. 2011.
9. Sixsmith J, Fox K-A, Doyle P, Harry, Margaret M. A Literature Review on Health Communication Campaign Evaluation with Regard to

- the Prevention and Control of Communicable Disease in Europe. Stockholm: ECDC. 2014.
10. Chandra S, Mohammednezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communication*. 2018;3(3):1-6.
 11. Effendy N. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Ed ke-2. Jakarta: EGC. 2003.
 12. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, Hallaert G, Van Daele S, Buylaert W, Vogelaers D. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *The International Journal of Clinical Practice*. 2015;69(11):1257-1267.

BAGIAN II

PROMOSI KESEHATAN

Promosi kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Penyampaian pesan atau informasi kepada sasaran diharapkan dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan.¹ Menurut Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.²

Promosi Kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Promosi kesehatan juga merupakan proses pendidikan yang tidak lepas dari proses belajar. Seseorang dapat dikatakan belajar bila dalam dirinya terjadi perubahan, dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat mengerjakan sesuatu menjadi dapat mengerjakan sesuatu.³

Kegiatan belajar memiliki tiga unsur pokok yang saling berkaitan, yakni masukan (*input*), proses, dan keluaran (*output*). Proses belajar merupakan terjadinya pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subjek belajar, pengajar atau fasilitator belajar, metode yang digunakan dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri, yang terdiri dari kemampuan baru atau perubahan baru pada diri subjek belajar. Promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus yang bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Berdasarkan tiga faktor determinan perilaku maka kegiatan promosi kesehatan sebagai pendekatan perilaku diarahkan tiga faktor menurut.^{1,3} Green (2004) yaitu mendukung perubahan faktor predisposisi digunakan pendekatan pendidikan kesehatan, perubahan terhadap faktor pemungkin (*enabling*) digunakan pendekatan pemberdayaan

masyarakat, selanjutnya perubahan terhadap faktor penguat (*reinforcing*) dapat digunakan pendekatan pelatihan-pelatihan.³

Promosi kesehatan bertujuan memperbaiki kesehatan atau mendorong untuk menempatkan kesehatan sebagai kebutuhan yang lebih tinggi pada individu ataupun dalam masyarakat. Aspek promosi kesehatan yang mendasar bertujuan untuk melakukan pemberdayaan sehingga orang memiliki keinginan lebih besar terhadap aspek kehidupan yang mempengaruhi kesehatan. Dengan peningkatan pengetahuan maka informasi masalah kesehatan akan membantu individu maupun masyarakat untuk tanggap dengan masalah kesehatannya dan cepat bertindak untuk mencari tahu ke tempat pelayanan kesehatan atau untuk mendapatkan pengobatan.⁴

Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan meliputi:⁵⁻⁷

1. Promosi kesehatan pada tingkat promotif, sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.
2. Promosi kesehatan pada tingkat preventif. Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini selain pada orang yang sehat juga bagi kelompok yang beresiko. Misalnya, ibu hamil, para perokok, para pekerja seks, keturunan diabetes dan sebagainya. Tujuan utama dari promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh sakit (*primary prevention*).
3. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif. Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit, terutama yang menderita penyakit kronis seperti asma, diabetes mellitus, tuberculosis, hipertensi dan sebagainya. Tujuan dari promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (*secondary prevention*).
4. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif. Sasaran pokok pada promosi kesehatan tingkat ini adalah pada kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Dengan kata lain, promosi kesehatan pada

tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat dari suatu penyakit (*tertiary prevention*).

Salah satu cara pendekatan dirumah sakit melalui program promosi kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain dengan adanya promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku kesehatan.⁸⁻¹⁰

Beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait pemberian promosi kesehatan antara lain adaah, Darmawan (2015) yang meneliti tentang pengaruh promosi kesehatan terhadap motivasi pasien hipertensi tentang pelaksanaan diet hipertensi di poliklinik RS. Rajawali Bandung. Adapun hasil penelitian tersebut ditemukan adanya peningkatan motivasi diet hipertensi setelah diberikan promosi kesehatan.¹¹ Sama halnya dengan Hastuti (2014) dalam penelitiannya yakni, “Pengaruh Paket Edukasi Talasemia (PEdTal) terhadap Kualitas Hidup Anak Talasemia” dimana, memperoleh hasil bahwa ada perbedaan kualitas hidup anak sebelum dan setelah diberikan PedTal.¹²

Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran promosi kesehatan diarahkan pada individu/keluarga, masyarakat, pemerintah/lintas sektor/politis/swasta dan petugas atau pelaksana program, secara rinci dapat dijelaskan sebagai berikut:^{2,13,14}

- Individu/keluarga, disini dimaksud untuk:
 - a. Memperoleh informasi kesehatan melalui berbagai saluran (baik langsung maupun tidak langsung (media masa),
 - b. Mempunyai pengetahuan dan kemauan untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya.
 - c. Mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
 - d. Berperan serta dalam kegiatan sosial, khususnya yang berkaitan dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM) kesehatan.
- Masyarakat, sasaran pada masyarakat adalah untuk:
 - a. Menggalangkan potensi untuk mengembangkan gerakan atau upaya kesehatan

- b. Bergotong royong mewujudkan lingkungan sehat
- Pemerintah/Lintas-sektor/Politis/swasta pada sasaran ini meliputi:
 - a. Peduli dan mendukung upaya kesehatan, minimal dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat.
 - b. Membuat kebijakan sosial yang memerhatikan dampak dibidang kesehatan
- Petugas atau Pelaksana Program, meliputi :
 - a. Memasukkan komponen promosi kesehatan dalam setiap program kesehatan.
 - b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang memberi kepuasan kepada masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

1. Fitriani, Sinta. Promosi Kesehatan. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu. 2011.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah. Jakarta: Jakarta Depkes. 2006.
3. Green, Lawrence W, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. United States of America: Mayfield Publishing Company. 2004.
4. Hartono B. Promosi Kesehatan di Puskesmas & Rumah Sakit. Jakarta: Rineka Cipta. 2010.
5. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. 2012.
6. Armstrong R, Waters E, Jackson N, Oliver S, Popay J, Shepherd J, Petticrew M, Anderson L, Bailie R, Brunton G, Hawe P, Kristjansson E, Naccarella L, Norris S, Pienaar E, Roberts H, Rogers W, Sowden A, Thomas H. Guidelines for Systematic reviews of health promotion and public health interventions. Version 2. Australia: Melbourne University. 2007.
7. Parvanta S, Parvanta C. Persuasive Health Communications: The Role of Theory. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. Essential of Public Health Communication. United States of America: Michael Brown. 2011:p147-158.
8. Whitehead D. Health promotion and health education: advancing the concepts. Journal of Advanced Nursing. 2004;47)3_:311-320.

9. Kumar S, Preeta GS. Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. *Indian Journal of Community Medicine*. 2012;37(1):1-9.
10. Perera M, Gunawardena N, Guruge D, Pieris K. Health Promotion: A Literature Review. Newyork: HaPAN. 2012.
11. Darmawan D, Zulfa S. Pengaruh Promosi Kesehatan terhadap Motivasi Pasien Hipertensi tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RS Rajawali Bandung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2015;1(1):1-18.
12. Hastuti RP. Pengaruh Paket Edukasi Talasemia (PEdTal) terhadap Kualitas Hidup Anak Talasemia. *Jurnal Kesehatan*. 2014;5(2):1-8.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan: Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004 Tahun 2012. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012.

BAGIAN III

METODE DAN MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Metode Promosi Kesehatan dapat digolongkan berdasarkan teknik komunikasi, sasaran yang dicapai dan indera penerima dari sasaran promosi.¹ Teknik komunikasi terbagi atas metode penyuluhan langsung dan tidak langsung:²

1. Metode Penyuluhan Langsung

Dalam hal ini para penyuluh langsung berhadapan atau bertatap muka dengan sasaran. Termasuk di sini antara lain: kunjungan rumah, pertemuan diskusi, pertemuan di balai desa, pertemuan di Posyandu, dll.

2. Metode Penyuluhan Tidak Langsung

Dalam hal ini para penyuluh tidak langsung berhadapan secara tatap muka dengan sasaran, tetapi ia menyampaikan pesannya dengan perantara (media). Umpamanya publikasi dalam bentuk media cetak, melalui pertunjukan film, dsb. Berdasarkan jumlah sasaran yang dicapai, metode promosi kesehatan berdasarkan sasaran meliputi.^{1,3,4}

- a. Pendekatan perorangan: Dalam hal ini para penyuluh berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan sasaran secara perorangan, antara lain: kunjungan rumah, hubungan telepon, dan lain-lain.
- b. Pendekatan kelompok: Dalam pendekatan ini petugas promosi berhubungan dengan sekelompok sasaran. Beberapa metode penyuluhan yang masuk dalam kategori ini antara lain: Pertemuan, Demonstrasi, Diskusi kelompok, Pertemuan FGD, dan lain-lain.
- c. Pendekatan masal: Petugas Promosi Kesehatan menyampaikan pesannya secara sekaligus kepada sasaran yang jumlahnya banyak. Beberapa metode yang masuk dalam golongan ini adalah: pertemuan umum, pertunjukan kesenian, penyebaran tulisan/poster/media cetak lainnya, pemutaran film, dll.

Beberapa metode pendidikan dan media promosi kesehatan yang biasa digunakan antara lain:⁵

1. Metode pendidikan individual, merupakan metode pendidikan yang bersifat perorangan diantaranya: bimbingan atau penyuluhan, dan wawancara.
2. Metode pendidikan kelompok, dalam metode ini harus diingat bahwa jumlah populasi yang akan ditunjukan haruslah dipertimbangkan. Untuk itu dapat dibagi menjadi kelompok besar dan kelompok kecil serta kelompok massa. Apabila peserta lebih dari 15 orang maka dapat dimaksudkan kelompok besar, yaitu dapat menggunakan metode komunikasi kelompok dan seminar. Sedangkan disebut kelompok kecil apabila jumlah kurang dari 15 orang dapat menggunakan metode diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok kecil, serta memainkan peran. Apabila menggunakan metode pendidikan massa ditujukan kepada masyarakat atau khalayak yang luas dapat berupa komunikasi kelompok, pesawat televisi, radio, tulisan tulisan majalah atau koran, dan lain sebagainya.

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 penyebar-luasan informasi.¹ Media pendidikan kesehatan adalah alat bantu pendidikan dalam bidang kesehatan yang tersedia secara tepat, baik dalam jumlah maupun mutu yang sangat membantu kelancaran dan keberhasilan tingkat proses pendidikan.⁶

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya dapat berubah perilaku ke arah positif terhadap kesehatan.⁷

Apabila penggunaan media benar-benar dipahami, akan mendukung peserta didik untuk memperoleh pengetahuan, sikap dan keterampilan yang sesuai. Selain itu media dapat digunakan dalam proses pendidikan dan dibutuhkan untuk meminimalkan hambatan serta kesulitan dalam pelaksanaan proses pendidikan, termasuk hambatan kultural. Beberapa faktor dapat memberikan pengaruh pada pendidikan kesehatan yaitu ekonomi, sosial, tingkat pendidikan, adat istiadat, kepercayaan dan ketersediaan waktu.^{8,9}

Media atau saluran (*channel*) dalam proses komunikasi kesehatan adalah sarana yang digunakan oleh komunikator dalam menyampaikan pesan atau informasi kesehatan pada komunikan. Jenis dan bentuk media komunikasi sangat bervariasi mulai dari yang tradisional yakni melalui mulut (lisan), bunyi-bunyia (kentongan), tulisan (cetakan) sampai dengan elektronika yang paling modern, yakni televisi dan internet. Adapun *content/isi* informasi kesehatan (pesan) dalam suatu media adalah:⁷⁻¹¹

1. *Content/isi* adalah “kelengkapan” jumlah (kuantitas) dan kualitas informasi verbal dan visual mengenai kesehatan yang didistribusikan oleh komunikator atau media.
2. Jumlah/kuantitatif isi, itu merujuk pada jumlah waktu yang digunakan dalam detik, menit, jam untuk memuat berita, *film*, dan lain-lain. Atau jumlah kolom surat kabar/majalah yang memuat berita, opini, gambar, cerpen, berita daerah, kolom, *feature*, dalam satu kali terbitan.
3. Kualitatif merujuk pada mutu, kualitas isi, penampilan faktual, pemerolehan berita, daya guna sebuah berita, fakta, keabsahan, metode dan teknik pengolahan ini:
4. *Prominence/important*, pesan yang mau disampaikan itu merupakan “sesuatu” yang menonjol dan penting.
5. *Human interens*, pesan yang mau disampaikan itu mengandung daya tarik kemanusiaan.
6. *Conflict/controversy*, pesan yang mau disampaikan itu mengandung konflik, kontroversial, aneh.
7. *The unusual*, pesan yang mau disampaikan itu merupakan peristiwa yang jarang terjadi, tidak lazim.
8. *Timeliness*, pesan yang disampaikan itu merupakan peristiwa sesuai dengan waktunya (aktual).
9. *Proximity*, pesan yang disampaikan itu merupakan yang “dekat” secara sosiologi/antropologi atau psikologis dengan audiens.

Media yang digunakan dalam promosi kesehatan terdapat 3 macam media, antara lain:⁷⁻¹¹

1. Media bantu lihat (*visual*) yang berguna dalam menstimulasi indra mata pada waktu terjadinya proses pendidikan. Dimana media bantu lihat ini dibagi menjadi 2 yaitu media yang diproyeksikan misalnya *slide*, *film*, *film strip* dan sebagainya, sedangkan media

- yang tidak diproyeksikan misalnya peta, buku, *leaflet*, bagan dan lain sebagainya.
2. Media bantu dengar (*audio*) dimana merangsang indra pendengaran sewaktu terdapat proses penyampaian, misalnya radio, piring hitam, pita suara.
 3. Media lihat-dengar seperti televisi, video kaset dan lain sebagainya.

Alat peraga dibagi dalam empat kelompok besar, yaitu sebagai berikut: ^{3,7-11}

1. 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.
2. Spesimen, yaitu benda sesungguhnya yang telah diawetkan seperti cacing dalam botol pengawet, dan lain-lain. Sampel yaitu contoh benda sesungguhnya untuk diperdagangkan seperti oralit, dan lain-lain.
3. 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.
4. Gambar/Media grafis, seperti poster, *leaflet*, gambar karikatur, lukisan, dan lain-lain. 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 foto. 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.

- a. *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 diabetes melitus dan pencegahan/penatalaksanaannya, dan lain-lain. Leaflet dapat diberikan atau disebarakan pada saat pertemuan-pertemuan dilakukan seperti pertemuan FGD, pertemuan posyandu, kunjungan rumah, dan lain-lain. *Leaflet* dapat dibuat sendiri dengan menggandakannya secara sederhana seperti di foto copy.
- b. *Booklet*, adalah 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.
- c. Gambar Optik, seperti foto, *slide*, film, dan lain-lain. Foto sebagai bahan untuk alat peraga, foto digunakan dalam bentuk album dan dokumentasi. *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*. Film merupakan media yang bersifat menghibur, tapi dapat disisipi dengan pesan-pesan yang bersifat edukatif. Sasaran media ini adalah kelompok besar dan kolosal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004 Tahun 2012. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012.

2. Smith, Ronald D. *Strategic Planning for Public Relations*. Edisi ke 2. London: Laurence Erlbaum Associates Publisher. 2005.
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah. Jakarta: Jakarta Depkes. 2006.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan: Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011.
5. Parvanta C. *Formative Research for Strategy Development*. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. *Essential of Public Health Communication*. United States of America: Michael Brown. 2011:p159-180.
6. Mudyahardjo R. *Pengantar Pendidikan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. 2001.
7. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rikena Cipta. 2005.
8. Saragih FS. 2010. Pengaruh Penyuluhan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Makanan Sehat dan Gizi Seimbang di Desa Merek jaya Kecamatan Raya Kabupaten Simalungun
9. Ball JW. *Factors Affecting Adoption and Diffusion of Distance Education Among Health Education Faculty*. Department of Health Education and Recreation. 2013.
10. Parvanta C. *Developing and Testing a Media Strategy*. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. *Essential of Public Health Communication*. United States of America: Michael Brown. 2011:p241-271.
11. Nkanunye CC, Obiechina GO. *Health Communication Strategies as Gateway to Effective Health Promotion and Well-being*. *Journal of Medical Research and Health Education*. 2017;1(3):1-4.

BAGIAN IV

PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT

Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) ditetapkan di Rumah Sakit, maka dapat dibuat rumusan sebagai berikut: Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) adalah upaya Rumah Sakit untuk meningkatkan kemampuan pasien khususnya kelompok masyarakat agar dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya, klien dan kelompok-kelompok masyarakat dapat mandiri dalam meningkatkan kesehatan, mencegah masalah-masalah kesehatan dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya mereka serta didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.¹

Sebagaimana tercantum dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/MENKES/SK/VII/2012 tentang pedoman pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, Promosi Kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.¹

Beberapa alasan mengapa rumah sakit dianggap perlu melaksanakan penyuluhan atau promosi kesehatan dengan beberapa pertimbangan, yaitu pertama karyawan Rumah Sakit berada pada posisi yang paling tepat untuk memberikan penyuluhan kesehatan dikarenakan pasien dan keluarganya membutuhkan informasi yang lebih tentang penyakit-penyakit khususnya yang diderita oleh pasien. Pertimbangan lain promosi kesehatan di rumah sakit dapat dimanfaatkan dengan tepat untuk mendeteksi perubahan angka morbiditas yang berkaitan dengan perubahan pola hidup, perilaku masyarakat setempat atau karena pencemaran lingkungan.²

Sebagai suatu organisasi yang memiliki banyak karyawan dan sebagai pusat sumber daya untuk wilayahnya, maka rumah sakit mempunyai tanggung jawab moral untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan karyawannya agar dapat menjadi teladan masyarakat di wilayah cakupannya. Karena relatif banyaknya karyawan rumah sakit dengan keluarganya, maka mereka paling cocok untuk dijadikan panutan bagi masyarakat luas dalam segi perilaku hidup sehat, keselamatan dan

keamanan kerja, serta kesehatan lingkungan. Sebagai suatu instansi yang relatif besar dan dihormati dilingkungan sekitarnya, maka pesan-pesan dari rumah sakit dalam penyuluhan kesehatan akan memiliki bobot yang jauh lebih besar daripada instansi lain. Sebagai pusat sumberdaya untuk jaringan rujukannya, kerjasama rumah sakit dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain diwilayahnya, dalam hal penyuluhan atau promosi kesehatan, akan memberi dampak dan cakupan yang lebih luas.

Tujuan Promosi Kesehatan Rumah Sakit

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, tujuan promosi kesehatan sesuai dengan sasaran-sasarannya yaitu:¹

1. Bagi Pasien. Mengembangkan perilaku kesehatan (*healthy behavior*): promosi kesehatan di rumah sakit mempunyai tujuan untuk mengembangkan pengetahuan sikap dan perilaku tentang kesehatan khususnya masalah penyakit yang diderita pasien. Apabila pengetahuan, sikap, dan perilaku ini dipunyai oleh pasien, maka pengaruhnya antara lain:
 - a. Mempercepat kesembuhan dan pemulihan pasien.
 - b. Mencegah terserangnya penyakit yang sama /kekambuhan penyakit
 - c. Mencegah terjadinya penularan penyakit kepada orang lain
 - d. Menyebarluaskan pengalamannya tentang proses penyembuhan kepada orang lain, sehingga orang lain dapat belajar dari pasien tersebut.
 - e. Mengembangkan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan.
2. Bagi Keluarga. Keluarga adalah merupakan lingkungan sosial yang paling dekat dengan pasien. Proses penyembuhan dan terutama pemulihan terjadi bukan hanya semata-mata karena faktor Rumah Sakit, tetapi juga faktor keluarga. Oleh sebab itu promosi kesehatan bagi keluarga pasien penting karena dapat:
 - a. Membantu mempercepat proses penyembuhan pasien.
 - b. Keluarga tidak terserang atau tertular penyakit
 - c. Membantu agar tidak menularkan penyakitnya ke orang lain.
3. Bagi Rumah Sakit. Pengalaman-pengalaman bagi rumah sakit yang telah melaksanakan promosi kesehatan membuktikan bahwa mempunyai keuntungan bagi Rumah Sakit antara lain:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit
- b. Meningkatkan citra Rumah Sakit
- c. Meningkatkan angka hunian Rumah Sakit

Strategi Promosi Kesehatan Rumah Sakit

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang kebijakan nasional promosi kesehatan dan keputusan menteri kesehatan nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang pedoman pelaksanaan promosi kesehatan, maka strategi promosi kesehatan diharapkan dapat dilaksanakan secara paripurna (komprehensif) khususnya dalam menciptakan perilaku baru. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan telah menetapkan strategi dasar promosi kesehatan, yaitu: (1) *advokasi*; (2) gerakan pemberdayaan masyarakat dan; (3) bina suasana (4) kemitraan serta metode dan sarana komunikasi yang tepat.^{3,4}

Advokasi menurut Kemenkes (2012) perlu dilakukan, bila dalam upaya memberdayakan pasien dan klien, rumah sakit membutuhkan dukungan dari pihak-pihak lain. Advokasi diartikan sebagai upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (*stakeholders*). Adapun sasaran advokasi hendaknya diarahkan untuk menempuh tahapan-tahapan sebagai berikut:¹

1. Memahami persoalan yang diajukan
2. Tertarik untuk ikut berperan dalam persoalan yang diajukan
3. Mempertimbangkan sejumlah pilihan kemungkinan dalam berperan
4. Menyepakati satu pilihan kemungkinan dalam berperan
5. Menyampaikan langkah tindak lanjut

Apabila kelima tahapan tersebut dapat dicapai selama waktu yang disediakan untuk advokasi, maka dapat dikatakan advokasi tersebut berhasil. Adapun kata kunci dalam penyiapan bahan advokasi adalah "Tepat, Lengkap, Akurat, dan Menarik". Artinya bahan advokasi harus dibuat:¹

1. Sesuai dengan sasaran (latar belakang, pendidikan, jabatan, budaya, kesukaan dan lain-lain)
2. Sesuai dengan lama waktu yang disediakan untuk advokasi
3. Mencakup unsur-unsur pokok, yaitu apa, mengapa, dimana, bilamana, siapa yang melakukan dan bagaimana melakukannya.

4. Memuat masalah dan pilihan- pilihan kemungkinan untuk memecahkan masalah
5. Memuat peran yang diharapkan dari sasaran advokasi
6. Memuat data pendukung
7. Dalam kemasan yang menarik

Pemberdayaan masyarakat merupakan ujung tombak dari upaya promosi kesehatan rumah sakit. Pada hakikatnya pemberdayaan adalah upaya membantu atau memfasilitasi klien, sehingga memiliki pengetahuan, kemauan, dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya, oleh karena itu pemberdayaan harus dapat dilakukan terhadap pasien/klien.^{1,7} Dengan adanya pemberdayaan diharapkan pasien berubah dari tidak tahu menjadi tahu, dari tahu menjadi mau, dan dari mau menjadi mampu untuk melaksanakan perilaku yang dikehendaki guna mengatasi masalah kesehatannya. Bina Suasana dijelaskan oleh Kemenke sebagai upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial di mana pun ia berada memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut.¹

Adapun pada pelaksanaannya, upaya ini umumnya berbentuk pelayanan konseling yang meliputi antara lain:^{1,5-7}

- Klien/pasien rawat jalan. Dilakukan konseling, baik untuk mereka yang menderita suatu penyakit. Bagi klien yang sehat dapat pula dilakukan kelompok – kelompok diskusi, kelompok - kelompok senam, paduan suara dan lain-lain.
- Pasien rawat inap. Dilakukan dengan beberapa kegiatan, seperti :
 - a. Konseling ditempat tidur (*bed side health promotion*)
 - b. Konseling kelompok (untuk penderita yang dapat meninggalkan tempat tidur)
 - c. Biblioterapi (menyediakan/ membaca bahan-bahan bacaan bagi pasien).
- Bagi pasien rawat jalan (orang yang sakit). Lingkungan yang berpengaruh adalah keluarga atau orang yang mengantarkannya ke rumah sakit. Sedangkan bagi klien rawat jalan (orang sehat), lingkungan yang berpengaruh terutama para petugas rumah sakit. Misalnya teladan tidak merokok, tidak membuang sampah sembarangan dan tidak meludah.

- Pengantar pasien (orang sakit). Pengantar pasien tentu tidak mungkin dipisahkan dari pasien untuk untuk misalnya dikumpulkan dalam satu ruangan dan diceramahi. Oleh karena itu, metode yang tepat disini adalah penggunaan media, seperti poster, atau penayangan video, pembagian selebaran yang berkaitan dengan penyakit pasien.
- Klien yang sehat. Yang berkunjung ke klinik konseling atau ke kelompok senam, petugas rumah sakit yang melayani mereka sangat kuat pengaruhnya sebagai panutan. Oleh karena itu di tempat-tempat ini pengetahuan, sikap dan perilaku petugas rumah sakit yang melayani harus benar-benar konsisten dengan pelayanan yang diberikannya.
- Bagi pasien rawat inap. Lingkungan yang berpengaruh terutama adalah para penjenguk. Pembagian selebaran dan pemasangan poster sesuai dengan penyakit pasien yang akan mereka jenguk dapat dilakukan. Selain itu, beberapa rumah sakit melaksanakan penyuluhan kelompok kepada para pembesuk ini, yaitu dengan mengumpulkan mereka yang menjenguk pasien yang sama penyakitnya dalam satu ruangan untuk mendapatkan penjelasan dan berdiskusi dengan dokter ahli dan perawat yang menangani penderita.

Kemitraan dalam pemberdayaan dan bina suasana ataupun advokasi, prinsip-prinsip kemitraan harus ditegakkan. Kemitraan dikembangkan antara petugas rumah sakit dengan sasarannya (pasien/pihak lainnya) dalam pelaksanaan pemberdayaan, bina suasana dan advokasi. Tiga prinsip dasar kemitraan yang harus diperhatikan:^{1,5-7}

1. Kesetaraan, yaitu tidak menciptakan hubungan yang hirarkhis (atas-bawah). Semua harus diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada dalam kedudukan yang sederajat.
2. Keterbukaan, yaitu kejujuran dari masing-masing pihak. Saling menguntungkan berupa solusi yang diajukan hendaknya selalu mengandung keuntungan disemua pihak (*win-win solution*).

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004 Tahun 2012. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012.

2. Groene O, Garcia-Barbero M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Barcelona: Country Systems, Policies and Services Divisions of Country Support, WHO Regional Office for Europe. 2005.
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005.
5. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Barcelona: The Regional Office for Europe of the World Health Organization. 2006.
6. Groene O. Health promotion in hospitals – a strategy to improve quality in health care. *The European Journal of Public Health*. 2005.
7. Saberi M. Health Promoting Hospital: A Strategy for Reorientation toward Health Promotion. *Hosp Pract Res*. 2016;1(1):1-2.

BAGIAN V

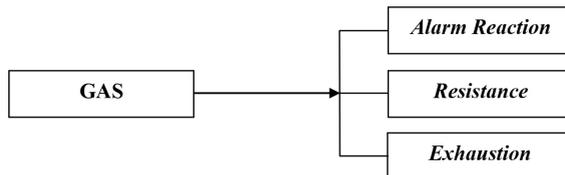
TEORI-TEORI PERUBAHAN PERILAKU

Penelitian ini dibingkai oleh beberapa teori mendasar, yaitu Teori *General Adaption Syndrome* (GAS), Teori Green, Teori Model *Stimulus Respons* atau S-O-R dan komunikasi. Teori *General Adaption Syndrome* (GAS) memberikan pijakan terhadap respon seseorang terhadap kondisi tekanan atau stres. Teori Green menerangkan modifikasi perubahan perilaku. Berikut diuraikan beberapa teori tersebut.

A. Teori *General Adaption Syndrome* (GAS)

Menurut Sarafino (2006), tiga tahapan dalam stres atau lebih dikenal dengan *General Adaption Syndrome* (GAS) yaitu:¹

1. *Alarm reaction*, merupakan respon terhadap kondisi stres yang muncul secara fisik. Terjadi perubahan pada tubuh atau biokimia seperti tidak enak badan, sakit kepala, otot tegang, kehilangan nafsu makan, merasa lelah. Secara psikologi, meningkatnya rasa cemas, sulit konsentrasi atau tidur tidak nyenyak, bingung atau kacau. Mekanisme seperti rasionalisasi atau penyangkalan sering dilakukan.
2. *Resistance*, kondisi dimana tubuh berhasil melakukan adaptasi terhadap stres. Gejala menghilang, tubuh dapat bertahan dan kembali pada kondisi normal.
3. *Exhaustion*, kondisi yang muncul jika stres berkelanjutan sehingga individu menjadi rapuh/ kehabisan tenaga. Secara fisik, tubuh menjadi breakdown, energi untuk beradaptasi habis, reaksi atau gejala fisik muncul kembali, yang akhirnya dapat mengakibatkan individu meninggal. Secara fisiologis, mungkin terjadi halusinasi, delusi, perilaku apatis bahkan psikosis.



Kerangka Teori GAS

B. Teori Green

Teori L. Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan suatu kegiatan perencanaan kesehatan atau mengembangkan suatu model pendekatan. Adapun model perilaku kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor baik dari dalam diri manusia itu sendiri (faktor internal) maupun dari luar (faktor eksternal). Teori Green, perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu:²⁻⁵

1. Faktor Predisposisi (*predisposing factors*), faktor ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu termasuk tingkat pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai, tradisi, persepsi, pandangan individu terhadap pelayanan kesehatan.
2. Faktor pemungkin (*Enabling factors*) adalah yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi terjadinya sebuah perilaku. Yang termasuk dalam faktor ini adalah ketersediaan sumber daya kesehatan (sarana kesehatan rumah sakit dan tenaga) dan keterjangkauan sumber daya dan ketrampilan tenaga kesehatan.
3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan faktor penyerta (yang datang sesudah) perilaku yang memberikan ganjaran, insentif, atau hukuman atas perilaku dan berperan bagi menetap atau lenyapnya perilaku itu, yang termasuk ke dalam faktor ini adalah faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sumber penguat tentu saja tergantung pada tujuan dan jenis program. Di dalam pendidikan pasien, penguat mungkin berasal dari perawat, dokter, pasien lain, dan keluarga. Apakah penguat ini positif ataukah negatif bergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan, yang sebagian diantaranya lebih kuat daripada yang lain dalam memengaruhi perilaku.

Pada teori Green dijumpai beberapa fase terhadap sikap dan perilaku dalam kesehatan antara lain:²⁻⁵

1. **Diagnosis Sosial**

Merupakan proses penentuan persepsi seseorang terhadap kebutuhan dan kualitas hidupnya dan aspirasi untuk lebih baik lagi, dengan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya. Partisipasi masyarakat adalah sebuah konsep dalam diagnosis sosial dan telah lama menjadi prinsip dasar bagi kesehatan dan pengembangan komunitas. Hubungan sehat dengan kualitas hidup merupakan hubungan sebab akibat. Input pendidikan kesehatan, kebijakan, regulasi dan organisasi menyebabkan perubahan *outcome*, yaitu kualitas hidup. Fase ini membantu masyarakat menilai kualitas hidupnya tidak hanya pada kesehatan. Adapun untuk melakukan diagnosis sosial dilaksanakan dengan mengidentifikasi masalah kesehatan melalui hasil penelitian, data, dan metode kelompok. Hubungan sebab akibat dapat terjadi secara langsung melalui kebijakan sosial, intervensi pelayanan sosial, kebijakan kesehatan dan program kesehatan.

2. **Diagnosis Epidemiologi**

Masalah kesehatan merupakan hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, baik langsung maupun tidak langsung. Yaitu penelusuran masalah- masalah kesehatan yang dapat menjadi penyebab dari diagnose social yang telah diprioritaskan. Ini perlu dilihat dari data kesehatan yang ada di masyarakat berdasarkan indicator kesehatan yang bersifat negative yaitu morbiditas dan mortalitas, serta yang bersifat positif yaitu angka harapan hidup, cakupan air bersih, cakupan rumah sehat.

3. **Diagnosis Perilaku dan Lingkungan**

Fase ini terdiri atas 5 tahapan, antara lain memisahkan penyebab perilaku dan non perilaku dari masalah kesehatan, mengembangkan penyebab perilaku, melihat *important* perilaku (frekwensi terjadinya perilaku dan terlihat hubungan yang nyata dengan masalah kesehatan), melihat *changeability* perilaku, dan memilih target perilaku. Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan, digunakan indicator

perilaku seperti : pemanfaatan pelayanan kesehatan (utilisasi), upaya pencegahan (*prevention action*), pola konsumsi makanan (*consumtion pattern*), kepatuhan (*compliance*), upaya pemeliharaan sendiri (*self care*).

4. **Diagnosis Pendidikan dan Organisasi**
Mengidentifikasi kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan yang status kesehatan atau kualitas hidup dengan memperhatikan faktor-faktor penyebabnya. Ada 3 kelompok masalah yang berpengaruh terhadap perilaku, yaitu pertama faktor predisposisi terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, dan lain-lain. Kedua faktor penguat yaitu perilaku petugas kesehatan atau petugas lain. Faktor kemungkinan yakni lingkungan fisik tersedia atau tidak tersedia fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Tahap proses menyeleksi faktor meliputi langkah-langkah berikut, yaitu identifikasi dan menetapkan faktor-faktor menjadi 3 kategori yaitu predisposisi, penguat dan kemungkinan dengan metode formal yaitu studi literatur, cheklis dan kuesioner. Secara informal dapat dilakukan *brainstorming* atau curah pendapat dan *normal group process* (NGP). Tahapan selanjutnya adalah menetapkan prioritas yaitu menetapkan faktor mana yang menjadi objek intervensi, dan seberapa penting dari ke-3 faktor yang ada.
Menetapkan prioritas dapat mempertimbangkan *important, immediacy, necessity dan changeability*. *Important* dengan mengidentifikasi prevalensi, *immediacy* mengidentifikasi seberapa penting. *Necessity* mengidentifikasi dampak perubahan lingkungan dan perilaku yang terjadi dan *changeability* dengan mengidentifikasi kemudahan untuk diubah.
5. **Diagnosis Administrasi dan Kebijakan**
Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan kejadian-kejadian dalam organisasi yang mendukung atau menghambat perkembangan promosi kesehatan. Administrasi diagnosis dapat dilakukan melalui memperkirakan atau menilai sumber daya yang dibutuhkan program, menilai sumber dayayang ada di dalam organisasi atau masyarakat dan mengidentifikasi faktor

penghambat dalam mengimplemetasi program, Tahap diagnosis administrasi, antara lain menilai kebutuhan sumber daya berupa waktu, tenaga dan biaya. Selanjutnya menilai ketersediaan sumber daya baik *personnel maupun budgetary constraints* (keterbatasan *budget*). Langkah berikutnya menilai penghambat implementasi berupa *staff commitment and attitude, goal conflict, rate of change, familiarity, complexity, space, community barrier*.

Diagnosis kebijakan dapat dilakukan dengan menilai dukungan politik, dukungan regulasi atau peraturan, dukungan system didalam organisasi, hambatan yang ada dalam pelaksanaan program, dukungan yang memudahkan pelaksanaan program melalui tahapan menilai kebijakan, regulasi dan organisasi (*issue of loyalty, consistency, flexibility dan administrative of professional direction*), menilai kekuatan politik (*level of analysi, the zero-sum game, system approach, exchange theory, power equalization approach, power educative approach, conflict approach, advocacy and education and community development*).

6. Implementasi

Kunci keberhasilan implementasi adalah pengalaman, sensitive terhadap kebutuhan, fleksibel dalam situasi kondisi, fokus pada tujuan dan *sense of humor*

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan tujuan dengan standart *object of interest* melalui mengukur *quality of life*, indikator status kesehatan, faktor perilaku dan kesehatan, aktivitas intervensi, metode, perubahan kebijakan, regulasi atau organisasi, tingkat keahlian staf, kualitas penampilan dan pendidikan. Fokus evaluasi terhadap *input, intermediate effect* dan *outcome*. Evaluasi juga difokuskan terhadap sosial dan kesehatan, perilaku dan lingkungan, serta adanya peraturan dan kebijakan. Dalam implementasinya evaluasi dapat dilakukan melalui evaluasi proses yaitu menilaiprogram promosi kesehatan yang dilaksanakan, evaluasi *impact yaitu* menilai efek langsung dari program pada target perilaku dan lingkungan dan evaluasi *outcome yaitu* evaluasi terhadap masalah pokok yang ada pada proses awal perencanaan yang akan

diperbaiki: status kesehatan dan *quality of live*. Secara keseluruhan.

C. Teori Model Stimulus Respons atau S-O-R

Untuk menggambarkan suatu pengaruh komunikasi terhadap khalayak dengan kaitannya dalam penelitian ini, dapat dijabarkan melalui Model *Stimulus Respons* atau teori S-O-R, yaitu model komunikasi yang dimodifikasi oleh De Fleur dengan memasukkan unsur organisme untuk membahas komunikasi massa yang pengaruhnya terhadap orang perorangan.⁶⁻⁹ Menurut teori S-O-R ini, efek yang ditimbulkan oleh reaksi khusus hingga seseorang dapat mengharapkan dan memperkirakan kesesuaian antar pesan atau informasi yang disampaikan dengan reaksi komunikan.⁷ Teori S-O-R secara jelas dapat dilihat pada bagan, sebagai berikut:



Keterangan:

- S (stimulus) : Rangsangan, sebuah isi pesan iklan produk dari produsen yang ditujukan kepada khalayak.
- O (organisme) : Komunikan, orang-orang yang menjadi sasaran dalam penelitian ini, sehingga timbul membentuk sikap positif.
- R (response) : Respon, pesan tersebut dapat diterima khalayak sehingga diharapkan adanya perubahan tingkah laku.

Pada bagan di atas menunjukkan bahwa perubahan sikap tergantung pada proses yang terjadi pada komunikan. Stimulus yang disampaikan kepada komunikan mungkin diterima atau ditolak. Komunikasi akan berlangsung jika ada perhatian komunikan, proses berikutnya komunikan mengerti maka kemampuan komunikasi inilah yang melanjutkan proses

berikutnya. Setelah komunikasi mengolahnya dan menerimanya, maka terjadilah kesediaan untuk mengubah sikap.⁷⁻⁹ Sikap merupakan bentuk evaluasi, perasaan, emosional, dan kecenderungan tindakan yang menguntungkan atau tidak menguntungkan dan bertahan lama dari seseorang terhadap suatu objek atau gagasan.^{7,9} Asumsi dasar dari model ini yaitu, bahwa media massa menimbulkan efek yang terarah, segera dan langsung terhadap komunikasi. Model ini menunjukkan bahwa komunikasi merupakan proses aksi-reaksi. Artinya model ini mengasumsi bahwa kata-kata verbal, isyarat non verbal, simbol-simbol tertentu akan merangsang orang lain memberikan respon dengan cara tertentu.^{4,6,7,9} Teori *Stimulus-Organism-Response* (S-O-R) menjadi dasar teori pada penelitian yang menghubungkan kualitas hidup dan tingkat stres penderita psoriasis dengan metode gabungan.

D. Teori Komunikasi

Pengertian komunikasi tidak sederhana yang kita lihat sebab para pakar memberikan definisi menurut pemahaman dan perspektif masing-masing.¹⁰ Kata atau istilah “komunikasi” (Bahasa Inggris “*communication*”) berasal dari bahasa Latin “*communicates*” atau “*communication*” atau “*cumunicare*” yang berarti “berbagi” atau “menjadi milik bersama”. Dengan demikian, kata komunikasi menurut kamus bahasa mengacu pada suatu upaya yang bertujuan untuk mencapai kebersamaan.^{9,11} Joseph A. Devito (1978) dalam bukunya “*Communicologi: An Introduction to The Study of Communication*” menjelaskan komunikasi adalah kegiatan yang dilakukan seseorang atau lebih dari kegiatan menyampaikan dan menerima pesan komunikasi yang terganggu keributan, dalam suatu konteks, bersama dengan beberapa efek yang timbul dari kesempatan arus balik.¹²

Carl I Hovland, Janis, dan Kelley mendefinisikan komunikasi sebagai suatu proses melalui dimana seseorang (komunikator) menyampaikan stimulus (biasanya dalam bentuk kata-kata) dengan tujuan mengubah atau membentuk perilaku orang-orang lainnya (khalayak). Menurut Bernard Berelson dan Gary A. Steiner komunikasi merupakan suatu proses penyampaian informasi, gagasan, emosi, keahlian, dan lain-lain melalui penggunaan simbol-simbol seperti kata-kata, gambar, angka-angka, dan

lainnya. Sedangkan menurut Weaver Komunikasi adalah seluruh prosedur melalui mana pikiran seseorang dapat mempengaruhi pikiran orang lainnya.^{9,11}

Berdasarkan paradigma Lasswell, komunikasi adalah proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikan melalui media yang menimbulkan efek.⁷ Adapun jenis interaksi dalam komunikasi dibedakan atas tiga kategori yaitu komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok kecil dan komunikasi publik. Komunikasi interpersonal merupakan penyampaian pesan oleh satu orangserta penerimaan pesan oleh oranglain atau sekelompok kecil orang, dengan berbagai dampaknya serta dengan peluang untuk memberikan umpan balik segera. Komunikasi kelompok kecil (*small group communication*) merupakan komunikasi yang berlangsung secara tatap muka karena komunikator dan komunikan berada dalam situasi saling berhadapan dan saling melihat. Para anggotanya saling berinteraksi satu sama lain dan lebih intens.¹³⁻¹⁵

Komunikasi antar pribadi (*interpersonal coomunication*) adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap raksi orang lain secara langsung, baik secara verbal ataupun nonverbal. Bentuk khusus dari komunikasi antar pribadi ini adalah komunikasi diadik (*dyadic communication*) yang melibatkan hanya dua orang.^{9,15} Menurut Shaw, ada enam cara untuk mengidentifikasi suatu komunikasi kelompok kecil yaitu suatu kumpulan individu yang dapat mempengaruhi satu sama lain, memperoleh beberapa kepuasan satu sama lain, berinteraksi untuk beberapa tujuan, mengambil peranan, terikat satu sama lain, dan berkomunikasi tatap muka. Jika salah satu dari komponen itu hilang, individu yang terlibat tidaklah berkomunikasi dalam kelompok kecil.^{9,15,16}

Pada komunikasi kelompok kecil dijumpai empat elemen yang dikemukakan oleh Adler dan Rodman yaitu interaksi, waktu, ukuran, dan tujuan. Interaksi dalam komunikasi kelompok merupakan faktor yang penting, karena melalui interaksi inilah, kita dapat melihat perbedaan antara kelompok dengan istilah yang disebut dengan *coact*. *Coact* ad *Coact* adalah sekumpulan orang yang secara serentak terikat dalam aktivitas yang sama, namun tanpa komunikasi satu sama lain.^{4,9,15-17}

DAFTAR PUSTAKA

1. Sarafino EP. Health Psychology, Biopsychosocial Interaction. New York: John WileySons. 2006.
2. Priyoto. Teori Sikap dan Perubahan Perilaku Kesehatan. Nuamedika: Yogyakarta. 2013.
3. Porter CM. Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. Health Education Journal. 2015;1-12.
4. DiClemente RJ, Salazar LF, Crosby RA. Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2013.
5. Nazir FB. Stimulus-Response Theory: A Case Study in the Teaching and Malay Language Among Year 1 Pupils. The Journal of Social Scinence Research. 2018;4(10):153-157.
6. Jacoby J. Stimulus-Organism-Response Reconsidered: An Evolutionary Step in Modeling (Consumer) Behavior. Journal of Consumer Psychology. 2002;12(1):51-57.
7. Effendy, OU. Ilmu, Teori & Filsafat Komunikasi. Bandung: PT. Citra Aditya Bhakti. 2003.
8. Peng C, Yeong GK. Application of the Stimuli-Organism-Response (S-O-R) Framework to Online Shopping Behavior. Journal of Internet Commerce. 2014;13:159-176.
9. Donsbach W. The International Encyclopedia of Communication. Malden: Blackwell Publishing. 2008.
10. Cangara H. Pengantar Ilmu Komunikasi. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada. 2007.
11. Riswandi. Ilmu Komunikasi. Jakarta: Graha Ilmu. 2009.
12. Lubis LA. Pengantar Komunikasi Lintas Budaya. Jakarta: Pustaka Pelajar. 2005.
13. Sapienza Z, Iyer N, Veenstra AS. Reading Lasswell's Model of Communication Backward: Three Scholarly Misconceptions. Mass Communication & Society. 2015;18(5):599-622.
14. Wenxiu P. Analysis of New Communication Based on Lasswell's "5W" Model. Journal of Educational and Social Research. 2015;5(3):245-250.
15. van Ruler B. Communication Theory: An Underrated Pillar on Which Strategic Communication Rests. International Journal of Strategic Communication. 2018;12(4):367-381.

16. Arni M. Komunikasi Organisasi. Jakarta: Bumi Aksara. 2000.
17. Burhan B. Sosiologi Komunikasi. Jakarta: Kencana. 2006.

BAGIAN VI

KUALITAS HIDUP

Kualitas hidup terkait kesehatan didefinisikan sebagai persepsi yang dimiliki individu dan harapan individu mengenai kondisi kesehatan fisik, emosi dan kesejahteraan sosial yang dipengaruhi oleh kondisi medis dan pengobatannya.¹ Kualitas hidup terkait kesehatan meliputi beberapa dimensi seperti status dan persepsi kondisi medik atau kesehatan secara umum, status mental, psikologis, status tidur, kemampuan untuk melakukan aktivitas keseharian dan aktivitas sosial.¹⁻³

Kualitas hidup adalah sebagai perasaan utuh kesejahteraan seseorang dan meliputi aspek kebahagiaan dan kepuasan hidup secara keseluruhan. Kualitas hidup sangat luas dan lebih bersifat subjektif ketimbang spesifik dan objektif. Karena itu kualitas hidup sering juga disebut status kesehatan subjektif, status fungsional dan *health related quality of life*.³⁻⁷ Kualitas hidup terkait kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai aspek, seperti aspek fisik, psikologis, dan sosial yang sangat unik pada masing-masing individu. Setiap aspek tersebut dapat diukur secara objektif melalui performa atau kondisi kesehatan yang terlihat atau dapat diamati dari individu dan secara subjektif yaitu melalui persepsi masing-masing individu mengenai kesehatan.^{3,6}

Berdasarkan pemaparan definisi kualitas hidup, maka kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai persepsi individu terhadap kondisi fisik maupun psikologisnya yang dapat diukur secara subjektif melalui bagaimana persepsi individu terhadap kesehatannya dan secara objektif melalui performa atau kondisi fisik yang terlihat dari individu.⁸

Kualitas hidup individu didasari oleh dua hal, yaitu subjektifitas dan multidimensi. Subjektifitas berarti kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang masing-masing individu dan hanya bisa diketahui melalui pertanyaan langsung kepada individu. Kualitas hidup juga bercirikan multidimensi, artinya bahwa kualitas hidup dapat dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang seperti aspek biologis atau fisik, psikologis, sosial dan lingkungan secara menyeluruh. Pada bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kualitas hidup dijadikan sebagai aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan.^{3,4}

Penilaian Kualitas Hidup

Adapun penilaian pada penelitian ini yang menjurus pada penyakit kulit penderita psoriasis menggunakan DLQI dimana kualitas hidup pada penderita ini memberikan pandangan yang lebih komprehensif.⁹ Para ahli sepakat bahwa kualitas hidup hanya dapat dinilai dengan alat ukur subjektif dan harus dievaluasi dengan menanyakan pada pasien.¹⁰ Keparahan penyakit dapat memiliki korelasi dengan kualitas hidup pasien, namun derajat keparahan penyakit secara klinis tidak selalu dapat dijadikan preditor derajat gangguan kualitas hidup pasien.^{3,4,6} Data kualitas hidup pasien dapat dijadikan pertimbangan dalam penentuan terapi spesifik yang optimal menurut dokter dan psiean tersebut, termasuk pada penggunaan obat mahal atau memiliki banyak efek samping.⁹

Finlay dan Khan pada tahun 1994 di Inggris telah membuat kuesioner untuk menilai hidup yang spesifik untuk kelainan dermatologi, yaitu *Dermatology Life Quality Index* (DLQI).¹¹ DLQI merupakan salah satu instrumen yang bersifat spesifik untuk kelainan dermatologi yang dapat digunakan pada berbagai penyakit kulit dan memungkinkan dilakukan perbandingan kualitas hidup diantara berbagai penyakit kulit. Instrumen ini dirancang untuk fokus pada domain, karakteristik, maupun keluhan yang relevan untuk suatu penyakit tertentu.¹¹⁻¹³

DLQI ini terdiri atas sepuluh pertanyaan mengenai gejala dan perasaan, aktivitas sehari-hari, kegiatan diwaktu luang, pekerjaan dan sekolah, hubungan personal, dan terapi.¹³⁻¹⁵ Aspek gejala dan perasaan terdiri atas dua pertanyaan (nomor 1 dan 2), aspek aktivitas sehari-hari terdiri atas dua pertanyaan (nomor 3 dan 4), aspek kegiatan di waktu santai terdiri atas dua pertanyaan (nomor 5 dan 6), aspek pekerjaan dan sekolah hanya satu pertanyaan (nomor 7), aspek hubungan personal terdiri atas dua pertanyaan (nomor 8 dan 9), dan aspek terapi terdiri atas satu pertanyaan (nomor 10). Setiap pertanyaan dalam kuesioner, kecuali pertanyaan nomor tujuh, memiliki empat pilihan jawaban, yaitu 'not at all', diberi nilai nol; 'a little', diberi nilai dua dan 'very much', diberi nilai tiga. Jawaban 'not relevant' diberi nilai nol. Skor total DLQI diperoleh dengan menjumlahkan nilai tiap pertanyaan. Jika satu pertanyaan tidak dijawab, diberi nilai nol dan masuk dalam penjumlahan skor total. Jika dua atau lebih pertanyaan tidak dijawab, kuesioner tidak dimasukkan dalam penelitian. Pada pertanyaan nomor tujuh, jawaban 'yes' diberi nilai tiga, meski kotak jawaban lain ditandai. Jika pertanyaan nomor 7 dijawab 'no' sementara jawaban selanjutnya 'a lot' maka diberi

nilai dua dan jika jawaban selanjutnya 'a little', diberi nilai satu. Jika dua atau lebih pilihan jawaban ditandai, dipilih jawaban dengan nilai paling tinggi. Jika tanda jawaban terdapat di antara dua kotak jawaban, dipilih jawaban dengan nilai paling rendah. Skor total DLQI diperoleh dengan menjumlahkan nilai tiap pertanyaan, sehingga nilai maksimal adalah 30 dan nilai minimal 0. Semakin tinggi skor total, semakin buruk kualitas hidup seseorang. Berikut adalah interpretasi dari skor total DLQI:¹¹⁻¹⁵

Interpretasi skor DLQI:

- a) 0-1 = tidak ada pengaruh pada kehidupan pasien
- b) 2-5 = pengaruh kecil pada kehidupan pasien
- c) 6-10 = pengaruh sedang pada kehidupan pasien
- d) 11-20 = pengaruh besar pada kehidupan pasien
- e) 21-30 = pengaruh sangat besar pada kehidupan pasien

Skor DLQI juga dapat dianalisis tiap aspek, dengan nilai maksimal enam untuk aspek yang terdiri atas dua pertanyaan, dan nilai maksimal tiga untuk aspek yang terdiri atas satu pertanyaan. Disyaratkan semua pertanyaan dalam aspek harus dijawab jika ingin dilakukan analisis tiap aspek. Kuisisioner DLQI disusun untuk digunakan pada orang dewasa di atas 18 tahun. Kuisisioner ini memenuhi kebutuhan akan kuisisioner yang sangat sederhana namun juga sensitif menilai disabilitas akibat penyakit kulit. Kuisisioner dapat dengan cepat dan akurat diisi oleh pasien sendiri tanpa bantuan. Kuisisioner juga dapat dikirimkan melalui pos dengan sedikit instruksi, yang menguntungkan pada penelitian berskala besar. Waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan kuisisioner antara 1-3 menit, dengan waktu rata-rata 124 detik.¹¹⁻¹⁵

DLQI digunakan untuk berbagai tujuan, termasuk untuk memonitor efektivitas berbagai intervensi terapi maupun menilai efektivitas pelayanan kesehatan terhadap kualitas hidup pasien.¹⁶ DLQI telah digunakan pada 202 penelitian terhadap 33 penyakit kulit di 32 negara dan terdapat dalam 55 bahasa. Namun hingga kini, belum terdapat DLQI berbahasa Indonesia. Kuisisioner tersebut banyak digunakan pada praktek dan penelitian klinis karena bersifat ringkas dan sederhana. Hal ini memungkinkan dilakukannya studi klinis yang bersifat internasional maupun studi komparatif antarnegara. DLQI paling banyak digunakan pada pasien psoriasis, dermatitis atopik, dan vitiligo.¹²⁻¹⁶

Penelitian Terkait Kualitas Hidup

Adapun beberapa penelitian terdahulu terkait dengan penilaian kualitas hidup seseorang:

1. Penelitian telah dilakukan tentang kualitas hidup pasien yang mengalami psoriasis di daerah Osmanabad, India. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sangat berkaitan dengan kualitas hidup yang rendah serta sangat mengganggu kehidupan di dibandingkan dengan individu sehat lainnya.¹⁷
2. Penelitian telah dilakukan tentang kualitas hidup pada pasien dengan psoriasis di rumah sakit perawatan tersier. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Psoriasis adalah penyakit rekuren kronis dan memiliki dampak negatif yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien.¹⁸
3. Penelitian oleh Finlay (2004) pada pasien dengan berbagai kelainan kulit dilaporkan bahwa pasien dengan dermatitis atopik, pruritus, dan psoriasis memiliki nilai DLQI tertinggi. Nilai terendah ditemukan pada pasien nevus melanositik dan keratosis seboroik. Tidak ditemukan perbedaan signifikan antara laki-laki dan perempuan.¹⁹
4. Tejada, dkk (2011) di Brazil melaporkan nilai rata-rata DLQI 7.7. Nilai tertinggi ditemukan pada pasien psoriasis, vitiligo, dermatitis atopik, dan akne. Pasien dengan usia lebih muda, pasien yang belum menikah, pendapatan rendah, dan durasi penyakit yang panjang berhubungan dengan kualitas hidup yang lebih buruk.²⁰
5. Mork dkk (2002), melaporkan 230 pasien psoriasis di Norwegia diperoleh nilai DLQI total rata-rata 1.48. Semakin berat penyakit, yang dinilai menggunakan PASI, semakin buruk kualitas hidup pasien.²¹

DAFTAR PUSTAKA

1. Barcaccia B, Esposito G, Matarese M, Bertolaso M, Elvira M, De Marinis MG. "Defining quality of life: a wild-goose chase?". *Europe's Journal of Psychology*. 2013;9(1):185-203.
2. de Korte J, Sprangers MAG, Mombers FMC, Bos JD. Quality of Life in Patients with Psoriasis: A Systematic Literature Review. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*. 2004;9(2):140-7.

3. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016;34(7):645-9.
4. Haraldstad K, Wahl A, Andanaes R, *et al*. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*. 2019;28:2641-2650.
5. Yang HJ, Yang KC. Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan. *Dermatologica Sinica*. 2015;33(3):146-150.
6. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Review: Quality of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006;4(35):1-7.
7. Benchikhi H, Abarji H, Nani S. Quality of Life is More Affected in Psoriasis than Vitiligo: A Study of 40 Moroccan Patients. *Dermatol Open J*. 2016;1(1):9-13.
8. Meher C. Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Penderita Psoriasis Melalui Pendekatan Promosi Kesehatan [Disertasi]. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2019.
9. Cranenburgh O, Prinsen C, Sprangers M, Spuls P, Korte JD. Health-related quality-of-life assessment in dermatologic practice: Relevance and application. *Dermatol Clin*. 2012;30:323-32.
10. Fayers P, Machin D. Introduction. Quality of Life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd ed. *England: Wiley*. 2007:1-30.
11. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994;19(3).
12. Basra MKA, Sue-Ho R, Finlay AY. The Family Dermatology Life Quality Index: Measuring the secondary impact of skin disease. *British Journal of Dermatology*. 2007;156(3):528-38.
13. Lewis V, Finlay AY. 10 Years Experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9:169-180.
14. Chernyshov PV. The Evolution of Quality of Life Assessment and Use in Dermatology. *Dermatology*. 2019;236:167-174.
15. Liliashvili S, Kituashvili T. Dermatology Life Quality Index and disease coping strategies in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol*. 2019;36(4):419-424.

16. Rogers A, DeLong L, Chen S. Clinical meaning in skin-specific quality of life instruments: a comparison of the Dermatology Life Quality Index and Skindex banding systems. *Dermatol Clin*. 2012;30:333-42.
17. Sheikh G, Masood Q, Majeed S, Hassan I. Comparison of levels of serum copper, zinc, albumin, globulin and alkaline phosphatase in psoriatic patients and controls: A hospital based case control study. *Indian Dermatol Online J*. 2015;6(2):81-3.
18. Barot PA, Malhotra SD, Patel VJ. Evaluation of Potential Drug-Drug Interactions in Patients of Emergency Medicine Department at a Tertiary Care Teaching Hospital: A Prospective Study. *International Journal of Scientific Study*. 2015;3(5):48-53.
19. Finlay AY. Quality of life indices. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. 2004;70(3):143-148.
20. Tejada C, Mendoza-Sassi R, Junior HA, Figueiredo P, Tejada V. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2011;86(6):1113-21.

BAGIAN VII

STRES

Ada beberapa istilah psikologis populer yang sering disebut sebagai “stres”. Pada hakikatnya, tentunya kata ini merujuk pada sebuah kondisi seseorang yang mengalami tuntutan emosi berlebihan dan atau waktu yang membuatnya sulit memfungsikan secara efektif semua wilayah kehidupan. Keadaan ini dapat mengakibatkan munculnya cukup banyak gejala, seperti depresi, kelelahan kronis, mudah marah, gelisah, impotensi, dan kualitas kerja yang rendah.¹

Istilah stres tidak dapat dipisahkan dari distress dan depresi, karena satu sama lainnya saling terkait. Stres merupakan reaksi fisik terhadap permasalahan kehidupan yang dialaminya dan apabila fungsi organ tubuh sampai terganggu dinamakan distress. Sedangkan depresi merupakan reaksi kejiwaan terhadap stressor yang dialaminya. Dalam banyak hal manusia akan cukup cepat untuk pulih kembali dari pengaruh-pengaruh pengalaman stres. Manusia mempunyai suplai yang baik dan energi penyesuaian diri untuk dipakai dan diisi kembali bilamana perlu.¹⁻³

Stres adalah suatu perasaan yang dialami apabila seseorang menerima tekanan. Tekanan atau tuntutan yang diterima mungkin datang dalam bentuk mengekalkan jalinan berhubungan, memenuhi harapan keluarga dan untuk pencapaian akademik. Kondisi stres terjadi karena ketidakseimbangan antara tekanan yang dihadapi individu dan kemampuan untuk menghadapi tekanan tersebut. Individu membutuhkan energi yang cukup untuk menghadapi situasi stres agar tidak mengganggu kesejahteraan mereka.²⁻⁴

Aspek-Aspek Stres

Pada saat seseorang mengalami stres ada dua aspek utama dari dampak yang ditimbulkan akibat stres yang terjadi, yaitu aspek fisik dan aspek psikologis:⁵

- a. Aspek fisik, berdampak pada menurunnya kondisi seseorang pada saat stres sehingga orang tersebut mengalami sakit pada organ tubuhnya, seperti sakit kepala, gangguan pencernaan.
- b. Aspek psikologis, terdiri dari gejala kognisi, gejala emosi, dan gejala tingkah laku. Masing-masing gejala tersebut mempengaruhi

kondisi psikologis seseorang dan membuat kondisi psikologisnya menjadi negatif, seperti menurunnya daya ingat, merasa sedih dan menunda pekerjaan. Hal ini dipengaruhi oleh berat atau ringannya stres. Berat atau ringannya stres yang dialami seseorang dapat dilihat dari dalam dan luar diri mereka yang menjalani kegiatan akademik di kampus.

Faktor-Faktor Stres

Setiap teori yang berbeda memiliki konsepsi atau sudut pandang yang berbeda dalam melihat penyebab dari berbagai gangguan fisik yang berkaitan dengan stres. Di bawah ini akan dijelaskan beberapa sudut pandang tersebut.^{1-3,6,7}

- a. Sudut pandang psikodinamik
Sudut pandang psikodinamik mendasarkan diri mereka pada asumsi bahwa gangguan tersebut muncul sebagai akibat dari emosi yang direpres. Hal-hal yang direpres akan menentukan organ tubuh mana yang terkena penyakit. Sebagai contoh, apabila seseorang merepres kemarahan, maka berdasarkan pandangan ini kondisi tersebut dapat memunculkan *essential hypertension*.
- b. Sudut pandang biologis
Salah satu sudut pandang biologis adalah *somatic weakness* model. Model ini memiliki asumsi bahwa hubungan antara stres dan gangguan psikofisiologis terkait dengan lemahnya organ tubuh individu. Faktor biologis seperti misalnya genetik ataupun penyakit yang sebelumnya pernah diderita membuat suatu organ tertentu menjadi lebih lemah daripada organ lainnya, hingga akhirnya rentan dan mudah mengalami kerusakan ketika individu tersebut dalam kondisi tertekan dan tidak nyaman .
- c. Sudut pandang kognitif dan perilaku
Sudut pandang kognitif menekankan pada bagaimana individu mempersepsi dan bereaksi terhadap ancaman dari luar. Seluruh persepsi individu dapat menstimulasi aktivitas sistem simpatis dan pengeluaran hormon stres. Munculnya emosi yang negatif seperti perasaan cemas, kecewa dan sebagainya dapat membuat sistem ini tidak berjalan dengan berjalan lancar dan pada suatu titik tertentu akhirnya memunculkan penyakit. Berdasarkan penelitian diketahui bahwa bagaimana seseorang mengatasi kemarahannya ternyata berhubungan dengan penyakit tekanan darah tinggi (Fausiah dan Widury, 2005), Stres bersumber dari

frustrasi dan konflik yang dialami individu dapat berasal dari berbagai bidang kehidupan manusia.

Dalam hal hambatan, ada beberapa macam hambatan yang biasanya dihadapi oleh individu seperti:¹⁻³

- a. Hambatan fisik: kemiskinan, kekurangan gizi, bencana alam dan sebagainya.
- b. Hambatan sosial: kondisi perekonomian yang tidak bagus, persaingan hidup yang keras, perubahan tidak pasti dalam berbagai aspek kehidupan. Hal-hal tersebut mempersempit kesempatan individu untuk meraih kehidupan yang layak sehingga menyebabkan timbulnya frustrasi pada diri seseorang.
- c. Hambatan pribadi: keterbatasan-keterbatasan pribadi individu dalam bentuk cacat fisik atau penampilan fisik yang kurang menarik bisa menjadi pemicu frustrasi dan stres pada individu. Konflik antara dua atau lebih kebutuhan atau keinginan yang ingin dicapai, yang terjadi secara berbenturan juga bisa menjadi penyebab timbulnya stres. Seringkali individu mengalami dilema saat diharuskan memilih diantara alternatif yang ada apalagi bila hal tersebut menyangkut kehidupan di masa depan. Konflik bisa menjadi pemicu timbulnya stress atau setidaknya membuat individu mengalami ketegangan yang berkepanjangan yang akan mengalami kesulitan untuk mengatasinya.

Faktor-faktor yang dapat memicu stres itu dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok berikut:

- a. Stressor fisik-biologik, seperti : penyakit yang sulit disembuhkan, cacat fisik atau kurang fungsinya salah satu anggota tubuh, wajah yang tidak cantik atau ganteng, dan postur tubuh yang dipersepsi tidak ideal (seperti : terlalu kecil, kurus, pendek, atau gemuk).
- b. Stressor psikologik, seperti : *negative thinking* atau berburuk sangka, frustrasi (kekecewaan karena gagal memperoleh sesuatu yang diinginkan), hasud (iri hati atau dendam), sikap permusuhan, perasaan cemburu, konflik pribadi, dan keinginan yang di luar kemampuan.
- c. Stressor Sosial, seperti iklim kehidupan keluarga : hubungan antar anggota keluarga yang tidak harmonis (*broken home*), perceraian, suami atau istri selingkuh, suami atau istri meninggal,

anak yang nakal (suka melawan kepada orang tua, sering membolos dari sekolah, mengkonsumsi minuman keras, dan menyalahgunakan obat-obatan terlarang) sikap dan perlakuan orang tua yang keras, salah seorang anggota mengidap gangguan jiwa dan tingkat ekonomi keluarga yang rendah, lalu ada faktor pekerjaan : kesulitan mencari pekerjaan, pengangguran, kena PHK (Pemutusan Hubungan Kerja), perselisihan dengan atasan, jenis pekerjaan yang tidak sesuai dengan minat dan kemampuan dan penghasilan tidak sesuai dengan tuntutan kebutuhan sehari-hari, kemudian yang terakhir ada iklim lingkungan : maraknya kriminalitas (pencurian, perampokan dan pembunuhan), tawuran antar kelompok (pelajar, mahasiswa, atau warga masyarakat), harga kebutuhan pokok yang mahal, kurang tersedia fasilitas air bersih yang memadai, kemarau panjang, udara yang sangat panas atau dingin, suara bising, polusi udara, lingkungan yang kotor (bau sampah dimana-mana), atau kondisi perumahan yang buruk, kemacetan lalu lintas bertempat tinggal di daerah banjir atau rentan longsor, dan kehidupan politik dan ekonomi yang tidak stabil.

Ada dua macam stres yang dihadapi oleh individu yaitu:⁵⁻⁸

- a. Stres yang *ego-envolved*: Stres yang tidak sampai mengancam kebutuhan dasar atau dengan kata lain disebut dengan stres kecil-kecilan.
- b. Stres yang *ego-involved*: Stres yang mengancam kebutuhan dasar serta integritas kepribadian seseorang. Stres semacam *ego involved* membutuhkan penanganan yang benar dan tepat dengan melakukan reaksi penyesuaian agar tidak hancur karenanya.

Kemampuan individu dalam bertahan terhadap stres sehingga tidak membuat kepribadiannya “berantakan” disebut dengan tingkat toleransi terhadap stres. Setiap individu memiliki tingkat toleransi yang berbeda antara satu individu dengan individu lainnya. Individu dengan kepribadian yang lemah bila dihadapkan pada stres yang kecil-kecil sekalipun akan menimbulkan perilaku abnormal. Berbeda dengan individu yang berkepribadian kuat, meskipun dihadapkan pada stres yang *ego envolved* kemungkinan besar akan mampu mengatasi kondisinya.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi stres seseorang dilihat dari tiga sudut pandang yaitu sudut pandang psikodinamik, sudut pandang biologis dan sudut pandang kognitif dan perilaku, kemudian ada faktor tambahan berupa hambatan-hambatan yang dialami individu seperti hambatan fisik, sosial dan pribadi.

Tahapan Stres

Stres terjadi melalui beberapa tahapan, yaitu:^{2,3,7}

- a. Tahap satu: stres pada tahap ini justru dapat membuat seseorang lebih bersemangat, penglihatan lebih tajam, peningkatan energi, rasa puas dan senang, muncul rasa gugup tapi mudah diatasi.
- b. Tahap dua: menunjukkan kelelahan, otot tegang, gangguan pencernaan.
- c. Tahap tiga: menunjukkan gejala seperti tegang, sulit tidur, badan terasa lesu dan lemas.
- d. Tahap empat dan lima : pada tahap ini seseorang akan tidak mampu menanggapi situasi dan konsentrasi menurun dan mengalami insomnia.
- e. Tahap enam: gejala yang muncul detak jantung meningkat, gemetar sehingga dapat pula mengakibatkan pingsan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Shahrivarani AM, Abadi EAM, Kolkhoran MH. Stress: Facts and Theories through Literature Review. *International Journal of Medical Reviews*. 2015;2(2):230-241.
2. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:607-628.
3. Baqtayan SMS. Stress and Coping Mechanism: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2015;6(2 SI):479-488.
4. Kuo WC, Bratzke LC, Oakley LD, Kuo F, Wang H, Brown RL. The association between psychological stress and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2019;20(11).
5. Sarafino, EP. Health Psychology, Biopsychosocial Interaction. *New York: John WilleySons*. 2006.

6. Fink G. Stress: Definition and history. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioural Psychology*. 2017:1-9.
7. Gaol NTL. Teori Stres: Stimulus, Respons, dan Transaksional. *Buletin Psikologi*. 2016;24(1):1-11.
8. Ardani TA. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. *Bandung: Karya Putra Darwati*. 2013.
9. Meher C. Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Penderita Psoriasis Melalui Pendekatan Promosi Kesehatan [Disertasi]. *Medan: Universitas Sumatera Utara*. 2019.

BAGIAN VIII

OVERVIEW PSORIASIS

Definisi Psoriasis

Psoriasis adalah sebuah nama yang diberikan oleh seorang dermatologi asal Vienna, Ferdinan von Hebra pada tahun 1841. Kata psoriasis berasal dari bahasa Yunani yaitu "*psora*" yang berarti "gatal", meskipun sebagian besar pasien tidak mengeluhkan rasa gatal. Pada masa lalu, psoriasis dikenal sebagai bentuk dari penyakit kusta. Namun pada tahun 1841 akhirnya penyakit ini diberi nama psoriasis yang dianggap sebagai penyakit radang kulit kronik yang melibatkan faktor genetik dalam patogenesisnya.¹ Beberapa tahun terakhir, berbagai studi dilakukan untuk dapat menjelaskan mekanisme molekulernya. Namun, masih belum diketahui secara jelas termasuk penyebab utamanya apakah kelainan genetik, lingkungan atau imunologi.²

Epidemiologi Psoriasis

Psoriasis dijumpai di seluruh dunia dengan prevalensi yang berbeda-beda dipengaruhi oleh ras, geografis, dan lingkungan. Di Amerika Serikat terjadi pada 2 persen dari populasi atau sekitar 150.000 kasus baru per tahun. Insiden tertinggi di Denmark (2,9%), sedangkan di Eropa Utara sekitar 2 persen (Gudjonsson & Elder, 2012). Insiden psoriasis pada laki-laki dan perempuan hampir sama, namun meningkat sesuai usia.⁴

Psoriasis vulgaris dapat terjadi pada semua umur, tetapi jarang pada umur dibawah 10 tahun. Paling sering terjadi antara umur 15 sampai 30 tahun.³ Onset sebelumnya umur 40 tahun umumnya menunjukkan kerentanan genetik yang lebih besar dan tentu saja lebih parah bahkan berdampak pada berulangnya psoriasis vulgaris.^{5,6}

Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika psoriasis timbul lebih awal, akan dapat menetap seumur hidup dan bermanifestasi dalam jangka waktu yang tidak dapat ditentukan. Studi longitudinal menunjukkan remisi spontan dapat terjadi pada sekitar sepertiga pasien psoriasis dengan frekuensi yang bervariasi.³

Etiologi Psoriasis

Penyebab penyakit psoriasis belum diketahui meskipun telah dilakukan penelitian dasar dan klinis secara intensif. Diduga merupakan interaksi antara faktor genetik, sistem imunitas, dan lingkungan, sedangkan tiga komponen patogenesis dari psoriasis adalah infiltrasi sel-sel radang pada dermis, hiperplasia epidermis, dan diferensiasi keratinosit yang abnormal.⁶

Lesi kulit psoriasis melibatkan epidermis dan dermis. Dijumpai penebalan epidermis, disorganisasi stratum korneum akibat hiperproliferasi epidermis dan peningkatan kecepatan mitosis, disertai peningkatan ekspresi *intercellular adhesion molecule 1* (ICAM 1) serta abnormalitas diferensiasi sel epidermis.⁷ Gambaran histopatologisnya antara lain *elongasi rete ridges*, parakeratosis, serta infiltrasi berbagai sel radang. Sel T CD 4+ dan CD 8+ dapat ditemukan di sekitar kapiler dermis dan epidermis.⁶

Aktivasi sel T terutama dipengaruhi oleh sel Langerhans. Sel T serta keratinosit yang teraktivasi akan melepaskan sitokin dan kemokin, dan menstimulasi inflamasi lebih lanjut. Selain itu, kedua komponen ini akan memproduksi tumor *necrosis factor α* (TNF α), yang mempertahankan proses inflamasi. Oleh karena itu, psoriasis bukan hanya disebabkan oleh autoimunitas terkait sel limfosit T seperti teori terdahulu, tetapi melibatkan proses yang lebih kompleks termasuk abnormalitas mikrovaskuler dan keratinosit.⁶

Adapun etiologi lain yang mempengaruhi terjadinya penyakit ini bersifat multifaktorial, selain disebutkan diatas meliputi genetik yang merupakan komponen penting dalam patogenerik psoriasis, dimana sekitar 30 persen penderita psoriasis memiliki anggota keluarga tingkat pertama atau kedua dengan riwayat penyakit yang sama. Kaitan genetik terkuat pada psoriasis adalah dengan alel MHC kelas I Cw6*0602, paling banyak ditemukan pada psoriasis awitan dini.⁶⁻⁸ Gen ini berfungsi pada presentasi antigen ke sel T CD8⁺ melalui MHC I, yang membantu dalam aktivasi sel T yang terlalu aktif sebagai penanda inflamasi psoriasis. Beberapa laboratorium dan lembaga penelitian psoriasis telah melakukan pemetaan dan menetapkan setidaknya Sembilan lokus kerentanan (PSORS1-PSORS9), dengan PSORS1 pada daerah 6p21 sebagai perhatian utamanya.⁸

Adapun faktor risiko lingkungan yang dikaitkan dan mungkin terlibat dalam permulaan maupun perburukan psoriasis, diantaranya adalah trauma (fisik, kimiawi, elektrik, pembedahan), infeksi (psoriasis

gutata sangat terkait infeksi streptokokus sebelumnya, terutama pada tenggorokan), obat-obatan (litium, antimalaria, penyakit beta-adrenergik, penghambat ACE, AINS, dan penarikan kortikosteroid), alkohol dan merokok (penelitian menyatakan bahwa alkohol dapat memperburuk namun tampaknya tidak mencetuskan psoriasis dan individu yang merokok lebih dari 15 batang per hari memiliki risiko menderita psoriasis sebesar 3 kali lipat), serta faktor psikogenik (pasien psoriasis melaporkan lebih banyak peristiwa stres dalam hidupnya selama 12 bulan terakhir dibandingkan dengan kontrol).⁹

Gambaran Klinis Psoriasis

Keluhan utama pasien psoriasis adalah lesi yang terlihat, rendahnya kepercayaan diri, gatal dan nyeri terutama jika mengenai telapak tangan, telapak kaki dan daerah intertriginosa. Selain itu psoriasis dapat mengganggu aktivitas sehari-hari bukan hanya oleh karena keterlibatan kulit, tetapi juga menimbulkan arthritis psoriasis.¹⁰

Gambaran klinis psoriasis adalah plak *eritematosa sirkumskrip* dengan skuama putih keperakan di atasnya dan tanda Auspitz. Warna plak dapat bervariasi dari kemerahan dengan skuama minimal, plak putih dengan skuama tebal hingga putih keabuan tergantung pada ketebalan skuama. Pada umumnya lesi psoriasis adalah simetris.³ Beberapa pola dan lokasi Psoriasis antara lain:

1. Psoriasis Vulgaris, merupakan bentuk yang paling umum dari psoriasis dan sering ditemukan (80%). Psoriasis ini tampak berupa plak yang berbentuk sirkumskrip. Jumlah lesi pada psoriasis vulgaris dapat bervariasi dari satu hingga beberapa dengan ukuran mulai 0,5 cm hingga 30 cm atau lebih. Lokasi psoriasis vulgaris yang paling sering dijumpai adalah ekstensor siku, lutut, sakrum dan scalp. Selain lokasi tersebut diatas, psoriasis ini dapat juga timbul di lokasi lain.³
2. Psoriasis Gutata, tampak sebagai papul eritematosa multipel yang sering ditemukan terutama pada badan dan kemudian meluas hingga ekstremitas, wajah dan scalp. Lesi psoriasis ini menetap selama 2-3 bulan dan akhirnya akan mengalami resolusi spontan. Pada umumnya terjadi pada anak-anak dan remaja yang seringkali diawali dengan radang tenggorokan.³
3. Psoriasis Pustulosa Generalisata (*Von Zumbusch*), jenis ini tampak sebagai erupsi generalisata dengan eritema dan pustul. Pada umumnya diawali oleh psoriasis tipe lainnya dan dicetuskan

oleh penghentian steroid sistemik, hipokalsemia, infeksi dan iritasi local. Psoriasis Pustulosa Lokalisata kadang disebut juga dengan pustulosis palmoplantar persisten Psoriasis ini ditandai dengan eritema, skuama dan pustul pada telapak tangan dan kaki biasanya berbentuk simetris bilateral.³

Diagnosis dan Tatalaksana Psoriasis

Diagnosis psoriasis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis dan pemeriksaan histopatologi. Apabila ditemukan fenomena bercak lilin, fenomena Auspitz dan fenomena Koebner dapat memberikan diagnosis yang tepat.^{3,6}

Psoriasis sebagai penyakit yang multifaktorial dengan penyebab belum diketahui dengan pasti, sehingga penanganannya juga sangat bervariasi dan setiap pusat pendidikan mempunyai acuan yang berbeda. Terdapat berbagai variasi terapi psoriasis, mulai dari topikal untuk psoriasis ringan hingga fototerapi dan terapi sistemik untuk psoriasis berat. Edukasi kepada pasien tentang faktor-faktor pencetusnya perlu disampaikan kepada pasien maupun keluarganya.¹⁰

Prognosis Psoriasis

Psoriasis guttata biasanya akan hilang sendiri (*self limited*) dalam 12-16 minggu tanpa pengobatan, meskipun pada beberapa pasien menjadi lesi plakat kronik. Psoriasis tipe plakat kronis berlangsung seumur hidup, dan interval antar gejala tidak dapat diprediksi. Remisi spontan dapat terjadi pada 50% pasien dalam waktu yang bervariasi. Eritroderma dan *generalized pustular* psoriasis memiliki prognosis yang lebih buruk dengan kecenderungan menjadi persisten.¹¹

DAFTAR PUSTAKA

1. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis Pathophysiology: Current Concepts of Patogenesis. *An Rheum Dis.* 2013;64(Supl II):ii30-6.
2. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Mechanism of disease psoriasis. *N Eng J Med*, 2009: 496-509.
3. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editor. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill. 2012.

4. Shbeeb M, Uramoto KM, Gibson LE, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. *J Rheumatol* 2000;27:1247-50.
5. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis Pathophysiology: Current Concepts of Pathogenesis. *An Rheum Dis* 2013;64 (Supl II):ii30-6.
6. Schon MP, Boehncke WH. Psoriasis N. *Eng. J. Med*; 352(18):2005: 1899- 1909.
7. Stern RS. Psoralen and ultraviolet a light therapy for psoriasis. *N Engl J Med*. 2007;357(7):682-90.
8. Eberle FC, Bruck J, Holstein J, Hirahara K, Ghoreschi K. Recent advances in understanding psoriasis. *F1000Res*. 2016;5(F1000 Faculty Rev):1-9.
9. Bergboer JGM, Zeeuwen PLJM, Schalkwijk J. Genetics of psoriasis: evidence for epistatic interaction between skin barrier abnormalities and immune deviation. *J Invest Dermatol*. 2012;132(10):2320-2331.
10. Dvaroka V, Markham T. Psoriasis: Current Treatment Option and Recent Advances. *Drug Review*. 2013;4:13-18.
11. Krueger JG. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:1-23.

BAGIAN IX

METODE PROMOSI KESEHATAN PADA PSORIASIS

Promosi Kesehatan Psoriasis dengan Metode Komunikasi kelompok

Promosi kesehatan psoriasis merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup bagi penderita psoriasis itu sendiri dengan pemberian informasi yang dapat menggunakan berbagai metode, salah satunya FGD dimana ini salah satu proses pengumpulan informasi suatu masalah tertentu yang sangat spesifik melalui komunikasi kelompok.¹

Komunikasi kelompok merupakan komunikasi yang berlangsung antara seorang komunikator dengan sekelompok orang yang jumlahnya lebih dari dua orang.² Kelompok adalah sekumpulan orang yang mempunyai tujuan bersama yang berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama, mengenal satu sama lainnya, dan memandang mereka sebagai bagian dari kelompok tersebut.²⁻⁴ Kelompok ini misalnya adalah keluarga, kelompok diskusi, kelompok pemecahan masalah, atau suatu komite yang tengah berapat untuk mengambil suatu keputusan. Dalam komunikasi kelompok, juga melibatkan komunikasi antarpribadi. Karena itu kebanyakan teori komunikasi antarpribadi berlaku juga bagi komunikasi kelompok.^{2,4,5}

Komunikasi kelompok adalah komunikasi yang berlangsung antara beberapa orang dalam suatu kelompok “kecil” seperti dalam rapat, pertemuan, konperensi dan sebagainya. Komunikasi kelompok sebagai interaksi secara tatap muka antara tiga orang atau lebih, dengan tujuan yang telah diketahui, seperti berbagi informasi, menjaga diri, pemecahan masalah, yang mana anggota-anggotanya dapat mengingat karakteristik pribadi anggota-anggota yang lain secara tepat.³⁻⁸ Kedua definisi komunikasi kelompok di atas mempunyai kesamaan, yakni adanya komunikasi tatap muka, peserta komunikasi lebih dari dua orang, dan memiliki susunan rencana kerja tertentu untuk mencapai tujuan kelompok. Komunikasi kelompok terjadi ketika tiga orang atau lebih bertatap muka, biasanya di bawah pengarahannya seorang pemimpin untuk mencapai tujuan atau sasaran bersama dan mempengaruhi satu sama lain. Lebih mendalam ketiga ilmuwan tersebut menjabarkan sifat-sifat komunikasi kelompok sebagai berikut:¹⁻⁵

- a. Kelompok berkomunikasi melalui tatap muka
- b. Kelompok memiliki sedikit partisipan
- c. Kelompok bekerja di bawah arahan seseorang pemimpin
- d. Kelompok membagi tujuan atau sasaran bersama
- e. Anggota kelompok memiliki pengaruh atas satu sama lain

Promosi Kesehatan Psoriasis dengan Media *Booklet*

Media cetak sebagai alat bantu untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, salah satunya adalah *booklet*. *Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun bergambar. *Booklet* 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.⁹

Promosi Kesehatan Psoriasis dengan Media sosial

Menurut “*What is*”, media sosial adalah “saluran komunikasi *online* kolektif yang didedikasikan untuk *input*, interaksi, berbagi konten, dan kolaborasi berbasis masyarakat”. Situs *web* dan aplikasi yang didedikasikan untuk forum, *microblogging*, jaringan sosial, *bookmark* sosial, kurasi sosial, dan wiki adalah salah satu jenis media sosial.¹⁰

Definisi yang hampir sama dilansir dalam *Merriam-Webster Encyclopedia*, yang mendefinisikan media sosial sebagai “bentuk komunikasi elektronik (seperti situs *web* untuk jaringan sosial dan *microblogging*) di mana pengguna membuat komunitas *online* untuk berbagi informasi, ide, pesan pribadi, dan konten lainnya (seperti video)”. Sedang menurut Kaplan dan Haenlein, definisi media sosial adalah kelompok aplikasi berbasis internet yang membangun ideologi berbasis teknologi *Web* yang memungkinkan penciptaan dan pertukaran konten yang bisa digunakan semua orang.¹⁰⁻¹²

Sosial media atau dalam bahasa Indonesia disebut media sosial adalah media yang didesain untuk memudahkan interaksi sosial yang bersifat interaktif atau dua arah. Media sosial berbasis pada teknologi internet yang mengubah pola penyebaran informasi dari yang sebelumnya bersifat satu ke banyak audiens, banyak audiens ke banyak *audiens*. Media sosial adalah penerbitan *online* dan alat-alat komunikasi, situs, dan tujuan dari Web yang berakar pada percakapan,

keterlibatan, dan partisipasi. Media sosial juga sebuah media *online*, dengan para penggunanya bisa dengan mudah berpartisipasi, berbagi, dan menciptakan isi meliputi blog, jejaring sosial, forum dan dunia virtual.^{2,3,13-16}

Media sosial adalah sebuah media *online* yang memungkinkan para penggunanya bisa dengan mudah berpartisipasi, berbagi, dan menciptakan suatu karya. Dewasa ini jenis media sosial yang berkembang di masyarakat cukup banyak. Jenis-jenis media sosial yang berkembang saat ini antara lain *Facebook, Twitter, Google+, Tumblr, YouTube, Blogger*, dan lain lain. Media sosial mengusung kombinasi antara ruang lingkup elemen dunia maya, dalam produk-produk layanan *online* seperti blog, forum diskusi *chat rooms, email, website*, dan juga kekuatan komunitas yang dibangun melalui jejaring sosial. Juju juga mengatakan bahwa apa yang disampaikan dalam media sosial memberikan efek kekuatan (*power*) tersendiri karena basis pembangunannya berupa teknologi dan juga berbagai media interaksi yang dikomunikasikan dalam teks, gambar, audio, maupun video. Tambahan pula, elemen jejaring sosial yang memang ditujukan untuk terus terkoneksi, berkomunikasi bahkan saling berbagi (*sharing*).¹³⁻¹⁶

Media sosial dalam ranah kekinian merupakan sebuah era baru dalam hal sarana komunikasi yang semakin intensif dalam pemanfaatan kemajuan teknologi. Teknologi berbasis Web memungkinkan tumbuhnya masyarakat baru yang semu, atau dalam dunia baru tersebut biasa disebut sebagai dunia maya. Mau tidak mau semua bidang harus mengikuti, trend ini bila tidak ingin ketinggalan zaman.¹⁴⁻¹⁶

Bidang kesehatan juga tidak bisa terelakkan, mau tidak mau, harus ikut arus perubahan yang terasa sangat cepat ini, terutama bidang kesehatan yang berhubungan dengan masalah komunikasi atau penyampaian informasi pada khalayak ramai. Beberapa studi atau penelitian yang telah dilakukan tentang kontribusi media sosial untuk bidang kesehatan telah banyak dilakukan, meski di dalam negeri sendiri hal ini masih belum menjadi topik kajian yang menarik. Penelitian dan kajian tersebut banyak mengupas tentang potensi media sosial, ketersediaan informasi, dukungan untuk pasien penyakit tertentu, efektivitasnya dalam penyampaian informasi, ataupun diskursus tentang suatu topik tertentu.¹⁶

Media sosial sebagai sebuah media baru untuk promosi kesehatan mau tidak mau merupakan sebuah keniscayaan. Efektivitasnya yang

mampu menjangkau ribuan dan bahkan jutaan sasaran dalam waktu singkat membuat media ini menjadi primadona baru bagi setiap promotor kesehatan yang berorientasi masif. Beberapa organisasi sudah menggunakan media online dalam melakukan promosi kesehatan. Hal ini berkaitan dengan jangkauan yang luas dan waktu yang singkat. Misalnya, pusat promosi kesehatan yang mampu membuat web dibidang promosi kesehatan, belum lagi dinas-dinas kesehatan daerah yang sudah memanfaatkan internet dalam melakukan promosi kesehatan. Beberapa perusahaan swasta juga sudah mulai melakukan hal yang sama dalam melakukan promosi kesehatan.^{13,16}

Keberadaan media promosi kesehatan saat ini sangat strategis untuk menyampaikan informasi kesehatan kepada masyarakat luas. Dengan banyaknya permasalahan kesehatan yang muncul saat ini, masyarakat haus akan informasi kesehatan yang benar dan terpercaya. Salah satu strategi yang bisa digunakan untuk memenuhi kebutuhan informasi yang benar dan terpercaya adalah dengan menggunakan media promosi kesehatan.¹²

Penyajian dan penyampaian informasi dapat melalui berbagai macam media antara lain, surat kabar, majalah, media elektronik, televisi, dan radio serta film. Semua media ini merupakan media komunikasi yang efektif dan secara langsung berhubungan atau menyentuh masyarakat. Khusus untuk terpaan media mana yang efektif bisa dilihat dari sisi komunikasi dan pemanfaatan informasi.¹²

Salah satu upaya promosi kesehatan bisa dilakukan melalui media sosial dalam hal ini adalah aplikasi *WhatsApp Messenger*. *WhatsApp Messenger* atau *WhatsApp* adalah aplikasi pesan untuk *smartphone* yang memungkinkan penggunaanya bertukar pesan tanpa biaya sms, karena *WhatsApp* menggunakan paket data internet yang sama untu email, *browsing* web, dan lain-lain. Dengan menggunakan *WhatsApp* kita dapat melakukan obrolan *online*, berbagi file, bertukar foto dan lain-lain.¹²⁻¹⁶

Jika kita mencermati manfaat dari promosi kesehatan yaitu dapat meningkatkan upaya kesehatanseseorang atau kelompok maka pemberian informasi melalui media sosial dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman individu tentang psoriasis. Adanya penggunaan media sosial telah menghadirkan sebuah forum yang dapat membentuk suatu komunitas online. Layaknya forum diskusi, di dalam media sosial juga dapat menampung ide, pendapat dan segala informasi dari para anggotanya sehingga dapat saling berkomunikasi atau bertukar

pikiran antara satu sama lainnya. Sebuah forum biasanya hanya memiliki satu pokok bahasan tertentu tetapi tidak menutup kemungkinan dapat meluas ke berbagai bidang.^{2,3,12-16}

Media sosial paling baik dipahami sebagai sekelompok jenis baru media online, yang berbagi sebagian besar atau semua karakteristik sebagai berikut:

- Partisipasi: Media sosial mendorong kontribusi dan umpan balik dari semua orang yang tertarik. Ini mengaburkan batas antara media dan khalayak.
- Keterbukaan: Kebanyakan layanan media sosial yang terbuka untuk umpan balik dan partisipasi. Mereka mendorong voting, komentar dan berbagi informasi. Hampir tidak ada hambatan untuk mengakses dan memanfaatkan konten-sandi melindungi konten disukai.
- Percakapan: Sedangkan media tradisional adalah tentang “*broadcast*” (konten ditransmisikan atau didistribusikan kepada khalayak) media sosial lebih baik dilihat sebagai dua arah percakapan.
- Komunitas: Memungkinkan masyarakat untuk membentuk cepat dan berkomunikasi secara efektif. Masyarakat *share* kepentingan bersama, seperti cinta fotografi, isu politik atau acara TV favorit.

Media sosial adalah sebuah media untuk bersosialisasi satu sama lain dan dilakukan secara online yang memungkinkan manusia untuk saling berinteraksi tanpa dibatasi ruang dan waktu. Sosial media dapat dikelompokkan menjadi beberapa bagian besar yaitu.¹²⁻¹⁸

- *Social Networks*, media sosial untuk bersosialisasi dan berinteraksi (*Facebook, Myspace, Hi5, Linked in, Bebo*, dan sebagainya)
- Diskusi, media sosial yang memfasilitasi sekelompok orang untuk melakukan obrolan dan diskusi (*Google Talk, Yahoo! M, Skype, Phorum*, dan sebagainya)
- *Share*, media sosial yang memfasilitasi kita untuk saling berbagi file, video, musik (*Youtube, Slideshare, Feedback, Flickr, Crowdstorm*, dan sebagainya)
- *Publish*, (*Wordpress, Wikipedia, Blog, Wikia, Digg*, dan sebagainya). *Sosial game*, media sosial berupa game yang dapat dilakukan atau dimainkan bersama-sama (*Koongregate, Doof, Pogo, Cafe.com*, dan sebagainya)
- MMO (*Kartrider, Warcraft, Neopets, Conan*, dan sebagainya)

- *Virtual words (Habbo, Imvu, Starday, dan sebagainya)*
- *Livecast (Y! Live, Blog tv, Justin tv, Listream tv, Livecastr, dan sebagainya)*
- *Livestream (Socializer, Froendsfreed, Socialthings!, dan sebagainya)*
- *Micro blog (Twitter, Plurk, Pownce, Ttwirxr, Plazes, Tweetpeek, dan sebagainya)*

DAFTAR PUSTAKA

1. Irwanto. Focus Group Discussion. *Yogyakarta: Pustaka Yayasan Obor Indonesia*. 2006.
2. Nkanunye CC, Obiechina GO. Health Communication Strategies as Gateway to Effective Health Promotion and Well-being. *Journal of Medical Research and Health Education*. 2017;1(3):1-4.
3. Parvanta C. Developing and Testing a Media Strategy. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. *Essential of Public Health Communication. United States of America: Michael Brown*. 2011:p241-271.
4. Harner RN. Patient-Provider Communication. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. *Essential of Public Health Communication. United States of America: Michael Brown*. 2011:p313-324.
5. Schiavo R. Health Communication: From Theory to Practice. *San Francisco: Jossey-Bass*. 2007.
6. Reynolds B. Principles of Communication. *United States of America: Hayden-McNeil Publishing*. 2013.
7. Chandra S, Mohammednezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communication*. 2018;3(3):1-6.
8. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, Hallaert G, Van Daele S, Buylaert W, Vogelaers D. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *The International Journal of Clinical Practice*. 2015;69(11):1257-1267.
9. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. *Jakarta: Rineka Cipta*. 2012.
10. Ipa M, Laksono AD. Potential Analysis of Promoting the Dengue Hemorrhagic fever Prevention Through Youtube. *Bulletin of Health System Research*. 17(1).pp97-106.

11. Alhashem AM. Social Media Use and Acceptance Among Health Educators in Saudi Arabia. *Southern Illinois University Carbondale*. 2015.
12. Kaplan A, Haenlein M. User of The World, Unite! The Challenges and Opportunities of Social Media. *Business Horizons*. 2010.
13. Anand S, Gupta M, Kwatra S. Social Media and Effective Health Communication. *International Journal of Social Science & Interdisciplinary Research*. 2013;2(8):39-46.
14. Lenczowski E, Dahiya M. Psoriasis and the Digital Landscape: YouTube as an Informative Source for Patients and Medical Professionals. *J Gin Aesthet Dermatol*. 2018;11(3):36-38.
15. Singh SP, Rai AK, Wal A, Tiwari G, Tiwari R, Parveen A. Effect of Social Media in Health Care: Use, Risks, and Barriers. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Science*. 2016;5(7):282-303.
16. Robledo D. Integrative use of Social Media in Health Communication. *Online Journal of Communication and Media Technologies*. 2012;2(4):77-95.
17. Uzuegbunam CE. The New (Social) Media: A contemporary introduction. Dalam: Uzochukwu CE, editor. *Perspective in Social Science*. Nnamdi Azikiwe University, School of General Studies. 2018;p1-16.
18. Edosomwan SO, Prakasan SK, Kouame D. The history of social media and its impact on business. *The Journal of Applied Management & Entrepreneurship*. 2011;16(3):79-91

BAGIAN X

METODE KOMUNIKASI KELOMPOK, BOOKLET, DAN MEDIA SOSIAL TERHADAP DERAJAT STRES PADA PENDERITA PSORIASIS

Hasil penelitian menunjukkan bahwa besar pengaruh variabel metode komunikasi kelompok, booklet dan media sosial secara gabungan terhadap variabel derajat stres sebesar 59,1 persen. Sementara sebanyak 40,9 persen disebabkan oleh variabel-variabel lain di luar model ini. Hal ini menandakan bahwa pengaruh pemberian promosi kesehatan dalam bentuk metode komunikasi kelompok, booklet, dan media sosial dinilai cukup efektif dalam pengelolaan derajat stres pada penderita psoriasis.¹

Derajat stres adalah tingkat stres atau tekanan yang dialami seseorang.² Stres terjadi apabila hubungan antara individu dan lingkungannya dinilai oleh individu sebagai hal yang sangat membebani hidup atau melebihi sumber daya yang dimilikinya, serta membahayakan kesejahteraannya. Stres terjadi apabila hubungan antara individu dan lingkungannya dinilai oleh individu sebagai hal yang sangat membebani hidup atau melebihi sumber daya yang dimilikinya, serta membahayakan kesejahteraannya. Dengan kata lain stres terjadi karena adanya kesenjangan (*perceived discrepancy*), dalam bentuk nyata atau tidak, antara tekanan dari suatu situasi dan sumber daya individu (meliput sumber biologis, psikologis, dan sistem sosial).²⁻⁵

Derajat stres adalah tingkat stres atau tekanan yang dialami oleh seseorang. Faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stres dinamakan stresor. Terdapat empat kategori stresor lingkungan, yakni *cataclysmic event*, *personal event*, *daily hassles*, dan *ambient stressors*.²

Dalam menangani stres, seorang individu akan mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan (baik tuntutan dari individu maupun lingkungan) dan sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi penuh stres. Adapun hal yang pertama kali dilakukan dalam pengendalian stres adalah berusaha mencari dukungan sosial, yaitu suatu sikap untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan informasi dari orang lain.⁶⁻⁸ Dukungan inilah yang dinilai dapat diperoleh dari promosi kesehatan.¹

Pada metode komunikasi kelompok, didapatkan ada hubungan linear antara variabel metode komunikasi kelompok terhadap derajat stres pada penderita psoriasis. Adanya hubungan linear antara kedua variabel tersebut, maka variabel metode komunikasi kelompok dinilai memengaruhi derajat stres pada penderita psoriasis.¹

Besarnya pengaruh variabel metode komunikasi kelompok terhadap variabel derajat stres dapat diketahui dari nilai koefisien Beta ialah sebesar 0,511 atau jika dibuat persen menjadi sebesar 51,1%. Pengaruh sebesar ini signifikan karena nilai signifikansi/probabilitas sebesar $0,007 < 0,05$. Nilai positif menunjukkan hubungan antara kedua variabel tersebut searah. Artinya jika metode komunikasi kelompok meningkat, maka derajat stres akan mengalami penurunan.¹

Sebelum diberikan komunikasi kelompok, secara umum tingkat stres pada pasien dinilai masih tinggi. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi tentang psoriasis itu sendiri khususnya penanganan yang tepat untuk penyakit psoriasis sehingga mayoritas pasien merasa khawatir dan takut akan dampak dari penyakitnya. Pasien tidak pernah diberikan informasi yang mendalam tentang psoriasis baik dengan metode maupun media promosi kesehatan apapun. Namun setelah komunikasi kelompok dilakukan terjadi penurunan tingkat stres pada pasien. Dapat dikatakan, pasien lebih merasa tidak terlalu takut atau khawatir akan penyakit psoriasis yang dideritanya.¹

Metode komunikasi kelompok merupakan yang paling banyak digunakan dalam kesempatan penyampaian informasi dalam kegiatan-kegiatan pembelajaran. Hal ini diakibatkan adanya kemampuan setiap orang untuk berkomunikasi atau menyampaikan pesan kepada orang lain.⁹⁻¹⁰

Pada metode booklet, didapatkan nilai t penelitian sebesar $2,114 > t$ tabel sebesar 2,000. Artinya ada hubungan linear antara variabel metode booklet terhadap derajat stres pada penderita psoriasis. Adanya hubungan linear antara kedua variabel tersebut, maka variabel metode booklet memengaruhi derajat stres pada penderita psoriasis.¹

Besarnya pengaruh variabel metode booklet terhadap variabel derajat stres dapat diketahui dari nilai koefisien Beta ialah sebesar 0,316 atau jika dibuat persen menjadi sebesar 31,6 persen. Pengaruh sebesar ini signifikan karena nilai signifikansi/probabilitas hasil penghitungan yang tertera dalam kolom Sig pada sebesar $0,009 < 0,05$. Nilai positif menunjukkan hubungan antara kedua variabel tersebut searah. Artinya

jika metode booklet meningkat, maka derajat stres akan mengalami penurunan).¹

Hal ini senada dengan pendapat peneliti lain bahwa media booklet umumnya digunakan dengan tujuan meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan, karena booklet memberikan informasi spesifik dan banyak digunakan sebagai media alternatif untuk dipelajari pada setiap saat bila seseorang menghendakinya.^{9,10}

Pemberian pendidikan kesehatan melalui media booklet ternyata mampu mempengaruhi derajat stres pada penderita psoriasis. Jika pada metode komunikasi kelompok, penderita mendapatkan informasi dan pengetahuan melalui komunikasi secara interpersonal dari dokter kepada pasien. Hal ini berbeda dengan metode booklet, dimana pada metode ini penderita diberikan pemahaman lebih mendalam lagi terkait informasi-informasi psoriasis sehingga penderita tidak mudah lupa. Kemungkinan lain yang menyebabkan penurunan derajat stres pada penderita psoriasis karena penggunaan media booklet disamping memiliki keterbatasan, akan tetapi memiliki beberapa kelebihan. Kelebihan booklet diantaranya dapat menimbulkan tanggungjawab secara mandiri dari setiap penderita terhadap pengetahuan atas dasar informasi yang diterima melalui media karena booklet diberikan kepada masing-masing individu untuk dibawa pulang, sehingga dapat dipelajari setiap saat.^{1,11-16}

Pada metode media sosial, didapatkan nilai t penelitian sebesar 2,059 > t tabel sebesar 2,000. Artinya ada hubungan linear antara metode media sosial terhadap derajat stres pada penderita psoriasis. Adanya hubungan linear antara kedua variabel tersebut, maka metode media sosial memengaruhi derajat stres pada penderita psoriasis.¹

Besarnya pengaruh variabel metode media sosial terhadap variabel derajat stres dapat diketahui dari nilai koefisien Beta sebesar 0,160 atau jika dibuat persen menjadi sebesar 16 persen. Pengaruh sebesar ini signifikan karena nilai signifikansi/probabilitas hasil penghitungan yang tertera dalam kolom Sig sebesar 0,042 < 0,05. Nilai positif menunjukkan hubungan antara kedua variabel tersebut searah, artinya jika metode media sosial meningkat, maka derajat stres akan dinilai tinggi (derajat stres mengalami penurunan).¹

Media sosial sebagai sebuah media baru untuk promosi kesehatan mau tidak mau merupakan sebuah keniscayaan. Efektivitasnya yang mampu menjangkau ribuan dan bahkan jutaan sasaran dalam waktu singkat membuat media ini menjadi primadona baru bagi setiap

promotor kesehatan yang berorientasi masif.⁹⁻¹³ Beberapa organisasi sudah menggunakan media online dalam melakukan promosi kesehatan. Hal ini berkaitan dengan jangkauan yang luas dan waktu yang singkat. Misalnya, pusat promosi kesehatan yang mampu membuat web dibidang promosi kesehatan, belum lagi dinas-dinas kesehatan daerah yang sudah memanfaatkan internet dalam melakukan. promosi kesehatan. Beberapa perusahaan swasta juga sudah mulai melakukan hal yang sama dalam melakukan promosi kesehatan.¹¹⁻¹⁶

DAFTAR PUSTAKA

1. Meher C. Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Penderita Psoriasis Melalui Pendekatan Promosi Kesehatan [Disertasi]. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2019.
2. Shavsavarani AM, Abadi EAM, Kolkhoran MH. Stress: Facts and Theories through Literature Review. *International Journal of Medical Reviews*. 2015;2(2):230-241.
3. Basavaraj KH, Navya M, Ramesh R. Stress and quality of life in psoriasis: An update (Literature Review). *International Journal of Dermatology*. 2011;50(7):783-92.
4. Tampa M, Sarbu MI, Mitran MI, et al. Review Article: The Pathophysiological Mechanism and the Quest for Biomarkers in Psoriasis, a Stress-Related Skin Disease. *Disease Markers*. 2018;2018:1-14
5. Snast I, Reiter O, Atzmony L, Leshem YA, Hodak E, Mimouni D, Pavlovsky L. Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. 2018;178:1044-1055.
6. Baqutayan SMS. Stress and Coping Mechanism: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2015;6(2 SI):479-488.
7. Sarafino, EP. Health Psychology, Biopsychosocial Interaction. *New York: John WilleySons*. 2006.
8. Fink G. Stress: Definition and history. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioural Psychology*. 2017:1-9.
9. Nkanunye CC, Obiechina GO. Health Communication Strategies as Gateway to Effective Health Promotion and Well-being. *Journal of Medical Research and Health Education*. 2017;1(3):1-4.
10. Reynolds B. Principles of Communication. *United States of America: Hayden-McNeil Publishing*. 2013.

11. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan. Jakarta: Rikena Cipta. 2005.
12. Parvanta C. Developing and Testing a Media Strategy. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. Essential of Public Health Communication. United States of America: Michael Brown. 2011:p241-271.
13. Nkanunye CC, Obiechina GO. Health Communication Strategies as Gateway to Effective Health Promotion and Well-being. *Journal of Medical Research and Health Education*. 2017;1(3):1-4.
14. Mohameden M, Mui UN, Bleicher B, Simpson G. Facebook as a portal for psoriasis patients' education: An invitation for dermatologist to participate. *JAAD International*. 2017;76(6):AB138.
15. Wahl AK, Moum T, Robinson HS, et al. Psoriasis Patients' Knowledge about the Disease and Treatments. *Dermatology Research and Practice*. 2013.
16. Rasmussen GS, Maindal HT, Lomborg K. Self-Management in Daily Life with Psoriasis: An Integrative Review on Patient Needs for Structured Education [Review Article]. *Nursing Research and Practice*. 2012.

BAGIAN XI

METODE KOMUNIKASI KELOMPOK, BOOKLET, DAN MEDIA SOSIAL TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA PSORIASIS

Psoriasis adalah peradangan kulit yang bersifat kronik dengan karakteristik berupa plak eritematosus berbatas tegas, skuama kasar, berlapis, dan berwarna putih keperakan terutama pada siku, lutut, scalp, punggung, umbilikus dan lumbal.¹⁻⁴ Penderita psoriasis membutuhkan pengobatan terus-menerus karena bersifat kambuhan dan atau menahun, sehingga membuat penderita merasa tertekan dalam usaha pengobatan yang berjangka panjang bahkan bisa seumur hidup. Sebagian besar pengobatan infeksi kulit membutuhkan waktu lama untuk menunjukkan efek. Masalahnya menjadi lebih mencemaskan jika penyakit tidak merespon terhadap pengobatan.^{1,5-7} Meskipun penyakit ini tidak menyebabkan kematian, tetapi menyebabkan gangguan kosmetik, terlebih-lebih mengingat bahwa perjalanannya menahun dan residif.^{1,8,9}

Ada kemungkinan penyakit kulit Psoriasis ini berhubungan dengan stres dan trauma fisik.^{2,9,10} Penyebab pasti dari penyakit psoriasis ini belum diketahui namun banyak faktor predisposisi yang memegang peran penting seperti faktor genetik berperan yaitu bila orangtuanya tidak menderita psoriasis resiko mendapat psoriasis 12 persen, sedangkan jika salah seorang orangtuanya menderita psoriasis resikonya mencapai 34 – 39 persen. Faktor pencetus pada psoriasis diantaranya stres psikis, infeksi fokal, trauma, endokrin, gangguan metabolik, obat juga alkohol dan merokok. Stres psikik merupakan faktor pencetus utama.⁹⁻¹¹

Konsep tentang kualitas hidup ini dilihat dari berbagai aspek dan informasi tentang kesehatan fisik, sosial, dan psikologis yang merupakan perluasan dan perkembangan dari pandangan tentang kesehatan dari WHO, dimana sehat tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi individu juga harus mampu menjalani hidup secara produktif dan dapat menikmatinya.^{2-5,11}

Hasil penelitian menunjukkan bahwa besar pengaruh variabel metode komunikasi kelompok, booklet, media sosial, dan derajat stres secara gabungan terhadap variabel kualitas hidup ada sebesar 88,7

persen. Sementara sebanyak 11,3% disebabkan oleh variabel-variabel lain di luar model ini. Hal ini menandakan bahwa pengaruh pemberian promosi kesehatan dalam bentuk metode komunikasi kelompok, booklet, media sosial dan juga derajat stres dinilai cukup efektif dalam peningkatan kualitas hidup penderita psoriasis.¹

Pada metode komunikasi kelompok, diperoleh nilai t penelitian sebesar 3,001 > t tabel sebesar 2,000. Artinya ada hubungan linear antara variabel metode komunikasi kelompok terhadap kualitas hidup penderita psoriasis. Adanya hubungan linear antara kedua variabel tersebut, maka variabel metode komunikasi kelompok memengaruhi kualitas hidup penderita psoriasis.¹

Besarnya pengaruh variabel metode komunikasi kelompok terhadap variabel kualitas hidup dapat diketahui dari nilai koefisien Beta ialah sebesar 0,358 atau jika dibuat persen menjadi sebesar 35,8 persen. Pengaruh sebesar ini signifikan karena nilai signifikansi/probabilitas hasil penghitungan yang tertera dalam kolom Sig sebesar 0,028 < 0,05. Nilai positif menunjukkan hubungan antara kedua variabel tersebut searah, artinya jika metode komunikasi kelompok meningkat maka kualitas hidup penderita psoriasis akan dinilai tinggi (peningkatan kualitas hidup).¹

Hasil yang sama juga didapat dengan metode booklet yakni, besarnya pengaruh variabel metode booklet terhadap variabel kualitas hidup dapat diketahui dari nilai koefisien Beta ialah sebesar 0,183 atau jika dibuat persen menjadi sebesar 18,3 persen. Pengaruh sebesar ini signifikan karena nilai signifikansi/probabilitas hasil penghitungan yang tertera dalam kolom Sig sebesar 0,041 < 0,05. Nilai positif menunjukkan hubungan antara kedua variabel tersebut searah, artinya jika metode booklet meningkat, maka kualitas hidup penderita psoriasis akan dinilai tinggi (peningkatan kualitas hidup).¹

Hal ini sesuai dengan pendapat penelitian lain, faktor metode adalah salah satu faktor terpenting dalam penyampaian pesan agar tujuan yang diinginkan dapat tercapai secara optimal. Pendidikan kesehatan melalui metode komunikasi kelompok dan booklet pada hakekatnya bukanlah suatu kegiatan yang sederhana atau sekedar penyampaian pesan-pesan kepada remaja, tetapi yang sangat penting yaitu melalui proses pembelajaran diharapkan terjadinya peningkatan pengetahuan dan kualitas hidup penderita psoriasis, sehingga dalam kehidupan sehari-harinya penderita psoriasis merasa percaya diri dan dapat melanjutkan hidupnya seperti biasanya.^{12,13}

Begitu juga dengan metode media sosial, diperoleh besarnya pengaruh variabel metode media sosial terhadap variabel kualitas hidup dapat diketahui dari nilai koefisien Beta ialah sebesar 0,119 atau jika dibuat persen menjadi sebesar 11,9 persen. Pengaruh sebesar ini signifikan karena nilai signifikansi/probabilitas hasil penghitungan Sig sebesar $0,041 < 0,05$. Nilai positif menunjukkan hubungan antara kedua variabel tersebut searah, artinya jika metode media sosial meningkat, maka kualitas hidup penderita psoriasis akan dinilai tinggi (peningkatan kualitas hidup).¹

Keberadaan media promosi kesehatan saat ini sangat strategis untuk menyampaikan informasi kesehatan kepada masyarakat luas. Dengan banyaknya permasalahan kesehatan yang muncul saat ini, masyarakat haus akan informasi kesehatan yang benar dan terpercaya. Salah satu strategi yang bisa digunakan untuk memenuhi kebutuhan informasi yang benar dan terpercaya adalah dengan menggunakan media promosi kesehatan.¹⁵⁻¹⁷

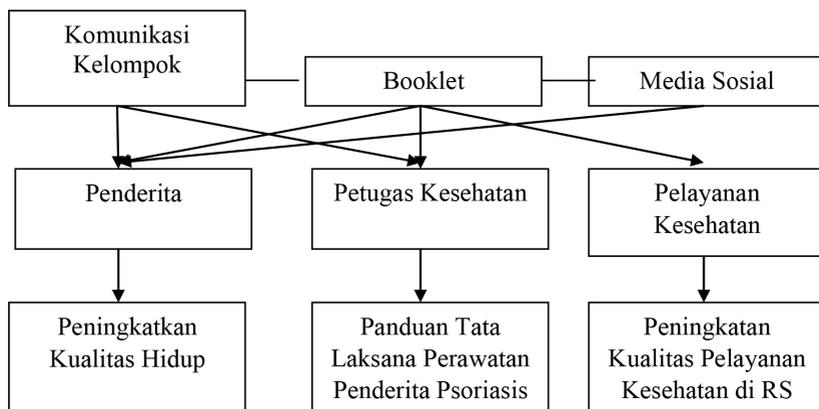
Hal ini sesuai dengan pendapat Notoadmojo yang menyatakan bahwa promosi kesehatan yang dilakukan dengan berbagai media pada dasarnya dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terhadap upaya kesehatannya. Adanya penggunaan media sosial telah menghadirkan sebuah forum yang dapat membentuk suatu komunitas *online*. Layaknya forum diskusi, di dalam media sosial juga dapat menampung ide, pendapat dan segala informasi dari para anggotanya sehingga dapat saling berkomunikasi atau bertukar pikiran antara satu sama lainnya. Sebuah forum biasanya hanya memiliki satu pokok bahasan tertentu tetapi tidak menutup kemungkinan dapat meluas ke berbagai bidang.^{16,18}

Pada derajat stres, diperoleh besarnya pengaruh variabel derajat stres terhadap variabel kualitas hidup dapat diketahui dari nilai koefisien Beta ialah sebesar 0,340 atau jika dibuat persen menjadi sebesar 34 persen. Pengaruh sebesar ini signifikan karena nilai signifikansi/probabilitas hasil penghitungan yang tertera dalam kolom Sig sebesar $0,041 < 0,05$. Nilai positif menunjukkan hubungan antara kedua variabel tersebut searah, artinya jika derajat stres menurun, maka kualitas hidup penderita psoriasis akan dinilai tinggi (peningkatan kualitas hidup).¹

Penyakit Psoriasis dapat mengganggu penderita dari segi penampilan fisik secara psikologis maupun sosial, sehingga penderita akan lebih menarik diri dari lingkungan bahkan tidak menutup kemungkinan mereka benar-benar menjadi orang yang tidak dapat

berfungsi secara sosial dan tidak dapat merawat diri sendiri. Hal-hal inilah akan mempengaruhi kualitas hidup penderita psoriasis. Penyakit psoriasis merupakan penyakit kronik residif sehingga berdampak pada kualitas hidup. Hal itu sesuai dengan penelitian sebelumnya, menyatakan psoriasis berdampak negatif sedang hingga berat terhadap kualitas hidup penderita karena terdapat perubahan aktivitas sehari-hari.^{1,6,12,13}

Terciptanya penggabungan ketiga media tersebut yaitu, komunikasi kelompok, booklet, dan media sosial yang nantinya diharapkan bagi penderita, petugas kesehatan dan pelayanan kesehatan dapat mengerti bahwasannya penyakit ini tidak mematikan dan tidak menular sehingga tidak perlu ada yang ditakutkan, namun penyakit ini dapat mengganggu nilai estetik saja dan penanganannya dapat di minimalisasikan dengan perawatan kulit baik secara sistemik maupun secara topikal, oleh karena itu disinilah peran strategi komunikasi kombinasi dari tiap media diterapkan, untuk lebih ringkas dapat dilihat pada bagan berikut.¹



Strategi Kombinasi Media Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Penderita Psoriasis

DAFTAR PUSTAKA

1. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis Pathophysiology: Current Concepts of Patogenesis. *An Rheum Dis.* 2013;64(Supl II):ii30-6.
2. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Mechanism of disease psoriasis. *N Eng J Med,* 2009: 496-509.

3. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editor. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill. 2012.
4. Shbeeb M, Uramoto KM, Gibson LE, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. *J Rheumatol* 2000;27:1247-50.
5. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis Pathophysiology: Current Concepts of Pathogenesis. *An Rheum Dis* 2013;64 (Supl II):ii30-6.
6. Schon MP, Boehncke WH. Psoriasis N. *Eng. J. Med*; 352(18):2005: 1899- 1909.
7. Stern RS. Psoralen and ultraviolet a light therapy for psoriasis. *N Engl J Med*. 2007;357(7):682-90.
8. Eberle FC, Bruck J, Holstein J, Hirahara K, Ghoreschi K. Recent advances in understanding psoriasis. *F1000Res*. 2016;5(F1000 Faculty Rev):1-9.
9. Bergboer JGM, Zeeuwen PLJM, Schalkwijk J. Genetics of psoriasis: evidence for epistatic interaction between skin barrier abnormalities and immune deviation. *J Invest Dermatol*. 2012;132(10):2320-2331.
10. Dvaroka V, Markham T. Psoriasis: Current Treatment Option and Recent Advances. *Drug Review*. 2013;4:13-18.
11. Krueger JG. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:1-23.
12. Wahl AK, Moum T, Robinson HS, et al. Psoriasis Patients' Knowledge about the Disease and Treatments. *Dermatology Research and Practice*. 2013.
13. Rasmussen GS, Maindal HT, Lomborg K. Self-Management in Daily Life with Psoriasis: An Integrative Review on Patient Needs for Structured Education [Review Article]. *Nursing Research and Practice*. 2012.
14. Mohameden M, Mui UN, Bleicher B, Simpson G. Facebook as a portal for psoriasis patients' education: An invitation for dermatologist to participate. *JAAD International*. 2017;76(6):AB138.
15. Parvanta C. Developing and Testing a Media Strategy. Dalam: Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN, editor. Essential of Public Health Communication. *United States of America: Michael Brown*. 2011:p241-271

16. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan. Jakarta: Rikena Cipta. 2005.
17. Reynolds B. Principles of Communication. *United States of America: Hayden-McNeil Publishing*. 2013.
18. Notoatmodjo. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Bineka Cipta. 2007.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS

Identitas Diri

Nama : dr. Cashtry Meher, M.kes, M.Ked (DV), Sp.DV
Tempat/Tanggal lahir : Medan, 02 Juli 1986
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Nama orang tua
Ayah : Meher Ban Shah
Ibu : Yunita Sofyan
Status pernikahan : Menikah
Keterangan
Suami : dr. Fahmi Sani, M.Ked.An, Sp.An
Anak : 1. Meher Cashtro Shah
2. Meher Cashtra Sani Shah
Alamat Rumah : Komp. Taman Setia Budi Indah Blok F/ 18
Medan

Riwayat Pendidikan

- a. 1992 – 1998 : SD Kemala Bhayangkari I Medan
- b. 1998 – 2001 : SMP Harapan-2 Medan
- c. 2001 – 2004 : SMA Negeri 1Medan.
- d. 2004 – 2010 : Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara, Medan
- e. 2010 – 2012 : Magister Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara
- f. 2013 – 2017 : Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK USU
- g. 2017 – 2019 : Pendidikan Program Doktor, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara

PROMOSI KESEHATAN DAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA PENYAKIT PSORIASIS

Promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta mengembangkan kegiatan bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Buku ini merupakan buku yang memberikan gambaran mengenai pendekatan terbaru terhadap psoriasis terutama pada keluarga terdekat dan masyarakat terdekat mengenai pencegahan dan penanganan psoriasis pada level masyarakat. Penelitian-penelitian mengenai promosi kesehatan dan komunikasi terapeutik pada penyakit psoriasis dengan metode gabungan telah dilakukan dan menunjukkan hasil yang baik terhadap tingkat stres dan kualitas hidup penderita psoriasis. Terciptanya penggabungan ketiga media dengan komunikasi kelompok, booklet, dan media sosial diharapkan memberikan pendekatan baru dan meningkatkan kualitas hidup serta wawasan terhadap psoriasis.



Cashtry Meher lahir di Medan, 2 Juli 1986, menempuh pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara, Medan pada tahun 2004 hingga tahun 2010. Pendidikan Magister Management Administrasi Rumah Sakit ditempuh pada tahun 2010 hingga 2012 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara. Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin telah ditempuh pada tahun 2013 hingga tahun 2017 di Universitas Sumatera Utara. Penulis juga telah menempun pendidikan Program Doktor (S3) di Fakultas Kesehatan

Masyarakat, Universitas Sumatera Utara sejak tahun 2013 hingga 2019. Selain menjadi staf pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara, penulis juga aktif membuat tulisan ilmiah nasional maupun internasional.