

HASIL CEK_Intan Wahyuni_BUKU AJAR

by Intan Wahyuni Intan Wahyuni

Submission date: 28-Apr-2021 09:29AM (UTC+0700)

Submission ID: 1571965958

File name: FIX_BUKU_AJAR_ILMU_SOSIAL_DAN_PERILAKU.pdf (2.31M)

Word count: 43037

Character count: 299681



ISBN 978-623-7550-28-0

cv.Mine

BUKU AJAR ILMU SOSIAL & PERILAKU



107

DR. Dra. R. Sitti Nur Djannah, M. Kes
Dwi Utami Farkhati
Arum Reyan Safitri
Sumiyati
Aken Camala
Rizka Putri Priandini
Mukhbata Ashma Aziza
Besse Suwito Dwi Asih
Nurfaidah
Fitrianur
Muhammad Ihsan Pratama
Nuzulul Aqilah Mumtazah
Agus Dwi Sugiharto

083867708263

cv.mine7

mine mine



52 rbit : cv. Mine
 Perum Sitorajo Bumi Indah F.153
 Rt.11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
 cv.Mine Mobile : 083867708263
 email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-7550-28-0



9 786237 550280

BUKU AJAR
ILMU SOSIAL DAN PERILAKU
OLEH

107

DR. Dra. R. Sitti Nur Djannah, M. Kes	NIDN 0028056401
Dwi Utami Farkhati	NIM 1908053023
Arum Reyana Safitri	NIM 1908053024
Sumiyati	NIM 1908053025
Aken Camala	NIM 1908053026
Rizka Putri Priandini	NIM 1908053027
Mukhbata Ashma Aziza	NIM 1908053028
Besse Suwito Dwi Asih	NIM 1908053029
Nurfaidah	NIM 1908053030
Fitrianur	NIM 1908053031
Muhammad Ihsan Pratama	NIM 1908053032
Nuzulul Aqilah Mumtazah	NIM 1908053033
Agus Dwi Sugiharto	NIM 1908053034

BUKU AJAR

ILMU SOSIAL DAN PERILAKU

OLEH

107
DR. Dra. R. Sitti Nur Djannah, M. Kes

Dwi Utami Farkhati

Arum Reyan Safitri

Sumiyati

Aken Camala

Rizka Putri Priandini

Mukhbata Ashma Aziza

Besse Suwito Dwi Asih

Nurfaidah

Fitrianur

Muhammad Ihsan Pratama

Nuzulul Aqilah Mumtazah

Agus Dwi Sugiharto

52
Hak Cipta © 2020, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke-1

Tahun 2020

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-55182

Telp: 083867708263

Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-28-0

KATA PENGANTAR

Puji syukur bagi Allah SWT, yang tiada selain dari-Nya yang melimpahkan Rahmat dan Karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ajar Ilmu Sosial dan Perilaku dapat terselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini digunakan sebagai bahan ajar pada mata kuliah Ilmu Sosial dan Perilaku. Semoga buku kami ini dapat bermanfaat khususnya bagi pembaca dan penulis. Buku ini merupakan hasil pembelajaran pada Prodi Magister Kesehatan Masyarakat FKM-UAD. Dalam Penyusunan buku ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang terlibat karena dengan bantuan, masukan dan arahan maka buku ajar ini dapat terlaksana dengan baik. Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan sebagai perbaikan dalam penulisan buku ajar selanjutnya.

Yogyakarta, 15 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I TEORI - TEORI SOSIAL KAJIAN KESEHATAN	1
I. PENDAHULUAN	1
II. TUJUAN.....	5
III. MATERI INTI	5
A. Perkembangan Sosiologi.....	5
B. Pengertian Sosiologi Kesehatan.....	9
C. Ruang Lingkup Sosiologi Kesehatan	13
D. Pendekatan Dalam Sosiologi	119
E. Teori - Teori Sosiologi.....	24
F. Analisis Jurnal.....	36
IV. EVALUASI	60
DAFTAR PUSTAKA	62
BAB II FAKTOR PSIKOSOSIAL PADA KESEHATAN DAN PENYAKIT	66
I. PENDAHULUAN	66
II. TUJUAN.....	71
III. MATERI INTI	71
A. Konsep Psikososial	71
B. Faktor Psikososial Pada Kesehatan.....	100
C. Faktor Psikososial Pada Penyakit	107
D. Faktor Yang Mempengaruhi Psikososial Kesehatan	108
IV. EVALUASI	117
DAFTAR PUSTAKA	118
BAB III ASPEK SOSIAL DAN PERILAKU DALAM PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN	123
I. PENDAHULUAN	123
II. TUJUAN.....	126
III. MATERI INTI	127
A. Konsep Aspek Sosial Dan Perilaku	127
B. Aspek Sosial Dan Budaya Mempengaruhi Perilaku Kesehatan	130
C. Perilaku Dalam Pencarian Pelayanan Kesehatan	134
D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan	136
E. Kualitas Pelayanan Kesehatan	141

F. Kajian Menurut Hasil Jurnal	144
IV. EVALUASI	149
DAFTAR PUSTAKA	150
BAB IV KUALITAS KEHIDUPAN DAN GAYA HIDUP SEHAT	153
I. PENDAHULUAN	153
II. TUJUAN.....	156
III. MATERI INTI	157
A. Tinjauan Umum Kualitas kehidupan	157
B. Tinjauan Umum Gaya hidup sehat	164
IV. EVALUASI	198
DAFTAR PUSTAKA	199
BAB V SOCIAL EMPOWERMENT	206
I. PENDAHULUAN	206
II. TUJUAN.....	213
III. MATERI INTI	214
A. Pengertian Social Empowerment	214
B. Pengertian Community Empowerment.....	217
C. Komponen Pemberdayaan Masyarakat.....	236
D. Konsep Pemberdayaan Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan	240
E. Karakteristik Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kontek Kesehatan	247
IV. EVALUASI	256
DAFTAR PUSTAKA	257
BAB VI PERUBAHAN PERILAKU DI INDIVIDU, RUMAH TANGGA DAN KOMUNITAS	261
I. PENDAHULUAN	261
II. TUJUAN.....	263
III. MATERI INTI	263
A. Perubahan Perilaku Individual.....	265
B. Rumah Tangga	282
C. Komunitas	283
D. Kajian Dalam Artikel Ilmiah	284
IV. EVALUASI	288
DAFTAR PUSTAKA	289
BAB VII DETERMINAN SOSIAL DARI KESEHATAN (SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH)	291
I. Pendahuluan	291
II. TUJUAN.....	293
III. MATERI INTI	294

A. Determinan Sosial Kesehatan	294
B. Faktor-faktor determinan Kesehatan.....	297
IV. EVALUASI	305
DAFTAR PUSTAKA	305
BAB VIII LITERASI KESEHATAN: TANTANGAN DAN STRATEGI UNTUK KOMUNIKASI EFEKTIF	308
I. PENDAHULUAN	308
II. TUJUAN.....	316
III. MATERI INTI	317
A. Pengertian Literasi Kesehatan	317
B. Tantangan Literasi Kesehatan.....	324
C. <i>The Impact Of Low Health Literacy (LHL)</i>	328
D. Literasi Kesehatan Melalui Komunikasi Kesehatan	330
E. Isu-Isu Literasi Kesehatan	332
IV. EVALUASI	339
DAFTAR PUSTAKA	340
BAB IX PERENCANAAN PROGRAM UNTUK PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN	347
I. PENDAHULUAN	347
II. TUJUAN.....	350
III. MATERI INTI	351
A. Perencanaan Program	351
B. Perilaku Kesehatan	358
C. Perubahan Perilaku Kesehatan.....	360
D. Teori Perubahan Perilaku Kesehatan	364
E. Perencanaan Program untuk Perubahan Perilaku Kesehatan.....	374
IV. EVALUASI	377
DAFTAR PUSTAKA	378

BAB I

TEORI - TEORI SOSIAL KAJIAN KESEHATAN

I. PENDAHULUAN

34

Sosiologi sebagai ilmu yang dikembangkan pada tahun 1700-an pada dasarnya merupakan respon atas perubahan tatanan masyarakat yang merupakan akibat adanya serangkaian revolusi sosial di negara-negara Eropa. Kejadian tersebut melahirkan berbagai pemikiran dan tawaran-tawaran ide yang berusaha merekonstruksi ulang disamping membentuk tatanan sosial baru yang dianggap lebih relevan dengan proses perubahan sosial yang sedang terjadi. Respons yang dikalangan akademisi ini selanjutnya melahirkan tokoh-tokoh sosiologi yang ide-idenya banyak dijadikan rujukan dalam pembahasan masalah sosial (Multazam, 2016)

Sosiologi sebagai ilmu yang mempelajari hubungan-hubungan sosial yang ada dalam masyarakat, memfokuskan kajiannya pada peran dan kedudukan individu dalam masyarakat serta hubungan diantara keduanya. Sehubungan dengan

hal ini beberapa pemikir sosiologi punterbagi menjadi tiga kelompok, yaitu mereka yang menekankan kajiannya pada dominasi individu, dominasi masyarakat dan saling pengaruh antara individu dan masyarakat. Sebagai ilmu yang mempelajari hubungan-hubungan sosial, sosiologi tidak bisa dipisahkan dari peranan ilmu sosial lainnya, seperti ilmu ekonomi, politik, komunikasi, antropologi, organisasi, hukum, kesehatan, dan lain-lain. Hal tersebut dikarenakan gejala sosial yang menjadi objek kajian sosiologi pada dasarnya bukan gejala tunggal melainkan sesuatu yang mengandung banyak dimensi. Dengan demikian maka pada perkembangan selanjutnya dari kajian sosiologi mulai muncul bidang- bidang kajian yang sifatnya terapan, seperti Sosiologi Ekonomi, Sosiologi Hukum, Sosiologi Politik, Sosiologi Komunikasi, dan Sosiologi Kesehatan (Multazam, 2016)

6
Sosiologi kesehatan merupakan cabang ilmu yang masih relatif baru dalam sosiologi. Perlu saudara ketahui awalnya cabang ilmu ini dikenal

salah satunya dengan nama sosiologi medis, dimana sosiologi medis berkembang pertama kali di Amerika Serikat melalui beberapa tahap sejak tahun 1920-an (Sunarto,2017)

Robert Straus mengklasifikasikan sosiologi medis menjadi dua, yaitu sosiologi mengenai bidang medis dan sosiologi dalam bidang medis. Sosiologi mengenai bidang medis menyajikan kajian sosiologis terhadap faktor bidang medis. Para sosiolog melakukan kajian ini dengan tujuan pengembangan ilmu dan teori sosiologi. Posisi para sosiolog dalam hal ini ada di luar bidang medis. Sedangkan sosiologi dalam bidang medis menurut Robert merupakan penerapan keahlian sosiolog maupun ahli sosial lain di dalam bidang medis (Sunarto,2017)

Sejak hampir seabad yang lalu di bidang kedokteran timbul kebutuhan untuk mencoba memahami faktor-faktor sosial yang berhubungan dengan pola penyebaran penyakit (epidemiologi) dalam kelompok-kelompok masyarakat tertentu.

Maka dikembangkanlah sosiologi kedokteran yang mencakup studi tentang faktor-faktor sosial dalam etiologi, prevalensi, tentang profesi kedokteran itu sendiri serta hubungan dokter dengan masyarakat umum. Dalam perkembangan selanjutnya terbukti bahwa upaya penanggulangan penyakit masyarakat tidaklah hanya merupakan tanggung jawab profesi kedokteran saja, melainkan tanggungjawab bersama para petugas kesehatan. Selain itu pendekatan terhadap masalah kesehatan masyarakat pun diperluas, yaitu dengan mengubah titik pusat perhatiannya, dari penyakit menjadi kesehatan. Selain dengan perkembangan tersebut maka timbul pula sosiologi kesehatan yang lebih luas daripada sosiologi kedokteran (Sriani, 2017)

Sosiolog kesehatan juga membedakan antara sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan. Sosiologi mengenai kesehatan adalah pengamatan dan analisis dengan motif masalah sosiologi, sedangkan sosiologi dalam kesehatan merupakan penelitian dan pengajaran yang

dimotivasi oleh adanya masalah kesehatan. Masalah kesehatan selain dipelajari oleh ilmu sosiologi juga dipelajari oleh ilmu lain seperti antropologi (antropologi medis) dan ilmu ekonomi (ekonomi kesehatan) (Sriani, 2017). Berdasarkan pemikiran dan pandangan yang dikemukakan di atas maka penulis tertarik untuk mengambil judul teori-teori sosial untuk kajian kesehatan.

II. TUJUAN

Berdasarkan penjelasan ³⁴ di atas maka tujuan yang akan dikembangkan dalam rangka penulisan ini, yaitu:

1. Untuk menguraikan perkembangan sosiologi
2. Untuk mendeskripsikan pengertian sosiologi kesehatan, ⁶ ruang lingkup sosiologi kesehatan, pendekatan sosiologi, dan teori-teori sosiologi

III. MATERI INTI

A. Perkembangan Sosiologi

Sosiologi berasal dari bahasa Latin, Socius yang berarti kawan/teman dan Logos yang berarti kata atau

berbicara, jadi Ilmu Sosiologi adalah berbicara mengenai masyarakat. Parsudi Suparlan mengatakan bahwa sosiologi merupakan “ilmu pengetahuan yang secara sistematis mempelajari kelakuan sosial manusia, yaitu yang berkenaan dengan pola-pola dan proses-proses interaksi di antara individu dan kelompok, bentuk-bentuk kelompok sosial, hubungan-hubungan di antara berbagai kelompok sosial, dan pengaruh kelompok sosial terhadap kelakuan individu”. (Soekanto,2014)

Pitirim Sorokin mengatakan bahwa sosiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari hubungan dan pengaruh timbal balik antara aneka macam gejala-gejala sosial (misalnya antara gejala ekonomi dengan agama, keluarga dengan moral, hukum dengan ekonomi, gerak masyarakat dengan politik dan sebagainya); hubungan dan pengaruh timbal balik antara gejala sosial dengan gejala-gejala nonsosial (misalnya gejala geografis, biologis, dan sebagainya); ciri-ciri umum semua jenis gejala-gejala sosial (Dadang Supardan, 2009: 69)

Sosiologi telah mencapai perkembangan sedemikian rupa sehingga menurut HarsjaBachtiar dapat diuraikan dalam berbagai bidang keahlian khusus (sub-disiplin), antara lain (Widjaja,1986:58-60): 1. Sosiobiologi 2. Sosiologi kesehatan dan sakit (sosiologi kedokteran, sosiologi klinik, sosiologi perawatan) 3. Demografi 4. Sosiologi keluarga dan kekerabatan 5. Sosiologi anak 6. Sosiologi remaja 7. Sosiologi orang tua 8. Sosiologi komuniti dan wilayah (sosiologi pedesaan, sosiologi perkotaan), dan masih banyak sub-disiplin sosiologi lainnya.

Objek dari sosiologi adalah masyarakat yang berhubungan dan juga proses yang dihasilkan dari hubungan tersebut. Sedangkan tujuan dari ilmu sosiologi adalah untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan lingkungan sosialnya.(Soekanto,2014)

13

Istilah sosiologi sebagai cabang ilmu sosial dicetuskan pertama kali oleh ilmuwan Prancis yang bernama August Comte tahun 1842 dan kemudian dikenal sebagai Bapak Sosiologi. (Soekanto,2014).

Istilah sosiologi sebagai ilmu yang mempelajari tentang masyarakat lahir di Eropa karena ilmuwan Eropa pada abad ke-19 mulai menyadari perlunya secara khusus mempelajari kondisi perubahan sosial. Comte membedakan antara sosiologi statis, dimana perhatian dipusatkan pada hukum-hukum statis yang menjadi dasar adanya masyarakat dan sosiologi dinamis, dimana perhatian dipusatkan tentang perkembangan masyarakat dalam arti pembangunan.(Soekanto,2014).

Rintisan Comte tersebut disambut hangat oleh masyarakat luas, tampak dari munculnya sejumlah ilmuwan besar di bidang sosiologi. Mereka antara lain Herbert Spencer (Inggris), Karl Marx (Jerman), Vilfredo Pareto (Italia) Emile Durkheim, Ferdinand Tönnies, Georg Simmel, Max Weber (Jerman) dan Pitirim Sorokin (Rusia). Masing-masing berjasa besar menyumbangkan beragam pendekatan dalam mempelajari masyarakat yang berguna untuk perkembangan Sosiologi.(Soekanto,2014).

Tahun 1876 di Inggris Herbert Spencer mempublikasikan sosiologi dan memperkenalkan

pendekatan analogi organik yang memahami masyarakat seperti tubuh manusia sebagai suatu organisasi yang terdiri atas bagian-bagian yang tergantung satu sama lain. Karl Marx memperkenalkan pendekatan materialisme dialektis yang menganggap konflik antar kelas sosial menjadi intisari perubahan dan perkembangan masyarakat. Max Weber memperkenalkan pendekatan *verstehen* (pemahaman) yang berupaya menelusuri nilai, kepercayaan, tujuan dan sikap yang menjadi penuntun perilaku manusia.(Soekanto,2014).

B. ⁴ Pengertian Sosiologi Kesehatan

Sosiologi kesehatan muncul awalnya karena bidang kedokteran memerlukan pemahaman tentang faktor-faktor sosial yang berhubungan dengan pola penyebaran penyakit (epidemiologi) dalam kelompok-kelompok masyarakat tertentu sehingga muncul disiplin keilmuan yang dinamakan sosiologi kedokteran. Seiring perkembangan ilmu pengetahuan paradigma sehat mengubah pusat perhatian dari penyakit menjadi kesehatan (yang awalnya pusat perhatian mengobati

setelah terjadinya penyakit akhirnya berkembang kepada lebih mencegah sebelum terjadinya penyakit). Berdasarkan hal tersebut muncul disiplin keilmuan baru yaitu sosiologi kesehatan (Sunarto,2014).

Seperti halnya ilmu-ilmu yang lain, sosiologi kesehatan juga memiliki konsep dasarnya bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai apa yang akan dipelajari. Fungsi konsep dasar itu sendiri (Sriani, 2017), diantaranya:

1. Sebagai alat kognitif agar seseorang menjadi lebih tahu dan mengerti mengenai apa yang mereka pelajari
2. Sebagai alat evaluatif agar seseorang dapat membedakan serta memisahkan mengenai pokok bahasan yang mereka pelajari
3. Sebagai alat pragmatik yang memberikan pengetahuan tentang bagaimana penerapan ilmu tersebut dalam kehidupan sehari-hari
4. Sebagai alat komunikatif agar terjalin komunikasi yang baik antar yang belajar dengan yang mengajar.

Sosiologi kesehatan dikatakan sebagai ilmu karena memang memiliki sifat-sifat keilmuan diantaranya:

1. Bersifat empiris artinya sosiologi kesehatan mempelajari apa yang benar-benar terjadi di masyarakat dan apa yang dipelajari dapat dibuktikan dalam kehidupan sehari-hari.
2. Bersifat teoretis artinya sosiologi kesehatan menggunakan teori-teori dalam pembelajarannya dimana teori tersebut dikemukakan oleh para ahli yang berdasarkan pada apa yang terjadi di masyarakat.
3. Bersifat kumulatif artinya ilmu sosiologi kesehatan yang sekarang dipelajari tidak lain adalah pengembangan dari ilmu sosiologi kesehatan yang telah ada sebelumnya. Sehingga ilmu sosiologi kesehatan bersifat dinamis dalam artian dapat berubah sesuai dengan kondisi sosial yang terjadi saat ini.
4. Tidak bersifat menilai artinya ilmu sosiologi kesehatan tidak dapat membenarkan dan

menyalahkan tindakan atau perilaku individu/kelompok masyarakat karena tiap daerah memiliki norma tersendiri sehingga apa yang dianggap salah di satu daerah bisa dianggap benar di daerah lain, begitu juga sebaliknya.

119

Berdasarkan penjelasan diatas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa sosiologi merupakan ilmu yang mempelajari masyarakat, perilaku masyarakat, hubungan dan pengaruh timbal balik antara individu dengan kelompok (dari keluarga – masyarakat) struktur sosial dan proses sosial (perubahan sosial). Sedangkan sosiologi kesehatan merupakan subdisiplin ilmu dari bidang sosiologi (Sriani, 2017).

Prinsip dasar disiplin sosiologi kesehatan adalah penerapan konsep dan metode disiplin sosiologi dalam mendeskripsikan, menganalisis, dan memecahkan masalah kesehatan. Dengan kata lain sosiologi kesehatan merupakan penerapan ilmu sosial dalam mengkaji masalah kesehatan (Sriani, 2017).

4 **C. Ruang Lingkup Sosiologi Kesehatan**

Sosiologi kesehatan merupakan cabang sosiologi yang relatif baru. Di masa lalu dalam sosiologi telah lama dikenal cabang sosiologi, sosiologi medis, yang merupakan pendahulu sosiologi kesehatan dan terkait erat dengannya. Pertumbuhan sosiologi medis berlangsung melalui enam tahap (Sunarto, 2014:1.3-1.4):

1. Tahun 1920-an dan 1930-an tumbuh kajian medika sosial, yaitu kajian bersama antara ilmuwan sosial dan medis terhadap masalah yang menjadi perhatian bersama mereka;
2. Tahun 1940-an dan 1950-an berkembang kajian-kajian terhadap masalah epidemiologi sosial;
3. Sosiolog mulai ditempatkan pada berbagai lembaga pendidikan medis dan keperawatan;
4. Berbagai lembaga donor swasta mulai menyediakan dana penelitian dan pelatihan;
5. Pada tahun 1959 terbentuk seksi sosiologi medis dalam Ikatan Sosiologi Amerika (American Sociological Association);

6. Jurnal dan buletin sosiologi medis diterbitkan.

Mechanic berpendapat tugas medis hanya dapat dilaksanakan secara efektif manakala yang dipertimbangkan baik faktor biologis maupun faktor sosial dan psikologis. Mulai dikajinya peran faktor sosial-budaya dalam keberhasilan pelaksanaan tugas medis menjadi dasar bagi tumbuh dan berkembangnya sosiologi medis (Sriani, 2017).

Straus membedakan antara sosiologi mengenai bidang medis dan sosiologi dalam bidang medis. Menurutnya sosiologi mengenai bidang medis terdiri atas kajian sosiologis terhadap faktor di bidang medis yang dilaksanakan oleh ahli sosiologi yang menempati posisi mandiri di luar bidang medis dan bertujuan mengembangkan sosiologi serta untuk menguji prinsip dan teori sosiologi (Sriani, 2017).

Menurut Kendall dan Reader, sosiologi mengenai bidang medis mengulas masalah yang menjadi perhatian sosiologi profesi dan sosiologi organisasi. Menurut Straus sosiologi dalam bidang medis merupakan penelitian dan pengajaran bersama

yang sering melibatkan pengintegrasian konsep, teknik dan personalia dari berbagai disiplin, dimana sosiologi digunakan sebagai pelengkap bidang medis. Dalam perkembangan selanjutnya perhatian sosiologi medis meluas ke berbagai masalah kesehatan di luar bidang medis. Dengan demikian, berkembanglah bidang sosiologi kesehatan (Sriani, 2017).

Para ahli pun membedakan antara sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan. Menurut Wilson (dalam Sunarto, 2014:1.12) sosiologi mengenai kesehatan terdiri atas pengamatan dan analisis dengan mengambil jarak, yang terutama dimotivasi oleh suatu masalah sosiologis (*detached observation, and analysis, motivated primarily by a sense of sociological problem*) sedangkan sosiologi dalam kesehatan mempelajari penelitian dan pengajaran yang lebih bercirikan keintiman, terapan dan kebersamaan yang terutama didorong oleh adanya masalah kesehatan (*more intimate, applied and conjoint research and teaching, motivated primarily by a sense of health problem*). Artinya rumusan sosiologi

mengenai kesehatan oleh Wilson mengacu pada kepentingan para sosiolog dalam pengembangan teori dan konsep sosiologi, sedangkan rumusan mengenai sosiologi dalam kesehatan jelas mengacu pada kepentingan bidang kesehatan.

Sunarto (2014) memberikan contoh perbedaan antara sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan sebagai berikut: Apabila dalam rangka upaya penanggulangan HIV/AIDS Departemen Kesehatan RI menugaskan sosiolog dan ahli ilmu sosial lain (seperti antropolog, psikolog dan ahli kesehatan masyarakat) untuk melakukan suatu telaah cepat (rapid assessment) di tempat-tempat prostitusi dimana telah ditemukan sejumlah kasus HIV/AIDS untuk mengetahui faktor sosial-budaya yang mendorong penyebaran HIV/AIDS. Agar temuannya dapat dijadikan masukan bagi kebijakan pemerintah maka kegiatan ini termasuk dalam bidang sosiologi dalam kesehatan. Namun, bilamana penelitian terhadap orang yang berperilaku berisiko tinggi terhadap penularan HIV/AIDS serta jaringan sosial yang terjalin antara

mereka dengan berbagai pihak yang terlibat di dunia prostitusi tersebut dilakukan dengan tujuan memberikan sumbangan bagi pengembangan konsep dan teori sosiologi mengenai organisasi sosial atau mobilitas sosial maka kegiatan ini merupakan kegiatan sosiologi mengenai kesehatan.

Setelah mempelajari 90 makalah sosiologi kesehatan yang diterbitkan dalam jurnal sosiologi kesehatan di Amerika Serikat (antara 1975 dan 1977) serta buku-buku sosiologi kesehatan yang diterbitkan di sana dalam periode yang sama, Wolinsky (1980: 43-46) sampai pada kesimpulan bahwa orientasi para sosiolog kesehatan lebih tertuju pada masalah kesehatan, bukan pada masalah sosiologi sehingga sosiologi kesehatan cenderung miskin teori Twaddle(1982) dalam Sriani (2017)merinci tujuh dimensi yang membedakan sosiologi kesehatan dengan sosiologi medis, yaitu:

Tabel 1. Perbedaan Sosiologi Kesehatan dengan Sosiologi Medis

Perbedaan	Sosiologi Kesehatan	Sosiologi Medis
Ilmu yang dipakai	Ilmu-ilmu sosial dan humaniora	Ilmu-ilmu biologi, psikologi dan ilmu-ilmu sosial
Satuan analisis	Masyarakat dan struktur sosial	Individu, kelompok dan organisasi sebagai satuan analisis
Masalah kesehatan yang dikaji	Masalah pembatasan kebebasan memilih serta dikurangnya keefektifan pribadi	Penyakit
Peran utama dalam Penyembuhan	Substitusi dokter, praktisi kesehatan masyarakat, promotor kesehatan, penyembuh awam, pendidik, ahli gizi dan politikus	Dokter, profesional lain dan pasien
Cara penyembuhan	Latihan, gizi, pengendalian	Pengobatan, operasi,

	lingkungan dan perubahan sosial	penggunaan zat kimia dan perubahan kegiatan
Kajian utama	Tercapainya kesehatan, kesejahteraan, serta penurunan morbiditas dan mortalitas dalam populasi	Tercapainya penyembuhan dan perawatan individu
Organisasi utama yang dikaji	Rumah sakit, rawat jalan serta perawatan mandiri, badan legislatif, sekolah dan organisasi informal	Rumah sakit, rawat jalan serta perawatan mandiri

Menurutnya terjadinya pergeseran dalam ketujuh dimensi tersebut mengakibatkan bergesernya sosiologi medis menjadi sosiologi kesehatan. Namun, sosiologi kesehatan merupakan bidang yang muda hingga kini bidang sosiologi medis masih tetap dominan.

D. Pendekatan Dalam Sosiologi

Dalam upaya memahami suatu gejala sosial dalam masyarakat maka studi-studi dalam sosiologi

dilakukan dengan menggunakan dua macam pendekatan (Sarwono, 1993) yaitu:

1. Pendekatan Emik: yaitu menguraikan suatu gejala sosial sesuai dengan pandangan si pelaku sendiri, memahami perilaku individu/masyarakat dari sudut pandang si pelaku sendiri (individu tersebut atau anggota masyarakat yang bersangkutan). Contoh : ada orang yang menggunakan pengobatan alternatif dengan menggunakan cara metafisika. Maka makna pengobatan dan keakurasian model pengobatan tersebut bukan menurut peneliti, melainkan harus diungkap menurut pengguna atau pelaku layanan pengobatan tradisional.
2. Pendekatan Etik: yaitu upaya menguraikan suatu gejala sosial atau interaksi sosial dari sudut pandang orang luar/sudut pandang observer (menganalisa perilaku atau gejala sosial dari pandangan orang luar serta membandingkannya dengan budaya lain). Jika seseorang sedang melakukan pengamatan ilmiah, maka pengalaman dan pengetahuan ilmiah yang dimiliki dijadikan

sebagai alat ukur atau standar dalam menjelaskan masalah interaksi sosial.

Dengan demikian maka pendekatan etik bersifat lebih objektif, dapat diukur dengan ukuran dan indikator tertentu, sedangkan pendekatan emik relatif lebih subjektif dan banyak menggunakan kata-kata/bahasa dalam menggambarkan perasaan individu yang menjadi objek studi.

Studi emik bersifat lebih unik, sukar untuk digeneralisasikan secara luas (Pelto, 1970). Ditambahkan oleh Foster (dalam Sarwono, 1993) bahwa pendekatan emik mencakup upaya untuk mengkomunikasikan keadaan diri-dalam (inner psychological states) dan perasaan individu yang berkaitan dengan suatu perilaku. Asumsi dari pendekatan emik ini adalah bahwa pelaku/aktor suatu tindakan itu lebih tahu tentang proses-proses yang terjadi dalam dirinya, daripada orang lain. Dan pengetahuan tentang proses mental ini diperlukan untuk memahami mengapa seseorang melakukan suatu tindakan atau mengapa dia menolak untuk melakukan

tindakan tersebut. Sebaliknya ada pandangan yang justru mengatakan bahwa pelaku/aktor biasanya tidak dapat mengamati dengan baik proses-proses yang terjadi di dalam dirinya.

Oleh karena itu diperlukan orang lain yang dapat meneropong perasaan dan pikiran bawah sadar seseorang yang sebetulnya melandasi perilakunya. Peneropongan ini tidak perlu melalui psikoanalisa, melainkan menggunakan indikator nyata berupa hal-hal yang dapat diamati dari perilaku individu. Apakah hasil pengamatan itu cocok dengan perasaan atau penghayatan si pelaku, hal ini tidaklah penting dalam pendekatan etik. Yang lebih penting adalah jika hasil pengamatan/indikator antara beberapa orang itu ternyata sama, walaupun studi mereka dilaksanakan secara terpisah. Dengan demikian pendekatan etik memberikan gambaran umum/generalisasi dan ramalan tentang perilaku masyarakat dalam situasi tertentu.

Kedua pendekatan ini dapat digunakan untuk studi antar budaya, hanya etik memberikan perbandingan dan generalisasi sedangkan emik

menggambarkan keunikan penghayatan masing-masing individu/kelompok. Studi-studi sosiologi biasanya menggunakan kedua pendekatan ini guna memperoleh gambaran yang lebih lengkap tentang gejala yang diselidiki. Jika studi ini menggunakan informan untuk memperoleh informasi, maka informan itu dapat memberikan informasi yang bersifat etik (misalnya siapa saja yang datang dalam gotong royong), maupun emik (misalnya apa makna upacara kremasi bagi penganut agama Hindu-Bali).

Oleh karena itu dalam mengembangkan sosiologi kesehatan ini, seorang dokter atau tenaga kesehatan dapat mengembangkan sikap *verstehen* yaitu kemampuan untuk menyelami apa yang dirasakan oleh pasien atau masyarakat itu sendiri. Setelah memahami apa yang dialami oleh pasien baru pada tahap selanjutnya dianalisis berdasarkan ilmu kesehatan yang sudah dimilikinya. Dengan demikian penerapan ilmu sosiologi kesehatan dapat disebut sebagai satu upaya membangun pendekatan terpadu antara etik dan emik,

sehingga layanan kesehatan lebih bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya.

E. Teori - Teori Sosiologi

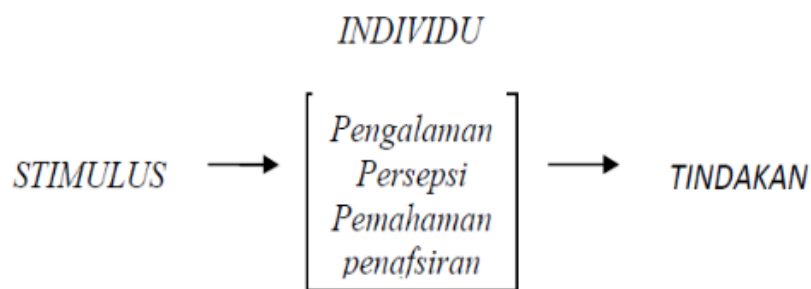
Beberapa Teori dalam sosiologi umum yang sering digunakan untuk menganalisa gejala sosial dan juga dapat dipakai untuk menganalisa perilaku kesehatan individu maupun suatu kelompok masyarakat:

1. Teori Aksi

Dikenal juga sebagai teori bertindak.

- a) Menurut Max Weber, individu melakukan suatu tindakan berdasarkan atas pengalaman, persepsi, pemahaman dan penafsirannya atas suatu objekstimulus atau situasi tertentu (Sriani,2017)
- b) Menurut Talcott Parsons, tindakan individu dan kelompok dipengaruhi oleh tiga sistem, yaitu sistem sosial, sistem budaya, dan sistem kepribadian.(Sriani,2017) Contohnya: Keputusan seseorang untuk ikut serta atau menolak program KB tidak hanya tergantung

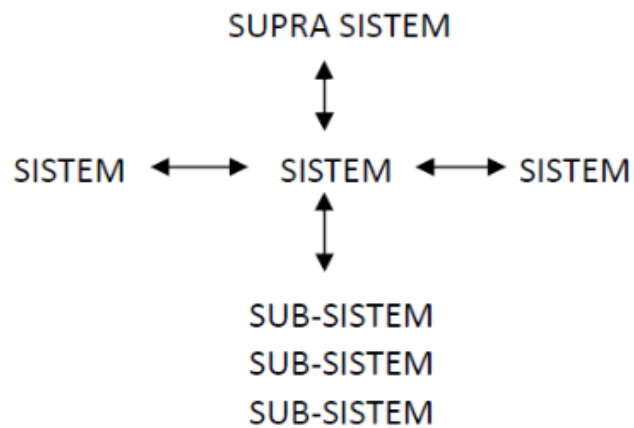
dari kedudukannya dalam komunitas itu (seorang guru atau seorang petani), atau apakah metode kontrasepsi (pencegah kehamilan) itu sesuai atau tidak dengan agama yang dianutnya, melainkan juga dari kepatuhannya atau keberaniannya untuk menolak KB sekalipun akan menimbulkan rasa tidak enak terhadap tetangga dan tokoh masyarakat Secara skematis teori aksi ini dapat digambarkan sebagai berikut (Teori Weber):



⁶
Gambar 1. Teori Aksi menurut Weber

2. Teori Sistem

Bertalanffy mengamati konsep sistem merupakan suatu kerangka yang terdiri dari beberapa elemen/sub sistem yang saling berinteraksi dan berpengaruh. Dengan konsep sistem ini menurut Bertalanffy dapat digunakan untuk menganalisa perilaku dan gejala sosial, dimana teori-teori yang dianggap cocok bagi suatu sistem dibahas dalam kaitannya dengan berbagai sistem yang lebih luas maupun dengan sub-sistem yang tercakup di dalamnya. Contohnya interaksi antara keluarga (sistem), anak (sub-sistem) dan masyarakat (supra-sistem). Selain kaitan secara vertikal, juga dapat dilihat hubungan horizontal suatu sistem dengan berbagai sistem yang sederajat. (Sriani,2017).



4
 Gambar 2. Teori sistem Bertalanffy

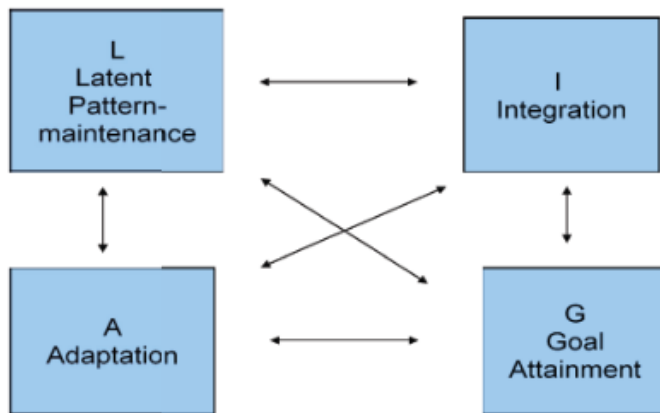
Parsons memandang teori yang diprakarsai oleh Bertalanffy ini sebagai teori yang dapat dikembangkan lebih luas guna diterapkan dalam sosiologi. Parsons melihat suatu analog antara masyarakat dan suatu organisme yang hidup, yaitu bahwa keduanya merupakan sistem yang terbuka, yang berinteraksi dan saling mempengaruhi dengan lingkungan-nya. Sistem kehidupan ini dapat dianalisis melalui dua dimensi, yaitu melalui inter-relasi antara bagian-bagian /

elemen-elemen yang membentuk sistem tersebut, dan interaksi/pertukaran antara sistem itu dengan lingkungannya (Sriani,2017).

Dalam teorinya yang dinamakan teori sistem umum (*grand theory*) Parsons berpendapat bahwa ada empat unsur utama yang tercakup dalam segala sistem kehidupan, yaitu: *latent pattern-maintenance* (L) atau cara mempertahankan kesinambungan tindakan di dalam suatu sistem yang mengikuti norma atau aturan tertentu; *integration* (I), adalah mengkoordinasi dan menyatukan bagian-bagian dari satu sistem menjadi suatu kesatuan fungsi; *goal attainment* (G) yang merupakan upaya menentukan prioritas dari beberapa tujuan sistem serta mencapai tujuan tersebut; dan *adaptation* (A), yaitu kemampuan sistem untuk menyerap apa-apa yang dibutuhkannya dari lingkungannya serta membagikannya kepada seluruh bagian sistem (Sriani,2017). Keempat fungsi atau unsur utama ini harus dipenuhi oleh

setiap sistem demi kelestarian kehidupannya dan membentuk inter-relasi seperti digambarkan dalam skema di bawah ini:

Teori Sistem Parsons



Gambar 3. Teori Sistem Parsons (Inter relasi antara fungsi-fungsi utama dalam sistem)

3. Teori Fungsionalisme

- a) Masyarakat merupakan suatu sistem sosial yang terdiri atas bagian-bagian yang saling

berkaitan dan saling menyatu dalam keseimbangan

- b) Setiap struktur dalam sistem sosial adalah fungsional terhadap yang lain
- c) Konsep-konsep utamanya adalah: fungsi, disfungsi, fungsi laten, fungsi manifest dan keseimbangan (equilibrium). (Sriani,2017)

4. Teori Konflik

- Masyarakat senantiasa dalam proses perubahan yang ditandai oleh pertentangan yang terus menerus di antara unsur- unurnya
- Setiap elemen memberikan sumbangan terhadap disintegrasi sosial
- Keteraturan dalam masyarakat hanyalah disebabkan karena adanya tekanan atau pemaksaan kekuasaan dari atas oleh golongan yang berkuasa
- Konflik memimpin ke arah perubahan dan pembangunan.(Sriani,2017)

5. Teori Perilaku Pertukaran

Dalam upaya menjelaskan fenomena sosial, seorang ahli lain, George Homans mengembangkan teori pertukaran berdasarkan prinsip-prinsip transaksi ekonomi, yaitu manusia menawarkan jasa/barang tertentu dengan harapan memperoleh imbalan jasa/barang lain. Interaksi sosial pun menggunakan prinsip resiprositas seperti dalam transaksi ekonomi. Artinya, individu melakukan suatu tindakan demi mendapat imbalan atau justru untuk menghindari hukuman. Perilaku individu diarahkan oleh norma sosial dan komformitas terhadap norma kelompok akan diberi imbalan/hadiah, sedangkan penyelewengan apalagi pemberontakan terhadap norma kelompok akan dihukum. Teori Homans ini dinamakan teori perilaku pertukaran. Inti teori ini adalah bahwa setiap perilaku akan ditentukan oleh imbalan (reward). Bentuk imbalan bisa materi dan juga bukan materi (Sriani, 2017).

Bagi Homans tujuan perilaku manusia adalah tujuan ekonomis, yaitu untuk memperbesar keuntungan atau imbalan dan seluruh fenomena sosial dapat dianalisa sebagai bentuk-bentuk pertukaran. Homans menggunakan teori behaviourism dari ahli psikologi Skinner dalam usahanya menjelaskan proses pertukaran dalam perilaku individu dan kelompok. Dia meminjam istilah-istilah yang digunakan oleh Skinner sehubungan dengan perubahan perilaku, yaitu sukses, stimulus, nilai, kekurangan versus kejenuhan, dan persetujuan/approval versus agresi, dan dibuatnya proposisi sebagai berikut:

- a) **Proposisi Sukses:** makin sering suatu tindakan menghasilkan
- b) **imbalan/hadiah,** makin kuat kecenderungan individu untuk melakukan tindakan tersebut.
- c) **Proposisi Stimulus:** jika di masa lalu tindakan individu sebagai tanggapan dari suatu stimulus tertentu ternyata mendapat imbalan yang positif, maka jika stimulus serupa

timbul lagi, individu cenderung untuk mengulangi tindakan yang sama.

- d) **Proposisi Nilai** : makin tinggi harga/nilai suatu hasil tindakan bagi individu, makin besar kemungkinannya bahwa individu itu akan melakukan tindakan tersebut.
- e) **Proposisi Kekurangan-Kejenuhan** : makin sering individu menerima imbalan tertentu, makin kecil makna imbalan tersebut baginya.
- f) **Proposisi Persetujuan-Agresi** : bila seseorang tidak menerima imbalan yang diharapkan, atau jika dia menerima hukuman diluar harapannya, dia cenderung untuk bertindak agresif. Sedangkan jika tindakan individu diberi imbalan seperti yang diharapkan, maka dia akan setuju untuk melakukan tindakan tersebut. (Sriani,2017)

Proposisi yang diajukan oleh Homans tersebut di atas saling berkaitan dan merupakan suatu kesatuan. Artinya, setiap individu menentukan tindakannya dengan mempertimbangkan semua faktor yang

dikemukakan dalam proposisi tersebut. Hubungan dan kedudukan manusia dalam masyarakat harus terjalin secara adil, kata Homans. Dalam proses interaksi sosial orang mengharapkan untuk memperoleh imbalan yang sesuai dengan pengorbanan atau biaya yang telah dikeluarkannya. Pada umumnya orang cenderung untuk membandingkan dirinya dengan orang lain yang dirasakan mirip dengannya, dan bukan membandingkan diri dengan orang yang sangat berbeda dengannya. Juga dia membandingkan dirinya dengan orang yang terlibat dalam proses pertukaran dengannya. Perbandingan inilah yang dijadikan landasan untuk menilai keadilan suatu transaksi. Meskipun kepuasan individu dalam transaksi itu bersifat relatif, namun jika dirasakan bahwa imbalan yang diterima tidak sesuai dengan pengorbanan/biayanya, maka akan timbul masalah ketidakadilan dalam distribusi imbalan. Misalnya, kader kesehatan yang sama sekali tidak menerima imbalan uang atas kegiatannya menyelenggarakan posyandu, akan merasa

diperlakukan tidak adil jika melihat petugas KB yang dibayar Rp. 2000,-setiap kali pergi mengunjungi rumah akseptor (Sriani,2017).

Teori Homans ini mendapat kritik dari ahli-ahli lain. Pertama, berbeda dengan binatang, manusia itu tidak hanya tergantung dari masa lalunya, tetapi dapat meramalkan dan menciptakan masa depannya sesuai dengan keinginannya. Olehkarenanya perilaku manusia tidaklah semata-mata tergantung dari pengalamannya di masa lalu. Lalu, apakah teori perilaku pertukaran ini dapat menjelaskan terjadinya perbudakan dan peperangan. Adakah keadilan sosial dalam kasus perbudakan dan perang? Tampaknya teori Homans ini terlalu sempit dan tidak dapat menjelaskan perilaku yang kompleks serta munculnya kelompok-kelompok sosial dalam masyarakat. Di samping teori-teori di atas masih terdapat banyak lagi teori sosiologi yang terus berkembang mengikuti perubahan zaman.

Teori-teori itu dapat ditemukan dalam berbagai kepustakaan tentang sosiologi (Sriani,2017).

F. Analisis Jurnal

1. Berdasarkan Teori Max Weber

Berdasarkan definisi dari teori Max Weber yang telah disampaikan diatas maka penulis ingin menjelaskan penelitian yang dilakukan oleh Fajrin pada tahun 2017 dengan judul " *Tindakan Sosial Pedagang Angkringan dalam Penerapan PHBS (Prilaku Hidup Bersih dan Sehat) di Surabaya dengan menggunakan teori Max Weber*". Angkringan adalah salah satu tempat makan tradisional yang dimiliki Indonesia, oleh karena itu pemilik angkringan harus memiliki prilaku kebersihan dan kesehatan (PHBS).

PHBS merupakan program promosi kesehatan dengan menerapkan kebersihan dan kesehatan dapat mewujudkan kesehatan masyarakat, diri sendiri, orang lain maupun

lingkungan dan sosial. Penelitian ini melibatkan 6 informan, 2 pedagang pernah mengikuti penyuluhan tentang PHBS dan merupakan asli penduduk jogya, 4 pedagang tidak pernah mengikuti penyuluhan BHBS untuk pedagang angkringan. Berikut hasil penelitian tindakan sosial pedagang Angkringan dalam penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) menggunakan teori Max Weber :

- a. Tindakan Rasionalitas Instrumental (*Zwerk Rational*) : Tindakan Rasionalitas dari penelitian ini dapat dilihat dari bahwa sebagian informan telah menerapkan tindakan atas dasar pertimbangan dan kesadaran untuk meyakinkan pelanggan/pembeli kemudian berinteraksi dengan pelanggannya melalui tindakan membersihkan alat- alat seperti piring, gelas,sendok,garpu, maupun alat lainnya yang merupakan tujuan rasional untuk mendapatkan respon dari pembeli yang

melihat. Hal ini membentuk suatu tindakan dimana informan memperhitungkan dan menyadari tindakan yang dipilih dalam menjaga kesehatan dan kesehatan sangatlah² diperlukan karena termasuk tanggung jawab pedagang.

- b. **Tindakan Rasional Nilai (*WerkRational*) :**
Tindakan Rasional Nilai dari penelitian ini dapat dilihat dari informan atau pedagang dalam penerapan PHBS diantaranya seperti kepercayaan pedagang terhadap nilai-nilai² absolute, dirasa pasti, bentuk perilaku yang etis, religius atau bentuk lain terlepas apakah tindakan itu berhasil atau tidak dan hal ini diperlihatkan oleh 1 pedagang angkringan yang berasal dari Surabaya.
- c. **Tindakan Afektif/Tindakan yang dipengaruhi emosi (*Affectual Action*) :**
Tindakan afektif dalam penelitian ini dapat dilihat dari beberapa informan² (3 pedagang angkringan) yang memperlihatkan tindakan

yang didorong oleh emosi atau perasaan dalam bertindak dalam PHBS.

- d. Tindakan tradisonal : Tindakan tradisional dalam penelitian ini dapat dilihat perilaku 2 pedagang dalam menerapkan menutup makanan yang disajikan, hal ini terjadi karena adanya pengaruh budaya tradisional dalam penyajian makanan yang diperlihatkan oleh pedagang asli surabaya memilih untuk tidak menutup makanannya karena mengikuti anggkingan tradisonal di jogya, sedangkan 2 pedagang asli jogya justru memilih meninggalkan budaya tradisional jogya seperti menutup makanan yang disajikan dengan alasan agar makanan yang mereka jual terhindar dari polusi, bakteri dan lain sebagainya atas dasar pertimbangan/ kesadaran (tindakan rasional).

49
Dari hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan bahwa penerapan perilaku PHBS yang

dilakukan oleh pedagang angkringan masih sangat rendah atau kurang karena tidak semua pedagang menerapkan bagaimana cara penyajian makanan secara higienis (budaya menutup makanan yang disajikan), lingkungan yang bersih (membuang sampah pada tempatnya, membersihkan meja dengan kain yang bersih dan tidak digunakan secara berulang), mencuci dan membersihkan peralatan tidak dengan menggunakan air yang mengalir, hal tersebut terjadi pada 4 pedagang angkringan dari 6 pedagang yang diteliti.

2. Menurut Talcott Parsons

²⁰ Talcott Parsons dikenal dengan teorinya struktural fungsionalisme yang didalamnya banyak membicarakan tentang keteraturan sosial atau yang dimaksud oleh peneliti ini adalah kohesivitas sosial. Untuk mewujudkan suatu masyarakat yang tertib dan teratur menurut Parsons adalah dengan cara yang disebut dalam teorinya adalah AGIL (*Adaptation, Goal*

Attainment, Integration dan *Laten Pattern Maintenance*). *Adaptation* (adaptasi) sebuah sistem harus menanggulangi situasi eksternal yang gawat. Sistem harus menyesuaikan diri dengan lingkungan dan menyesuaikan lingkungan dengan kebutuhannya. *Goal attainment* (pencapaian tujuan) adalah sebuah sistem harus mendefinisikan dan mencapai tujuan utamanya. *Integration* (integrasi) merupakan sebuah sistem harus mengatur antarhubungan ketigafungsi lainnya (A, G, L). *Latency* (pemeliharaan pola) yakni sebuah sistem harus melengkapi, memelihara, dan memperbaiki, baik motivasi individual maupun pola-pola kultural yang menciptakan dan menopang motivasi. (Yuasidha, 2014).

Selain menggunakan skema AGIL, Parsons juga menggunakan asumsi-asumsi yang menempatkan analisis struktur keteraturan masyarakat pada prioritas utama dan mengabaikan masalah perubahan sosial. Asumsi-asumsi tersebut adalah:

- a. Sistem memiliki properti keteraturan dan bagian-bagian yang saling bergantung
- b. Sistem cenderung bergerak ke arah mempertahankan keteraturan diri atau keseimbangan.
- c. Sistem mungkin statis atau bergerak dalam proses perubahan yang teratur Sifat dasar bagian suatu sistem berpengaruh terhadap bentuk bagian-bagian lain.
- d. Sistem memelihara batas-batas dengan lingkungannya. Alokasi dan integrasi merupakan dua proses fundamental yang diperlukan untuk memelihara keseimbangan sistem.
- e. Sistem cenderung menuju ke arah pemeliharaan keseimbangan diri yang meliputi pemeliharaan batas dan pemeliharaan hubungan antara bagian-bagian dengan keseluruhan sistem, mengendalikan kecenderungan untuk merubah sistem dari dalam.

Dalam analisisnya tentang sistem sosial, Parsons terutama tertarik pada komponen-komponen strukturalnya. Disamping memusatkan perhatian pada status peran, Parsons juga memperhatikan komponen sistem sosial berskala luas seperti kolektivitas, norma dan nilai. Ia menjelaskan sejumlah persyaratan fungsional dan sistem sosial. *Pertama*, sistem sosial harus terstruktur (ditata) sedemikian rupa sehingga bisa beroperasi dalam hubungan yang harmonis dengan sistem lainnya. *Kedua*, untuk menjaga kelangsungan hidupnya, sistem sosial harus mendapat dukungan yang diperlukan dari sistem yang lain. *Ketiga*, sistem sosial harus mampu memenuhi kebutuhan para aktornya dalam proporsi yang signifikan. *Keempat*, sistem harus mampu melahirkan partisipasi yang memadai dari para anggotanya. *Kelima*, sistem sosial harus mampu mengendalikan perilaku yang berpotensi mengganggu. *Keenam*, bila konflik akan menimbulkan kekacauan, itu harus dikendalikan.

Ketujuh, untuk kelangsungan hidupnya, sistem sosial memerlukan bahasa (Yuasidha, 2014).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perhatian utama Parsons lebih tertuju kepada sistem sebagai satu kesatuan ketimbang pada aktor di dalam sistem-bagaimana cara sistem mengontrol aktor, bukan mempelajari bagaimana cara aktor menciptakan dan memelihara sistem (Yuasidha, 2014).

3. Analisis Jurnal Berdasarkan Teori Talcott

Parson

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Sukmiar pada tahun 2018 dengan judul " *Upaya Peningkatan Peserta KB Aktif dalam rangka Pencapaian Target Renstra BKKBN 2015 - 2019 di Kabupaten Musi Rawas, Provinsi Sumatra Selatan*".

Diketahui bahwa Provinsi Sumatra Selatan memiliki luas daerah sekitar 87.017,41 hektar dengan total penduduk menurut data BPS

tahun 2014 adalah 7.941.741 jiwa, Jumlah penduduk yang tinggi di Provinsi Sumatera Selatan yaitu faktor kelahiran. Penduduk dan Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan telah menjalankan Program KB untuk mengendalikan jumlah penduduk Wilayah dengan penggunaan alat kontrasepsi yang kurang optimal dibandingkan dengan wilayah kabupaten/ kota lainnya di Provinsi Sumatera Selatan adalah Kabupaten Musi Rawas dengan hanya 71,3 persen, sedangkan tampak bahwa 28,7 persen PUS belum menjadi peserta KB aktif dan masih belum mencapai target Renstra BKKBN 2015-2019.

Rendahnya keikutsertaan KB di kabupaten Musi berdasarkan data penelitian 2017 salah satu penyebabnya sekitar 65,6 % Masih berkeinginan mendapatkan anak dengan jenis kelamin yang berbeda karena menurut pemahaman mereka dengan memiliki banyak anak akan banyak mendatangkan rejeki serta

10
pemahaman seperti ini memberikan kenyamanan tersendiri bahwa kehidupan mereka akan baik baik saja jika mereka memiliki banyak keturunan dari buah pernikahan mereka sehingga memutuskan untuk tidak ikut serta menggunakan KB.

10
Dengan demikian salah satu upaya untuk meningkatkan program keikutsertaan peserta KB aktif dalam rangka pencapaian target Renstra BKKBN 2015-2019 di Kabupaten Musi Rawas, Provinsi Sumatera Selatan salah satu contoh mendukung masyarakat menciptakan perilaku bertindak misalnya dengan Pendekatan tokoh masyarakat. Tokoh masyarakat dikenal sebagai contoh/*role model*/panutan dalam lingkungan masyarakat dan dapat dijadikan pelopor bagi PUS untuk ikut serta program KB. Pendekatan pada tokoh masyarakat merupakan cara yang terbaik agar PUS mendapatkan keyakinan dan kepercayaan akan hadirnya hubungan emosional di antara mereka dan ketika PUS datang ke

tempat pelayanan, mereka merasa nyaman dan lebih terbuka membicarakan alat KB.

4. Analisis Jurnal Berdasarkan Teori Konflik

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Julian Simanjuntak pada tahun 2016 dengan judul " *Analisis Perubahan Kebijakan Peraturan Presiden No.19 tahun 2016 Tentang Jaminan Kesehatan Menjadi Peraturan Presiden no.28 tahun 2106 Tentang Jaminan Kesehatan*".

10 Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan Tahun 2014 BPJS mengalami defisit sebesar 1,94Triliun, pada akhir tahun 2015 BPJS mengalami defisit sebesar 5,85 Triliun dan menurut Direkturperencanaan pengembangan BPJS Kesehatan Mundiharno potensi defisit di tahun 2016 sekitar 9,2Triliun. Direktur Utama Badan Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan Fachmi Idris dalam pemaparanpublik BPJS Kesehatan Tahun 2015, Rabu 13 April 2016

menjelaskan defisit terjadi karena secara aktuarial besaran iuran peserta lebih rendah dibandingkan dengan biaya kesehatan yang dikeluarkan. Dalam mengimplementasikan Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS, pemerintah menerapkan kebijakan-kebijakannya melalui Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, salah satunya yakni Peraturan Presiden No.12/2013 tentang Jaminan Kesehatan dimana mengalami tiga kali perubahan, perubahan pertama menjadi Peraturan Presiden No.111/2013, perubahan kedua menjadi Peraturan Presiden No. 19/2016 tentang Jaminan Kesehatan dan perubahan ketiga menjadi Peraturan Presiden No. 28/2016 tentang Jaminan Kesehatan. Perubahan kedua menjadi Peraturan Presiden No. 19/2016 dilakukan dengan semangat memperbaiki kondisi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional antara lain untuk memenuhi kecukupan iuran, mengatur kepesertaan, mengatur denda, mengatur pencegahan *fraud*.

Dalam hasil wawancara dengan pihak komisi IX DPR RI mengemukakan bahwa pembahasan awal perubahan ini tidak melakukan koordinasi dengan pihak DPR RI dan DPR RI melihat polemik yang terjadi dalam perubahan Peraturan Presiden tersebut tidak sesuai dengan semangat undang-undang yang ada yakni undang-undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang No. 24/2009 tentang BPJS untuk itu DPR RI memanggil pemerintah untuk melakukan pembahasan dan DPR RI bersifat menolak adanya kenaikan tarif iuran pada Peraturan Presiden No.19/2016 tentang Jaminan Kesehatan, selain itu dalam perumusan perhitungan berapa jumlah iuran yang sesuai diterapkan tidak menggunakan analisis kajian akademis dengan mempertimbangkan perhitungan-perhitungan yang menggunakan evidence based, dari pihak DJSN juga terlihat mereka tidak melakukan pembahasan yang terperinci dan tidak mengundang banyak pihak untuk perubahan

Peraturan Presiden ini karena perubahannya yang tidak ada nilainya yang hanya sekitar empat ribu rupiah, di dalam proses perubahan ini menurut DJSN prosesnya hanya memerlukan waktu satu minggu dengan dasar perubahan sendiri karena melihat respon masyarakat yang menolak akan kenaikan iuran pada Peraturan Presiden No.19/2016 tentang Jaminan Kesehatan. Proses perubahan Peraturan Presiden No.19/2016 tentang Jaminan Kesehatan menjadi Peraturan Presiden No. 28/2016 tentang Jaminan Kesehatan ini merupakan inisiatif Presiden melalui pihak Kementerian Kesehatan yang melakukan prakarsa dalam melakukan perubahan.

10

Perubahan Peraturan Presiden No.19/2016 tentang Jaminan Kesehatan menjadi Peraturan Presiden No. 28/2016 tentang Jaminan kesehatan merupakan bentuk responsif Presiden dan diprakarsai oleh lembaga pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan yang berperan sebagai regulator dari bidang kesehatan. Di dalam

proses perubahan tersebut harusnya dapat sesuai dengan teori pembentukan kebijakan yang baik sebagai mana disebutkan proses pementukan kebijakan melalui tahapan problem structuring, forecasting, rekomendasi, monitoring, dan evaluation.

10
Dari pihak Kementerian Kesehatan sebagai regulator bidang kesehatan setelah mendapatkan izinprakarsa dalam perubahan Peraturan Presiden ini mengemukakan bekerjasama dengan pihak-pihakterkait dalam penyusunan peraturan tersebut. Pihak Kementerian Kesehatan berupaya dapatmengakomodir kebutuhan masyarakat dengan mengumpulkan isu-isu yang belum diatur dalamsebuah peraturan dan berupaya mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional yang dapat memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. 10 Peran Kementerian Kesehatan sebagai leader dalam regulasi bidang kesehatan

disarankan dapat meningkatkan koordinasi lintas sektoral untuk dapat mewujudkan produk kebijakan kesehatan yang lebih baik serta melengkapi instrument kebijakan yang belum ditetapkan, serta untuk menjadi perhatian sektor terkait Kementerian Kesehatan, DJSN dan BPJS Kesehatan bahwa kenaikan iuran harus dapat diimbangi dengan peningkatan kualitas daripada penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional.

5. Analisis Jurnal Berdasarkan Teori Sistem

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Posumahpada tahun 2018 dengan judul "*Sistem Pelayanan Kesehatan Puskesmas Akelamo di Kecamatan Suhu Timur Kabupaten Halmahera Barat*".

15

Sistem pelayanan kesehatan adalah bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan melalui sistem ini tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dengan cara efektif, efisien dan tepat sasaran keberhasilan sistem pelayanan

kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan diantaranya perawat, dokter, atau tim kesehatan lain yang saling menunjang Sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan, para perawat diharapkan juga dapat memberikan layanan secara berkualitas.

15

Dari hasil penelitian mengenai Input, masih banyak kendalakendala yang didapatkan Sumber daya manusia fasilitas sarana dan prasarana yang tidak memadai dan obat-obat yang terbatas, hal ini yang dapat menghambat kinerja dari sumberdaya tersebut, sangat diperlukan fasilitas yang memadai untuk menunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Menurut Levey dan Loomba (2000), InputMerupakan subsistem yang memberikan segala masukan untuk berfungsinya Sebuah sistem ,seperti sistem pelayanan kesehatan, maka masukan dapat berupa potensi masyarakat, tenaga

kesehatan, sarana kesehatan, permasalahan diatas Input Sumber daya manusia fasilitas sarana dan prasana yang belum memadai . Sistem pelayanan kesehatan puskesmas Akelamo sahu timur kabupaten Halmahera barat. Masih belum efektif dalam hal ini kendala-kendala yang masukan seperti, fasilitas sarana dan prasana belum memadai kurang ruangan khusus untuk masyarakat Seperti ruang Khusus Tb,paru, kusta, Mtb, dan semua pasien masih diperiksa dalam satu ruangan tersebut.

Proses menggambarkan interaksi p
15 rofesional antara pemberi pelayanan Dengan konsumen (pasien/masyarakat) Depkes RI, 2000. Suatu kegiatan yang berjalan antara dokter dan pasien. Semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya. Dan proses yaitu semua kegiatan sistem. Melalui proses akan mengubah input menjadi output. 15 Proses, Puskesmas dikecamatan sahu timur. Kabupaten Halmahera barat , Proses atau kegiatan atau program-

program yang dibuat Oleh Puskesmas. belum efektif ini karena banyak kendala-kendala yang dihadapi oleh puskesmas dikecamatan sahu Timur kabupaten Halmahera barat. Sehingga proses tidak berjalan dengan optimal dan kurang dukungan Dari pemerintah dalam fasilitas sarana dan prasana. ini menghambat berjalan programprogram yang dibuat oleh puskesmas .

Output memberikan penjelasan bahwa secara tidak langsung dapat digunakan sebagai pendekatan untuk menilai pelayanan kesehatan. Dalam menilai apakah hasilnya bermutu atau tidak, diukur dengan standar hasil yang diharapkan dari pelayanan medis yang telah dikerjakan. Hasil yang diperoleh dari sebuah proses,dalam system pelayanan kesehatan hasilnya dapat berupa pelayanan kesehatan yang berkualitas dan efektif. berkualitas misalnya dari segi kesederhanaan, dalam arti bahwa prosedur/tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancer,cepat dan tdak bebelit-belit

serta mudah dipahami dan dilaksanakan. Efektif misalnya layanan kesehatan efektif, artinya harus mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada, mencegah terjadinya penyakit yang ada. Dalam penelitian puskesmas dikecamatan sahu timur Kabupaten Halmahera barat. Ouput sejauh ini belum dikatakan bermutu karena banyak kendalakendala dalam pelayanan kesehatan bagi itu dari segi fasilitas sarana dan prasarana yang belum memadai. menjadi Ouput yang tidak bermutu.

6. Analisis Jurnal Berdasarkan Teori Prilaku

Pertukaran

Berdasarkan jurnal ² penelitian yang dilakukan oleh Afifah pada tahun 2017 dengan judul "*Makna Kartu BPJS Kesehatan di Kalangan Masyarakat Pendhalungan Studi Pada Peserta Penerima Bantuan Iuran di Kelurahan Mangli Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember*"

² Teori pertukaran sosial merupakan teori mengenai pertukaran antara biaya (usaha) dan *reward*(hadiah) yang didapatkan. Peserta BPJS kesehatan golongan PBI dapat menikmati pelayanan kesehatan secara penuh tanpa dipungut biaya jika mereka telah memenuhi persyaratan yang diminta yaitu mengumpulkan surat rujukan dari fasilitas kesehatan pertama, fotocopy KTP dan KK dan memiliki kartu BPJS kesehatan golongan PBI aktif.

² Kartu BPJS kesehatan golongan PBI yang diterima masyarakat sejak tahun 2014-2015 memiliki makna bagi penggunaanya, ² Pemberian makna tidak terlepas dari faktor kultur, ekonomi, dan politik. Hal ini terlihat dari peserta BPJS kesehatan golongan PBI merupakan masyarakat dari ekonomi kelas bawah, kultur yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari merupakan kultur pendhalungan yang berasal dari percampuran budaya Jawa dan budaya Madura serta politik yaitu kartu BPJS kesehatan golongan PBI yang

merupakan kebijakan dari pemerintah. Pemberian makna oleh para informan dapat dipengaruhi oleh fenomena yang mereka alami dalam menggunakan kartu tersebut untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan makna tersebut dapat dilihat dari sudut pandang bagaimana cara mereka melalui berbagai tahapan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan seorang informan (HH) memberikan makna bahwa penggunaan kartu tersebut sangat meringankan ketika ia menjalani operasi kiret semua biaya ditanggung oleh BPJS kesehatan dengan persyaratan yang diminta, hal ini juga dirasakan oleh informan (AS) yang telah merasakan keampuhan kartu BPJS kesehatan golongan PBI ia seorang informan dengan penyakit paru-baru menyatakan bahwa dengan kartu tersebut dapat memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit tanpa dipungut biaya meski pengambilan obat di dua tempat yang berbeda (instansi kesehatan).

7. Analisis Jurnal Berdasarkan Teori

Fungsionalisme

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Priasmoro pada tahun 2016 dengan judul "*Analisis Faktor-Faktor Keluarga Yang Berhubungan Dengan Prilaku Agresif Pada Remaja di Kota Malang dengan Pendekatan Teori Struktral Fungsional Keluarga*"

Berdasarkan hasil uji korelasi *Pearson* Faktor-Faktor Keluarga Dengan Perilaku Agresif diperoleh data faktor fungsi keluarga menunjukkan 1) ada hubungan yang lemah antara peningkatan fungsi keluarga dengan penurunan perilaku agresif dengan nilai $p\text{-value} = 0,001$ dan $R = (-0,361)$, 2) ada hubungan sedang antara peningkatan dukungan keluarga dengan dengan penurunan perilaku agresif dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$ dan $R = (-0,416)$, 3) ada hubungan yang lemah antara peningkatan lingkungan keluarga dengan penurunan perilaku agresif dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$ dan $R = (-0,379)$. Dapat

disimpulkan bahwa hasil penelitian sesuai dengan teori. Dan pendekatan teori struktural fungsional keluarga sangat tepat digunakan untuk menganalisa hubungan faktor keluarga dengan perilaku agresif pada remaja. Karena pada dasarnya keberfungsian sebuah keluarga tidak hanya ditentukan oleh bagaimana orang tua melaksanakan perannya kepada remaja akan tetapi bagaimana orang tua hadir untuk remaja memberikan dukungan kepada remaja dalam bentuk perhatian, kasih sayang, cinta kasih, dan komunikasi. Serta bagaimana orang tua menyediakan lingkungan atau rumah yang dinamis, memiliki keteraturan, disiplin serta mengupayakan prestasi bagi remaja untuk perkembangannya.

IV.EVALUASI

1. Buatlah ringkasan penting kajian teori sosial bagi kesehatan, berilah contoh artikel ilmiah pada jurnal, yang mendukung teori-teori sosial!

2. Uraikan dengan singkat konsep teori sosial bagi kesehatan beserta contoh artikel yang mendukungnya

DAFTAR PUSTAKA

Afifah, Istiyana.² 2017. Makna Kartu BPJS Kesehatan di Kalangan Masyarakat Pendhalungan Studi Pada Penerima Bantuan Iuran di Kelurahan Mangli Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember, *Jurnal Skripsi FISIP UNAIR*

Fajrin, Andi.,AT. ² 2017.Tindakan Sosial Pedangan Angkringan dalam Penerapan PHBS(Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) di Surabaya, *Jurnal Sosiologi*

¹¹³ Hanum, Farida.2011.Konsep, Materi dan Pembelajaran Sosiologi, *Bahan Ajar Seminar Regional Pembelajaran dan Pendidikan Kanker Mata Pembelajaran Sosiologi*

¹⁶⁸ Muhlis, A., Norhkolis.2016. Analisis Tindakan Sosial Max Weber Dalam Tradisi Pembacaan Kitab Mukhtashar Al- Bukhari, *Jurnal Living Hadis*, Volume. 1 Nomor 2 Tahun 2016, ISSN : 2528-756

Multazam, Andi.2016.*Sosiologi Kesehatan Kajian Perubahan Sosial Atas Penerimaan Metode Vasektomi*, Surakarta : OASE PUSTAKA

Posumah, Jonny,H. 2018.Sistem Pelayanan Kesehatan Puskesmas Akalamo di Kecamatan Sahu Timur Kabupaten Hamahera Barat, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*

Priasmoro, Dian,P. ¹⁷⁷2016.Analisis Faktor-Faktor Keluarga Yang Berhubungan Dengan Perilaku Agresif Pada Remaja di Kota Malang, *Jurnal Ilmu Keperawatan*, Volume. 04 Nomor 02 Tahun 2016, Hal.114-126

⁴Sarwono,S.1993.*Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Yogyakarta:Gadjah mada University Press

Simanjuntak, Julian.¹⁷⁹2016.Analisis Perubahan Kebijakan Peraturan Presiden No.19 Tahun 2016 Tentang Jaminan Kesehatan Menjadi Peraturan Presiden No.28 Tahun 2016 Tentang Jaminan Kesehatan, *Jurnal Kebijakan*

- 10
Kesehatan Indonesia, Volume.05 Nomor 04 Tahun
2016, Hal.176-183
- 149
Soekanto, S.2014.*Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta :
Rajawali PRESS
- Sriani,Yustina.2017.*Sosiologi Kesehatan, Bahan Ajar
Keperawatan Gigi*, Kementerian Kesehatan RI
- 10
Sukmaniar.2018.Upaya Peningkatan Peserta KB Aktif dalam
Rangka Pencapaian Target Renstra BKKBN 2015-2019
di Kabupaten Musi Rawas, Provinsi Sumatra Selatan,
Jurnal, Volume.26 Nomor 1 Tahun 2018, Hal. 39-50
- 4
Sunarto, Kamanto.2014.Materi Pokok:Sosiologi Kesehatan,
Jakarta: Universitas Terbuka
- 4
Sunarto, Kumanto.2017.*Ruang Lingkup Sosiologi
Kesehatan,Modul Pembelajaran Sosiologi Kesehatan*
- 4
Supardan, D.2009.Pengantar Ilmu Sosial Pendekatan
Struktural, Jakarta: Bumi Aksara
- 6
Widjaja,A.W.1986.*Manusia
Indonesia:Individu,Keluarga,dan Masyarakat, Topik-*

Topik Kumpulan Bahan Bacaan Mata Kuliah Ilmu Sosial Dasar, Jakarta: Aka demika Presindo,CV

103
Wirawan, I.B.2012. *Teori-Teori Sosial Dalam Tiga Paradigma(Fakta Sosial, Definisi Sosial, & Perilaku Sosial)* Jakarta: KENCANA PRENADA MEDIA GROUP

Yuasidha, N.R.2014. Kohesitas Penduduk Asli dan Pendetang dalam Multikulturalisme, *Jurnal Online Sosiologi Fisip Unair*, Volume.03 Nomor 1 Tahun 2014, EISSN : 2303-1166

Zaini, Mohammad. 2017.Geliat Teori Sistem dalam Membaca Fenomena Pendidikan, *Jurnal Pemikiran dan Pendidikan Islam(EL-BANAT)*, Volume.7 Nomor 1 Tahun 2017,Hal.97-113

BAB II

FAKTOR PSIKOSOSIAL PADA KESEHATAN DAN PENYAKIT

I. PENDAHULUAN

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan memiliki sifat terbuka serta saling berinteraksi. Manusia selalu berusaha untuk mempertahankan keseimbangan hidupnya. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut dengan sehat. Gangguan psikologi dapat mengakibatkan terganggunya kesehatan seseorang, seperti saat sedang stres maka kesehatan akan terkena dampaknya, yaitu dapat menimbulkan penyakit atau memperburuk kesehatan dan sebaliknya penyakit dapat menurunkan daya tahan tubuh atau kemampuan tubuh menghadapi stres.

Suatu peristiwa dalam kehidupan seseorang dapat dilewati oleh orang itu sebagai peristiwa yang wajar dalam kehidupannya, sedangkan peristiwa yang sama oleh orang lain dapat menjadi suatu problem sesaat;

sedangkan untuk orang lain lagi, peristiwa yang sama itu dapat menjadi sumber konflik yang berkepanjangan, sehingga peristiwa itu menjadi suatu stresor yang bermakna.⁴⁷ Faktor masalah psikososial dan lingkungan dapat juga mempengaruhi bagaimana seseorang bisa melakukan coping terhadap penyakit dan sebaik apa respons mereka terhadap pengobatan. Informasi masalah psikososial dan lingkungan ini menjadi penting khususnya bagi penderita dengan gangguan mood saat stresor lingkungan dapat menjadi faktor pencetus penting bagi sebuah penyakit.

¹² Perilaku sakit dapat diartikan sebagai respon seseorang terhadap ancaman kesehatan yang dirasakan. Respon ini yang mendorong seseorang untuk mempersepsikan ancaman kesehatan yang mendasari timbulnya perilaku sakit. Munculnya perilaku sakit pada individu sakit bisa dianggap perilaku yang normal. Namun bila perilaku sakit pada individu tersebut menimbulkan aspek psikososial yang berlebihan dan mengarah negatif, maka perilaku sakit pun akan menjadi perilaku sakit abnormal. Bertahannya suasana hati yang tidak pantas dan perubahan perilaku maladaptive

menggambarkan perilaku sakit tidak hanya menjadi perilaku yang terbuka tetapi perilaku yang mencakup sifat individu terhadap pengalaman subjektif kesehatannya. Hal ini yang menjadikan istilah perilaku sakit menjadi perilaku sakit abnormal yang terjadi pada individu sakit (Pilowsky, 1993).

Perilaku sakit abnormal terbagi 2 aspek yaitu perilaku sakit yang berfokus somatik (fisik) dan perilaku sakit yang berfokus psikologis (psikososial). Perilaku sakit yang berfokus somatik terdiri dari perilaku sakit yang menegaskan dan perilaku sakit menyangkal. Perilaku sakit menegaskan seperti perilaku berpura-pura sakit, sindrom buatan kronis dengan sindrom fisik, gangguan buatan dengan gejala fisik, gangguan somatisasi, gangguan konversi, gangguan nyeri somatoform, gangguan depresi mayor dengan fitur psikotik kongruen dan gangguan skizofrenia. Perilaku sakit menyangkal seperti penolakan untuk mendapatkan pekerjaan, penolakan untuk menghindari terapi medis yang akurat, penolakan penyakit akibat rasa malu dan rasa bersalah, ketidakpatuhan setelah infark miokard, perilaku counterphobic pada hemofili, penolakan

somatik patologi sebagai gangguan skizofrenia berat. Perilaku sakit berfokus pada somatik melibatkan keluhan fisik seperti sakit kepala, mual, muntah, tidak nafsu makan, insomnia. Penanganan perilaku sakit ini dibutuhkan kolaborasi dari tim medis (dokter) yang berkaitan dengan penanganan keluhan fisik yang dialami seseorang yang sakit.

Perilaku sakit yang berfokus psikologis (psikososial) terdiri dari perilaku sakit menegaskan dan perilaku sakit yang menyangkal. Perilaku sakit menegaskan seperti berpura – pura sakit, gangguan buatan dengan gejala psikologis, kecemasan, kehilangan memori atau hilangnya fungsi otak dan perilaku sakit yang menyangkal penolakan simptomatology psikotik untuk menghindari stigma rumah sakit saat mendapatkan perawatan, penolakan penyakit untuk menghindari diskriminasi, penolakan untuk menerima pengobatan dengan adanya diagnosis gangguan jiwa, penolakan penyakit (kurang pengetahuan) depresi psikotik. Menurut Pilowsky (1978) “perilaku sakit abnormal terjadi pada awal individu menerima suatu penyakit dengan faktor prediposisi stigma rawat inap

dengan pengobatan yang terus menerus diajalan serta orang tua yang overprotektif. Untuk pendeteksian dari munculnya perilaku sakit tidak selalu dilakukan di rumah sakit atau pun di lingkungan komunitas. Sehingga digunakan suatu kuesioner perilaku sakit sebagai alat screening perilaku sakit pada individu yang sakit”

¹² Perilaku sakit dalam aspek psikososial merupakan bagian salah satu aspek dari perilaku sakit menurut konsep Abnormal illness behavior (Pilowsky, 1978) meliputi kecemasan, menahan diri, penolakan terhadap penyakit, gangguan afektif, keyakinan terhadap penyakit, persepsi sakit dan marah. Seseorang yang mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit, tentunya mengalami perasaan cemas yang akan menimbulkan rasa kekhawatiran dan ketakutan tentang kesehatan dan penyakitnya. Penolakan yang terus menerus untuk menerima saran dan kepastian dari beberapa dokter yang berbeda bahwa tidak ada penyakit fisik atau kelainan yang mendasari keluhan yang dialami seperti memiliki keyakinan bahwa tidak adanya riwayat penyakit karena keluarga penderita tampak sehat tidak menunjukkan gejala yang berbeda layaknya orang yang mempunyai penyakit.

Kekecewaan yang dirasakan dengan penampilan wajah dan tubuhnya.

II. TUJUAN

1. Mengetahui konsep faktor psikososial pada kesehatan dan penyakit.
2. Mengetahui faktor psikososial yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit.

III. MATERI INTI

A. Konsep Psikososial

1. Definisi Psikososial

Psikososial¹ berasal dari kata psiko dan sosial. Kata psiko mengacu pada aspek psikologis berasal dari individu (pikiran, perasaan, dan perilaku), sedangkan sosial mengacu pada hubungan eksternal individu dengan orang-orang di sekitarnya (Pusat Krisis Fakultas Psikologi UI). Istilah psikososial berarti menyinggung relasi sosial yang mencakup faktor-faktor psikologis (Chaplin, 2011). Psikososial⁹² adalah suatu kondisi yang terjadi pada individu yang mencakup aspek psikis dan sosial atau sebaliknya. Psikososial menunjuk pada hubungan yang dinamis

antara faktor psikis dan sosial, yang saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain. ¹ Masalah-masalah psikososial menurut (Nanda, 2012) yaitu : a. Berduka b. Keputusan c. Ansietas d. Ketidakberdayaan e. Risiko penyimpangan perilaku sehat f. Gangguan citra tubuh g. Koping tidak efektif h. Koping keluarga tidak efektif i. Sindroma post trauma j. Penampilan peran tidak efektif k. HDR situasional.

³² Definisi lain psikososial adalah perilaku seseorang yang timbul dalam konteks sosial, baik itu individu dengan individu maupun individu dengan kelompok (Sepdanius, 2015). Psikososial adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosionalnya. Dari katanya, istilah psikososial melibatkan aspek psikologis dan sosial. Contohnya, hubungan antara ketakutan yang dimiliki seseorang (psikologis) terhadap bagaimana cara ia berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sosialnya. Seseorang yang sehat mentalnya akan

bereaksi dengan cara yang positif dalam banyak situasi. Berbeda dengan orang yang tidak stabil mentalnya, ia akan bereaksi negatif terhadap segala sesuatu yang terjadi dalam hidup.

18

Psikososial merupakan istilah yang menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosinya. Kebutuhan psikososial merupakan kebutuhan yang melibatkan aspek baik psikologis dan sosial yang menggabungkan layanan psikologis dan sosial klinis dan berkaitan dengan kondisi mentalnya (Turner, 1992). Misalnya hubungan antara ketakutan yang dimiliki seseorang (psikologis) terhadap bagaimana cara seseorang berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sosialnya.

Psikososial menekankan pada hubungan yang dekat dan dinamis, dekat antara aspek psikologis dari pengalaman seseorang (pemikiran, perasaan, tingkah laku) dan pengalaman sosial yang ada disekelilingnya (hubungan dengan orang lain, tradisi, budaya) yang secara terus menerus saling

mempengaruhi satu sama lain. Seperti halnya ketika seseorang mengalami stress maka akan terjadi perubahan secara fisiologis, tetapi faktor psikososial juga mempunyai peranan. Stres mempengaruhi kesejahteraan emosional dalam berbagai cara.

¹⁸ Kebutuhan psikologik atau kebutuhan emosional dibutuhkan oleh semua usia antara lain kebutuhan untuk memberi cinta, merasakan cinta, dicintai, diperlakukan dengan hormat, adanya intimasi (perasaan dekat dengan orang lain), memberi sentuhan, dan menjadi pendengar yang baik. Hal-hal yang harus diperhatikan sehubungan dengan kebutuhan psikologis antara lain: menyadari bahwa pasien mempunyai rasa suka dan tidak suka yang bersifat individual, membantu pasien untuk mengisi waktu luang selama berada di rumah sakit, menghormati privasi pasien, jangan menghakimi perilaku dan pilihan pasien yang berbeda dengan anda, menghargai perasaan dan kemampuan pasien (Maryam,2013)

¹⁸ Kebutuhan psikososial meliputi kebutuhan akan kasih sayang, rasa aman, harga diri, rasa

memiliki. Kebutuhan kasih sayang merupakan cerminan arti kebutuhan asih yang dapat memberikan kehidupan dan ketentraman secara psikologis. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terbagi menjadi perlindungan fisik (meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh seperti penyakit, kecelakaan) dan perlindungan psikologis (perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing). Kebutuhan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan serta meraih prestasi, rasa percaya diri dan pengakuan dari orang lain (Ardhiyanti, dkk 2014).

Dampak negatif dari psikososial merupakan salah satu jenis bahaya yang berpotensi mengakibatkan gangguan kesehatan di tempat kerja (Jeyaratnam dan Koh, 2009: 14). Menurut Kementerian Kesehatan (2011), faktor psikososial dapat mengakibatkan perubahan dalam kehidupan individu, baik bersifat psikologis maupun sosial yang mempunyai pengaruh cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan fisik dan psikis

pada diri individu tersebut. Faktor psikososial sering tidak disadari kehadirannya oleh para pekerja. Kajian mengenai faktor psikososial di tempat kerja juga masih belum banyak dilakukan. Adapun pembahasan mengenai psikososial masih belum menyeluruh, meskipun telah diketahui bahwa aspek-aspek yang ada di dalamnya cukup bervariasi. Salah satu contoh penelitian yang ada mengenai hubungan antara dukungan sosial yang merupakan faktor psikososial dengan kejadian stres kerja pada perawat di salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta (Almasitoh, 2011).

Pada sebuah buku berjudul *Ultra Metabolisme* dikatakan bahwa faktor psikososial merupakan salah satu faktor pemicu stres, yang berarti merupakan sebuah peristiwa sosial atau psikologis yang membuat seseorang tertekan (Hyman, 2006: 158). Diketahui pula bahwa psikososial berpotensi menyebabkan gangguan muskuloskeletal dan penyakit psikosomatis yang menjadi penyebab meningkatnya penyakit akibat hubungan pekerjaan (Irwandi, 2007). Dari beberapa

pernyataan yang telah disebutkan dapat diketahui bahwa dampak negatif dari psikososial tidak hanya berupa stres kerja.

Beberapa contoh faktor psikososial dalam kehidupan individu berkaitan dengan peran dan harapan dari pekerjaan, keluarga, dan kegiatan komunitas (Bastable, 2002: 130). Sumber lain menyebutkan ada beberapa stresor psikososial yang layak dipertimbangkan antara lain: pekerjaan, hubungan, situasi keuangan, anak-anak, kelainan psikologis (depresi, kegelisahan, dan lain-lain), rendahnya rasa percaya diri, kondisi dunia (masalah di lingkungan tempat tinggal, situasi politik internasional, dan lain-lain). Stresor psikososial merupakan penyebab stres yang berasal dari risiko bahaya potensial psikososial (Kementerian Kesehatan, 2011). Sedangkan Kementerian Kesehatan (2011) menyebutkan beberapa contoh faktor psikososial yang ada di tempat kerja meliputi: bekerja dalam shift, beban kerja yang berlebihan, bekerja monoton, mutasi dalam pekerjaan, tidak jelasnya peran kerja, serta konflik dengan teman

kerja. Adapun berbagai variasi faktor psikososial dari berbagai sumber pada dasarnya tetap mempunyai ruang lingkup yang sama yakni berkaitan dengan kondisi psikologi dan sosial seseorang.

2. Tahapan Perkembangan Psikososial

Menurut seorang ahli psikoanalisa bernama Erik H. Erikson, tahapan perkembangan psikososial seseorang berlangsung melalui delapan tahap. Empat tahap pertama terjadi pada masa bayi dan masa anak-anak yang menjadi dasar pembentukan kepribadian seseorang, tahap kelima terjadi pada masa remaja, dan tiga tahap terakhir terjadi pada masa dewasa dan usia tua. Setiap tahap dalam perkembangan psikososial memiliki dua komponen, yakni komponen yang baik dan komponen yang tidak baik. Erikson mengatakan bahwa faktor sosial turut berpengaruh terhadap perkembangan hidup manusia (Nurdiansyah, 2011: 264). Menurut undang-undang kesehatan dan praktik kedokteran (2009: 70) masalah psikososial merupakan masalah

psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial. Oleh karena itu, masalah atau bahaya psikososial dapat terjadi sebagai akibat atau dampak negatif dari adanya proses interaksi sosial seseorang yang buruk. Sebaliknya, psikososial dapat menimbulkan dampak positif jika proses interaksi sosial seseorang tergolong baik. Delapan tahapan tersebut antara lain:

8

1) Tahap I : *Trust versus Mistrust* (0-1 tahun)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (hope). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya. Sehingga akan memunculkan rasa percaya atau tidak

- 1 terhadap lingkungannya.
- 2) Tahap II: *Autonomy versus Shame and Doubt* (1-3 tahun)

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Agar anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan-aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

- 3) Tahap III : *Initiative versus Guilt* (3-6 tahun)

Pada periode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa

percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya. Sehingga anak akan mudah dalam memilih keputusan dalam bertindak, yang tidak menyalahi aturan ataupun melenceng dari norma-norma yang sudah ditanamkan.

6
4) Tahap IV: *Industry versus Inferiority* (6-12 tahun)

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Keterampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Disisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebayanya.

6
5) Tahap V : *Identity versus Role Confusion* (12-18

tahun)

Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontraindikasi bahwa di lain pihak ia dianggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini merupakan masa stansarisasi diri yaitu anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya sangat tinggi dalam pembentukan identitas diri anak.

1
6) Tahap VI : *Intimacy versus Isolation* (masa dewasa muda)

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan sosial yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.

7) Tahap VII : *Generativity versus Stagnation* (masa dewasa menengah)

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka ketrampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

8) Tahap VIII : *Ego Integrity versus Despair* (masa dewasa akhir)

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan

menyebabkan munculnya rasa putus asa.

3. Faktor Masalah Psikososial

38

Menurut Stuart (2013) faktor masalah psikososial terdiri dari faktor predisposisi biologis meliputi latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan secara umum (riwayat penyakit) dan keterpaparan pada racun, predisposisi psikologis meliputi intelegensi, keterampilan verbal, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis dan lokus diri atau suatu perasaan pengendalian terhadap nasib sendiri. Predisposisi sosial budaya meliputi usia, gender, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, pengalaman sosialisasi dan tingkat integrasi atau keterhubungan misal status pernikahan.

Sedangkan menurut Martha Stewart dalam Amir (2010) yaitu faktor internal: faktor biologis meliputi usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, penyakit yang pernah diderita dan faktor eksternal meliputi status perkawinan, pekerjaan, stressor sosial dan dukungan sosial. Hawari (2013)

mengatakan stressor psikososial terdiri dari perkawinan, problem orang tua, hubungan interpersonal, pekerjaan, lingkungan, keuangan, hukum, penyakit fisik/cedera, trauma.

18

4. Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Psikososial

1) Mekanisme koping

Koping merupakan suatu faktor penyeimbang yang dapat membantu individu beradaptasi dengan kondisi yang menekan yang dapat menimbulkan depresi. Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah dan menyesuaikan diri terhadap perubahan yang diterima. (Nursalam 2011)

18

2) Dukungan psikososial

Dukungan psikososial baik dari keluarga atau masyarakat sangat penting dalam mendukung pemenuhan kebutuhan psikososial orang yang memiliki penyakit tertentu. Dukungan psikososial merupakan terapi yang

bertujuan untuk memulihkan kembali kemampuan adaptasi agar yang bersangkutan dapat kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari di lingkungan sosial.

3) Peran petugas kesehatan

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan memiliki fungsi dan kemampuan untuk meningkatkan kualitas perawatan pada pasien. Pemberian informasi tentang kesehatan pasien dan penanganannya dapat meminimalkan cemas, stress dan depresi pada pasien dan keluarga. Perawat adalah salah satu sumber daya yang di rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan untuk dapat membantu pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan dalam menghadapi lingkungan yang baru. Karena harapan yang diinginkan keluarga dan pasien adalah perawat mempunyai kualitas hubungan individu yang baik. Namun pada kenyataannya, perawat dinilai belum menerapkan caring dalam proses keperawatan. Menurut pasien perawat

cenderung melakukan tugas rutin saja seperti memasang infus, mengukur tanda vital dan kontrol harian, sehingga perhatian yang diberikan perawat masih kurang (Wahyuni,2015).

4) Dampak psikologis

¹⁶ Ketika Individu yang terkena penyakit atau orang terdekat individu yang terkena penyakit terdeteksi penyakit dampak psikologis, rasa cemas dankekhawatiran tidak dapat terelakkan.Selama proses pengobatan hingga individu yang terkena penyakit dinyatakan sembuh pun rasa cemas ini biasanya akan terus berlangsung. Berbagai pertanyaan akan muncul dibenak individu yang terkena penyakit, apakah individu yang terkena penyakit mengambil langkah pengobatan yang tepat, hingga memikirkan bagaimana dampak psikologisnya.¹⁶ Ada banyak pertanyaan dalam pikiran yang akan membuat individu yang terkena penyakit terus menerus dalam kecemasan. Ciri psikis yang biasanya dirasakan adalah:

a. Sulit tidur

Sulit tidur sering dialami oleh orang yang memiliki penyakit tertentu, dimana rasa cemas membuat seseorang akan mengalami kesulitan untuk beristirahat, sulit untuk berkonsentrasi, mudah tersinggung, dan kehilangan kepercayaan diri

b. Depresi

Depresi berbeda dengan perasaan tidak bahagia. Perasaan tidak bahagia biasanya dirasakan individu yang terkena penyakit hanya dalam waktu tertentu. Individu yang depresi terkena penyakit tertentu memiliki perasaan cemas, putus asa, negatif, dan tidak berdaya dalam waktu yang cukup lama (lebih dari 2 minggu) dan berkepanjangan. Individu yang terkena penyakit yang mengalami depresi biasanya memiliki ciri-ciri: Selalu merasa lelah dan kehilangan energi, kesedihan yang berlarut-larut (sudah lebih

dari satu atau dua bulan), tidak percaya diri, sulit konsentrasi, tidak bisa menikmati sesuatu yang biasanya menyenangkan, merasa putus asa dan tidak berdaya, perubahan pola tidur, misalnya jadi susah tidur atau justru ingin tidur terus sepanjang hari, merasa gelisah sepanjang hari, merasa bersalah dan rendah diri.

c. Bayang-bayang kematian

40
Menjalani hidup dengan bayang-bayang akan kematian atau kehilangan dapat menyebabkan individu dengan penyakit tertentu mengalami dampak psikologis dengan rangkaian emosi yang seperti ketidakberdayaan, duka, kemarahan, penyangkalan, dan rasa sakit secara psikologis.

d. *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) adalah reaksi berlebih dari stres

dan kejadian yang membuat trauma. Serangan panik dan kilas balik pengalaman pribadi atau pengalaman penyakit tertentu di sekitar bisa menjadi pemicu. Misalnya, fakta bahwa orang terdekatnya pernah mengidap penyakit dampak psikologis penyakit tertentu dan nyawanya tidak tertolong, ini bisa menjadi pemicu pengidap penyakit dampak psikologis penyakit tersebut mengalami PTSD. PTSD menjadi masalah kesehatan mental yang berpotensi parah dan berjangka panjang.

- e. Marah pada Diri Sendiri atau pada Kehidupan

Perasaan marah individu yang memiliki penyakit tertentu biasanya dihubungkan dengan perasaan tidak berdaya dan tidak mampu ditolong berkaitan dengan penyakit serta dampak psikologisnya. Individu dengan penyakit tertentu merasa tidak nyaman dengan

dirinya dan frustrasi karena keadaan yang sepertinya sulit diatasi. Perasaan hilangnya kemampuan mandiri juga merupakan salah satu yang ditakuti sehingga meningkatkan rasa marahnya terhadap lingkungan sekitar. Kemarahan yang tidak mampu dihadapi dengan baik ini dapat mengarah kepada kondisi selanjutnya yang mulai terkena depresi. Individu yang terkena penyakit biasanya semakin kehilangan harapan dan malas melakukan hubungan dengan orang lain.

f. **Isolasi Diri**

Isolasi diri dan menjauhkan diri dari pergaulan adalah salah satu cirinya. Selain itu gejala psikologis sulit tidur dan hilangnya nafsu makan merupakan gejala depresi yang memperberat kondisi psikologisnya. Secara nyata individu yang terkena penyakit tertentu malas melakukan hubungan kontak mata, kehilangan motivasi dalam perawatan dan

merasa lelah yang berkepanjangan. Gejala depresi juga sering dibarengi dengan gejala-gejala kecemasan yang dirasakan sebagai gejala yang berkaitan dengan peningkatan aktifitas sistem saraf otonom.

g. Rasa Tegang

¹⁶ Individu dengan penyakit tertentu menjadi sering mengalami jantung berdebar, sesak napas dan rasa kelelahan karena tegang yang berlebihan. Kecemasan juga sering dikaitkan dengan perasaan ketakutan akan hilangnya integrasi diri dalam artian yang paling sempit sekalipun seperti hilangnya kepercayaan diri karena memiliki tubuh yang tidak sempurna. Penanganan menyeluruh dari segi psikologis sangat penting dalam penanganan penyakit dan dampak psikologisnya.

h. ¹⁶ Kebutuhan akan Terapi Psikologi

Pertama yang harus dilakukan terapis yang berhubungan dengan

penyakit dampak psikologis adalah membantu individu yang terkena penyakit mengenali gejala-gejala psikologisnya. Hal ini dilakukan karena individu yang terkena penyakit sering kali menyangkal adanya masalah tersebut dalam dirinya. Pengenalan gejala yang baik akan membantu proses terapi psikologis selanjutnya. Terapis baik dari kalangan psikiater atau psikolog klinis perlu untuk memberikan dukungan agar individu yang terkena penyakit mampu mengekspresikan emosinya.

i. **Kebutuhan Dukungan dari Keluarga**

Disarankan untuk melibatkan keluarga terdekat sebagai sistem dukungan untuk individu yang terkena penyakit. Hal ini perlu dilakukan untuk membuat individu yang terkena penyakit merasa mempunyai dukungan yang bisa menemaninya dalam perjalanan penyakitnya.

16
j. **Kebutuhan Empati dan Kasih Sayang**
Terapis untuk individu yang terkena penyakit tertentu dapat membantu proses terapi psikologis serta dampak psikologis penyakit perlu mendasarkan terapinya pada empati dan kasih sayang. Fokus yang mendalam pada kehidupan individu yang terkena penyakit dan bagaimana pengaruh penyakit dampak psikologis pada kehidupan individu tersebut sehari-hari merupakan hal yang perlu dipahami oleh terapis dalam prakteknya sehari-hari.

k. **Teringat akan Agama atau Spiritual**
Penyakit tertentu yang membuat rasa putus asa jika tak kunjung sembuh terkadang memberikan dampak positif bagi jiwa yakni merasakan perasaan pasrah pada Tuhan sang pencipta alam sehingga secara psikologi akan timbul kesadaran bahwa hidup adalah takdir dan semua orang pun akan menjalani kematian

cepat atau lambat dengan atau tanpa rasa sakit sehingga memberi ketenangan pada jiwanya karena kesejukan spiritual tersebut.

21
5) Gangguan Afeksi

Gangguan afeksi merupakan gangguan pada afeksi (emosi) atau mood (suasana hati) seseorang. Dan penderita dapat mengalami depresi atau manik (kegirangan yang tidak wajar) atau dapat bergantian antara manik dan depresif (Atkinson dkk, 1992).

a) Depresi

Penyebab depresi adalah kegagalan di sekolah, di tempat kerja, atau masalah kesehatan. Dan depresi dianggap abnormal ketika depresi tersebut di luar kewajaran dan berlanjut sampai saat di mana kebanyakan orang sudah dapat pulih kembali (Atkinson dkk, 1992). Depresi pada orang normal seperti keadaan murung (kesedihan, patah hati, dan patah semangat) ditandai dengan tidak puas,

menurunnya aktivitas, dan pesimisme. Sedangkan depresi abnormal seperti ketidakmauan yang ekstrim untuk merespon stimulus dan disertai menurunnya nilai diri, ketidakmampuan, delusi, dan putus asa (Chaplin,1995). Dan penderita depresi tidak mampu mengambil keputusan untuk memulai suatu kegiatan atau memusatkan perhatiannya dan ekstrimnya penderita dapat disertai adanya kecemasan dan bisa mencoba bunuh diri (Atkison dkk,1992).

b) Episode Manik

Manik dapat diartikan sebagai tingkah laku berang, keras, bengis, kasar, tidak terkontrol, yang disertai tindakan motorik yang berlebihan dan perilaku impulsif. Dan dikategorikan menjadi episode manik ringan (Hipomania) dan episode parah (Mania). Pada episode ringan, penderita penuh dengan energi, antusias, dan percaya diri dan perilaku

manik dibandingkan dengan orang normal seringkali lebih mengekspresikan kebencian daripada kegembiraan. Dan pada episode parah (mania), penderita amat bersemangat dan harus selalu aktif. Jika orang lain menggangunya aktivitasnya, maka ia akan marah dan akan menjadi ganas. Penderita ini selain mengalami disorientasi, juga sering mengalami delusi. Simptom-siptom pada saat manis/manik (gembira,*exited*).

21

Emosinya pendek-pendek dan meledak-ledak. Dalam keadaan *excited* ini pasien sering melakukan kekerasan, membanting-banting dan merusak segala sesuatu yang dapat dijangkaunya. Jadi ribut dan kegila-gilaan. Dikejar-kejar oleh ilusi-ilusi serta halusinasi-halusinasi visual dan juga delusi-delusi person yang berhubungan dengan penderangan atau telinga. Pada stadium berat, jika pasien mengalami saat manik dia bias melakukan

serangan-serangan, kekerasan dan usaha-usaha untuk membunuh atau bunuh diri.

c) Gangguan Manik-Depresi

Gangguan Manik-Depresif seringkali disebut dengan istilah gangguan bipolar, karena penderita beralih dari satu kutub perasaan ke kutub perasaan lainnya. Ada beberapa jenis yaitu gangguan efektif ringan, gangguan efektif neurotik, dan psikosis afektif. Psikosis manisa/manik-depresif ini 75% dari jumlah penderitanya adalah wanita. Psikosis manis depresif ini merupakan kekalutan mental yang serius berbentuk gangguan emosional yang ekstrim, yaitu terus-menerus bergerak antara gembira-ria tertawa-tawa (*elation*) sampai dengan rasa depresif sedih putus asa. Penderitanya selalu diiringi ketegangan-ketegangan afektif dan agresi yang terhambat-hambat. Impulsnya kuat, tapi pendek dan tidak bias dikontrol atau dikendalikan. Misalnya

kacau, ingatannya jadi makin mundur. Pasien jadi sangat egosentris, dan tingkah lakunya kekanak-kanakan selalu merasa gelisah dan tidak pernah merasa puas.

Beberapa individu dapat mengalami manik saja, tetapi kebanyakan individu yang mengalami episode manik juga mengalami saat-saat depresi. Siklus episodenya dapat berganti-ganti antara episode manic dengan episode depresif, serta sering menunjukkan perilaku normal di antara kedua episode tersebut. Gangguan Manik-Depresif seringkali disebut dengan istilah gangguan bipolar, karena penderita beralih dari satu kutub perasaan ke kutub perasaan lainnya (Atkinson dkk,1992).

B. Faktor Psikososial Pada Kesehatan

1. Proses Adaptasi Tubuh terhadap Kehadiran

Faktor Psikososial

Gangguan kesehatan akibat faktor psikososial tidak terjadi secara langsung setelah paparan pertama. Penelitian Anis Rohmana Malik dalam judul “Gambaran Faktor Psikososial di Tempat Kerja pada Pekerja Tekstil Pt. Sandratex Ciputat Tahun 2016” menyatakan bahwa para pekerja akan mengalami gejala setelah mendapatkan paparan secara terus-menerus dan melalui proses adaptasi yang terdiri dari tiga fase sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2011):

- Fase 1: reaksi kewaspadaan (*alarm reaction*).

Tubuh mulai mengenali paparan sebagai ancaman. Pada fase ini akan terjadi peningkatan produksi berbagai macam hormon seperti hormon adrenalin dan hormon kortison. Selain itu, terjadi perubahan koordinasi dalam sistem saraf pusat dan seluruh sistem berubah siaga dalam waktu

cepat sehingga mengakibatkan tubuh berkeringat dingin, jantung berdebar-debar, serta darah mengalir cepat.

- Fase 2: reaksi perlawanan (*resistancy reaction*).

Tubuh akan berupaya melawan paparan yang ada. Jika paparan berlangsung lama secara terus-menerus, tubuh tidak akan mampu mengatasinya karena keterbatasan kemampuan dan waktu penyesuaian yang terbatas.

- Fase 3: reaksi kehabisan tenaga (*exhaustion reaction*).

Mekanisme pertahanan tubuh berangsur menurun dan terjadi kelelahan sehingga muncul gangguan fisik

2. Gangguan Kesehatan Akibat Dampak Negatif dari Faktor Psikososial

Penelitian Anis Rohmana Malik dalam judul “Gambaran Faktor Psikososial di Tempat Kerja pada Pekerja Tekstil Pt. Sandratex Ciputat Tahun 2016”

menyatakan bahwa ¹ berbagai macam gangguan kesehatan akibat dampak negatif dari faktor psikososial berpotensi dirasakan oleh para pekerja di tempat kerja. Kementerian Kesehatan (2011) menyebutkan setidaknya ada enam masalah kesehatan sebagai akibat dari faktor psikososial di tempat kerja, antara lain:

1) Stres Akibat Kerja

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) mendefinisikan stres akibat kerja sebagai respon fisik dan emosional berbahaya yang timbul apabila tuntutan pekerjaan tidak sesuai dengan kemampuan atau kebutuhan pekerja (Kementerian Kesehatan, 2011). Stres di tempat kerja bukan merupakan fenomena baru. Penyebab dasar terjadinya stres di tempat kerja dipicu oleh berbagai alasan. Adanya perubahan ekonomi dan kemajuan teknologi yang pesat justru semakin menambah tekanan para pekerja untuk

menghasilkan lebih banyak produk dalam waktu yang lebih singkat. Sebanyak dua dari tiga pekerja di suatu perusahaan mengaku mengalami stres kerja. Terdapat pula prakiraan klaim yang harus dikeluarkan perusahaan sebesar \$200 milyar per tahun akibat stres kerja berupa masalah absen, keterlambatan, kejenuhan, produktivitas yang semakin rendah, angka keluar-masuk tinggi, kompensasi pekerja, dan peningkatan biaya asuransi kesehatan (National Safety Council, 2004).

Stres akibat kerja mempunyai gejala-gejala sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2011):

- Gejala fisiologis berupa otot tegang, jantung berdebar-debar, perut mual, dan keringat dingin.
- Gejala psikologis berupa mudah marah, emosi meledak-ledak, serta mudah panik.

- Gejala psikosomatik berupa gangguan muskuloskeletal (nyeri otot, kram), gangguan sistem pernapasan (asma, spasmus bronchitis), gangguan kardiovaskuler (migraen, hipertensi), gangguan kulit (eksim, jerawat), gangguan kelenjar endokrin (hipertiroid, diabetes, infertilitas), gangguan sistem saraf (neurostenia), gangguan mata (glaucoma), gangguan gastrointestinal (gastritis, peptic ulcer, diare), gangguan genitourinarial (dismenoreha, gangguan haid).
- Gejala perilaku berupa absensi, menghindari interaksi atau komunikasi dengan orang lain, menghindari hal-hal yang biasa disukai, sulit tidur, perubahan kebiasaan makan, banyak merokok, gangguan tidur, tidak masuk kerja, serta penurunan prestasi kerja.

2) *Burn Out* (Kelelahan Berat/ Kejenuhan)

Burn out merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasakan kelelahan berat yang prosesnya bertahap dan dalam responnya terhadap stres maupun ketegangan fisik, mental, dan emosional yang berkepanjangan, melepaskan diri dari pekerjaan dan hubungan bermakna lainnya. Akibatnya, karyawan akan mudah mengalami sinisme, kebingungan, perasaan yang terkuras, merasa tidak memiliki sesuatu lagi untuk memberi, serta produktivitas menurun. Berikut contoh penyebab burn out yang berkaitan dengan faktor psikososial (Kementerian Kesehatan, 2011):

- Merasa hanya mempunyai sedikit atau bahkan tidak ada otoritas dalam melaksanakan pekerjaannya.
- Kurangnya pengakuan atau reward atas pekerjaan yang baik.
- Ketidakjelasan fungsi atau tugasnya.

- Terlalu menuntut atau mempunyai harapan yang lebih terhadap tempat dia bekerja.
- Melakukan pekerjaan yang monoton.
- Bekerja dalam suasana tegang.

Selain faktor pekerjaan, gaya hidup seseorang juga berpengaruh terhadap kelelahan saat bekerja karena (Kementerian Kesehatan, 2011):

- Bekerja terlalu banyak atau berat tanpa diimbangi dengan waktu untuk bersantai atau hanya untuk sekedar bersosialisasi dengan yang lain.
- Menjadi seseorang yang mempunyai banyak figur bagi orang lain.
- Mengambil cukup banyak tanggung jawab tanpa bantuan orang lain.
- Kurang waktu tidur.
- Hubungan yang kurang baik dengan orang terdekatnya, seperti keluarga.

- Mempunyai beberapa kecenderungan kepribadian: perfeksionis, pesimistis dalam melihat diri sendiri dan dunia, kebutuhan untuk berada pada posisi atas, keraguan untuk mendelegasikan kepada orang lain, serta keinginan untuk selalu menjadi yang tertinggi atau terbaik

C. Faktor Psikososial Pada Penyakit

Jurnal Yanitawati dalam judul “Hubungan Perilaku Sakit Dalam Aspek Psikososial dengan kualitas Hidup Remaja Talasemia” menyatakan bahwa Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas hidup remaja thalasemia terdiri dari empat aspek konseptual yaitu (a) aspek fisik, (b) aspek psikososial, (c) aspek sosial dan (d) aspek sekolah. Perilaku sakit merupakan respon seseorang terhadap ancaman kesehatan yang dirasakan. Respon ini yang mendorong seseorang untuk mempersepsikan ancaman penyakit atau kesehatan yang mendasari timbulnya perilaku sakit. Munculnya perilaku sakit pada orang sakit bisa dianggap perilaku yang normal, namun bila perilaku sakit pada orang sakit

menimbulkan respon yang negatif pada orang sakit maka perilaku sakit pun bisa mengarah pada menjadi perilaku sakit abnormal. Namun bila perilaku sakit pada individu tersebut menimbulkan aspek psikososial yang berlebihan dan mengarah negatif, maka perilaku sakit pun akan menjadi perilaku sakit abnormal. Perilaku sakit abnormal ditandai dengan kesedihan tanpa beralasan dimana individu yang sakit cemas terhadap kesehatannya, penyakit yang terkait sikap dan respon yang cenderung menahan diri termasuk didalamnya kesulitan menunjukkan emosi dan marah. (Pilowsky, 1993).

D. Faktor Yang Mempengaruhi Psikososial Kesehatan

1. Mekanisme Koping

⁵⁴ Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku. Perbedaan kemampuan yang dimiliki masing-masing individu akan memunculkan mekanisme koping yang berbeda pula. Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya menurut Stuart dan

Sundeen (2012) dibagi menjadi dua yaitu mekanisme coping adaptif dan mekanisme coping maladaptif. Mekanisme coping adaptif yaitu mekanisme coping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan. Mekanisme coping maladaptif merupakan mekanisme coping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonom dan cenderung menguasai lingkungan (Stuart dan Sundeen, 1995 dikutip dalam Abdul Nasir 2011).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dewi Ayu Purnama pada tahun 2017 dengan judul “Gambaran Faktor Psikososial Terhadap Kinerja pada Petugas Kesehatan di Puskesmas Kassa-Kassi Kota Makassar” menyatakan bahwa, mekanisme coping pada petugas kesehatan di Puskesmas Kassa-Kassi Kota Makassar termasuk coping yang baik atau termasuk ke dalam jenis coping adaptif, karena stress kerja yang dialami petugas kesehatan tidak berdampak pada kinerja dimana stres direspon secara

positif oleh petugas kesehatan (*Eustress*). Beban kerjanya dialami petugas kesehatan mengalami beban berat tidak berdampak pada kinerja, dimana petugas kesehatan mempunyai kemampuan normal dalam menyelesaikan tugas yang dibebankan kepadanya sehingga mencapai kinerja secara optimal. Dan kelelahan kerja yang dialami petugas kesehatan tidak berdampak pada kinerja dimana tingkat kelelahannya lelah ringan dan mencapai kualitas kinerja yang optimal.

2. Dukungan Psikososial

¹⁷ Sumampouw (2008) menyatakan bahwa dukungan psikososial merupakan dukungan dari sosial serta psikologis yang dapat diberikan kepada penderita gagal jantung yang mengalami reaksi atau masalah psikologis serta masalah sosial akibat dari penyakitnya.¹⁷ Dukungan psikososial merupakan dukungan berupa aspek psikologis serta aspek sosial yang diberikan guna untuk mendorong, memotivasi serta melindungi seseorang dari kecemasan maupun stres yang dialaminya (Sumampouw, 2008 ; Kaplan

& Sadock, 2000). Dukungan sosial berdasarkan *Medical Outcome Study-Social Survey (MOS-SSS)* terdiri dari 4 dimensi yaitu *emotional/informational support* (dukungan emosional), *tangible support* (dukungan materi dan fasilitas), *affectionate support* (dukungan informasi) serta *positive social support* (dukungan interaksi sosial).

Berdasarkan jurnal Ahlaqkul Kharimah Tri Puji Hastuti pada tahun 2019 dengan judul “Hubungan Antara Dukungan Psikososial dengan Kemampuan *Self Management* Penderita Gagal Jantung”¹⁷ menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan psikososial dengan kemampuan *self management* penderita gagal jantung yang menjalani rawat inap di RSUD Dr.Moewardi Surakarta. Hal ini sesuai dengan teori *self care* yang dikemukakan oleh Riegel, Dickson, Suwanno, Mosser, Lennie, Chung, dkk. (2015) bahwa perilaku perawatan diri seseorang merupakan sebuah pengambilan keputusan naturalistik yang dipengaruhi oleh 3 hal yaitu karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, dll), masalah (penyakit

penyerta) serta dipengaruhi oleh lingkungan (dukungan psikologis dan dukungan sosial).

3. Peran Petugas Kesehatan

¹ Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi (Sarwono, 2012). Peran merupakan suatu kegiatan yang bermanfaat untuk mempelajari interaksi antara individu sebagai pelaku (*actors*) yang menjalankan berbagai macam peranan di dalam hidupnya, seperti dokter, perawat, bidan atau petugas kesehatan lain yang mempunyai kewajiban untuk menjalankan tugas atau kegiatan yang sesuai dengan peranannya masing-masing (Muzaham, 2007).

¹ Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati (2008) perilaku tenaga kesehatan mempengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam

mengonsumsi tablet Fe. Kepatuhan ibu hamil dapat lebih ditingkatkan lagi apabila petugas kesehatan mampu memberikan penyuluhan, khususnya mengenai manfaat tablet besi dan kesehatan ibu selama kehamilan. Penelitian lainnya dilakukan oleh Susanti (2002), dengan hasil terdapat hubungan bermakna antara faktor pelayanan petugas kesehatan (seperti pemeriksaan kasus anemia, konseling dan pemberian tablet Fe) dengan kepatuhan konsumsi tablet Fe. Selain memberikan penyuluhan tenaga kesehatan juga memiliki berbagai macam peranan penting lainnya di dalam proses meningkatkan derajat kesehatan.

45

4. Dampak Psikologis

Dampak psikologis berkaitan dengan stimulus dan respon yang mendorong seseorang bertingkah laku, maka dampak psikologis dapat dipandang sebagai hasil dari adanya stimulus dan respon yang bekerja pada diri seseorang (Wiaswiyanti, 2008). Coelman dkk., (dalam Nathalia, 2013) menyatakan dampak psikologis

adalah reaksi pengalaman-pengalaman yang mengguncangkan, seperti konflik yang dapat menimbulkan perasaan cemas, stress dan memicu korban untuk bereaksi. Jones dan Davis (dalam Lestarin, 2014), dampak psikologis dikaitkan dengan tindakan dan efek. Tindakan (act) yang dimaksud adalah keseluruhan respon (reaksi yang mencerminkan tindakan / perilaku) dan yang mempunyai akibat terhadap lingkungannya, sedangkan efek yang dimaksud adalah efek yang diartikan sehingga perubahan-perubahan nyata yang dihasilkan oleh tindakan. Dampak psikologis dapat dipandang sebagai hasil dari adanya stimulus dan respon yang bekerja pada diri seseorang (Watson dalam Sarwono, 2012).

Berdasarkan penelitian Agung Tri Hanggoro Putro pada tahun 2013 dengan judul “Dampak Psikologis Kecelakaan Lalu Lintas” mengatakan bahwa ¹⁷ dinamika psikologis dari kecelakaan itu sendiri bisa berdampak negatif terhadap korban kecelakaan. Dampak negatif sendiri dapat berupa depresi, distorsi, trauma, *phobia*, stress, kecemasan,

shock dan lainnya. Korban yang mengalami dampak psikologis dapat kembali dalam kondisi normal secara psikologis setelah melewati perilaku coping yang berbeda-beda waktunya. Semua itu tergantung dengan dukungan sosial yang didapat korban maupun peran dari psikolog, dokter, atau *therapist* yang ikut menangani korban. Suatu teori yang diajukan oleh Horowitz menyatakan bahwa ingatan tentang kejadian traumatik muncul secara konstan dalam pikiran seseorang dan sangat menyakitkan sehingga secara sadar mereka mensupresinya atau merepresinya. Orang yang bersangkutan diyakini mengalami semacam perjuangan internal untuk mengintegrasikan trauma ke dalam keyakinannya tentang dirinya dan dunia agar dapat menerimanya secara masuk akal. Keadaan normal atau tidaknya korban kecelakaan dapat dibagi menjadi tiga yaitu: afeksinya atau kondisi jiwa saat terjadi peristiwa, labil atau tidaknya kembali seperti sedia kala sebelum kecelakaan, kognitif atau cara berpikir korban dalam mengatasi apa yang telah menyimpannya, dan konasi atau perilaku korban

kembali normal dalam keadaan sebelum kecelakaan terjadi.

Keadaan berbeda ketika korban mendapatkan dukungan dari dalam dirinya dan dukungan sosial. Disaat mendapatkan dukungan sosial korban berupaya memanipulasi kognisinya dengan melakukan penyangkalan bahwa yang terjadi tidaklah seburuk apa yang dipikirkan. Manipulasi kognisi yang disertai dengan dukungan sosial inilah kemudian membantu subyek untuk mampu membentuk strategi coping atas segala permasalahan yang dihadapinya. Untuk meminimalisir tekanan-tekanan psikologis yang menyimpannya. Subyekmemiliki beberapa strategi coping, yaitu: mengikuti kegiatan konseling, menggunakan aktivitas alternatif untuk melupakan rasa kecewaatas perilaku traumatis, mengembalikan semua kejadian yang menyimpannya pada yang Maha Kuasa, berusaha membangun suatu pemikiran yang positif, mencari dukungan moral, simpati dan pemahaman terhadap stresor yang dihadapinya. Beberapa hal diatas mungkin bisa membantu untuk pemulihan korban.

IV. EVALUASI

Uraikan konsep tentang faktor psikososial pada kesehatan dan penyakit, serta penilaian dukungan oleh artikel ilmiahnya.

DAFTAR PUSTAKA

- 132
Putro, A. T. H. (2013). *Dampak Psikologis Kecelakaan Lalu Lintas* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- 1
Almasitoh, Ummu Hany. (2011). Stres Kerja Ditinjau dari Konflik Peran Ganda dan Dukungan Sosial pada Perawat. *Jurnal Psikologi Islam (JPI)*, 8(1), 63-82.
- 19
Ardhiyanti, Yulrina, Risa P., Ika P.D., (2014). *Keterampilan Dasar Kebidanan 1*. Yogyakarta: Deepublish.
- 112
Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., and Bem, D. J. *Pengantar Psikologi*. Edisi Kesebelas. Jilid II. Terjemahan. Batam: Interaksara. 1992
- 131
Bastable, Susan B. (2002). *Perawat sebagai Pendidik: Prinsip-prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Chaplin, C.P. (1995). *Kamus Lengkap Psikologi*. Penerjemah: Kartini Kartono. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hastuti, A. K. T. P., Ns, B. K., Kep, M., & Kep, S.

(2019). *Hubungan Antara Dukungan Psikososial dengan Kemampuan Self Management Penderita Gagal Jantung* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).

¹ Hyman, Mark. (2006). *Ultra Metabolisme*. Yogyakarta: B-first.

Irwandi, Riska Denie. (2007). *Penyakit Akibat Kerja dan Penyakit Terkait Kerja*. Skripsi S1 Fakultas Teknik USU, Medan

Koh, D., & Jeyaratnam, J. ¹ (2009). *Buku Ajar Praktik Kedokteran Kerja*. Jakarta: EGC.

¹ Kementerian Kesehatan. (2011). *Seri Pedoman Tatalaksana Penyakit Akibat Kerja bagi Petugas Kesehatan: Gangguan Kesehatan Akibat Faktor Psikososial di Tempat Kerja*.

⁷¹ Malik, A. R. *Gambaran Faktor Psikososial di Tempat Kerja pada Pekerja Tekstil PT. Sandratex Ciputat Tahun 2016* (Bachelor's thesis).

Martha Stewart dalam Amir. N. 2010. *Depresi: Aspek Neurologis Diagnosis Dan Tatalaksana*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas

Indonesia.

¹ Nurdiansyah, Nia. (2011). *Buku Pintar Ibu & Bayi*.
Jakarta: Bukune

Nursalam. 2015.
Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan
Praktis edisi 4. Jakarta: EGC.

¹¹⁴ Pilowsky, I. (1978). A general classification of abnormal
illness behaviours. *British Journal of Medical
Psychology*, 51(2), 131-137.

Pilowsky, I. (1993). Aspects of abnormal illness
behaviour. *Psychotherapy and
Psychosomatics*, 60(2), 62-74.

¹⁴⁴ Stuart, Sundeen. (2012). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*
Edisi 5. Jakarta: EGC

¹ Undang-undang Kesehatan dan Praktik
Kedokteran. (2009). *Undang-undang Kesehatan dan
Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Best Publisher.

⁷³ Yanitawati, Y., Mardhiyah, A. I., & Widiанти, E. (2017).
Hubungan Perilaku Sakit Dalam Aspek Psikososial
Dengan Kualitas Hidup Remaja
Thalasemia. *Jurnal Keperawatan BSI*, 5(1).

¹²⁵ Sumampouw, N. (2006). *Psychological First Aid (PFA)*.

Pusat Krisis Psikologi Universitas Indonesia:
Depok.

Chaplin, J.P. 2011. Kamus Lengkap Psikologi
(Terjemahan Kartono, K) Jakarta: Pt Raja
Grafindo Persada.

Hawari, D. 2013. Depresi dalam Manajemen Stress,
Kecemasan dan Depresi. Jakarta: FKUI.

154 Nanda Internasional. 2012. Diagnosis Keperawatan:
Defenisi dan Klasifikasi 2012- 2014. Jakarta: EGC.

National Safety Council, 2004. Manajemen Stress.
Penerbit: EGC. Jakarta.

111 Stuart, G.W and Laraia. 2013. Principles and practice of
psychiatric nursing. St. Louis: Mosby Year B.

18 Turner F J. Mental Health and The Elderly : A Social
Work Perspective. New York. The Free Press.
1992.

Sutriningsih, A., & AW, R. C. (2017). Mekanisme
Koping Keluarga Menurunkan Tingkat Kecemasan
Keluarga Pasien Stroke. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu
Kesehatan*, 3(2), 18-25.

38 Wahyuni, R.M. (2015). Perilaku Perawat menerapkan
Prinsip Enam Benar Pemberian Obat Mencegah

Kejadian Tidak Diharapkan *Journalis of Ners*
Community Volume 6 Nomor I

BAB III

ASPEK SOSIAL DAN PERILAKU DALAM PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN

I. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. Melalui pembangunan dalam bidang kesehatan diharapkan akan semakin meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh semua lapisan masyarakat secara memadai. Berhasilnya pembangunan kesehatan ditandai dengan lingkungan yang kondusif, perilaku masyarakat yang proaktif dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan diri serta mencegah terjadinya penyakit. Derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh banyak faktor yang meliputi pelayanan kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, mental (perilaku), sosial (lingkungan), budaya, pendidikan, keturunan dan faktor lainnya. Faktor-faktor ini berpengaruh pada kejadian morbiditas, mortalitas, dan status gizi di masyarakat (Kemenkes RI, 2017).

Pengaruh aspek sosial dan budaya dalam masyarakat memberikan peranan penting dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Perubahan pola hidup maupun tatanan sosial termasuk dalam bidang kesehatan yang sering dihadapkan dalam suatu hal yang berhubungan langsung dengan norma dan budaya yang dianut oleh masyarakat termasuk unsur sikap, perilaku, latar belakang sosial dan budaya serta sejumlah aspek lainnya. Perkembangan sosial budaya dalam masyarakat merupakan suatu tanda bahwa masyarakat dalam suatu daerah tersebut telah mengalami suatu perubahan dalam proses berpikir, perubahan tersebut bisa memberi dampak positif maupun negatif (Darmayanti, 2016).

Aspek sosial dan budaya dalam kesehatan dapat membentuk kebiasaan dan respons terhadap kesehatan dan penyakit dalam segala masyarakat tanpa memandang tingkatannya. Oleh karena itulah penting bagi tenaga kesehatan untuk tidak hanya mempromosikan kesehatan, tetapi juga membuat masyarakat mengerti tentang proses terjadinya suatu penyakit dan bagaimana meluruskan

keyakinan atau budaya yang dianut masyarakat hubungannya dengan perilaku dalam pencarian atau memilih pelayanan kesehatan yang tepat. Perilaku pencarian pengobatan merupakan perilaku individu maupun kelompok atau masyarakat untuk melakukan atau mencari pengobatan dipengaruhi dengan jumlah sarana pelayanan kesehatan yang semakin bertambah serta jenis, metode serta pelayanan kesehatan yang tersedia di sarana pelayanan kesehatan juga semakin beragam. Kualitas pelayanan kesehatan yang baik dapat memberikan kepuasan tersendiri bagi setiap klien (Gobel, 2018).

Perilaku masyarakat dalam pencarian pelayanan kesehatan berdasarkan persentase penduduk Indonesia yang memilih untuk mengobati sendiri keluhan kesehatan yang dialami selama sebulan yang lalu, ternyata lebih besar dibandingkan persentase penduduk yang berobat jalan. Sebesar 65,59% penduduk yang memiliki keluhan kesehatan selama sebulan memilih untuk mengobati sendiri. Sedangkan penduduk yang memilih untuk berobat jalan hanya sebesar 44,37% dari

seluruh penduduk yang memiliki keluhan kesehatan selama sebulan. Penduduk yang mengobati sendiri keluhan kesehatan tersebut sebesar 90,49% diantaranya menggunakan obat modern, sedangkan sebesar 22,26% menggunakan obat tradisional (Susenias dalam Prabamurti, 2016).

¹⁴ Setiap manusia berkeinginan untuk selalu hidup sehat dan tentunya akan mempertahankan status sehat yang dimilikinya. Tindakan manusia dalam mempertahankan kesehatan tersebut mengakibatkan terjadinya pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada, baik pengobatan tradisional maupun pengobatan modern. Hal tersebut dipengaruhi oleh aspek sosial serta perilaku dalam memilih atau mencari pelayanan kesehatan yang baik (Notoatmodjo, 2003).

II. ¹⁴² TUJUAN

1. Untuk mengetahui pengertian aspek sosial dan perilaku.
2. Untuk mengetahui aspek sosial dan budaya mempengaruhi perilaku kesehatan.

3. Untuk mengetahui perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan.
4. Untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan.
5. Untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan yang baik.

III. MATERI INTI

A. Konsep Aspek Sosial Dan Perilaku

Aspek sosial adalah segala yang meliputi hasil aktivitas hubungan manusia dengan alam disekitarnya. Aspek sangat luas cakupannya yang meliputi aspek kehidupan manusia dan kebudayaan yang dihasilkan. Aspek sosial diantaranya antropologi, sosiologi dan psikologi sosial. Antropologi mempelajari kebudayaan secara khusus seperti wujud, unsur-unsur dan aspek-aspek. Sosiologi mempelajari hubungan dan pengaruh timbal balik gejala-gejala sosial (hubungan antar manusia, struktur sosial, proses-proses sosial, perubahan sosial. Psikologi sosial merupakan aspek perilaku sehubungan dengan kelompok sosialnya (Maryati, 2017).

Aspek sosial budaya dan perilaku dalam pelayanan kesehatan timbul ketika kalangan medis mulai mengarah ke “community medicine”, hal ini mencakup kesehatan mental, kesehatan fisik, dan kesehatan sosial. Tujuan pembangunan nasional memberikan kesempatan pada masyarakat untuk hidup wajar mental, fisik, dan sosial menuntut peran ilmu sosial yang lebih besar untuk ikut memecahkan masalah kesehatan. Upaya kesehatan memuat usaha-usaha terencana untuk merubah tingkah laku individu, kelompok, dan masyarakat. Salah satu upaya yang dilakukan adalah melalui pendidikan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah merubah perilaku ke arah yang menguntungkan kesehatan (Soekanto, 2009).

Perilaku adalah kumpulan dari reaksi, perbuatan, aktivitas, gabungan gerakan, tanggapan dan jawaban yang dilakukan seseorang, seperti proses berpikir, bekerja dan sebagainya. Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar. Perilaku dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus masih belum dapat diamati dari luar (orang lain) karena respons tersebut masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan,

persepsi dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Sedangkan, perilaku terbuka adalah apabila respons tersebut dalam bentuk tindakan yang dapat diamati dari orang lain (Adliyani, 2015).

Perilaku muncul sebagai akibat dari beberapa hal, diantaranya karena adanya hubungan timbal balik dari stimulus dan respons yang lebih dikenal dengan tanggapan rangsangan. Hubungan stimulus dan respons akan membentuk pola-pola perilaku baru. Perilaku kesehatan merupakan respons seseorang terhadap stimulus berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan. Perilaku kesehatan terbagi menjadi tiga pola utama yaitu perilaku hidup sehat, perilaku sakit, dan perilaku peran sakit. Contohnya olahraga teratur, makan menu seimbang, istirahat cukup, pengendalian stres, usaha serta merespons terhadap penyakit (Notoatmodjo, 2003).

B. Aspek Sosial Dan Budaya Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Menurut Elling dalam Notoatmodjo (2005), Aspek sosial dan budaya yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan sebagai berikut :

1. Aspek Sosial yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

a. Penghasilan

Masyarakat yang berpenghasilan rendah menunjukkan angka kesakitan yang lebih tinggi, angka kematian bayi dan kekurangan gizi.

b. Jenis kelamin

Wanita cenderung lebih sering memeriksakan kesehatan ke dokter dari pada laki-laki.

c. Jenis pekerjaan yang berpengaruh besar terhadap penyakit yang diderita pekerja.

d. *Self concept* (Konsep Diri)

Self concept ditentukan oleh tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang kita rasakan terhadap diri kita sendiri. *Self concept* adalah faktor yang penting dalam kesehatan, karena mempengaruhi

perilaku masyarakat dan perilaku petugas kesehatan.

e. **Image Kelompok**

Image seorang individu sangat dipengaruhi oleh image kelompok. Perilaku anak cenderung merefleksikan dari kondisi keluarganya.

f. **Identitas Individu pada Kelompok**

Identifikasi kelompok individu kepada kelompok kecilnya sangat penting untuk memberikan keamanan psikologis dan kepuasan dalam pekerjaan mereka. Inovasi akan berhasil bila kebutuhan sosial masyarakat diperhatikan.

2. Aspek Budaya yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

a. Persepsi masyarakat terhadap sehat dan sakit

Masyarakat mempunyai batasan sehat atau sakit yang berbeda dengan konsep sehat dan sakit dunia medis modern sebagai contoh masyarakat lebih percaya penyakit disebabkan oleh makhluk halus, guna-guna, dan dosa.

b. **Kepercayaan**

Kepercayaan dalam masyarakat sangat dipengaruhi tingkah laku kesehatan, beberapa pandangan yang berasal dari agama tertentu kadang-kadang memberi pengaruh negatif terhadap program kesehatan. Sifat fatalistik adalah ajaran atau paham bahwa manusia dikuasai oleh nasib sebagai contoh orang-orang di pedesaan menganggap bahwa penyakit adalah cobaan dari tuhan dan kematian adalah kehendak Allah. Jadi sulit menyadarkan masyarakat untuk melakukan pengobatan saat sakit.

c. Pendidikan

Masih banyaknya penduduk yang berpendidikan rendah, petunjuk-petunjuk kesehatan sering sulit diungkap apabila cara menyampaikannya tidak sesuai dengan pendidikan khalayaknya.

d. Nilai Kebudayaan

Masyarakat Indonesia terdiri dari macam-macam suku bangsa yang mempunyai perbedaan dalam memberikan nilai

pada suatu obyek tertentu. Nilai kebudayaan ini memberikan arti dan arah pada cara hidup, persepsi masyarakat terhadap kebutuhan dan pilihan mereka untuk bertindak.

e. ¹ Norma

Merupakan aturan atau ketentuan yang mengikat warga kelompok dalam masyarakat dipakai sebagai panduan, tatanan, dan pengendali tingkah laku yang sesuai dan diterima oleh masyarakat. Terjadi perbedaan norma (sebagai standar untuk menilai perilaku) antara satu kebudayaan dengan kebudayaan yang lain. Masyarakat menetapkan perilaku normatif serta perilaku yang tidak normatif.

f. Inovasi Kesehatan

¹ Tidak ada kehidupan sosial masyarakat tanpa perubahan, dan sesuatu perubahan selalu dinamis artinya setiap perubahan akan diikuti perubahan kedua, ketiga, dan seterusnya. Seorang petugas kesehatan jika akan melakukan perubahan perilaku kesehatan harus mampu menjadi contoh dalam perlakuannya sehari-hari.

Ada anggapan bahwa petugas kesehatan merupakan contoh rujukan perilaku hidup bersih sehat, bahkan diyakini bahwa perilaku kesehatan yang baik adalah hanya petugas kesehatan yang benar.

C. Perilaku Dalam Pencarian Pelayanan Kesehatan⁸

Seeking Health Behavior atau yang dikenal sebagai perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, disebut juga perilaku mencari pengobatan. Menurut Notoatmodjo dalam Ikhwaludin (2017),⁷ perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan di masyarakat terutama di negara sedang berkembang sangat bervariasi.

Menurut Notoatmodjo (2003), Respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

1. Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Dengan alasan antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari

hari, bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya, hal ini menunjukkan bahwa kesehatan belum prioritas di dalam hidup dan kehidupannya, fasilitas kesehatan yang dibutuhkan tempatnya sangat jauh, petugas kesehatan kurang ramah kepada klien dan takut disuntik oleh dokter dan karena biaya mahal.

2. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*) alasan tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya dengan diri sendiri, dan merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat ⁶⁵mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian obat keluar tidak diperlukan.
3. Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional seperti dukun.
4. Mencari pengobatan dengan membeli obat ke warung obat dan sejenisnya, termasuk tukang jamu.
5. Mencari pengobatan ke fasilitas modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan

swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit.

6. Mencari pengobatan ke fasilitas khusus yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).

D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

Menurut Andersen dalam Nur Rahman (2016),¹⁴ derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh banyak faktor, tidak hanya ditentukan oleh pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan,⁸⁰ perilaku pencarian pengobatan adalah perilaku individu maupun kelompok atau penduduk untuk melakukan atau mencari pengobatan. Faktor determinan dalam perilaku pencarian kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi atau *predisposing factor*, yaitu komponen⁸⁰ predisposisi karakteristik yang digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pengobatan yang berbeda-beda. Faktor predisposisi sebagai berikut:

- 1
 - a. Demografi (umur, jenis kelamin, status sosial ekonomi)
 - b. Struktur sosial (suku, ras, kebudayaan, pekerjaan, pendidikan)
 - c. Kepercayaan (keyakinan, sikap, serta pengetahuan terhadap pengobatan dan penyakitnya).

2. Faktor pemungkin/ pendukung

- a. Kualitas pelayanan kesehatan
 - 1
 1. Salah satu penyebab rendahnya pemanfaatan pelayanan rumah sakit oleh masyarakat adalah rendahnya kualitas pelayanan.
 - b. Jarak pelayanan
 1. Salah satu pertimbangan klien dalam pertimbangan klien dalam menentukan sikap untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah jarak yang ditempuh dari tempat tinggal klien sampai ke tempat sumber perawatan.
 - c. Status sosial ekonomi
 1. Status sosial ekonomi mempengaruhi seseorang dalam membayar pelayanan

kesehatan. Setiap orang dari segi segala lapisan sosial berhak menerima kesehatan. Tetapi kenyataan menunjukkan bahwa lebih sering diprioritaskan orang dengan status ekonomi yang lebih tinggi. Status ekonomi merupakan salah satu faktor terhadap pelayanan kesehatan.

d. **Kebutuhan Pelayanan (*need*)**

Keadaan status kesehatan seseorang menimbulkan suatu kebutuhan yang dirasakan dan membuat seseorang mengambil keputusan untuk mencari pertolongan kesehatan. Selain dipengaruhi faktor di atas ada beberapa faktor lagi yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu:

1) **Tarif atau biaya**

Tarif atau biaya kesehatan sangat penting untuk menentukan dalam pelayanan kesehatan. Adanya peningkatan harga pelayanan akan menyebabkan penurunan permintaan.

2) **Fasilitas**

Fasilitas yang baik akan mempengaruhi sikap dan perilaku klien, pembentukan fasilitas yang benar akan menciptakan perasaan sehat, aman, dan nyaman. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial mempunyai pandangan yang mungkin menambahi atau mengurangi kepuasan klien dalam penampilan kerja.

69

3) Pelayanan personil

Pelayanan personil memegang peranan dalam menjaga mutu pelayanan sehingga pemakai jasa pelayanan kesehatan menjadi puas. Personil itu terdiri dari dokter maupun perawat, tenaga paramedis, penunjang non medis. Pelayanan personil dapat berupa pelayanan secara profesional dan keramahan sehingga meningkatkan citra dari rumah sakit tersebut.

- e. Lokasi, Lokasi pelayanan kesehatan yang berada di lingkungan sosial ekonomi rendah

biasanya yang berkunjung, juga pelanggan dari masyarakat miskin, karena orang berpenghasilan tinggi akan datang ke lingkungan miskin untuk perawatan medis. Lokasi merupakan yang paling diperhatikan bagi pencari pelayanan kesehatan karena jarak yang dekat akan mempengaruhi bagi pencari pelayanan kesehatan untuk berkunjung.

f. Informasi, Informasi berupa iklan dan promosi sangat efektif karena dapat langsung didengar dan dilihat baik itu mengenai fasilitas, harga yang akan mempengaruhi pilihan konsumen. Informasi dapat berupa pengalaman pribadi, teman-teman dan surat kabar.

g. **Kecepatan dan kemudahan pelayanan**

Pada dasarnya manusia ingin kemudahan, begitu juga dengan mencari pelayanan kesehatan, mereka suka pelayanan yang cepat mulai dari pendaftaran sampai pada waktu pulang.

E. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Goetsh dan Davis dalam Murti (2017), kualitas atau mutu merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Kualitas meliputi setiap aspek dari suatu perusahaan dan sesungguhnya merupakan suatu pengalaman emosional bagi pelanggan. Pelanggan ingin merasa senang dengan pembelian mereka, merasa bahwa mereka telah mendapatkan nilai terbaik dan ingin memastikan bahwa uang mereka telah dibelanjakan dengan baik, dan mereka merasa bangga akan hubungan mereka dengan sebuah perusahaan.

Kualitas pelayanan kesehatan bersifat multi dimensi. Berdasarkan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*) maka kualitas pelayanan lebih berkaitan pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan klien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan klien, keprihatinan serta keramahan petugas, kerendahan hati dan kesungguhan dalam melayani klien. Apabila dilihat dari segi penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) maka kualitas pelayanan

lebih berkaitan pada kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir. Hal ini terkait pula dengan otonomi yang dimiliki oleh masing-masing profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pelayanan dengan mengedepankan kepuasan pelanggan diperlukan paradigma dan sikap mental yang berorientasi melayani, serta pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam melaksanakan pelayanan prima. Pelanggan akan memilih fasilitas kesehatan yang mampu melayani dengan baik sesuai dengan keinginan atau harapannya. Peningkatan kualitas pelayanan terhadap klien harus memperhatikan manajemen perawatan klien dan di kelola oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya (Robert dan Prevest dalam Anggarawati, 2016).

1 Menurut Zeithaml dalam Anggarawati (2016), terdapat sepuluh dimensi kualitas pelayanan, yaitu:

1. *Reliability*, mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja (*performance*) dan kemampuan untuk dipercaya (*dependability*). Hal ini berarti organisasi jasa kesehatan memberikan jasanya

secara tepat semenjak saat pertama . Selain itu juga memenuhi janjinya, misalnya menyampaikan jasanya sesuai dengan jadwal yang disepakati.

1. *Responsiveness*, yaitu kemauan atau kesiapan para karyawan untuk memberikan jasa yang dibutuhkan pelanggan.
2. *Competence*, artinya setiap orang dalam suatu organisasi kesehatan memiliki keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu.
3. *Acces* meliputi kemudahan untuk dihubungkan dan ditemui. Hal ini berarti lokasi fasilitas jasa yang mudah dijangkau, waktu menunggu yang tidak terlalu lama, saluran organisasi komunikasi mudah dihubungi dan lain-lain.
4. *Courtesy*, meliputi sikap sopan santun, respek, perhatian, keramahan yang dimiliki para contact personnel (seperti resepsionis, petugas pendaftaran, kasir, operator telepon, dan lain-lain).
5. *Communication*, artinya memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat

mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.

7. *Credibility*, yaitu sifat jujur dan dapat dipercaya. Kredibilitas mencakup nama organisasi pelayanan kesehatan, reputasi, karakteristik pribadi contact personnel, dan interaksi dengan pelanggan.
8. *Security*, yaitu aman dari bahaya, risiko, atau keragu-raguan. Aspek ini meliputi keamanan secara fisik, keamanan financial, dan kerahasiaan.
9. *Understanding/Knowing the customer*, yaitu usaha untuk memahami kebutuhan pelanggan.
10. *Tangibles*, yaitu bukti fisik dari jasa, bisa berupa fasilitas fisik, peralatan yang dipergunakan.

F. Kajian Menurut Hasil Jurnal

Perilaku kesehatan merupakan respons tubuh seseorang terhadap rasa yang berkaitan dengan sakit, sistem pelayanan kesehatan, pola makan dan minum, lingkungan(sosial) dan budaya. Sehingga, aspek sosial yang berkaitan dengan aktivitas manusia sehari-hari dapat mempengaruhi perilaku pencarian pelayanan kesehatan berdasarkan faktor penghasilan,

1 jenis kelamin, jenis pekerjaan, konsep diri, image kelompok dan identitas individu pada kelompok. Sedangkan, aspek 1 budaya yang mempengaruhi perilaku kesehatan, meliputi persepsi masyarakat terhadap sehat dan sakit, kepercayaan, pendidikan, nilai kebudayaan, norma dan inovasi kesehatan.

14 Menurut Anderson dalam Prabamurti (2016) menjelaskan bahwa perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan secara bersama-sama dipengaruhi oleh faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), sedangkan faktor pemungkin (ekonomi keluarga, akses terhadap sarana dan pelayanan kesehatan yang ada dan penanggung biaya berobat (kondisi individu yang mencakup keluhan sakit).

Berdasarkan uraian tersebut penulis akan membahas masalah yang berkaitan dengan judul makalah penulis dan terdapat pada jurnal yang ditulis oleh Prabamurti,dkk (2016) dengan judul “faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan(*Health Seeking Behavior*) pada santri di pondok pesantren Al Bisyrî Tinjomoyo Semarang”. Hasil analisis pada jurnal 14 didapatkan informasi bahwa ketika

merasa sakit, santri yang ada di pondok pesantren hanya beristirahat dikamar saja. Penyakit yang sering diderita oleh santri selama setahun terakhir antara lain adalah batuk, influenza dan demam. Sedangkan penyakit yang berbasis lingkungan juga ditemukan di Pondok Pesantren Al Bisyiri Tinjomoyo Semarang, seperti kudis sebanyak 17 kasus dan diare sebanyak 29 kasus. Meskipun di Pondok pesantren sudah ada pondok pesantren kesehatan, akan tetapi belum ada tenaga kesehatan atau dokter yang bertugas menjaga pondok pesantren kesehatan tersebut, sehingga membuat santri merasa kesulitan untuk melakukan pencarian pengobatan ketika sakit. Hanya sebagian kecil yang mengakses pelayanan kesehatan diluar pondok pesantren. Hal ini dikarenakan jarak pondok pesantren yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan. Apabila santri merasa penyakitnya berat dan tidak kunjung sembuh barulah mereka pergi ke tempat pelayanan kesehatan seperti puskesmas atau klinik yang ada disekitar pondok pesantren.

Faktor-faktor yang mempengaruhi aspek sosial dan perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren Al Bisyiri Tinjomoyo

Semarang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu meliputi akses atau jarak tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan jauh, hal ini sesuai dengan pendapat Model McGarthy dalam buku Saifudin(2005), yang mengatakan akses terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh lokasi dan kondisi geografis, jenis pelayanan yang tersedia, kualitas pelayanan dan akses terhadap informasi. Hal ini diperkuat oleh Smith dalam Hidayati(2001), yang mengatakan bahwa menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat yang golongan sosial ekonominya rendah secara langsung dapat menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat.

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi aspek sosial dan perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren Al Bisyiri Tinjomoyo Semarang yaitu, persepsi sakit yang menganggap apabila penyakit yang dialami tidak kunjung sembuh maka mereka akan datang ke pelayanan kesehatan untuk berobat, hal ini sejalan dengan pendapat dalam buku Sukiswoyo(2005), bahwa ada hubungan yang bermakna antara keparahan sakit dengan praktek pencarian

14
pengobatan. Hal ini dikarenakan apabila klien merasa
penyakitnya sudah parah, maka akan melakukan
pencarian pengobatan. Sedangkan, menurut
Notoatmodjo(2010), persepsi masyarakat tentang sehat-
sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian
pengobatan.

Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan juga
menjadi faktor yang mempengaruhi aspek sosial dan
perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan pada
santri di pondok pesantren Al Bisyiri Tinjomoyo
Semarang. Hal ini sesuai dengan pendapat
Purwono(2007), yang mengatakan 14
kebutuhan akan
pengobatan memiliki hubungan yang erat dengan
penentuan pemilihan pengobatan, karena kebutuhan
yang dirasakan oleh klien berhubungan langsung dengan
penggunaan atau permintaan pelayanan kesehatan.
Apabila klien merasa butuh terhadap pelayanan
kesehatan maka perilaku pencarian pelayanan
kesehatannya akan baik. Kualitas pelayanan kesehatan
yang baik juga mempengaruhi perilaku klien dalam
memilih fasilitas kesehatan yang dianggap sesuai
kebutuhan. Kualitas pelayanan kesehatan dikatakan baik

apabila dilihat dari akses ke fasilitas kesehatan yang mudah dan layanan yang baik dari petugas kesehatan terhadap klien, serta faktor lainnya.

Aspek sosial dan perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan setelah dikaitkan pada masalah ¹⁸² dalam jurnal yang berjudul “Faktor-faktor yang mempengaruhi aspek sosial dan perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan pada santri di pondok pesantren Al Bisyiri Tinjomoyo Semarang” sudah sesuai dengan teori yang telah penulis pelajari, dan memberikan gambaran nyata mengenai perilaku manusia pada kehidupan ¹⁶³ sehari-hari serta faktor apa saja yang mempengaruhi dalam mencari ataupun memilih layanan kesehatan.

IV. EVALUASI

Uraikan dengan benar aspek sosial dan perilaku dalam pelayanan kesehatan, serta artikel ilmiah yang mendukungnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adliyani, Nur., dkk. 2016. *Pengaruh Individu Terhadap Hidup Sehat*. Vol.4. No.7 Februari 2015. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 15.05 WIB.
- Anggarawati, Tuti., dkk. 2016. *Kepentingan Bersama Perawat- Dokter Dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan*. Vol. 12. No.02 1 Februari 2016. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 14.04 WIB.
- Gobel, Afriyanti., dkk.2018. *Aspek Sosial Budaya Dalam Pemilihan Persalinan Pada Suku Bajo Pumala Sulawesi*. Vol.1. No.6 2018. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 13.00 WIB.
- Hidayati. 2001. *Faktor –Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas Di Kabupaten Lampung Barat*.
- Ikhwaludin, Alim. 2016. *Perilaku Kesehatan Santri: Studi Dekriptif Perilaku Pemeliharaan Kesehatan, Pencarian dan Penggunaan Sistem Kesehatan dan Perilaku Kesehatan Lingkungan Di pondok Pesantren Assalafi, Alfitrah. Surabaya*. Vol.3. No.5.

105
Januari 2016. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020
pukul 13.03 WIB.

K, Darmayanti., dkk. 2016. *Faktor Lingkungan sebagai Pembentuk Indikator Status Sosial Yang Berperan dalam Keberlangsungan Pemanfaatan Peayanan Kesehatan Material Paslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat*. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 08.00 WIB.

153
Kementrian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta 2017.

Maryati, Kun., dkk. 2017. *Sosilogi Kelompok Pemerintah Ilmu pengetahuan sosial*. Jakarta: Erlangga.

Murti, Bisma. 2017. *Mengembangkan indikator kualitas pelayanan kesehatan*. Vol.6. No. 02. 2017. Diakses
158
pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 10.00 WIB.

68
Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____.2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____.2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi, Edisi Revisi*. Jakarta : Rineka Cipta.

102

Purwono,H. 2007. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penentu Pemilihan Pengobatan pada Masyarakat Dusun Nabin Kabupaten Kulon Progo*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.

178

Rahman, Adi Nur., dkk. 2016. *Fakto-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencarian pelayanan Kesehatan(Healt Seeking Behavior) pada Santri Di Pondok Pesantren Al Bisyiri Tinjomoyo Semarang*. Vol.4. No.5. Oktober 2016. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 12.35 WIB.

1

Saifudin. 2005. *Kebidanan Komunitas*. Surabaya: EGC.

Soekanto, Soerjono.2009. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta : PT. Rajagrafindo Perkasa.

102

Sukiswoyo. 2005. *Praktek Pencarian Pengobatan (Care Seeking) Penderita Suspek Di Wilayah Kerja Puskess Kandangserang Kabupaten Pekalongan*. Semarang: Program Pascasarjana universitas Diponegoro.

BAB IV

KUALITAS KEHIDUPAN DAN GAYA HIDUP SEHAT

I. PENDAHULUAN

¹⁷ Kualitas hidup tidak dapat didefinisikan dengan pasti karena kualitas hidup merupakan sesuatu hal yang subjektif. Namun, kualitas hidup dapat dijadikan aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan seseorang (Larasati, 2012). Dari segi kesehatan ¹⁷ kualitas hidup dapat diartikan sama dengan keadaan kesehatan, fungsi fisik tubuh, status kesehatan subjektif, persepsi mengenai kesehatan, kognisi individu, ketidakmampuan fungsional, gangguan psikiatri dan kesejahteraan (Edesia, 2008).

¹¹⁰ Seseorang yang sehat akan mempunyai kualitas hidup kesehatan yang baik, begitu pula kualitas hidup yang baik tentu saja akan menunjang derajat kesehatan seseorang. (Harmaini, 2006). Seseorang dengan ¹ gaya hidup tidak sehat akan mudah terkena penyakit seperti penyakit jantung, diabetes melitus, bahkan stroke yang manakondisi ini menjadikan ⁴⁴ kualitas seseorang menjadi menurun (Cahyono, 2012). Data WHO tahun 2015

menunjukkan bahwa 70% kematian di dunia disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular (39,5 juta dari 56,4 kematian). Dari seluruh kematian akibat Penyakit Tidak Menular (PTM) tersebut, 45% nya disebabkan oleh Penyakit jantung dan pembuluh darah, yaitu 17.7 juta dari 39,5 juta kematian.

Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi Penyakit Jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 1,5%, dengan peringkat prevalensi tertinggi Provinsi Kalimantan Utara 2,2%, DIY 2%, Gorontalo 2%. Selain ketiga provinsi tersebut, terdapat pula 8 provinsi lainnya dengan prevalensi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi nasional. Delapan provinsi tersebut adalah Aceh (1,6%), Sumatera Barat (1,6%), DKI Jakarta (1,9%), Jawa Barat (1,6%), Jawa Tengah (1,6%), Kalimantan Timur (1,9%), Sulawesi Utara (1,8%) dan Sulawesi Tengah (1,9%).⁸¹ Oleh karena itu setiap individu jika ingin menjaga status kesehatannya, maka individu tersebut harus melakukan perilaku sehat dalam kesehariannya.

15

Gaya hidup yang dijalani dapat menentukan kualitas hidup dan kesehatan tubuh, seseorang yang memiliki gaya hidup positif dan pola hidup sehat cenderung memiliki kualitas hidup yang memadai, begitu pun sebaliknya (Kurniadi, 2008). Gaya hidup diartikan sebagai pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktifitas, minat serta opininya sehingga menggambarkan keseluruhan diri seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya (Kotler, 2002). Menurut Depkes RI (1997), gaya hidup sehat adalah segala upaya untuk menerapkan kebiasaan yang baik dalam menciptakan hidup yang sehat dan menghindari kebiasaan yang buruk yang dapat mengganggu kesehatan.

Gaya hidup sehat seseorang dapat di ubah dengan memberi pendekatan pada perubahan prilakunya yang bertujuan mengubah sikap dan perilaku masyarakat sehingga mereka mengambil gaya hidup sehat yang dimana orang-orang yang menerapkannya akan merasa yakin bahwa gaya hidup sehat merupakan hal yang paling baik bagi klienya dan akan melihatnya sebagai

tanggung jawab mereka untuk mendorong sebanyak mungkin orang untuk mengadopsi gaya hidup sehat yang menguntungkan (Agustini, 2014). Seseorang yang memiliki gaya hidup sehat akan menjalankan kehidupannya dengan memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti makanan, pikiran, kebiasaan olahraga, dan lingkungan yang sehat. Hal ini akan menyebabkan tingkat kesehatan seseorang menjadi baik. Kesehatan yang baik menjadikan kualitas hidup seseorang meningkat (Anne, 2010).

II. TUJUAN

1. Untuk mengetahui Definisi kualitas kehidupan
2. Untuk mengetahui Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas kehidupan
3. Untuk mengetahui Dimensi kualitas hidup
4. Untuk mengetahui Pengertian gaya hidup sehat
5. Untuk mengetahui klasifikasi gaya hidup sehat
6. Untuk mengetahui Faktor-faktor yang mempengaruhi gaya hidup sehat
7. Untuk mengetahui indikator gaya hidup sehat

III. MATERI INTI

A. Tinjauan Umum Kualitas kehidupan

1. Definisi Kualitas Kehidupan

Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya (Urifah, 2012). Kualitas hidup menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group (dalam Rapley, 2003), didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan dalam hubungannya dengan tujuan mereka, harapan, standar dan kekhawatiran.

Menurut Hermann (dalam Silitonga, 2007) kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan

dapat diartikan sebagai responemosi dari pasien terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

1

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas

Kehidupan

Kualitas hidup secara langsung dipengaruhi oleh pengalaman positif pengasuhan, pengalaman pengasuhan negatif, dan stres kronis. Sumber daya ekonomi dan sumber daya sosial memiliki dampak langsung pada kualitas hidup. Ferrans dan Powers (dalam Kwan, 2000) empat domain yang sangat penting untuk kualitas hidup yaitu kesehatan dan fungsi, sosial ekonomi, psikologis, spiritual, dan keluarga. Domain kesehatan dan fungsi meliputi aspek-aspek seperti kegunaan kepada orang lain dan kemandirian fisik. Domain sosial ekonomiberkaitan

dengan standar hidup, kondisi lingkungan,teman-teman, dan sebagainya.

Domain psikologis/spiritual meliputi kebahagiaan, ketenangan pikiran, kendali atas kehidupan, dan faktor lainnya. Domain keluarga meliputi kebahagiaan keluarga, anak-anak, pasangan, dan kesehatan keluarga. Meskipun sulit untuk membuang semua elemen kehidupan, keempat domain mencakup sebagian besar elemen dianggap penting untuk kualitas hidup. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup Menurut Kumar & Majumdar (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah:

a. Usia

Usia sangat mempengaruhi kualitas hidup individu, karena individu yang semakin tua akan semakin turun kualitas hidupnya. Semakin bertambahnya usia, munculnya rasa putus asa akan terjadinya hal-hal yang lebih baik dimasa yang akan datang.

36

b. Pendidikan

Pendidikan juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl dkk(2004) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Hal tersebut terjadi karena individu yang memiliki pendidikan yang rendah akan merasa tidak percaya diri dan merasa bahwa dirinya tidak berguna.

c. Status Pernikahan

Individu yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah. Karena pasangan yang menikah akan merasa lebih bahagia dengan adanya pasangan yang selalu menemaninya.

d. Keluarga

Keluarga juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Individu yang memiliki keluarga yang utuh dan harmonis akan

lebih tinggi kualitas hidupnya. Dikarenakan keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang untuk meningkatkan kualitas hidup

33

3. Dimensi Kualitas Hidup

Menurut WHOQoL-BREF (*Power* dalam Lopez & Snyder, 2003) terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi :

8

- a. Dimensi Kesehatan Fisik, yaitu kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja. Hal ini terkait dengan *private self consciousness* yaitu mengarahkan tingkah laku ke perilaku covert, dimana individu lain tidak dapat melihat apa

yang dirasakan dan dipikirkan individu secara subjektif.

- b. Dimensi Psikologis, yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luardirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*, perasaan positif, perasaan negatif, *selfesteem*, keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, penampilan dan gambaran jasmani. Apabila dihubungkan dengan private self consciousness adalah individu merasakan sesuatu apa yang ada dalam dirinya tanpa ada orang lain mengetahuinya, misalnya

memikirkan apa yang kurang dalam dirinya saat berpenampilan.

- c. Dimensi Hubungan Sosial, yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individualnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan sertadapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial; aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan *public self consciousness* yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.
- d. Dimensi Lingkungan, yaitu tempat tinggal individu, termasuk didalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber financial,

kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun ketrampilan; partisipan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada *public self consciousness* dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

B. Tinjauan Umum Gaya hidup sehat

33

1. Pengertian gaya hidup sehat

Gaya hidup sehat merupakan suatu gaya hidup dengan memperhatikan faktor-faktor tertentu yang mempengaruhi kesehatan, antara lain makanan dan olahraga. Selain itu gaya hidup seseorang juga mempengaruhi tingkat kesehatan, misalnya jika suka merokok dan minum minuman keras, tentu saja

bukan ini merupakan bukan pola hidup sehat (Anne, 2010).

Gaya hidup sehat menjadi pilihan sederhana yang sangat tepat untuk dijalankan. hidup dengan pola makan, pikiran, kebiasaan dan lingkungan yang sehat. Sehat dalam arti kata mendasar adalah segala hal yang kita kerjakan memberikan hasil yang baik dan positif. hidup sehat adalah hidup dengan fisik, psikologi, lingkungan dan finansial yang sehat, cukup dan baik. Pola perilaku (*behavioral patterns*) akan selalu berbeda dalam situasi atau lingkungan sosial yang berbeda, dan senantiasa berubah, tidak ada yang menetap (*fixed*). Gaya hidup individu, yang dicirikan dengan pola perilaku individu, akan memberi dampak pada kesehatan individu dan selanjutnya pada kesehatan orang lain. Dalam gaya hidup sehat seseorang dapat diubah dengan cara memberdayakan individu agar merubah gaya hidupnya, tetapi merubahnya bukan pada si individu saja, tetapi juga merubah lingkungan sosial

dan kondisi kehidupan yang mempengaruhi pola perilakunya (Ari, 2005).

2. **Klasifikasi gaya hidup sehat**

Menurut Becker (dalam Notoadmodjo, 2007), mengklasifikasi kasikan gaya hidup sehat yaitu :

- a. Olah Raga Teratur
- b. Tidak Merokok
- c. Makan Dengan Menu Seimbang
- d. Tidak Mengonsumsi Narkoba Dan Minuman Keras
- e. Mengendalikan Stres, Istirahat Cukup
- f. Berperilaku Hidup Positif Bagi Kesehatan.

165

3. **Faktor-faktor yang mempengaruhi gaya hidup sehat**

Menurut Wafiq Hisyam (2007), mengatakan bahwa pola hidup sehat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni:

- a. **Gaya hidup**
Kebiasaan merokok, aktivitas fisik, olahraga secara rutin, istirahat yang cukup, pengelolaan

manajemen stres dengan baik, dan jauhi narkoba.

b. Pola makan sehat

Makanan yang sehat tentunya mengandung semua unsur gizi seimbang sesuai kebutuhan tubuh, baik protein, karbohidrat, lemak, vitamin, mineral dan air. Sebaiknya mungkin menghindari makanan yang mengandung lemak yang tinggi, menghindari makanan yang berpengawet, perbanyak konsumsi buah dan sayuran, mengurangi makanan yang bersantan, memperhatikan teknik pengolahan makanan, perbanyak konsumsi air putih, dan hindari minuman beralkohol.

Beberapa kriteria makanan yang sehat menurut Erma Hanifa (2011), yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut :

1) Tidak mengandung zat kimia berlebihan

Peranan zat kimia dalam masalah makanan sudah tidak dapat di elakan lagi. Hal ini dapat dilihat dari semakin banyaknya pemakaian zat kimia dalam

pengelolaan makanan, dari bidang pertanian sampai pada pengelolaan hasilnya. Kita tidak dapat menghindari dari kondisi ini sebab perkembangan teknologi memaksa seperti itu. Tentunya kondisi ini berdampak pada pemenuhan makanan sehat yang di konsumsi

7
2) Tidak mengandung zat pewarna kimia

Kadangkala makanan yang kita konsumsi mempunyai warna tertentu. Warna dalam masalah kesehatan memegang peranan penting sebab dapat di jadikan sebagai pemikat minat konsumen. Biasanya makanan yang mempunyai warna mencolok mendapatkan perhatian lebih dari masyarakat terutama anak-anak. dalam kriteria makanan sehat, warna makanan juga perlu di perhatikan agar tidak terjebak pada kondisi negative.

7
3) Tidak mengandung zat pengawet makanan

Kadangkala, kita membeli makanan tapi tidak langsung habis di makan pada saat tertentu. Jika di simpan maka akibatnya makanan tersebut menjadi basi dan tidak enak lagi di konsumsi. Jika hal ini terjadi pada produk sebuah perusahaan akan mengalami kerugian karena masyarakat tidak akan mengkonsumsi makanan tersebut, oleh sebab itu pihak perusahaan akan menggunakan zat pengawet agar makanan tersebut tidak gampang rusak dan basi dan agar bisa di konsumsi dalam jangka waktu panjang, maka dari itu yang penting bagi masyarakat adalah bisa mengkonsumsi makanan yang sehat sesuai dengan kriteria makanan sehat.

28

c. Pemeriksaan kesehatan secara rutin

Pemeriksaan ini bisa bervariasi tergantung dari umur, jenis kelamin dan kesehatan seseorang. Pemeriksaan anak-anak tentu saja

berbeda dengan pemeriksaan usia lanjut. Penggolongan ini untuk membedakan kebutuhan pasien dan tujuan yang ingin dicapai dari pemeriksaan yang dijalani. Tidak ada batasan umur yang tepat untuk memulai pemeriksaan kesehatan secara rutin. Semakin muda usia, semakin dini pula mengetahui risiko penyakit tertentu.

d. Pengetahuan tentang kesehatan

Pengetahuan tentang kesehatan sangat diperlukan, bukan hanya bagi orang-orang yang berkecimpung dibidang kesehatan, melainkan juga bagi khalayak umum yang menjalankan pola hidup sehat bagi diri dan keluarganya.

e. Pola hidup bersih dan sehat (PHBS).

Menurut Depkes (2007: 45) pola hidup bersih dan sehat (PHBS) dapat digolongkan menjadi :

1) Pola hidup bersih dan sehat (PHBS) di rumah tangga. PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan

anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktekkan pola hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.

2) Pola hidup bersih dan sehat (PHBS) di tempat-tempat umum. PHBS di tempat-tempat umum adalah upaya untuk memberdayakan masyarakat pengunjung dan pengelola tempat-tempat umum agar tahu, mau dan mampu untuk mempraktekkan PHBS dan berperan aktif dalam mewujudkan tempat-tempat umum sehat. Tempat-tempat umum adalah sarana yang diselenggarakan oleh pemerintah/swasta, atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat seperti sarana pariwisata, transportasi, sarana ibadah, sarana perdagangan dan olahraga, rekreasi serta sarana sosial lainnya.

3) Pola hidup bersih dan sehat (PHBS) di tempat kerja. PHBS di tempat kerja adalah upaya untuk memberdayakan para pekerja

agar tahu, mau dan mampu mempraktekkan pola hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan tempat kerja sehat.

- 37
4. **Indikator gaya hidup sehat** 37
- Menurut Magistris dan Gracia (2008) terdapat beberapa indikator gaya hidup sehat:
- a. Aktivitas, yaitu kegiatan atau keaktifan dari segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik.
 - b. Minat dan opini orientasi konsumsi sehat mengacu pada keseimbangan pola makanan, yaitu keinginan dan pendapat tentang mengkonsumsi makananyang sehat berdasarkan keseimbangan pola makan.
 - c. Menghindari makanan sintetis, yaitu menghindari makanan yang mengandung bahan yang tidak alami.
 - d. Tertarik pada hal kesehatan makanan, yaitu memiliki ketertarikan atau minat pada hal yang

memiliki pengaruhnya terhadap makanan yang sehat.

- e. Hubungan konsumsi dan kesehatan, yaitu kesinambungan antara makanan yang dikonsumsi dengan kesehatan yang akan didapatkan.
- f. Mengelola pola konsumsi yang sehat, yaitu mengatur pola konsumsi yang sehat, sesuai anjuran, dan baik bagi kesehatan.

⁸ Seseorang yang sehat akan mempunyai kualitas hidup kesehatan yang baik, begitu pula kualitas hidup yang baik tentu saja akan menunjang derajat kesehatan seseorang. Dalam hal ini untuk meningkatkan derajat kualitas hidup seseorang dapat di lihat terlebih dahulu bagaimana gaya hidup sehat yang di jalani seseorang. Berdasarkan dari hasil jurnal penelitian yang di lakukan oleh Agnes Silvina Marbun,²⁷ dkk (2016) tentang hubungan antara stres dan gaya hidup dengan kualitas hidup pasien stroke yang dimana dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi untuk melihat keeratan antar variable .dalam penelitian ini di dapatkan hasil penelitiannya

bahwa dalam konteks gaya hidup dengan kualitas hidup memiliki ²⁷ kekuatan atau keeratan hubungan antara gaya hidup dengan kualitas hidup dengan nilai $r = 0,376$ artinya kedua variabel memiliki hubungan yang kuat. Dan arah hubungan penelitian ini yaitu positif artinya jika gaya hidup pasien stroke baik maka kualitas hidup pasien stroke baik, jika pasien stroke mengalami gaya hidup tidak baik maka kualitas hidup pasien stroke tidak baik.

Dalam hal penjabarannya terkait tentang kualitas hidup dan gaya hidup sehat masing-masing di pengaruhi oleh berbagai ⁵³ faktor yang mempengaruhi nya.pada kualitas hidup seseorang seperti yang telah di jelaskan sebelumnya ¹⁶⁷ bahwa terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yakni faktor usia, pendidikan, status perkawinan dan keluarga. Dalam hal ini faktor usia yang mempengaruhi kualitas kehidupan seseorang seperti yang di jelaskan dalam jurnal hasil penelitian Anis Ika Nur Rohmah (2012) yang berjudul tentang kualitas hidup lanjut usia, bahwa dalam hasil penelitiannya mengatakan bahwa ⁵³ kondisi kesehatan

fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak seseorang memasuki fase lansia dalam kehidupannya. Hal ini antara lain ditandai dengan munculnya berbagai gejala penyakit yang belum pernah diderita pada usia muda. Sebagian besar responden berusia 75-90 tahun. Secara umum, pada usia tersebut terjadi perubahan-perubahan pada lanjut usia baik psikososial, fisiologis, maupun mental. Ketidaksiapan lanjut usia menghadapi keadaan tersebut akan berdampak pada rendahnya pencapaian kualitas hidupnya. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mengaktualisasikan dirinya disebabkan keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan tersebut akan menghambat pencapaian kesejahteraan fisik, yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah.

Selanjutnya dalam faktor pendidikan juga mempengaruhi kualitas hidup seseorang, seperti yang di jelaskan dalam jurnal hasil penelitian Julianty Pradonodan Ning Sulistyowati (2013) yang berjudul Hubungan antara tingkat pendidikan,

pengetahuan tentang kesehatan lingkungan, perilaku hidup sehat dengan status kesehatan pada penduduk umur 10–24 tahun di jakarta pusat, menjelaskan bahwa melalui pendidikan dapat meningkatkan keterampilan profesional dan pengetahuan spesifik yang masih relevan dengan pengetahuan umum. Akhirnya pendidikan dapat membentuk disposisi, perilaku dan kepribadian. di sekolah disosialisasikan untuk menjadi lebih mandiri, lebih memotivasi diri, percaya diri, dan dapat menciptakan modal sosial. Modal manusia yang diperoleh dari sekolah dapat meningkatkan kontrol dan dapat dirasakan dalam kehidupan.

Lanjut bahwa dalam faktor pernikahan juga mempengaruhi kualitas hidup seseorang, seperti dalam jurnal hasil penelitian Agnes Dewi Astuti (2019) tentang status perkawinan meningkatkan kualitas hidup lansia di pstw sinta rangkang tangkiling kalimantan tengah, dalam hasil penelitian ini di dapatkan kualitas hidup lansia diperoleh bahwa sebanyak 12 lansia (85,7%) yang kawin memiliki kualitas hidup tinggi. Hasil uji hipotesis

Chi Square dua sisi (2-sided) diperoleh nilai $p = 0,03$, lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$, sehingga H_0 ditolak. maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan status perkawinan dengan kualitas hidup pada lansia. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 6,67$, artinya lansia yang kawin berpeluang 6 kali berisiko memiliki kualitas hidup tinggi dibandingkan dengan lansia tidak kawin. Selain itu dalam hasil penelitian ini di katakana bahwa peneliti menemukan 2 pasangan baru lansia di panti. Kebutuhan untuk dicintai dan mencintai bagi lansia di masa tuanya sangat berpengaruh pada kualitas hidupnya, karena dengan adanya teman hidup di masa tuanya lansia merasa berharganya dirinya bagi orang lain yang dicintainya.

Perhatian dan kasih sayang oleh pasangan dalam suka maupun duka, membuat lansia semakin kuat dan semangat dalam menjalani hidupnya yang lebih baik dengan adanya komunikasi dan bentuk keintiman hubungan lansia bersama pasangannya. Pasangan hidup lansia yang selalu berada disampingnya, membuat lansia memiliki teman

bicara, teman curhat dan berkeluh kesah tentang kebahagiaan maupun kesedihan, sehingga dengan koping lansia yang positif serta dukungan positif dari pasangan akan meningkatkan kualitas hidup lansia. Selanjutnya pada faktor terakhir yang di jelaskan dalam mempengaruhi kualitas kehidupan yaitu faktor keluarga, seorang individu yang sedang membutuhkan dukungan keluarga terhadap hal permasalahan yang bisa meningkatkan kualitas hidupnya membutuhkan dukungan dari keluarga.

106
Seperti dalam jurnal hasil penelitian Muhammad Husni dkk (2015) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kanker payudara 27 didapatkan bahwa Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam proses penyembuhan anggota keluarga yang sakit, dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan derajat kesehatan anggotanya. Dari hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang kurang baik, sehingga kemungkinan pasien kanker payudara untuk sembuh sangat sulit. Dukungan keluarga yang kurang baik

disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya ekonomi dan pengetahuan keluarga yang kurang terhadap pentingnya dukungan keluarga dalam proses penyembuhan pasien kanker payudara, sehingga pasien kanker payudara dapat sembuh. Hal yang mempengaruhi kualitas kehidupan salah satunya adalah kondisi kesehatan fisik, seseorang yang memiliki status kesehatan yang tidak baik akan memiliki status kualitas kehidupan yang tidak baik pula, dalam hal kondisi di atas bahwa dibutuhkan dukungan keluarga sehingga akan membantu status kondisi kesehatan seseorang yang kemudian akan memperbaiki kualitas kehidupannya.

Terciptanya gaya hidup sehat seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti gaya hidup, pola makan sehat, pemeriksaan kesehatan secara rutin, pengetahuan tentang kesehatan, dan pola hidup bersih dan sehat seseorang (PHBS). Pada faktor gaya hidup yang mempengaruhi status gaya hidup sehat seseorang seperti yang dijelaskan dalam penelitian yang dilakukan oleh Nugraha Yogis Pratama Putra, dkk (2017) yang berjudul Perancangan Infografis

Tentang Dampak Kebiasaan Begadang Terhadap Pola Tidur Sehat Bagi Remaja, dalam jurnal penelitiannya menjelaskan bahwa Rendahnya tingkat kesadaran masyarakat khususnya remaja di kota Bandung yang terbiasa terjaga hingga larut malam, hal tersebut menyebabkan buruknya pola tidur yang mereka miliki dan sangat berpengaruh pada kesehatan. Selanjutnya peneliti menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi kualitas tidur seseorang menurut (Al-Maqassary, Ardi, 2014), yaitu salah satunya adalah Gaya hidup, artinya bahwa orang yang bekerja shift dan sering berubah shiftnya harus mengatur kegiatan agar dapat tidur pada waktu yang tepat. Seseorang yang memiliki gaya hidup yang tidak seperti misalnya kebiasaan begadang yang sering di lakukan tentunya akan mempengaruhi status kesehatannya sehingga gaya hidup memiliki peran yang penting dalam menciptakan gaya hidup sehat seseorang.

Selanjutnya yakni faktor pola makan sehat mempengaruhi gaya hidup sehat seseorang seperti yang di jelaskan dalam penelitian Suharjana (2012) yang berjudul kebiasaan berperilaku hidup sehat dan

nilai-nilai pendidikan karakter, peneliti menjelaskan bahwa ⁷⁹ mengonsumsi makanan yang kurang memenuhi standar kecukupan gizi, juga menyebabkan tubuh tidak sehat, badan tampak kurus, dan penampilan menjadi kurang percaya diri. Oleh karena itu, untuk mencapai kesehatan, setiap orang harus membiasakan mengonsumsi makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi yang seimbang. Sehingga pada dasarnya akan menciptakan gaya hidup sehat seseorang.

Selanjutnya pada faktor berikutnya yakni pengetahuan tentang kesehatan, berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan ⁸⁹ oleh I Gusti Ngurah Edi Putra, dkk (2016) tentang Hubungan Karakteristik Dan Tingkat Pengetahuan Mengenai Bahaya Merokok Terhadap Perilaku Merokok Pada Laki-laki Di Provinsi Bali, menyatakan bahwa ³⁵ Laki-laki yang berpengetahuan rendah mengenai bahaya rokok akan meningkatkan peluang untuk berperilaku merokok lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki yang berpengetahuan tinggi. ³⁵ Pengetahuan mengenai bahaya rokok adalah pemikiran seseorang mengenai penyakit

yang dapat ditimbulkan karena perilaku merokok. Tingkat pengetahuan tinggi akan membantu responden untuk memahami dengan mudah mengenai bahaya yang diakibatkan oleh perilaku merokok sehingga mendorong responden untuk berperilaku positif, yaitu tidak merokok. Artinya bahwa akan mendorong seseorang untuk memiliki gaya hidup sehat. Lanjut bahwa pada faktor berikutnya yakni pola hidup bersih dan sehat yakni dengan menjaga kebiasaan diri dalam hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan jurnal hasil penelitian Yuli Andriansyah & Desi Natalia Rahmantari (2013) yang berjudul penyuluhan dan praktik PHBS (perilaku hidup bersih sehat) dalam mewujudkan masyarakat desa peduli sehat menjelaskan bahwa tujuan menerapkan perilaku hidup bersih sehat yaitu untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat agar hidup bersih dan sehat serta masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha berperan serta aktif mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Pada kesimpulan penelitiannya menjelaskan bahwa Penyuluhan dan praktik PHBS

(Perilaku Hidup Bersih Sehat) guna mewujudkan masyarakat desa peduli sehat, Program semacam ini sangat penting dilakukan terutama pada masyarakat pedesaan untuk menyadarkan pentingnya mengupayakan Perilaku Hidup bersih sehat.

Selanjutnya pada faktor yang terakhir yakni Pemeriksaan kesehatan secara rutin merupakan faktor yang mempengaruhi gaya hidup sehat. semakin sering seseorang rutin melakukan pemeriksaan maka semakin dini pula mengetahui risiko penyakit tertentu. Berdasarkan dari jurnal penelitian yang di lakukan oleh Gilang Nugraha, Umi Hanik dan Thomas Sumarsono (2017) yang berjudul pemeriksaan laboratorium untuk deteksi dini penyakit pada lansia di karangrejo Surabaya, menjelaskan bahwa Sebagian besar kematian lansia di negara berkembang disebabkan oleh penyakit regeneratif, penyakit tersebut merupakan penyakit kronis yang sering diderita lansia dan menyebabkan ketidakmampuan (disabilitas) seperti penyakit jantung koroner, stroke, diabetes, kanker dan penyakit paru-paru. Sehingga penyakit tersebut sangat mengganggu bagi lansia

karena menurunkan kualitas hidup, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan kesehatan rutin guna memantau munculnya penyakit regenerative. Artinya bahwa pemeriksaan kesehatan rutin yang sering dilakukan akan membuat seseorang semakin dini pula untuk mengetahui resiko penyakit tertentu sehingga akan mempengaruhi status gaya hidup sehat nya.

118

5. **Kajian faktor yang mempengaruhi perilaku hidup sehat berdasar artikel ilmiah**

19

Kualitas hidup merupakan juga persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan (Kreitler & Ben, 2004). Sedangkan Pola hidup sehat atau gaya hidup sehat yaitu segala upaya untuk menerapkan kebiasaan yang baik dalam menciptakan hidup yang sehat dan menghindari kebiasaan buruk yang dapat mengganggu kesehatan (Soenarjo R.J, 2002)

39

Dalam menciptakan pola hidup sehat pada setiap individu merupakan hal yang sangat penting karena akan menunjang derajat serta status kesehatan seseorang sehingga akan membuat

kualitas hidup nya lebih bermakna. Baik dalam kualitas hidup maupun gaya hidup sehat di pengaruhi oleh beberapa factor yang mempengaruhinya. pada kualitas hidup seseorang factor yang mempengaruhinya adalah seperti faktor usia, pendidikan, status perkawinan dan keluarga. sedangkan pada gaya hidup sehat seseorang juga di pengaruhi oleh beberapa factor seperti gaya hidup, pola makan sehat, pemeriksaan kesehatan secara rutin, pengetahuan tentang kesehatan, dan Pola hidup bersih dan sehat (PHBS). Faktor yang mempengaruhi kualitas kehidupan Menurut Kumar & Majumdar (2014) :

1. Faktor usia

Berdasarkan jurnal hasil penelitian Anis Ika Nur Rohmah (2012) yang berjudul tentang kualitas hidup lanjut usia, bahwa dalam hasil penelitiannya mengatakan bahwa kondisi kesehatan fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak seseorang memasuki fase lansia dalam kehidupannya. Hal ini antara lain

ditandai dengan munculnya berbagai gejala penyakit yang belum pernah diderita pada usia muda. Sebagian besar responden berusia 75-90 tahun. Secara umum, pada usia tersebut terjadi perubahan- perubahan pada lanjut usia baik psikososial, fisiologis, maupun mental.⁸ ketidaksiapan lanjut usia menghadapi keadaan tersebut akan berdampak pada rendahnya pencapaian kualitas hidupnya. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mengaktualisasikan dirinya disebabkan keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan tersebut akan menghambat pencapaian kesejahteraan fisik, yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah

2. Faktor pendidikan

⁴⁹ Berdasarkan Hasil jurnal penelitian Julianty Pradono dan Ning Sulistyowati (2013) yang berjudul Hubungan antara tingkat pendidikan, pengetahuan tentang kesehatan lingkungan, perilaku hidup sehat dengan status

kesehatan pada penduduk umur 10–24 tahun di jakarta pusat, menjelaskan bahwa melalui pendidikan dapat meningkatkan keterampilan profesional dan pengetahuan spesifik yang masih relevan dengan pengetahuan umum. Akhirnya pendidikan dapat membentuk disposisi, perilaku dan kepribadian. di sekolah disosialisasikan untuk menjadi lebih mandiri, lebih memotivasi diri, percaya diri, dan dapat menciptakan modal sosial. Modal manusia yang diperoleh dari sekolah dapat meningkatkan kontrol dan dapat dirasakan dalam kehidupan.

3. Faktor status perkawinan

Berdasarkan Hasil jurnal penelitian Agnes Dewi Astuti (2019) tentang status perkawinan meningkatkan kualitas hidup lansia di pstw sinta rangkang tangkiling kalimantan tengah, dalam hasil penelitian ini di dapatkan kualitas hidup lansia diperoleh bahwa sebanyak 12 lansia (85,7%) yang kawin memiliki kualitas hidup tinggi. Hasil uji hipotesis Chi Square dua sisi (2-sided) diperoleh nilai $p = 0,03$, lebih

kecil dari nilai $\alpha = 0,05$, sehingga H_0 ditolak. maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan status perkawinan dengan kualitas hidup pada lansia. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 6,67$, artinya lansia yang kawin berpeluang 6 kali berisiko memiliki kualitas hidup tinggi dibandingkan dengan lansia tidak kawin. Selain itu dalam hasil penelitian ini di katakana bahwa peneliti menemukan 2 pasangan baru lansia di panti. Kebutuhan untuk dicintai dan mencintai bagi lansia di masa tuanya sangat berpengaruh pada kualitas hidupnya, karena dengan adanya teman hidup di masa tuanya lansia merasa berharganya dirinya bagi orang lain yang dicintainya. Perhatian dan kasih sayang oleh pasangan dalam suka maupun duka, membuat lansia semakin kuat dan semangat dalam menjalani hidupnya yang lebih baik dengan adanya komunikasi dan bentuk keintiman hubungan lansia bersama pasangannya. Pasangan hidup lansia yang selalu berada disampingnya, membuat lansia

memiliki teman bicara, teman curhat dan berkeluh kesah tentang kebahagiaan maupun kesedihan, sehingga dengan koping lansia yang positif serta dukungan positif dari pasangan akan meningkatkan kualitas hidup lansia.

4. Faktor keluarga

Berdasarkan Hasil jurnal ¹⁰⁶ penelitian Muhammad Husni dkk (2015) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup ²⁷ penderita kanker payudara didapatkan bahwa Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam proses penyembuhan anggota keluarga yang sakit, dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan derajat kesehatan anggotanya. Dari hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang kurang baik, sehingga kemungkinan pasien kanker payudara untuk sembuh sangat sulit. Dukungan keluarga yang kurang baik disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya ekonomi dan pengetahuan keluarga yang kurang terhadap pentingnya

dukungan keluarga dalam proses penyembuhan pasien kanker payudara, sehingga pasien kanker payudara dapat sembuh. Hal yang mempengaruhi kualitas kehidupan salah satunya adalah kondisi kesehatan fisik, seseorang yang memiliki status kesehatan yang tidak baik akan memiliki status kualitas kehidupan yang tidak baik pula, dalam hal kondisi di atas bahwa dibutuhkan dukungan keluarga sehingga akan membantu status kondisi kesehatan seseorang yang kemudian akan memperbaiki kualitas kehidupannya. Faktor yang mempengaruhi gaya hidup sehat Menurut Wafiq Hisyam (2007)

a. Gaya Hidup

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Nugraha Yogis Pratama Putra, dkk (2017) yang berjudul ¹² Perancangan Infografis Tentang Dampak Kebiasaan Begadang Terhadap Pola Tidur Sehat Bagi Remaja, dalam jurnal penelitiannya menjelaskan bahwa ¹² Rendahnya tingkat kesadaran masyarakat

khususnya remaja di kota Bandung yang terbiasa terjaga hingga larut malam, hal tersebut menyebabkan buruknya pola tidur yang mereka miliki dan sangat berpengaruh pada kesehatan. Selanjutnya peneliti menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi kualitas tidur seseorang menurut (Al-Maqassary, Ardi, 2014), yaitu salah satunya adalah Gaya hidup, artinya bahwa orang yang bekerja shift dan sering berubah shiftnya harus mengatur kegiatan agar dapat tidur pada waktu yang tepat. Seseorang yang memiliki gaya hidup yang tidak seperti misalnya kebiasaan begadang yang sering di lakukan tentunya akan mempengaruhi status kesehatanya sehingga gaya hidup memiliki peran yang penting dalam menciptakan gaya hidup sehat seseorang

b. Pola makan sehat

Dalam penelitian Suharjana (2012) yang berjudul kebiasaan berperilaku hidup

sehat dan nilai-nilai pendidikan karakter, peneliti menjelaskan bahwa mengonsumsi makanan yang kurang memenuhi standar kecukupan gizi, juga menyebabkan tubuh tidak sehat, badan tampak kurus, dan penampilan menjadi kurang percaya diri. Oleh karena itu, untuk mencapai kesehatan, setiap orang harus membiasakan mengonsumsi makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi yang seimbang. Sehingga pada dasarnya akan menciptakan gaya hidup sehat seseorang.

c. Pemeriksaan kesehatan secara rutin

Semakin sering seseorang rutin melakukan pemeriksaan maka semakin dini pula mengetahui risiko penyakit tertentu. Seperti Berdasarkan dari jurnal penelitian yang dilakukan oleh Gilang Nugraha, Umi Hanik dan Thomas Sumarsono (2017) yang berjudul ⁵⁹ pemeriksaan laboratorium untuk deteksi dini penyakit pada lansia di Karangrejo Surabaya, menjelaskan bahwa

Sebagian besar kematian lansia di negara berkembang disebabkan oleh penyakit regeneratif, penyakit tersebut merupakan penyakit kronis yang sering diderita lansia dan menyebabkan ketidakmampuan (disabilitas) seperti penyakit jantung koroner, stroke, diabetes, kanker dan penyakit paru-paru. Sehingga penyakit tersebut sangat mengganggu bagi lansia karena menurunkan kualitas hidup, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan kesehatan rutin guna memantau munculnya penyakit regenerative. Artinya bahwa pemeriksaan kesehatan rutin yang sering dilakukan akan membuat seseorang semakin dini pula untuk mengetahui resiko penyakit tertentu sehingga akan mempengaruhi status gaya hidup sehat nya.

d. Pengetahuan tentang kesehatan

Bedasarkan jurnal hasil penelitian yang di lakukan ⁸⁹ oleh I Gusti Ngurah Edi Putra,dkk(2016) tentang Hubungan

Karakteristik Dan Tingkat Pengetahuan Mengenai Bahaya Merokok Terhadap Perilaku Merokok Pada Laki-laki Di Provinsi Bali, menyatakan bahwa Laki-laki yang berpengetahuan rendah mengenai bahaya rokok akan meningkatkan peluang untuk berperilaku merokok lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki yang berpengetahuan tinggi. Pengetahuan mengenai bahaya rokok adalah pemikiran seseorang mengenai penyakit yang dapat ditimbulkan karena perilaku merokok. Tingkat pengetahuan tinggi akan membantu responden untuk memahami dengan mudah mengenai bahaya yang diakibatkan oleh perilaku merokok sehingga mendorong responden untuk berperilaku positif, yaitu tidak merokok. Artinya bahwa akan mendorong seseorang untuk memiliki gaya hidup sehat

e. Pola hidup bersih dan sehat (PHBS)

Berdasarkan jurnal hasil penelitian Yuli Andriansyah & Desi Natalia Rahmantari (2013) yang berjudul penyuluhan dan praktik PHBS (perilaku hidup bersih sehat) dalam mewujudkan masyarakat desa peduli sehat menjelaskan bahwa tujuan menerapkan perilaku hidup bersih sehat yaitu untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat agar hidup bersih dan sehat serta masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha berperan serta aktif mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Pada kesimpulan penelitiannya menjelaskan bahwa Penyuluhan dan praktik PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat) guna mewujudkan masyarakat desa peduli sehat, Program semacam ini sangat penting dilakukan terutama pada masyarakat pedesaan untuk menyadarkan pentingnya mengupayakan Perilaku Hidup bersih sehat.

Pada intinya bahwa antara kualitas hidup dengan gaya hidup sehat memiliki keterkaitan yang dimana seorang yang melakukan gaya hidup positif dan melaksanakan pola hidup sehat cenderung akan memiliki kualitas hidup yang baik, begitupun sebaliknya. Karena pada hakekatnya kualitas hidup tercipta dari bagaimana seseorang melakukan gaya hidupnya dalam menjalani setiap aktifitasnya, gaya hidup sehat yang bisa dilakukan adalah dengan salah satunya melakukan latihan keseimbangan. Hal ini dibuktikan dalam jurnal hasil penelitian yang dilakukan oleh Stefanus Mendes Kiik,dkk (2018) yang berjudul peningkatan kualitas hidup lanjut usia (lansia) di kota Depok dengan latihan keseimbangan, dalam kesimpulan penelitiannya menjelaskan bahwa Latihan keseimbangan berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia. Kualitas hidup kelompok perlakuan lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah perlakuan. Kualitas hidup lansia meningkat karena latihan keseimbangan memiliki pengaruh terhadap fungsi fisik, psikologik, hubungan sosial dan lingkungan lansia. Selanjutnya

peneliti menjelaskan bahwa terjadi peningkatan pada domain psikologis hal ini di karenakan karena latihan keseimbangan meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, meningkatkan penerimaan penampilan tubuhnya, membuat hidup lansia lebih berarti, meningkatkan kepuasan terhadap diri, mengurangi kecemasan, sepi, putus asa, dan depresi.

Hal lain juga di tambahkan pada penelitian yang di lakukan oleh Agnes Silvina Marbun,dkk (2016) tentang hubungan antara stres dan gaya hidup dengan kualitas hidup pasien stroke yang dimana dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi untuk melihat keeratan antar variable .dalam penelitian ini di dapatkan hasil penelitiannya bahwa dalam konteks gaya hidup dengan kualitas hidup memiliki kekuatan atau keeratan hubungan antara gaya hidup dengan kualitas hidup dengan nilai $r = 0,376$ artinya kedua variabel memiliki hubungan yang kuat. Dan arah hubungan penelitian ini yaitu positif artinya jika gaya hidup pasien stroke baik maka kualitas hidup pasien stroke baik, jika pasien stroke mengalami

gaya hidup tidak baik maka kualitas hidup pasien stroke tidak baik.

Hal ini dapat di simpulkan bahwa antara kualitas kehidupan dan gaya hidup sehat mempunyai hubungan atau keterkaitan, karena ketika seseorang sudah menerapkan gaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-harinya seperti pada penjelasan di atas, maka secara tidak langsung kualitas hidup seseorang juga akan meningkat sehingga akan lebih mudah membuat seseorang lebih percaya diri dalam melakukan setiap aktifitasnya pada kehidupan bermasyarakat.

IV. EVALUASI

Uraikan dengan baik tentang konsep kualitas hidup sehat, gaya hidup sehat dan faktor yang mempengaruhinya. Buktikan dengan jurnal ilmiah yang mendukungnya.

DAFTAR PUSTAKA

Aat Agustini, (2014), Promosi Kesehatan, Yogyakarta :
Grup penerbitan CV BUDI UTAMI.

Andriansyah, Yuli dan Desi Natalia Rahmantari (2013)
Penyuluhan dan praktik PHBS (perilaku hidup
bersih sehat) dalam mewujudkan masyarakat desa
peduli sehat. Jurnal Inovasi dan
Kewirausahaan, 2(1), 45-50.

162
Anne Ahira. 2010. Pengertian Pola Hidup Sehat. Tersedia
dalam <http://www.anneahera.com/pengertian-pola-hidup-sehat-8691.htm>. Diunduh pada tanggal 26
maret 2020

AstutiDewiAgnes Dewi (2019) Status perkawinan
meningkatkan kualitas hidup lansia di pstw sinta
rangkang tangkiling kalimantan tengah. Jurnal
Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat, 8(1), 1-8.

1
Cahyono, J. B. S. B. (2012). Gaya Hidup Sehat dan
Penyakit Modern

49
de Magistris T, Gracia A., (2008), The Decision To Buy
Organic Food Products In Southern Italy, British

Food Journal, Emerald Group Publishing Limited
110 (9), pp. 929-947

Delwien Esther Jacob, Sandjaya. 2018. “Faktor Faktor
Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup”. *Jurnal*
Nasional Ilmu Kesehatan (Jnik).1.(6), 1-16.

2
Departemen Kesehatan RI. (1997). Buku Panduan
Manajemen Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
Tingkat Propinsi. Jakarta: Depkes RI

70
Depkes RI. 2007. Krida Bina Perilaku Hidup Bersih dan
Sehat. Jakarta.

175
Ekowati Rahajeng (2015) Pengaruh Penerapan Kawasan
Tanpa Rokok Terhadap Penurunan Proporsi
Perokok di Provinsi Dki Jakarta, Daerah Istimewa
Yogyakarta dan Bali. *Jurnal Ekologi Kesehatan* ,
Vol. 14 No 3.

Eleonara padmasta ekaristi wijana, Malioboro Bakal Jadi
Kawasan Bebas Rokok, Begini Respons
Masyarakat, (suarajogja.id, 2019), diakses pada
Jum’at, 27 Maret pukul 21.18 WIB.

Erma hanifa , 2011. *Cara Hidup Sehat*, Jakarta Timur :
Sarana Bangun Pustaka.

Harmaini F. 2006. Uji Keandalan dan Kesahihan Formulir European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D) untuk Mengukur Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Usia Lanjut di RSUPNCM. Indonesia. Universitas Indonesia. Tesis.

127 Hermann, B. P. (1993). Developing a Model of Quality of Life in Epilepsy Contribution of Neuropsychology. *Epilepsia* 34(4), h. 14-21

1 Husni Muhammad, Siti Romadoni dan Desi Rukiyati (2015) hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kanker payudara. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2), 77-83.

1 Khairunnisa dkk (2015) *Hubungan Gaya Hidup Dengan Prestasi Akademik Mahasiswa Keperawatan Universitas Riau*, JOM, Vol 2 No 2.

Koran Sindo, Pengobatan Alternatif Kanker Bukan Solusi, (sindonews.com, 2020) diakses pada Sabtu, 28 Maret pukul 22.10 WIB.

47 Kreitler & Ben. (2004). *Quality of Life In Children*. New York: John Wiley Sons.

- Kumar, G., Majumdar, A., & Pavithra, G. (2014). Quality of life (QOL) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in Urban Puducherry, India. Original Article, 8(1), 54-57.
- Kurniadi, T. K. (2008). *Kalau bisa sehat, kenapa harus sakit*. Depok. Puspa Swara
- Kwan, Tinna. (2000). Quality Of Life In Family Caregivers Of Persons With Schizophrenia. Dissertation. Faculty of the College Of Nursing. The University Of Arizona.
- Larasati, T. A. (2012). Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS Abdul Moeloek Propinsi Lampung. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Universitas Lampung*, Vol.2, No.2, 17-20.
- Marbun Agnes Silvina, Juanita dan Yesi Ariani (2016) Hubungan Antara Stres Dan Gaya Hidup Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 3(1) 1-10.
- Muhammad Husni dkk (2015) Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kanker payudara, *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, Volume 2 - Nomor 2

7
Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugraha, Gilang, Umi Hanik dan Thomas Sumarsono (2017) Pemeriksaan laboratorium untuk deteksi dini penyakit pada lansia di Karangrejo Surabaya. 1(1), 1-2.

140
Nur Rohmah Nur Anis Ika, Purwaningsih dan Khoridatul Bariya (2012) Kualitas Hidup Lanjut Usia. Jurnal Keperawatan, 3(2), 120-132.

8
Philip Kotler. (2002). Manajemen Pemasaran 2, Edisi Milinium. Jakarta: PT. Prenhallindo.

49
Pradono Julianty dan Ning Sulistyowati (2013) Hubungan antara tingkat pendidikan, pengetahuan tentang kesehatan lingkungan, perilaku hidup sehat dengan status kesehatan pada penduduk umur 10–24 tahun di Jakarta Pusat. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 17(1), 89-95.

2
Proverawati dkk, (2010). Panduan Memilih Kontrasepsi, Cetakan Pertama, Yogyakarta: Nuha Medika

12
Putra Nugraha, Yogis Pratama, Mery Tania dan Nurul Iklima
(2017) Perancangan Infografis Tentang Dampak
Kebiasaan Begadang Terhadap Pola Tidur Sehat
Bagi Remaja. *Jurnal Sketsa*, 4(2), 53-60.

35
Putra, Edi, Ngurah, Gusti, Ni Nyoman Astri Artini dan I
Wayan Gede Artawan EP (2016) Hubungan
Karakteristik Dan Tingkat Pengetahuan Mengenai
Bahaya Merokok Terhadap Perilaku Merokok Pada
Laki-laki Di Provinsi Bali. *BIMKMI*, 4(1), 22-30.

19
Rapley, Mark. (2003). *Quality of Life Research A Critical
Introduction*. London: SAGE Publications, Inc.

166
Sekarwiri, Edesia. (2008). *Hubungan Antara Kualitas Hidup
Dan Sense Of Community pada Warga DKI
Jakarta yang Tinggal di Daerah Rawan Banjir*.
Skripsi. Fakultas Psikologi. Universitas Indonesia.

121
Silitonga, Robert. (2007). *Faktor-Faktor yang Berhubungan
dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit
Parkinson di Poliklinik Saraf RS dr
Kariadi. Semarang. Undip*

95
Stefanus Mendes Kiik, Junaiti Sahar, Henny Permatasari
(2018) *peningkatan kualitas hidup lanjut usia*

(lansia) di kota depok dengan latihan keseimbangan. Jurnal Keperawatan Indonesia. Volume 21 No.2.hal 109-116.

88

Suharjana (2012) kebiasaan berperilaku hidup sehat dan nilai-nilai pendidikan karakter. Jurnal Pendidikan Karakter, Tahun II, Nomor 2, 189-201.

1

Urifah, Rubbyana. (2012). Hubungan antara Strategi Koping dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Skizofrenia Remisi Simptom. Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental. Vol. 1. No. 2

1

Wafiq, Hisyam. 2007. Pola Hidup Sehat. <http://www.wordpress.com>. Diakses tanggal 26 Maret 2020.

BAB V

SOCIAL EMPOWERMENT

I. PENDAHULUAN

8 Di negara kita masih terdapat banyak penduduk miskin, yang tersebar di perkotaan dan perdesaan. Di antara masyarakat miskin di pedesaan ini, yang kondisi kemiskinannya paling rentan adalah yang berdiam di wilayah terpencil, yaitu wilayah yang tidak terhubung dengan prasarana transportasi (darat, laut maupun udara) dan komunikasi dengan pusat-pusat pertumbuhan terkecil sekalipun (yaitu pusat desa atau kecamatan). Wilayah terpencil berada di pulau-pulau kecil maupun di pedalaman. Di beberapa wilayah perdesaan terpencil ini bermukim masyarakat adat dan masyarakat umum. Mereka adalah masyarakat yang masih sangat terbelakang, belum mampu mengembangkan pengetahuan untuk meningkatkan kualitas hidupnya dan sangat sedikit menerima sentuhan pembangunan. 64 Indonesia pernah dua kali mendapatkan apresiasi dari Bank Dunia atas

keberhasilannya mengurangi jumlah penduduk miskin.

Penghargaan pertama diberikan kepada pemerintahan Orde Baru yang berhasil menurunkan tingkat kemiskinan dari sekitar 40% pada tahun 1976 menjadi sekitar 11% pada tahun 1996, berdasarkan data Badan Pusat Statistik. Kedua pada periode 2005-2009, diberikan kepada pemerintahan SBY yang menurut catatan World Bank bahwa penurunan jumlah penduduk miskin di Indonesia termasuk yang tercepat dibandingkan negara lainnya, dengan laju rata-rata penurunan per tahun sebesar 0,8%, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian negara lain seperti Kamboja, Thailand, Cina, dan Brasil yang hanya berada di kisaran 0,1% per tahun (Prayitno, 2013:20). Angka kemiskinan di tahun 2005 adalah sebesar 15,97% atau sekitar 35,1 juta orang yang dapat ditekan menjadi 11,96% atau sekitar 29 juta orang per Maret 2012.

Hal ini menunjukkan telah terjadi pengurangan jumlah penduduk miskin yang

mencapai 6 juta orang dengan tingkat konsistensi penurunan yang terjaga. Jumlah ini dapat diturunkan lagi menjadi 11,66% atau sekitar 28.59 juta orang per Septemeber 2012. Atau dengan perkataan lain, sepanjang 2005-2012 angka kemiskinan menurun rata-rata antara 1,16 persen hingga 1,27 persen per 158 | Aspirasi Vol. 5 No. 2, Desember 2014 tahun dan mampu menyelamatkan sekitar 7 juta jiwa keluar dari lingkaran kemiskinan (Prayitno, 2013:20).

Upaya penanggulangan kemiskinan tersebut, dapat dipandang sebagai bagian dari investasi sosial yang ditujukan untuk meningkatkan dan mengembangkan kualitas SDM Indonesia, sehingga mampu menjalankan tugas-tugas kehidupannya secara mandiri sesuai dengan nilai-nilai yang layak bagi kemanusiaan. Dalam hal ini, implementasi strategi pembangunan sosial merupakan salah satu solusi untuk mengatasi kesenjangan sosial ekonomi serta berbagai kecenderungan primordialisme dan eksklusivisme yang mengancam tatanan hidup bangsa Indonesia. Jika hal ini diabaikan, maka akan

mengarah pada terjadinya friksi dan konflik horizontal, sehingga pada gilirannya dapat menimbulkan disintegrasi sosial yang menurunkan harkat dan martabat bangsa. Salah satu upaya yang dilakukan dalam proses pengentasan kemiskinan adalah pemberdayaan yang merujuk pada pengertian perluasan kebebasan memilih dan bertindak. Bagi masyarakat miskin, kebebasan ini sangat terbatas karena ketidakmampuan bersuara (*voicelessness*) dan ketidakberdayaan (*powerlessness*) dalam hubungannya dengan negara dan pasar.

Pengertian kemiskinan adalah multi dimensi yang menyangkut kebutuhan masyarakat miskin terhadap kemampuan pada tingkat individu, maupun pada tingkat kolektif. Memberdayakan masyarakat miskin dan terbelakang menuntut upaya menghilangkan penyebab ketidakmampuan mereka meningkatkan kualitas hidupnya. Dalam proses pemberdayaan ini diperlukan aktor yang dapat memfasilitasi kebutuhan masyarakat miskin terhadap sumber daya, yaitu pekerja sosial profesional.

Profesionalitas pelaku pemberdaya adalah kemampuan pelaku pemberdaya, yaitu aparat pemerintah atau LSM, untuk mendengarkan, memahami, mendampingi dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk melayani kepentingan masyarakat. Pelaku pemberdaya juga harus mampu mempertanggungjawabkan kebijakan dan tindakannya yang memengaruhi kehidupan masyarakat.

Tinjauan ini bertujuan untuk memperlihatkan peran pekerja sosial dalam proses pemberdayaan masyarakat yang pada akhirnya memberikan kontribusi terhadap berkurangnya penduduk miskin. Dengan pendekatan teori pekerjaan sosial dan pemberdayaan masyarakat, tulisan ini diharapkan berkontribusi terhadap pengembangan teori pembangunan pekerjaan sosial yang dewasa sangat dibutuhkan dalam proses pembangunan Indonesia.

60
Ketidakmampuan masyarakat dalam memenuhi hak-hak dasar secara umum berkaitan dengan kegagalan kepemilikan aset terutama tanah dan modal,

terbatasnya jangkauan layanan dasar terutama kesehatan dan pendidikan, terbatasnya ketersediaan sarana dan prasarana pendukung, rendahnya produktivitas dan tingkat pembentukan modal masyarakat, lemahnya partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan publik, pemanfaatan sumber daya alam yang berlebihan, tidak berwawasan lingkungan dan kurang melibatkan masyarakat, kebijakan pembangunan yang bersifat sektoral, berjangka pendek dan parsial, serta lemahnya koordinasi antarinstansi dalam menjamin penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak-hak dasar.

55

Pemberdayaan pada hakekatnya adalah upaya pemberian daya atau peningkatan keberdayaan. Pemberdayaan masyarakat dapat diartikan sebagai upaya untuk memandirikan masyarakat agar mampu berpartisipasi aktif dalam segala aspek pembangunan. Kemandirian bukan berarti mampu hidup sendiri tetapi mandiri dalam pengambilan keputusan, yaitu memiliki

kemampuan untuk memilih dan keberanian menolak segala bentuk bantuan dan atau kerjasama yang tidak menguntungkan. Dalam Wikipedia dapat diartikan bahwa Pemberdayaan masyarakat adalah proses pembangunan di mana masyarakat berinisiatif untuk memulai proses kegiatan sosial untuk memperbaiki situasi dan kondisi diri sendiri.

Dimana masyarakat sendirilah yang menjadi pemeran utama dalam berlangsungnya kegiatan ini. Oleh karena itu pemberdayaan sosial tidak akan berjalan tanpa adanya partisipasi masyarakat. Dalam pengertian sehari-hari, pemberdayaan masyarakat selalu dikonotasikan sebagai pemberdayaan masyarakat kelas bawah yang umumnya dinilai tidak berdaya. Hal ini berarti daerah yang memiliki masyarakat miskin terbanyak yang menjadi objek dilakukannya pemberdayaan sosial. Pengangguran dan kemiskinan merupakan masalah pembangunan di Negara Republik Indonesia tercinta. Kedua permasalahan ini memiliki keterkaitan satu sama lain.

Kemiskinan adalah situasi serba kekurangan yang terjadi bukannya dikehendaki oleh si miskin melainkan karena tak dapat dihindari dengan kekuatanyang ada. Dalam Wikipedia Kemiskinan adalah keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan , pakaian , tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuh kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan.

- II.** ⁸ **TUJUAN**
1. Untuk memahami pengertian *Social Empowerment*
 2. Untuk mengetahui pengertian *Community Empowerment*
 3. Untuk memahami konsep Pemberdayaan Masyarakat
 4. Mengetahui Kebijakan Pemerintah tentang pemberdayaan masyarakat

5. Mengetahui Komponen Pemberdayaan Masyarakat
6. Terwujudnya kemandirian masyarakat dalam berusa hadengan kelembagaan yang tangguh sehingga masyarakat sejahtera
7. Konsep Pemberdayaan Masyarakat dalam konteks kesehatan
8. Karakteristik Pemberdayaan Masyarakat dalam kontek kesehatan

III. MATERI INTI

A. Pengertian Social Empowerment

Pemberdayaan sosial atau *Social Empowerment* adalah bidang praktik luas yang didasarkan pada prinsip-prinsip kerja sosial dan pengembangan masyarakat. Pemberdayaan sosial biasanya dilaksanakan pada empat tingkat berikut:

- 1) tingkat individu - di mana orang menghargai dirinya sendiri dan secara aktif ingin berpartisipasi dalam kehidupan,
- 2) tingkat keluarga,
- 3) tingkat masyarakat
- dan 4) kebijakan sosial tingkat yang

berdampak pada tindakan tingkat lokal dan nasional untuk mempromosikan kesetaraan sosial dan inklusi semua orang(Cristina, 2015).

Pemberdayaan sosial sangat diperlukan untuk mencapai kualitas hidup bagi para penyandang cacat dan ini merupakan proses yang berkelanjutan serta hasilnya. Meskipun pemberdayaan sosial dapat dicapai melalui bidang praktik lain, seperti pendidikan inklusif dan integrasi sosial-ekonomi, ini juga merupakan bidang praktik khusus di mana terdapat alat, metode, dan pendekatan untuk memfasilitasi inklusi sosial. Dukungan sosial yang dipersonalisasi adalah salah satu pendekatan khusus dan untuk inklusi sosial di mana seseorang ditemani untuk berkembang dalam situasi dan lingkungan pribadinya (Cristina, 2015).

¹⁷² Ada beberapa definisi mengenai konsep pemberdayaan. Konsep pemberdayaan masyarakat sebagai proses menyiapkan masyarakat dengan berbagai sumber daya, kesempatan, pengetahuan, dan keahlian untuk meningkatkan kapasitas diri

masyarakat didalam menentukan masa depan mereka, serta berpartisipasi dan memengaruhi kehidupandalam komunitas masyarakat itu sendiri. Kartasmita (1995), mengemukakan bahwa pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat untuk melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. Intinya bahwa pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk melahirkan masyarakat yang mandiri dengan menciptakan kondisi yang memungkinkan potensi masyarakat dapat berkembang. Setiap daerah memiliki potensi yang apabila dimanfaatkan dengan baik akan membantumeningkatkan kualitas hidup mereka dan melepaskan diri dari keterbelakangan dan ketergantungan.

Dalam jurnal Nur Elyna (2014) mengemukakan bahwa ¹¹⁶ pengertian pemberdayaan masyarakat sebenarnya mengacu pada kata "Empowerment", yaitu sebagai upaya mengaktualisasikan potensi yang sudah dimiliki oleh masyarakat. Jadi pendekatan pemberdayaan

masyarakat dalam pengembangan masyarakat nelayan adalah penekanan pada pentingnya masyarakat lokal yang mandiri sebagai suatu sistem yang mengorganisir diri mereka sendiri. Pendekatan pemberdayaan masyarakat yang demikian tentunya diharapkan memberikan peranan kepada individu bukan sebagai obyek, tetapi sebagai pelaku atau aktor yang menentukan hidup mereka sendiri. Masyarakat memiliki peranan penting dalam upaya pemberdayaan masyarakat tersebut, karena masyarakat merupakan subyek dari pemberdayaan. Jadi pemberdayaan masyarakat tidak sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemerintah.

B. Pengertian Community Empowerment

⁷ *Community empowerment* sering kali sulit dibedakan dengan pembangunan masyarakat (*community development*) karena mengacu pada pengertian yang tumpang tindih dalam penggunaannya di masyarakat. Dalam kajian ini pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*) dan pembangunan masyarakat

(*community development*) dimaksudkan sebagai pemberdayaan masyarakat yang sengaja dilakukan pemerintah untuk memfasilitasi masyarakat lokal dalam merencanakan, memutuskan dan mengelola sumberdaya yang dimiliki sehingga pada akhirnya mereka memiliki kemampuan dan kemandirian secara ekonomi, ekologi dan sosial secara berkelanjutan. Oleh karena itu pemberdayaan masyarakat pada hakekatnya berkaitan erat dengan sustainable development yang membutuhkan prasyarat keberlanjutan kemandirian masyarakat secara ekonomi, ekologi dan sosial yang selalu dinamis. Pemberdayaan masyarakat adalah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai masyarakat untuk membangun paradigma baru dalam pembangunan yang bersifat peoplecentered, participatory, empowerment and sustainable (Chamber, 1995).

Lebih jauh Chamber menjelaskan bahwa konsep pembangunan dengan model pemberdayaan masyarakat tidak hanya semata-mata memenuhi kebutuhan dasar (*basic need*) masyarakat tetapi lebih

sebagai upaya mencari alternative pertumbuhan ekonomi lokal. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai strategi alternative dalam pembangunan telah berkembang dalam berbagai literatur dan pemikiran walaupun dalam kenyataannya belum secara maksimal dalam implementasinya. Pembangunan dan pemberdayaan masyarakat merupakan hal banyak dibicarakan masyarakat karena terkait dengan kemajuan dan perubahan bangsa ini kedepan apalagi apabila dikaitkan dengan skill masyarakat yang masih kurang akan sangat menghambat pertumbuhan ekonomi itu sendiri. Reformasi di bidang penyelenggaraan pemerintahan yang bergulir sejak tahun 1998 membawa dampak nyata dan luas perubahan dalam system pemerintahan dari kekuasaan yang sangat sentralistis (jaman Orde Baru) ke dalam sistem otonomi dengan desentralisasinya. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah yang kemudian berubah menjadi UU Nomor 32 Tahun 2004, sebagai pengganti UU Nomor 5/1974 adalah bukti

perubahan dalam penyelenggaraan pemerintahan di
Jurnal Ilmiah CIVIS, Volume I, No 2, Juli 2011 89
Indonesia. Perubahan pelaksanaan pemerintahan
dengan Otonomi pada Daerah Kabupaten/Kota telah
melahirkan perubahan yang signifikan terutama
yang berhubungan dengan pelaku pembangunan,
pengambilan keputusan dalam perencanaan
pembangunan, pelaksanaan dan pengawasan
pembangunan. Tetapi dalam kenyataannya praktek
penyelenggaraan otonomi daerah masih banyak
kendala antara lain kurang kreativitas dan partisipasi
masyarakat secara kritis dan rasional, sehingga
perlu dicarikan jalan keluar secara sungguh-sungguh
sesuai amanat undang-undang Pemerintahan Daerah
yang berlaku.

Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)
sebagai model pembangunan berakar kerakyatan
adalah upaya untuk meningkatkan harkat dan
martabat sebagian masyarakat kita yang masih
terperangkap pada kemiskinan dan
keterbelakangan. Di tinjau dari sudut pandang
penyelenggaraan Administrasi Negara,

pemberdayaan masyarakat tidak semata-mata sebuah konsep ekonomi tetapi secara implicit mengandung pengertian penegakan demokrasi ekonomi (yaitu kegiatan ekonomi berlangsung dari rakyat, oleh rakyat dan untuk rakyat). Dengan demikian konsep ekonomi yang dimaksud menyangkut penguasaan teknologi, pemilikan modal, akses pasar serta ketrampilan manajemen. Oleh karena itu agar demokrasi ekonomi dapat berjanan, maka aspirasi harus ditampung dan dirumuskan dengan jelas oleh birokrasi pemerintah dan tertuang dalam rumusan kebijakan public (*public policies*) untuk mencapai tujuan yang dikehendaki masyarakat.

5
Upaya pemerintah untuk meningkatkan keberpihakan pembangunan kepada kepentingan masyarakat nampaknya tidak akan lepas dari pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai model pembangunan yang berdimensi rakyat.

Berangkat dari kondisi itu pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan pemerintah :

1. Kebijakan Pemerintah tentang pemberdayaan masyarakat secara tegas tertuang dalam GBHN

Tahun 1999 dan UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Dalam GBHN tahun 1999, khususnya didalam “Arah Kebijakan Pembangunan Daerah” antara lain dinyatakan “mengembangkan otonomi daerah secara luas, nyata dan bertanggung jawab dalam rangka pemberdayaan masyarakat, lembaga ekonomi, lembaga politik, lembaga hukum, lembaga keagamaan, lembaga adat dan lembaga swadaya masyarakat serta seluruh potensi masyarakat dalam wadah NKRI”

2. Dalam UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, antara lain ditegaskan bahwa “ hal-hal yang mendasar dalam undangundang ini adalah mendorong untuk memberdayakan masyarakat, menumbuhkembangkan prakarsa dan kreatifitas serta meningkatkan peran serta masyarakat”
3. Mencermati kedua rumusan Kebijakan Pemerintah diatas dapat disimpulkan bahwa “kebijakan pemberdayaan masyarakat

merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan otonomi daerah;

4. Dalam UU Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) Tahun 2000-2004 dan Program Pembangunan Daerah (BAPPEDA) dinyatakan bahwa tujuan pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan keberdayaan masyarakat melalui penguatan lembaga dan organisasi masyarakat setempat, penanggulangan kemiskinan dan perlindungan social masyarakat, peningkatan kswadayaan masyarakat luas guna membantu masyarakat untuk meningkatkan kehidupan ekonomi, social dan politik”
5. Dalam rangka mengemban tugas dalam bidang pemberdayaan masyarakat, Badan Pemberdayaan menetapkan visi, misi, kebijakan, strategi dan program pemberdayaan masyarakat sebagai berikut :
 - a. Visi Pemberdayaan Masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat

Jurnal Ilmiah CIVIS, Volume I, No 2, Juli 2011 91.

- b. Misi Pemberdayaan Masyarakat adalah mengembangkan kemampuan dan kemandirian dan secara bertahap masyarakat mampu membangun diri dan lingkungannya secara mandiri. Kemandirian dalam konsep pemberdayaan masyarakat yang dimaksud adalah tingkat kemajuan yang harus dicapai sehingga masyarakat dapat membangun dan memelihara kelangsungan hidupnya berdasarkan kekuatannya sendiri secara berkelanjutan, artinya untuk membangun bangsa yang mandiri dibutuhkan perekonomian yang mapan.

Pembangunan dan Pertumbuhan Ekonomi
Pembangunan ekonomi suatu Negara niscaya terjadi apabila tidak didukung pertumbuhan ekonomi, tetapi pertumbuhan ekonomi tidak menjadi satu-satunya ukuran keberhasilan pembangunan ekonomi. Pembangunan ekonomi

pada dasarnya adalah merupakan usaha untuk meningkatkan dan mempertahankan kenaikan PDB (*produk domestik bruto*) per kapita membandingkannya dengan pertumbuhan penduduk melalui perbaikan struktur ekonomi dalam rangka mencapai kesejahteraan masyarakat. Dari berbagai kajian pembangunan ekonomi Indonesia yang dilakukan para ahli ternyata pembangunan ekonomi Indonesia banyak menimbulkan ketimpangan baik ketimpangan sektoral, regional maupun antara perkotaan dan pedesaan. Berbagai ketimpangan tersebut akibat paradigma pembangunan ekonomi yang dilakukan pemerintah lebih berpihak pada kelompok kecil masyarakat di perkotaan dan mengabaikan kelompok besar masyarakat yang berada di pedesaan. Oleh karena itu untuk mencapai tujuan pembangunan yang mensejahterakan seluruh masyarakat tidak ada pilihan lain kecuali mengubah paradigma pembangunan ekonomi Indonesia yang mengarah pada keseimbangan antara pertumbuhan dan pemerataan dengan

melibatkan kelompok marginal dan kelompok miskin yang berada di pedesaan sebagai subyek pembangunan. Orientasi pembangunan lebih pada pemberdayaan pedesaan sebagai pusat-pusat pertumbuhan ekonomi yang sekaligus akan menekan arus urbanisasi. Orientasi pembangunan pada upaya mencapai kualitas hidup dan kesejahteraan rakyat sebagai metode, harus didukung oleh pengorganisasian dan partisipasi masyarakat selaku subyek pembangunan.

Teori Jurnal Ilmiah CIVIS, Volume I, No 2, Juli 2011 92 pembangunan yang dipakai sebagai pijakan dalam evaluasi kinerja pembangunan meliputi 3 (tiga) kelompok teori pembangunan yang dipandang penting (Agus Suryono, 2001) yaitu :

- a) Kelompok teori modernisasi,
- b) Kelompok teori ketergantungan (*dependency theory*) dan
- c) Kelompok teori pembangunan yang lain (*another development*).

Tetapi dalam perkembangannya terjadi pergeseran pola atau model paradigma pembangunan yang sangat dominan di bangsa-bangsa dunia mulai dari Paradigma pertumbuhan (*Growth Paradigm*), Paradigma kesejahteraan (*Welfare Paradigm*), Paradigma Pembangunan Manusia (*People Centered Development Paradigm*). Penerapan paradigma pertumbuhan berorientasi pada pertumbuhan ekonomi, dalam hal ini PBB mencanangkan dasa warsa pembangunan pertama (1960-1970) dengan strategi pertumbuhan ekonomi di Negara-negara berkembang sebesar 5% per tahun. Tetapi pada dasa warsa ini yang terjadi adalah diabaikannya distribusi pendapatan nasional dan masalah yang timbul di Negara-negara berkembang pada dasa warsa ini adalah pengangguran, kemiskinan, kesenjangan pembagian pendapatan (kue pembangunan), urbanisasi dan kerusakan lingkungan. Kenyataan itulah kemudian terjadi pergeseran dari strategi pertumbuhan ekonomi menjadi strategi pertumbuhan dan pemerataan pembangunan yang

sekaligus menjadi ide dasar lahirnya pemikiran paradigma baru yaitu paradigma kesejahteraan (*welfare paradigm*). Orientasi paradigma ini adalah mewujudkan peningkatan kesejahteraan rakyat dan keadilan sosial dalam waktu secepat mungkin.

Oleh karena itu pada dasa warsa kedua (1971-1980) pelaksanaan pembangunan dengan strategi pertumbuhan ekonomi bergeser orientasinya pada pertumbuhan dan pemerataan pembangunan (*growth and equity of strategy development*) menuju industrialisasi dengan strategi pertumbuhan ekonomi sebesar 6% per tahun dengan tujuan pemerataan pembangunan di bidang pendapatan, kesehatan, keadilan, pendidikan, kewirausahaan, keamanan, kesejahteraan sosial dan penyelamatan lingkungan. Tetapi yang terjadi di negara-negara berkembang adalah ketidakmampuan negara berkembang pada ketergantungan pada negara-negara maju yang ditandai dengan ketergantungan investasi, bantuan dan pinjaman luar negeri. Implementasi paradigma kesejahteraan ini cenderung bersifat sentralistik

(top-down) sehingga melahirkan ketergantungan hubungan rakyat dengan proyek-proyek pembangunan yang dilakukan Jurnal Ilmiah CIVIS, Volume I, No 2, Juli 2011 93 pemerintah (birokrasi pemerintah), akibat lebih jauh membahayakan keberlanjutan pembangunan itu sendiri, karena pembangunan sesuai dengan sifatnya yang sentralistik tidak mampu menumbuhkan pemberdayaan (disempowering) rakyat agar rakyat mampu menjadi subyek dalam pembangunan.

Namun tidak dapat dipungkiri bahwa pembangunan dengan orientasi pada pertumbuhan ekonomi menjadikan paradigma pertumbuhan menjadi semakin dominan di Negara-negara berkembang. Tetapi keberhasilan yang dicapai Negara-negara berkembang dalam pertumbuhan ekonominya menimbulkan berbagai resiko negatif (Tjokrowinoto, 1999) mengungkapkan bahwa paradigma pertumbuhan cenderung menimbulkan efek negatif tertentu yang selanjutnya akan menurunkan derajat keberlanjutan pembangunan

.Dari kondisi tersebut lahir gagasan baru dalam strategi pembangunan untuk menjamin keberlanjutan pembangunan yaitu sustainable development. Strategi ini lahir belajar dari pengalaman pelaksanaan pembangunan pada dasa warsa ketiga dengan munculnya konsep tata ekonomi dunia baru sebagai upaya perbaikan social ekonomi Negaranegara berkembang dengan strategi pertumbuhan ekonomi 7% pertahun. Pada dasa warsa ini pusat perhatian proses pembangunan berkaiatan dengan masalah kependudukan yang rata-rata di Negara berkembang meningkat pesat, urbanisasi, kemiskinan, kebodohan, partisipasi masyarakat, organisasi sosial politik, kerusakan lingkungan dan masyarakat pedesaan. Tetapi pada dasa warsa ini masih timbul masalah baru yaitu pelaksanaan pembangunan tidak berdimensi pada pembangunan manusia, sehingga akan berpengaruh pada masalah ketidakadilan, keberlangsungan hidup dan ketidak terpaduan pembangunan.

Belajar dari pengalaman dasa warsa ketiga pada awal tahun 1980-an di Negara-negara berkembang pelaksanaan konsep pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*) dibarengi dengan pendekatan pembangunan manusia (*human development*) yang diandai dengan pelaksanaan pembangunan yang orientasinya pada pelayanan social melalui pemenuhan kebutuhan pokok (basic needs) berupa pelayanan social di sector kesehatan, perbaikan gizi, pendidikan dan pendapatan serta peningkatan kesejahteraan masyarakat. Disamping itu pelaksanaan pembangunan juga diarahkan untu mewujudkan keadilan, pemerataan dan peningkatan budaya, kedamaian serta pembangunan yang berpusat pada Jurnal Ilmiah CIVIS, Volume I, No 2, Juli 2011 94 manusia (*people centered development*) dengan orientasi pada pemberdayaan masyarakat (*public empowerment*) agar dapat menjadi aktor pembangunan yang dapat menumbuhkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan. Fokus

perhatian dari people centered development adalah human growth, well-being, equity dan sustainable. Dominasi pemikiran dalam paradigma ini balanced human ecology, sumber pembangunannya adalah informasi dan prakarsa yang kreatif dengan tujuan utama aktualisasi optimal potensi manusia (Korten, 1984).

Perhatian utama dalam paradigm pembangunan manusia (people centered development) adalah pelayanan sosial (social service), pembelajaran sosial (social learning), pemberdayaan (empowerment), kemampuan (capacity) dan kelembagaan (institusional building). Memadukan Pertumbuhan dan Pemerataan Melalui Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment) Empowerment (pemberdayaan masyarakat) adalah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai sosial dan mencerminkan paradigma baru dalam pembangunan yang bersifat people centered participatory, empowering and sustainable (Chambers, 1995).

5

Untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut diri dan masyarakatnya merupakan unsur penting, sehingga pemberdayaan masyarakat sangat erat hubungannya dengan pementapan, pembudayaan dan pengalaman demokrasi (Friedmann, 1994). Pendekatan pemberdayaan pada intinya memberikan tekanan pada otonomi pengambilan keputusan dari kelompok masyarakat yang berlandaskan pada sumberdaya pribadi, langsung, demokratis dan pembelajaran social. Dalam hal ini Friedmann menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat tidak hanya sebatas bidang ekonomi saja tetapi juga secara politis, sehingga pada akhirnya masyarakat akan memiliki posisi tawar (bargaining position) baik secara nasional maupun internasional. Sebagai titik fokusnya adalah aspek lokalitas, karena civil society akan merasa lebih siap diberdayakan lewat isu-isu lokal. Jurnal Ilmiah CIVIS, Volume I, No 2, Juli 2011 96 Pendekatan Metodologi dan

mekanisme Pemberdayaan Masyarakat (Empowering).

Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat Strategi pembangunan yang bertumpu pada pemberdayaan masyarakat dipahami sebagai proses transformasi dalam hubungan sosial, ekonomi, budaya dan politik masyarakat, sehingga perubahan struktural yang terjadi diharapkan merupakan proses yang berlangsung secara alami. Teori-teori ekonomi makro memerlukan intervensi yang tepat sehingga kebijaksanaan pada tingkat makro mendukung upaya menutup kesenjangan melalui kegiatan-kegiatan yang bersifat mikro yang langsung ditujukan kepada masyarakat lapisan bawah, sehingga pemberdayaan masyarakat (empowering) sebagai model pembangunan dapat menjadi jembatan bagi konsep-konsep pembangunan makro dan mikro. Pendekatan utama dari konsep pemberdayaan adalah “masyarakat tidak dijadikan obyek dari proyek pembangunan tetapi merupakan subyek dari pembangunannya sendiri”. Berdasarkan pada konsep pemberdayaan

masyarakat sebagai model pembangunan hendaknya pendekatan yang dipakai adalah :

6. Targeted artinya upayanya harus terarah kepada yang memerlukan dengan program yang dirancang untuk mengatasi masalahnya dan sesuai kebutuhannya.
7. Mengikutsertakan bahkan dilaksanakan oleh masyarakat yang menjadi sasaran. Tujuannya adalah supaya bantuan efektif karena sesuai kebutuhan mereka yang sekaligus meningkatkan keberdayaan (empowering) masyarakat dengan pengalaman dalam merancang, melaksanakan, mengelola dan mempertanggung jawabkan upaya peningkatan diri dan ekonominya.
8. Menggunakan pendekatan kelompok, karena secara individual masyarakat miskin sulit memecahkan masalahnya sendiri. Disamping itu kemitraan usaha antar kelompok dengan kelompok yang lebih baik saling menguntungkan dan memajukan kelompok.

C. Komponen Pemberdayaan Masyarakat

25
Pemberdayaan masyarakat merupakan kegiatan terpadu dan holistik. Ada lima komponen yang perlu dibangkitkan bersama dalam rangka pemberdayaan (Lubis 2012).



Gambar 4 Lima aksi pemberdayaan masyarakat (Lubis 2012)

25 1. Advokasi (Advocacy)

Upaya untuk mengubah atau mempengaruhi perilaku penentu kebijaksanaan agar berpihak pada kepentingan publik melalui penyampaian pesan-pesan yang didasarkan pada argumentasi yang bisa

dipertanggungjawabkan secara ilmiah, legal, dan moral. Melalui kegiatan advokasi dilakukan identifikasi dan melibatkan semua sektor di berbagai level untuk mendukung program.

2. Pengorganisasian Komunitas (*Community Organizing*)

Agar masyarakat mempunyai arena untuk mendiskusikan dan mengambil keputusan atas masalah disekitarnya. Bila terorganisir, masyarakat juga akan mampu menemukan sumber daya yang dapat mereka manfaatkan. Biasanya, dalam pengembangan masyarakat, dibentuk kelompok-kelompok sebagai wadah refleksi dan aksi bersama anggota komunitas. Pengorganisasian ini bisadibentuk berjenjang: di tingkat komunitas, antar komunitas ditingkat desa, antar desa di tingkat kecamatan dan seterusnya sampai ke tingkat nasional bahkan regional.

3. Pengembangan Jaringan (*Networking and Alliance Building*)

Menjalin kerjasama dengan pihak lain agar bersama-sama saling mendukung untuk mencapai tujuan. Jaringan dan saling percaya merupakan salah satu unsur penting dari modal sosial, sehingga menjadi komponen penting dalam pengembangan masyarakat.

4. Pengembangan kapasitas (*Capacity Building*)

Meningkatkan kemampuan masyarakat di segala bidang (termasuk untuk advokasi, mengorganisir diri sendiri, dan mengembangkan jaringan). Pengembangan kapasitas sebagai peningkatan atau perubahan perilaku individu, organisasi, dan sistem masyarakat dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Peningkatan kemampuan individu mencakup perubahan dalam hal pengetahuan, sikap, dan keterampilan; peningkatan kemampuan kelembagaan meliputi perbaikan organisasi dan manajemen keuangan, dan budaya organisasi; peningkatan kemampuan masyarakat mencakup kemandirian,

keswadayaan, dan kemampuan mengantisipasi perubahan.

5. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi

Proses pengelolaan informasi, pendidikan masyarakat, dan penyebaran informasi untuk mendukung keempat komponen di atas. Pengelolaan informasi juga menyangkut mencari dan mendokumentasikan informasi agar informasi selalu tersedia bagi masyarakat yang memerlukannya. Kegiatan edukasi perlu dilakukan agar kemampuan masyarakat dalam segala hal meningkat, sehingga masyarakat mampu mengatasi masalahnya sendiri setiap saat. Untuk mendukung proses komunikasi, berbagai media komunikasi (modern – tradisional; massa – individu – kelompok) perlu dimanfaatkan dengan kreatif.

D. Konsep Pemberdayaan Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan

⁷ Kesejahteraan masyarakat menurut *United Nations Development Program* (UNDP) diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM merupakan indikator komposit dari tiga indikator sektor pembangunan: pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. IPM Indonesia tahun 2010 berada pada peringkat 108, sementara tahun 2011 turun ke peringkat 124. Fakta ini menunjukkan makin merosotnya kualitas hidup manusia Indonesia. Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Millenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Milenium. Tujuan Deklarasi disebut Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals-MDGs*), menempatkan manusia sebagai fokus utama pembangunan (Keleher H, 2009). Serta sejak tahun 2016 dilanjutkan dengan SDGs.

¹¹ Pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran,

kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Berdasarkan tinjauan istilah, konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat) dan tahap selanjutnya muncul istilah pembangunan yang digerakkan masyarakat. Pemberdayaan didefinisikan sebagai suatu proses sengaja yang berkelanjutan, berpusat pada masyarakat lokal, dan melibatkan prinsip saling menghormati, refleksi kritis, kepedulian, dan partisipasi kelompok dan melalui proses tersebut orang-orang yang kurang memiliki bagian yang setara akan sumber daya berharga memperoleh akses

yang lebih besar dan memiliki kendali akan sumber daya tersebut.

²⁴ Upaya yang dilakukan pemerintah untuk menaikkan nilai IPM antara lain menetapkan tujuan pembangunan dengan mengadopsi Deklarasi Milenium (*Millennium Development Goals* atau MDGs). Deklarasi ini fokus pada pembangunan dengan menekankan manusia sebagai kunci utama. Sebagaimana Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia 2011, yang menekankan pada pemberdayaan masyarakat dalam bidang pendidikan, kesehatan, dan ekonomi (Alisjahbana, 2012).

²⁴ Masyarakat yang berdaya dalam bidang kesehatan dapat mengendalikan diri terkait keputusan dan tindakan yang dapat berpengaruh pada kesehatannya. Pemberdayaan dalam bidang kesehatan menekankan pada pemanfaatan potensi yang ada dilingkungan sekitar untuk mengatasi permasalahan yang terjadi. Pemberdayaan kesehatan di masyarakat merupakan segala upaya mandiri

dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah, merencanakan, dan mencari pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas disekitarnya baik dari bidang yang berbeda maupun LSM dan tokoh masyarakat (Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan, 2015).

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan suatu upaya yang bertujuan untuk mengembangkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat agar lebih berkemampuan dalam mengatasi permasalahan kesehatan. Bentuk upaya pelaksanaan program sebagai percepatan pencapaian MDGs dilakukan dengan membangun program Desa Siaga. Berdasarkan Buku Pedoman Umum Pengembangan Desa Dan Kelurahan Siaga Aktif, sebuah desa siaga digambarkan dengan indikator sebagai berikut; 1) penduduk dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar; 2) penduduk survailans berbasis masyarakat (Hartono, et al., 2010).

Desa siaga dengan indikator penduduk memperoleh kemudahan dalam akses layanan kesehatan bertujuan agar masyarakat sebagai elemen utama dalam bidang kesehatan mampu mengakses layanan dasar disekitar lingkungan desa. Berdasarkan pedoman umum desa siaga dan kelurahan siaga aktif yang disampaikan oleh Hartono, et al. (2010), pelayanan dasar yang dimiliki oleh desa siaga adalah pelayanan kesehatan ibu hamil; pelayanan kesehatan untuk ibu menyusui; pelayanan kesehatan untuk anak; serta penemuan dan penanganan penderita penyakit. Sejumlah layanan dasar tersebut menjadi tempat pertolongan pertama bagi masyarakat yang membutuhkan penanganan masalah kesehatan. Pelayanan tersebut juga didukung oleh sarana dan prasarana berupa Puskesmas bantu (Pustu), Puskesmas, dan rumah sakit sebagai bentuk dari UKBM dengan berbagai program pengembangan.

¹¹ Gerakan pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya dalam peningkatan

kemampuan masyarakat guna mengangkat harkat hidup, martabat dan derajat kesehatannya. Peningkatan keberdayaan berarti peningkatan kemampuan dan kemandirian masyarakat agar dapat mengembangkan diri dan memperkuat sumber daya yang dimiliki untuk mencapai kemajuan.

Gerakan pemberdayaan masyarakat juga merupakan cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Strategi ini tepatnya ditujukan pada sasaran primer agar berperan serta secara aktif. Bidang pembangunan biasanya meliputi 3 (tiga) sektor utama, yaitu ekonomi, sosial (termasuk di dalamnya bidang pendidikan, kesehatan dan sosial-budaya), dan bidang lingkungan. Sedangkan masyarakat dapat diartikan dalam dua konsep yaitu masyarakat sebagai sebuah tempat bersama, yakni sebuah wilayah geografi yang sama. Sebagai contoh, sebuah

rukun tetangga, perumahan di daerah pertokoan atau sebuah kampung di wilayah pedesaan.

Pemberdayaan dalam wacana pembangunan selalu dihubungkan dengan konsep mandiri, partisipasi, jaringan kerja, dan keadilan. Pada dasarnya, pemberdayaan diletakkan pada kekuatan tingkat individu dan sosial. Dalam arti sempit istilah pengembangan masyarakat di Indonesia sering dipadankan dengan pembangunan masyarakat desa dengan mempertimbangkan desa dan kelurahan berada pada tingkatan yang setara sehingga pengembangan masyarakat (desa) kemudian menjadi dengan konsep pengembangan masyarakat lokal (*locality development*).

Peremberdayaan terkait dengan kesehatan adalah konsep dan wacana UKBM (upaya kesehatan bersumberdaya manusia) adalah salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Kondisi ini ternyata mampu memacu munculnya berbagai bentuk UKBM lainnya seperti Polindes, POD (pos obat desa), pos UKK (pos upaya

kesehatan kerja), TOGA (taman obat keluarga), dana sehat, indek tatanan sehat masjid atau rumah ibadah, dan lain-lain.

E. Karakteristik Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kontek Kesehatan

Suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan non-instruktif serta dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan. Bentuk-bentuk pengembangan potensi masyarakat tersebut bermacam-macam, antara lain sebagai berikut :

1) Tokoh atau pimpinan masyarakat (Community Leader)

Di sebuah mayarakat apapun baik pendesaan, perkotaan maupun pemukiman elite atau pemukiman kumuh, secara alamiah aka terjadi kristalisasi adanya pimpinan atau tokoh masyarakat.

Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat formal dan informal. Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau provider kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada para tokoh masyarakat.

2) **Organisasi masyarakat (*Community Organization*)**

Dalam suatu masyarakat selalu ada organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal, misalnya PKK, karang taruna, majelis taklim, koperasi-koperasi dan sebagainya.

3) **Pendanaan masyarakat (*Community Fund*)**

Sebagaimana uraian pada pokok bahasan dana sehat, maka secara ringkas dapat digaris bawahi beberapa hal sebagai berikut: “Bahwa dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak lama (tahun 1980-an) Pada masa sesudahnya (1990-an) dana sehat ini semakin meluas perkembangannya dan oleh Depkes diperluas dengan nama program

JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)

4) Material masyarakat (*Community Material*)

Seperti telah diuraikan sebelumnya sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah mempunyai sumber daya alam yang berbeda yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan.

5) Pengetahuan Masyarakat (*Community Knowledge*)

Semua bentuk penyuluhan kepada masyarakat adalah contoh pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat.

6) Teknologi Masyarakat (*Community Technology*)

Dibeberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya penyaring air bersih

menggunakan pasir atau arang, untuk pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang ditengahnya ditaruh kaca. Untuk pengawetan makanan dengan pengasapan dan sebagainya. Untuk kasus di Sumatera Barat, masih perlu kajian lanjutan.

1 Pemberdayaan masyarakat merupakan tanggung jawab bersama antara masyarakat dan pemerintah. Tetapi yang menjadi subyek dari pemberdayaan adalah masyarakat. Sehingga masyarakat yang harus berperan aktif, dan mengeluarkan aspirasinya demi kelancaran proses pemberdayaan. Usaha pemberdayaan ditujukan untuk menciptakan masyarakat yang mandiri, tidak ketergantungan, dan mampu meningkatkan kualitas hidupnya. Pemerintah sebagai fasilitator berkewajiban untuk memberikan pembelajaran dan pengetahuan bagi masyarakat untuk membangun tingkat kemandirian (Wijaya, 2010).

Pemberdayaan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Namun, sebagian masyarakat masih mengalami keterbatasan dalam memperoleh pelayanan kesehatan sehingga tidak mengherankan jika kondisi kesehatan masyarakat kurang begitu baik, tidak sesuai dengan yang diharapkan oleh pemerintah. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan yang ada di Kabupaten/Kota, mempunyai tanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu wilayah kecamatan melalui pemberdayaan masyarakat sesuai dengan Kepmenkes No 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Puskesmas dan salah satu fungsi peran puskesmas merupakan pusat pemberdayaan masyarakat dengan strategi kemitraan dengan kelompok masyarakat.

Sebenarnya pemberdayaan masyarakat terkait kesehatan ini hampir seluruh Indonesia sudah berjalan dan melalui Puskesmas, karna salah satu fungsi dari peran puskesmas itu sendiri yaitu pusat pemberdayaan masyarakat. Dalam hal ini semua Puskesmas sudah menjalankan tugas fungsinya. Namun hal ini harusnya bisa lebih berkembang dengan melakukan program – program pemberdayaan masyarakat dengan diadakannya Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) baik Posyandu umum atau posyandu lansia, serta program – program lainnya yang menunjang program pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Pada Penelitian yang telah oleh Restuastuti, 2016 peneliti menerangkan bahwa banyak model dan strategi pemberdayaan masyarakat yang telah dikembangkan di Kota Pekanbaru, khususnya di bidang kesehatan. Di Kota Pekanbaru yang merupakan salah satu kota besar di Indonesia mempunyai 20 puskesmas dengan beberapa model pemberdayaan masyarakat yang dilaksanakan dalam

bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Manusia (UKBM), antara lain: Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dengan klasifikasi: Pratama, Madya, Purnama maupun Mandiri, Pos Pembinaan Terpadu; Lanjut Usia (Posyandu Lansia); Kelurahan/Desa Siaga aktif; Pondok Bersalin Desa (Polindes dan KBKIA); Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD); Pos Obat Desa (POD), Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Taman Obat Keluarga (TOGA), Pemantauan dan Stimulasi Perkembangan Balita (PSPB), Keluarga Mandiri, Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), Dana Sehat serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak dibidang kesehatan. (Restuastuti, 2016)

Namun, dalam hasil penelitiannya Restuastuti pada 10 puskesmas yang ada di kota Pekanbaru tersebut hanya ada beberapa yang menunjukkan gambaran tujuh aspek pemberdayaan masyarakat, sebagian besar kegiatan belum terlaksana dengan baik. Terdapat tiga aspek pemberdayaan yang telah

9
dilakukan oleh seluruh Puskesmas yang diteliti, yaitu keaktifan tokoh masyarakat, ketersediaan organisasi kemasyarakatan dan UKBM, serta pemanfaatan sarana dan material dari masyarakat. Aspek pengetahuan dan teknologi dari masyarakat hanya dilakukan oleh delapan dari 10 puskesmas, sedangkan untuk aspek ketersediaan dana dan pembuatan keputusan masyarakat dilakukan oleh tujuh dan enam puskesmas.

56
Salah satu aspek penting yang mengakibatkan belum terlaksananya di semua Puskesmas adalah ketersediaan dana masyarakat. Keuangan dalam pemberdayaan masyarakat merupakan barang public (public goods) yang sangat langka dan terbatas, tetapi dana sangat dibutuhkan untuk membiayai banyak kebutuhan dan kegiatan. Ada tiga bidang utama yang dibiayai dengan keuangan masyarakat, salah satunya adalah tentang kemasyarakatan seperti kegiatan LKMD, PKK, pembinaan muda mudi, kelompok tani, keagamaan, kesehatan, penanganan kenakalan remaja, dan lain – lain. Oleh karena itu

dananya pun terbagi untuk kebutuhan dan kegiatan lainnya.

9 Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengukur tingkat pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, antara lain efektivitas dari komponen intervensi, sasaran kelompok masyarakat dan lokasi intervensi, sesuai dengan Kepmenkes Republik Indonesia tahun 2010 tentang Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif, bahwa petugas dan kader yang bekerja mengembangkan kegiatan dimasyarakat seperti posyandu dan desa siaga adalah orang yang sama. Perlu upaya penyamaan kebijakan termasuk penamaan program desa siaga yang umumnya belum banyak dikenal oleh para pembuat kebijakan di daerah, terlebih lagi masyarakat. Salah satu metode yang dapat dilakukan dalam memberdayakan masyarakat adalah melalui pelatihan untuk meningkatkan kompetensi, baik dari pengetahuan maupun keterampilan mereka. (Kemenkes, 2010)

IV. EVALUASI

Uraikan konsep Sosial Empowerments dan community empowerment bidang kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

Anggara Dwi, F H dan Prayitno N. 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni Cikarang Barat. Jakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES MH. Thamrin. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. Vol 5/ No. 1

9

Anonim, 2015. Pengelolaan Keuangan Desa dalam Kerangka Tata Pemerintahan Yang Baik. <http://www.keuangandes.com/2015/04/pengelolaan-keuangan-desa-dalam-kerangka-tatapemerintahan-yang-baik/> diakses pada 8 April 2020 15.30 WIB

7

Bryant Coralie, White G Louise, 1987. *Menegemen Pembangunan untuk Negara-negara Berkembang*, LP3ES.

Cristina (2015). *Sosial Empowerment*. Source 29 Maret 2020

⁷ Grindle S Merille, (1980). *Politics And Policy Implementation In The Third World*. Princeton New Jersey.

¹ Kartasmita, Ginanjar. (1995). *Pemberdayaan Masyarakat. Kumpulan Materi CommunityDevelopment: Pustaka Pribadi Alizar Isna.Msi*

⁷ Keleher H, MacDougall C. Understanding health a determinants proach. 2nd Ed. Australia dan New Zealand: Oxford University Press; 2009

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.Keputusan Menti Kesehatan Republik Indonesia nomor.1529/Menkes/SK/x/2010 tentang pedoman umumpengembangan desa dan kelurahan siaga aktif.Jakarta; Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.

⁵ Kian Wie, Thee, (1983).*Pembangunan Ekonomi dan Pemeratan, LP3ES*.

Korten.D.C & Sjahrir, (1988). *Pembangunan Berdimensi Kerakyatan*. Yayasan Obor Indonesia

Nur Elyna, dkk. (2014). *Pemberdayaan Sosial Kecamatan Argomulyo Kelurahan Kumpulrejo Kota Salatiga*. Jurnal :UNDIP

Pressman L. Jeffre, (1984). *Implementation. The Oakland Project*.

9 Restuastuti, T., Zahtamal., Chandra, F., dan Restila R. (2017). *Analisis pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan*. Jurnal Kesehatan Melayu, 1(1), 14-19

7 Ripley B Randal. (1982). *Bureaucracy and Policy Implementation*. The Dorsey Press.

Soetomo, (2010). *Masalah Sosial dan Upaya Pemecahannya*, *Pustaka Pelajar*.

19 Suharto, Edy.(2010). *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Aditama.

113

Suryono, Agus, (2001), "*Teori dan Isu Pembangunan*",
Universitas Malang Press, Malang.

7

Uffort van Ph Quarles.(1988). *Krisis Tersembunyi
Dalam Pembangunan (Birokrasi Dalam
Pembangunan)*.Gramedia.

7

United Nations Development Programme. *Overcoming
barriers: mobility and development*.Human
Development Indices; 2011. Available from:
<http://hdr.undp.org/en/statistics/data/hdi>.

BAB VI

PERUBAHAN PERILAKU DI INDIVIDU, RUMAH TANGGA DAN KOMUNITAS

I. PENDAHULUAN

Perubahan perilaku adalah perubahan yang terjadi pada perbuatan atau tindakan seseorang dalam melakukan sesuatu terhadap diri dan lingkungannya, seseorang akan berubah sesuai dengan apa yang dia pelajari baik dari keluarga, teman, sahabat ataupun dari dirinya sendiri, proses pembelajaran diri inilah yang nantinya akan membentuk seseorang tersebut, sedangkan pembentukan tersebut sangat disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan orang tersebut baik dalam kesehariannya ataupun dalam keadaan tertentu.

Dalam Proses perubahan perilaku diketahui bahwa, perubahan perilaku dipengaruhi oleh lingkungan, yang dimulai dari diri sendiri, kemudian berlanjut ke rumah tangga yaitu lingkungan sekitar, dan terakhir ke komunitas atau lingkungan secara luas. Perilaku sendiri merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.

Perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya, (Wibowo, 2014)

Awal perubahan perilaku dimulai dari individu yang mempertimbangkan sesuatu yang diyakini dan dianggap benar berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya. Perubahan perilaku individu, kemudian akan berpengaruh ke tahapan lingkup rumah tangga tempat individu tinggal dan akan berkembang hingga ke komunitas dalam lingkungan yang sangat luas. Perilaku sangat berpengaruh dalam meningkatkan derajat kesehatan, dalam konsep kesehatan yang berkaitan dengan perubahan perilaku, sehat akan lebih terbentuk dan bertahan lama bila dilandasi kesadaran diri sendiri sehingga menjadi konsep upaya sehat dari, oleh, dan untuk kita sendiri.

Hubungan kesehatan dengan perilaku sangatlah erat dan saling berkesinambungan, individu yang sehat akan tercermin dari perilaku yang sehat pula. Sebaliknya juga begitu perilaku yang sehat akan mencerminkan individu dengan kualitas hidup baik. Manfaat dari hidup sehat yang paling penting adalah meningkatkan

produktivitas kita dengan segala kemampuan dan potensi diri kita. Untuk itu konsep hidup sehat seperti tingkatan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) harus dipupuk dari tiap individu untuk dapat meningkatkan kualitas hidup yang sehat.

II. TUJUAN

1. Mendeskripsikan apa yang dimaksud perilaku dan perubahan perilaku.
2. Mendeskripsikan perubahan perilaku di individu, rumah tangga dan komunitas

III. MATERI INTI

46
Perubahan bisa terjadi setiap saat, dan merupakan proses yang dinamik serta tidak dapat dielakkan. Berubah berarti beranjak dari keadaan yang semula. Tanpa berubah tidak ada pertumbuhan dan tidak ada dorongan. Namun dengan berubah terjadi ketakutan, kebingungan, kegagalan dan kegembiraan. Setiap orang dapat memberikan perubahan pada orang lain. Merubah orang lain bisa bersifat *implicit* dan *eksplisit* atau bersifat terbuka dan tertutup.

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar (stimulus). Perilaku dapat dikelompokkan menjadi dua, perilaku tertutup (*covert behaviour*), perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum bisa diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservabel behavior*" atau "*covert behavior*" apabila respons tersebut terjadi dalam diri sendiri, dan sulit diamati dari luar (orang lain) yang disebut dengan pengetahuan (*knowledge*) dan sikap (*attitude*). Selanjutnya adalah perilaku terbuka (*Overt behaviour*), apabila respons tersebut dalam bentuk tindakan yang dapat diamati dari luar (orang lain) yang disebut praktek (*practice*) yang diamati orang lain dari luar atau "*observabel behavior*". Perilaku muncul sebagai akibat dari beberapa hal, diantaranya karena adanya hubungan timbal balik antara stimulus dan respons yang lebih dikenal dengan rangsangan tanggapan. Hubungan stimulus dan respons akan membentuk pola-pola perilaku baru. Selain itu, hubungan stimulus dan respons

merupakan suatu mekanisme dari proses belajar dari lingkungan luar juga mempengaruhi perilaku seseorang. Ganjaran (*reward*) akan memberikan penguatan kepada respons atau tetap untuk mempertahankan respons. Lalu adanya hukuman (*punishment*) melemahkan respons atau mengalihkan respons ke bentuk respons lainnya. Perubahan perilaku akibat perubahan dari ganjaran atau hukuman.

46

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, selain guru, orang tua, teman, buku, media massa (WHO, 1992). Menurut Notoatmodjo (1993), pengetahuan merupakan hasil dari tabu akibat proses penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan tersebut terjadi sebagian besar dari penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan yang cakap dalam kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu : mengetahui, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan, dan evaluasi.

3

A. Perubahan Perilaku Individual

1. Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku Individu.

- a) Perubahan Alamiah (Natural Change)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Contoh : perubahan perilaku yang disebabkan karena usia seseorang.

b) Perubahan terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek. contoh perubahan perilaku seseorang karena tujuan tertentu atau ingin mendapatkan sesuatu yang bernilai baginya.

c) Kesiapan untuk berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam organisasi, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut, dan ada sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Contoh: perubahan teknologi pada suatu lembaga organisasi, misal dari mesin ketik manual ke mesin komputer, biasanya orang

yang usianya tua sulit untuk menerima perubahan pemakaian teknologi tersebut.

2. Strategi Perubahan Perilaku Individu

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga :

- 1) Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Misal : dengan adanya peraturan-peraturan / perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Strategi ini dapat berlangsung cepat akan tetapi belum tentu berlangsung lama karena perubahan perilaku terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

- 2) Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang sesuatu hal yang berkaitan dengan hal tertentu.

- 3) Diskusi partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua di atas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang peraturan baru organisasi tidak bersifat searah saja tetapi dua arah.

3. Teori Tentang Perubahan Perilaku Individu

1) Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restrining forces*). Perilaku ini dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang. Sehingga ada 3 kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang itu, yakni:

- a) Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini

berupa informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.

- b) Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini akan terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut.
- c) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku.

2) ***Teori Stimulus-Organisme-Respons (SOR)***

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat. Hosland, et al (1953) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakekatnya sama dengan proses belajar. Proses

perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari :

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

tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

3) *Teori Fungsi*

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu itu tergantung kepada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang apabila stimulus tersebut dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Menurut Katz (1960) perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan. Katz berasumsi bahwa :

- a) Perilaku itu memiliki fungsi instrumental, artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya bila objek tidak dapat memenuhi kebutuhan maka ia akan berperilaku negatif.
- b) Perilaku dapat berfungsi sebagai defence mechanism atau sebagai pertahanan diri

dalam menghadapi lingkungannya. Artinya dengan perilakunya, dengan tindakan-tindakannya, manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar.

- c) Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan memberikan arti. Dalam peranannya dengan tindakannya itu, seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari-hari tersebut seseorang telah melakukan keputusan-keputusan sehubungan dengan objek atau stimulus yang dihadapi. Pengambilan keputusan yang mengakibatkan tindakan-tindakan tersebut dilakukan secara spontan dan dalam waktu yang singkat.
- d) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari. Oleh sebab itu perilaku itu dapat merupakan “layar”

dimana segala ungkapan diri orang dapat dilihat. Misalnya orang yang sedang marah, senang, gusar, dan sebagainya dapat dilihat dari perilaku atau tindakannya. Teori ini berkeyakinan bahwa perilaku itu mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya. Oleh sebab itu didalam kehidupan manusia, perilaku itu tampak terus-menerus dan berubah secara relatif.

Moh Surya (1997) mengemukakan ciri-ciri dari perubahan perilaku, yaitu :

- 1) Perubahan yang disadari dan disengaja (intensional).

Perubahan perilaku yang terjadi merupakan usaha sadar dan disengaja dari individu yang bersangkutan. Begitu juga dengan hasil-hasilnya, individu yang bersangkutan menyadari bahwa dalam dirinya telah terjadi perubahan, misalnya pengetahuannya semakin bertambah atau

keterampilannya semakin meningkat, dibandingkan sebelum dia mengikuti suatu proses belajar. Misalnya, seorang manajer sedang belajar tentang strategi bisnis. Dia menyadari bahwa dia sedang berusaha mempelajari tentang Strategi bisnis. Begitu juga, setelah belajar Strategi bisnis dia menyadari bahwa dalam dirinya telah terjadi perubahan perilaku, dengan memperoleh sejumlah pengetahuan, sikap dan keterampilan yang berhubungan dengan Strategi bisnis.

2) Perubahan yang berkesinambungan (kontinyu).

Bertambahnya pengetahuan atau keterampilan yang dimiliki pada dasarnya merupakan kelanjutan dari pengetahuan dan keterampilan yang telah diperoleh sebelumnya. Begitu juga, pengetahuan, sikap dan keterampilan yang telah diperoleh itu, akan menjadi dasar bagi pengembangan

pengetahuan, sikap dan keterampilan berikutnya.

3) Perubahan yang fungsional.

Setiap perubahan perilaku yang terjadi dapat dimanfaatkan untuk kepentingan hidup individu yang bersangkutan, baik untuk kepentingan masa sekarang maupun masa mendatang.

4) Perubahan yang bersifat positif.

Perubahan perilaku yang terjadi bersifat normatif dan menunjukkan ke arah kemajuan.

5) Perubahan yang bersifat aktif

Untuk memperoleh perilaku baru, individu yang bersangkutan aktif berupaya melakukan perubahan. Misalnya, manajer ingin memperoleh pengetahuan baru tentang strategi bisnis, maka manajer tersebut aktif melakukan kegiatan membaca dan mengkaji buku-buku strategi bisnis, berdiskusi dengan manajer lain tentang strategi bisnis dan sebagainya.

6) Perubahan yang bersifat pemanen.

Perubahan perilaku yang diperoleh dari proses belajar cenderung menetap dan menjadi bagian yang melekat dalam dirinya. Misalnya, manajer belajar mengoperasikan program akuntansi, maka penguasaan keterampilan mengoperasikan komputer program akuntansi tersebut akan menetap dan melekat dalam diri mahasiswa tersebut.

7) Perubahan yang bertujuan dan terarah.

Individu melakukan kegiatan belajar pasti ada tujuan yang ingin dicapai, baik tujuan jangka pendek, jangka menengah maupun jangka panjang. Misal seorang manajer mempelajari strategi bisnis mempunyai tujuan jangka pendeknya untuk tahu tentang apa-apa yang akan dilakukan dalam dunia bisnis, sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk ahli dalam bisnis dan mungkin untuk promosi ke jabatan yang lebih tinggi karena telah menguasai bidang tertentu.

8) Perubahan perilaku secara keseluruhan.

Perubahan perilaku belajar bukan hanya sekedar memperoleh pengetahuan semata, tetapi termasuk memperoleh pula perubahan dalam sikap dan keterampilannya.

4. Cara-Cara Perubahan Perilaku Individu

a Dengan Paksaan. Ini bisa dengan :
Mengeluarkan instruksi atau peraturan, dan ancaman hukuman kalau tidak mentaati instruksi atau peraturan tersebut.

b Dengan memberi imbalan : Imbalan bisa berupa materi seperti uang atau barang, tetapi bisa juga imbalan yang tidak berupa materi, seperti pujian, dan sebagainya.

c Dengan membina hubungan baik : Kalau kita mempunyai hubungan yang baik dengan seseorang atau dalam organisasi. biasanya orang tersebut akan mengikuti anjuran kita untuk berbuat sesuatu.

d Dengan menanamkan kesadaran dan motivasi pada individu sehingga individu akan berubah dengan kesadaran dirinya.

- e Dengan menunjukkan contoh-contoh pada individu dalam organisasi untuk melakukan tindakan tertentu yang diinginkan organisasi.

3

5. Tahap-Tahap Proses Perubahan

Proses perubahan meliputi enam tahapan :

- 1) *Tekanan dan desakan.* Proses mulai ketika manajemen puncak mulai merasa adanya kebutuhan atau tekanan akan perubahan, biasanya disebabkan berbagai masalah yang berarti, seperti penurunan penjualan atau penurunan laba secara tajam.
- 2) *Intervensi dan reorientasi.* Konsultan atau pengantar perubahan dari luar sering digunakan untuk merumuskan masalah dan memulai proses dengan membuat para organisasi untuk memusatkan perhatiannya pada masalah tersebut.
- 3) *Diagnosa dan pengenalan masalah.* Informasi dikumpulkan dan dianalisa oleh pengantar perubahan dan manajemen.
- 4) *Penemuan dan komitmen pada penyelesaian.* Pengantar perubahan hendaknya merangsang

pemikiran dan mencoba untuk menghindari penggunaan metode-metode lama yang sama. Penyelesaian-penyelesaian ditemukan melalui pengembangan secara kreatif, alternatif – alternatif baru dan masuk akal.

5) *Percobaan dan pencarian hasil-hasil.* Penyelesaian-penyelesaian pada tahap empat biasanya diuji dalam program-program percobaan berkala dan hasil-hasilnya dianalisis.

6) *Penguatan dan penerimaan.* Bila serangkaian kekuatan telah diuji dan sesuai keinginan, harus diterima secara sukarela. Pelaksanaan kegiatan yang telah diterima harus menjadi sumber penguatan dan menimbulkan keterikatan terhadap perubahan

Lebih lanjut ditambahkan dalam melakukan audit budaya ada beberapa faktor dimensi perubahan yang perlu mendapat perhatian, diantaranya (Paul Bate) :

1) Dimensi structural (budaya yang akan dirubah
Sebelum melakukan perubahan budaya, pertama-tama harus dilakukan terlebih

dahulu diagnosis terhadap budaya yang akan dirubah. Tujuannya selain mengetahui budaya yang ada juga agar pelaku perubahan bisa belajar tentang pola pikir organisasi dan orang-orang yang terlibat di dalamnya sebab budaya bukanlah sebuah obyek tetapi sebuah perspektif.

- 2) Dimensi ruang dan waktu (asal muasal terbentuknya budaya dan perjalanannya sepanjang waktu)

Kita berusaha melacak kembali bagaimana budaya yang sekarang berkembang dalam sebuah budaya organisasi. Tujuannya adalah agar dalam perubahan budaya kita tidak membuat kesalahan yang sama di masa datang.

- 3) Dimensi proses perubahan (posisi budaya dalam siklus kehidupan budaya)

Bisa dikatakan bahwa budaya terus menerus mengalami perubahan karena sifatnya yang dinamis. Jadi memahami posisi budaya

pada siklus ini sangat penting artinya ketika kita memutuskan untuk merubah budaya.

- 4) Dimensi kontekstual (situasi lingkungan dimana budaya berada didalamnya)

Dalam dimensi ini kita berupaya untuk memahami kemungkinan terjadinya cultural lag untuk menindak lanjuti perlu tidaknya perubahan.

- 5) Dimensi subyektif (tujuan tterlibatnya orang per orang dalam perubahan)

Kita perlu memahami sejauh mana mereka (orang-orang dalam oraganisasi) terlibat dalam perubahan.

Paul Bate mengatakan bahwa untuk menilai efektivitas perubahan budaya, kita juga perlu menentukan parameternya, yaitu:

- 1) Daya ekspresi, yakni kemampuan untuk menyampaikan ide-ide baru. Parameter ini untuk mengetahui sejauh mana pihak-pihak terkait bisa terpengaruh oleh perubahan.
- 2) Daya komonalitas, yakni kemampuan untuk membentuk satu set nilai. Parameter ini untuk

mengukur sejauh mana perubahan tersebut bisa membentuk nilai-nilai baru.

3) Daya penetrasi, kemampuan untuk menembus berbagai level organisasi. Parameter ini untuk mengetahui seberapa jauh perubahan tersebut menembus berbagai level organisasi.

4) Daya adaptif, kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan yang berubah. Parameter ini untuk mengetahui bagaimana proses perubahan tersebut berlangsung.

5) Daya tahan, kemampuan menciptakan perubahan yang hasilnya bisa bertahan lama. Parameter ini untuk mengetahui struktur perubahannya.

B. Rumah Tangga

Lingkungan rumah tangga sangat berpengaruh dalam perubahan perilaku kesehatan, karena perubahan-perubahan perilaku kesehatan ¹¹¹ tidak hanya akan terjadi pada satu orang saja tetapi juga akan berpengaruh pada

orang lain yang berada dilingkungan rumah tangga tersebut.

C. Komunitas

1. Teori Norma Sosial

- Norma Sosial adalah nilai tak tertulis dalam suatu komunitas yang mengharapkan anggota untuk berperilaku tertentu
- Teori norma sosial : berusaha memanfaatkan norma yang ada dalam masyarakat untuk merubah perilaku.

2. Kesadaran sosial

- Anggota satu komunitas menyadari untuk bertindak bagi komunitasnya karena adanya dorongan lingkungan sosial disekitarnya
- Tahap-tahap tanggung jawab untuk bertindak :
- Orientasi perhatian pada lingkungan sosial
 - Individu merasa bertanggung jawab untuk ikut bertindak
 - Komunitas merasa bertanggung jawab untuk bertindak

3. Community organization/participation

Komunitas dengan kapasitas problem-solving yang tinggi

D. Kajian Dalam Artikel Ilmiah

1. Perubahan perilaku individu

Individu adalah seorang manusia yang tidak hanya memiliki peranan khas di dalam lingkungan sosialnya, melainkan juga mempunyai kepribadian serta pola tingkah laku spesifik dirinya. Individu tidak akan jelas identitasnya tanpa adanya suatu masyarakat yang menjadi latar belakang keberadaannya. Individu berusaha mengambil jarak dan memproses dirinya untuk membentuk perilakunya yang selaras dengan keadaan dan kebiasaan yang sesuai dengan perilaku yang telah ada pada dirinya.

Setiap individu sejak lahir terkait didalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Dalam keterkaitannya dengan kelompok ini membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain.

Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan atau norma-norma sosial tertentu maka perilaku tiap individu anggota kelompok berlangsung didalam suatu jaringan normatif. Demikian pula perilaku individu tersebut terhadap masalah- masalah kesehatan.

Aris Widayati dalam penelitiannya yang berjudul “*Health Seeking Behavior* Di Kalangan Masyarakat Urban Di Kota Yogyakarta” pada tahun 2012 menyatakan bahwa, perubahan perilaku individu dalam upaya pencarian pengobatan dipengaruhi oleh anjuran dari orang yang penting atau berpengaruh dalam kehidupan individu tersebut. Seseorang akan mempengaruhi seseorang untuk melakukan suatu tindakan anjuran dari orang yang penting atau berpengaruh dalam kehidupan seseorang yang akan mempengaruhi seseorang untuk melakukan suatu tindakan.

2. Perubahan Perilaku Di Rumah Tangga

Lingkungan rumah tangga dianggap sebagai satu bagian dari kajian sistem kekerabatan dan

organisasi sosial. Lingkungan rumah tangga sangat berpengaruh dalam perubahan perilaku kesehatan, karena perubahan-perubahan perilaku kesehatan tidak hanya akan terjadi pada satu orang saja tetapi juga akan berpengaruh pada orang lain yang berada di lingkungan rumah tangga tersebut.

Ardhini dan Ahyani dalam penelitiannya pada tahun 2015 yang berjudul “Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Sebagai Determinan Kesehatan yang penting pada Tatanan Rumah Tangga di Kota Bandung” menyatakan bahwa, kebiasaan orang tua dengan melakukan PHBS seperti mencuci tangan sebelum makan sangat efektif dalam mempengaruhi perilaku anak, sehingga anak akan selalu mencuci tangan mereka sebelum makan.

85

3. Perubahan Perilaku Di Komunitas

Komunitas merupakan sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, umumnya memiliki ketertarikan dan habitat yang sama. Dalam komunitas manusia, individu-individu di dalamnya dapat memiliki

maksud, kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko dan sejumlah kondisi lain yang serupa.

Terjadinya proses perubahan perilaku di tingkat komunitas dipengaruhi oleh individu, kemudian menjadi kelompok-kelompok orang banyak yang membentuk komunitas sesuai dengan ketertarikan, dan persamaan dalam hubungan sosial. Suatu komunitas dapat berubah perilakunya jika sebagian besar kelompok masyarakat dalam komunitas tersebut telah berpengaruh dalam melakukan perubahan perilaku.

Argyo Demartoto dalam penelitiannya pada tahun 2019 yang berjudul “Intervensi Perubahan Perilaku Kesehatan Orang Dengan HIV/AIDS (Studi Kasus Pada Kelompok Dukungan Sebaya Solo Plus Di Surakarta)” berpendapat bahwa, jika 80% dari kelompok komunitas PSK menggunakan kondom itu bisa menjadi memperkecil penyebaran penularan Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV.

IV.EVALUASI

Uraikan konsep perubahan perilaku individu, keluarga dan komunitas dan faktor yang mempengaruhinya serta kajian dari artikel ilmiah yang sesuai.

DAFTAR PUSTAKA

- 122
Syarah Anisa Setiyati (2015). *Studi Deskriptif Kualitatif Tentang Perilaku Plagiarismepadamahasiswa Yang Menyusun Skripsi Di Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Purwokerto*, Tesis, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- 109
Ardini S Raksanagara, Ahyani Raksanagara (2015). *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Sebagai Determinan Kesehatan yang Penting pada Tatanan Rumah Tangga di Kota Bandung*, *Jurnal Sistem Kesehatan*, Volume 1 Nomor. 1 Tahun 2015
- 19
96
Argyo Demartoto (2019). *Intervensi Perubahan Perilaku Kesehatan Orang Dengan Hiv/Aids (Studi Kasus Pada Kelompok Dukungan Sebaya Solo Plus Di Surakarta)*, *Jurnal Analisa Sosiologi April 2019*, 8(1): 1-17
- 39
Adik Wibowo (2014). *Kesehatan Masyarakat Di Indonesia*, PT Rajagrafindo Persada : Jakarta
- 1
Zaraz Obella, Nur Adliyani (2015). *Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat*, *Majority Volume 4 Nomor 7Juni 2015* 109

183
Aris Widayati (2012). Health Seeking Behavior Di
Kalangan Masyarakat Urban Di Kota Yogyakarta,
Jurnal Farmasi Sains Dan Komunitas, November
2012, Hlm. 59-65

184
Achmad Fedyani Saifuddin (2006). Keluarga dan Rumah
Tangga: Satuan Penelitian dalam Perubahan
Masyarakat, *Antropologi Indonesia Vol. 30, No. 3,*
2006

8
Soekidjo Notoatmodjo (1993). *Pengantar Pendidikan*
dan Perilaku Kesehatan. Andi Offset: Yogyakarta

Leger, Michel T. & Pruneau, Diane. 2012. *Changing*
Family Habit : A Case Studi Into Climate Change
Mitigation Behaviour in families. In IEJEE, Vol.2
Issue 2, 2012. Mocton. Canada

BAB VII

DETERMINAN SOSIAL DARI KESEHATAN (*SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH*)

I. Pendahuluan

26

Kesehatan dimulai di rumah, sekolah, tempat kerja, lingkungan, dan masyarakat kita. Kita tahu bahwa merawat diri dengan cara memakan makanan yang baik, berperilaku hidup sehat, dan yang lainnya itu semua mempengaruhi kesehatan kita. Kesehatan kita juga ditentukan sebagian oleh akses terhadap kesempatan sosial dan ekonomi. Sumber daya dan dukungan yang tersedia di rumah, lingkungan, dan masyarakat kita, kualitas sekolah, keselamatan kerja, kebersihan air, makanan, dan udara. Kondisi di mana sebagian orang Amerika lebih sehat daripada yang lain.

Health People 2020 menyoroti pentingnya menangani determinan sosial kesehatan dengan memasukkan "Menciptakan lingkungan sosial dan fisik yang mempromosikan kesehatan yang baik untuk

semua" sebagai salah satu dari empat gol menyeluruh untuk dekade. Penekanan ini dibagi oleh Organisasi Kesehatan Dunia, yang Komisi Sosial Penentu Kesehatan pada tahun 2008 menerbitkan laporan, menutup kesenjangan generasi, ekuitas kesehatan, melalui tindakan determinan sosial kesehatan. Penekanan ini juga dimiliki oleh inisiatif kesehatan AS lainnya seperti Partnership Aksi Nasional untuk Akhiri Kesehatan Ketimpangan dan Pencegahan dan Strategi Nasional Promosi Kesehatan.

41

Determinan sosial kesehatan merupakan proses yang membentuk perilaku di dalam masyarakat. Perilaku adalah semua kegiatan yang dilakukan manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku seseorang terbentuk dari pengetahuan, sikap dan praktek atau tindakan yang dimiliki (Notoatmodjo, 2012). Determinan sosial kesehatan dan perilaku mempengaruhi mortalitas dan morbiditas dalam suatu komunitas. Hubungan determinan sosial kesehatan dan perilaku terhadap mortalitas atau kematian sangat menarik untuk

dibicarakan karena mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen demografis selain fertilitas dan migrasi, yang mempengaruhi jumlah, struktur dan komposisi penduduk. Determinan sosial dan perilaku yang berkembang di masyarakat dipengaruhi oleh pemerintah sebagai penyedia layanan, masyarakat, dan fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri. (Bapenas, 2010).

¹ Melakukan kajian tentang determinan sosial kesehatan dirasa sangat penting karena sangat diperlukan untuk membantu memahami dan memecahkan masalah kesehatan pada sebuah lingkungan, yang memerlukan pemahaman mendalam mengenai bagaimana determinan sosial dapat mempengaruhi berbagai populasi yang tinggal di wilayah tertentu.

II. TUJUAN

- ²⁶ 1. Untuk mengetahui tentang Determinan Sosial Kesehatan
2. Untuk mengetahui faktor Determinan Sosial bagi kesehatan serta bukti oleh jurnal ilmiah

III.MATERI INTI

26

A. **Determinan Sosial Kesehatan**

Determinan sosial kesehatan adalah keadaan di mana orang dilahirkan, tumbuh, dan hidup, serta sistem yang diberlakukan untuk menangani penyakit. Definisi lain tentang Determinan sosial kesehatan adalah kondisi di lingkungan di mana orang-orang yang lahir, hidup, belajar, bekerja, bermain, ibadah, dan usia yang mempengaruhi berbagai kesehatan, berfungsi, dan kualitas hidup hasil dan risiko. Kondisi (misalnya, sosial, ekonomi, dan fisik) dalam berbagai lingkungan dan pengaturan (misalnya, sekolah, gereja, tempat kerja, dan lingkungan). Sumber daya yang meningkatkan kualitas hidup dapat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap hasil kesehatan individu. Contoh sumber daya ini termasuk aman dan terjangkau perumahan, akses ke pendidikan, keamanan publik, ketersediaan makanan sehat, layanan darurat/kesehatan setempat, dan lingkungan bebas dari racun yang mengancam jiwa.

Menurut WHO Determinan Sosial Kesehatan adalah sebuah kondisi di mana orang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja, dan tua, termasuk di dalamnya kondisi sistem kesehatan. Kondisi ini dibentuk oleh distribusi uang, kekuasaan, dan sumber daya di tingkat global, nasional dan lokal. Determinan sosial kesehatan sebagian besar bertanggung jawab atas ketidakadilan dalam kesehatan-perbedaan yang tidak adil dan seharusnya dihindari dalam status kesehatan, baik dilihat dalam suatu negara maupun antar negara.

75

Determinan-determinan ini turut berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja upaya pelayanan kesehatan. Alih-alih memandang determinan sosial sebagai sebuah masalah, kita bisa menempatkan determinan sosial ini sebagai sebuah tantangan untuk diselesaikan, dan bahkan bisa kita jadikan sebagai senjata untuk keberhasilan pembangunan kesehatan yang *local spesific*. Melakukan kajian tentang determinan sosial kesehatan dirasa sangat penting karena sangat diperlukan untuk membantu memahami dan memecahkan masalah kesehatan pada sebuah

lingkungan, yang memerlukan pemahaman mendalam mengenai bagaimana determinan sosial dapat mempengaruhi berbagai populasi yang tinggal di wilayah tertentu.

29

Teori klasik yang dikembangkan oleh Blum (1974) mengatakan bahwa adanya 4 determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Empat determinan tersebut secara berturut-turut besarnya pengaruh terhadap kesehatan adalah: a). lingkungan, b). perilaku, c). pelayanan kesehatan, dan d).keturunan atau herediter. Keempat determinan tersebut adalah determinan untuk kesehatan kelompok atau komunitas yang kemungkinan sama di kalangan masyarakat. Akan tetapi untuk kesehatan individu, disamping empat faktor tersebut, faktor internal individu juga berperan, misalnya : umur, gender, pendidikan, dan sebagainya, disamping faktor herediter. Bila kita analisis lebih lanjut determinan kesehatan itu sebenarnya adalah semua faktor diluar kehidupan manusia, baik secara individual, kelompok, maupun komunitas yang secara langsung atau tidak

langsung mempengaruhi kehidupan manusia itu. Hal ini berarti, disamping determinan-determinan derajat kesehatan yang telah dirumuskan oleh Blum tersebut masih terdapat faktor lain yang mempengaruhi atau menentukan terwujudnya kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat.

B. Faktor-faktor determinan Kesehatan

29

1. Faktor Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu, termasuk sistem pelayanan kesehatan dan cara pelaksanaan kesehatan pribadi. Indonesia yang terbentang dari Sabang sampai Merauke memiliki beribu-ribu suku dengan adat istiadat yang berbeda-beda pula. Sebagian dari adat istiadat tersebut ada yang masih bisa dibilang “primitif” dan tidak mepedulikan aspek kesehatan. Misalnya saja, pada suku Baduy yang tidak memperbolehkan masyarakat menggunakan alas kaki.

Hal yang sama juga diteliti oleh Sri Wahyuni Ritonga, Nurhamidah, dan Citra Lestari 2017 dengan judul “Pengaruh budaya makan sirih terhadap penyakit periodontal pada masyarakat di desa tanjung medan kecamatan bila barat labuhan batu” bahwa dalam hasil penelitiannya dari 14 responden dengan frekuensi menyirih 3-5 kali paling banyak mengalami periodontitis yaitu 50% dan dari 20 responden dengan frekuensi menyirih >5 kali paling banyak responden mengalami periodontitis yaitu 75% maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi menyirih perhari terhadap penyakit periodontitis. Salah satu dari akibat sering mengkonsumsi makan sirih yaitu merusak jaringan periodontal. Jaringan periodontal merupakan salah satu penyokong utama kesehatan didalam rongga mulut.

2. Faktor sosial ekonomi

Faktor-faktor sosial dan ekonomi seperti lingkungan sosial, tingkat pendapatan, pekerjaan,

dan ketahanan pangan dalam keluarga merupakan faktor yang berpengaruh besar pada penentuan derajat kesehatan seseorang. Dalam masalah gizi buruk misalnya, masyarakat dengan tingkat ekonomi dan berpendapatan rendah biasanya lebih rentan menderita gizi buruk. Hal tersebut bisa terjadi karena orang dengan tingkat ekonomi rendah sulit untuk mendapatkan makanan dengan nilai gizi yang bisa dibayar layak.

Berdasarkan jurnal hasil penelitian ¹⁸¹ Ana Mariza 2015 dengan judul “ Hubungan Pendidikan dan sosial ekonomi dengan kejadian anemia pada ibu hamil di BPS Yohan way halim bandara lampung”. ⁵⁰ Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa, dari 19 responden tingkat Sosial Ekonomi rendah, yang mengalami anemia sebanyak 14 orang (73,7%) sedangkan yang tidak anemia sebanyak 5 orang (26,3%). Dari 11 responden tingkat Sosial ekonomi tinggi, yang mengalami anemia sebanyak 2 orang (18,2%), sedangkan yang tidak anemia ⁵⁰ sebanyak 9 orang (81,8%). Tingkat sosial ekonomi

terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial ibu hamil yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologi yang baik pula. Status gizi pun akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir. (Marni,2011)

3. Faktor Pendidikan atau Pengetahuan

84

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi untuk memiliki kekuatan spritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta penampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan negara. Pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang,

9
maka ia akan semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki (Marwiati., 2008).

Berdasarkan jurnal hasil Sutinah dan Maulani 2017 dengan judul “hubungan Pendidikan, jenis kelamin dan status perkawinan dengan depresi pada lansia”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia mengalami depresi disebabkan oleh faktor demografi (pendidikan, jenis kelamin dan status perkawinan). Sebanyak (68%) lansia berpendidikan rendah, sehingga lansia menganggap bahwa depresi bukan merupakan suatu penyakit sehingga lansia tersebut tidak mencoba mencari tahu tentang depresi dan bagaimana mengatasinya.

4. Faktor Perilaku

94
Perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi individu dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan

(Maulana, 2009). Berdasarkan jurnal hasil penelitian Finda Anesia C.P. dan Hari Basuki Notobroto 2013 dengan judul “faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pranikah remaja yang bertunangan”. Hasil penelitian perilaku seks pranikah yang pernah dilakukan oleh remaja yang bertunangan di Kecamatan Kendit Kabupaten Situbondo yaitu sebanyak 100% pernah berpegangan tangan, 37,5% pernah berpelukan, 37,5% pernah berciuman pipi, 20% pernah berciuman bibir, 17,5% pernah meraba/diraba pada bagian tubuh yang sensitif, 17,5% pernah melakukan petting dan 10% pernah melakukan hubungan seks (intercourse). Perilaku seksual yang dilakukan oleh remaja yang bertunangan di Kecamatan Kendit Kabupaten Situbondo sebagian besar mengarah pada perilaku seks pranikah kategori tidak intim yang meliputi berpegangan tangan dan berpelukan, sedangkan untuk perilaku seks kategori intim jumlahnya tidak terlalu banyak. Ada hubungan yang signifikan antara pendidikan orang tua dengan kontrol orang tua. Ada hubungan yang signifikan antara umur,

pengetahuan, dan sikap dengan perilaku seks pranikah remaja telah bertunangan namun tidak ada pengaruh umur, pengetahuan, dan sikap terhadap perilaku seks pranikah remaja yang telah bertunangan di Kecamatan Kendit Kabupaten Situbondo.

5. Faktor Pelayanan

²⁹ Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga mesti ditingkatkan. Puskesmas sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat sangat besar perannya. sebab di puskesmaslah akan

ditangani masyarakat yang membutuhkan edukasi dan perawatan primer.

Berdasarkan hasil penelitian ¹⁷⁶ Erna Kusumawati dan Setiyowati Rahardjo 2012 dengan judul “ pengaruh pelayanan Kesehatan terhadap gizi buruk anak usia 6-24 bulan”. Hasil analisis regresi logistik ganda ditemukan variabel yang berpengaruh secara bermakna secara multivariat terhadap gizi buruk meliputi infeksi, pola asuh makanan, pendapatan, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor yang paling berpengaruh adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai $p = 0,000$ dan nilai odds ratio (OR) sebesar 12,49. Terdapat pengaruh bermakna antara pemanfaatan pelayanan, penyakit infeksi, pola asuh makan, pendapatan keluarga, pengetahuan, dan pekerjaan ibu terhadap status gizi buruk pada anak 6 – 24 bulan. Tidak ada pengaruh antara pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, pola asuh kesehatan, pola makan, sanitasi lingkungan, dan keterpaparan informasi terhadap status gizi buruk anak 6 – 24 bulan.

IV.EVALUASI

Uraikan konsep determinan sosial, serta faktor-faktor determinan sosial bagi kesehatan serta uraikan juga artikel ilmiah yang mendukungnya!

DAFTAR PUSTAKA

- Ana Mariza 2015. ⁸ Hubungan Pendidikan Dan Sosial Ekonomi Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di BPS T Yohan Way Halim Bandar Lampung Tahun 2015. Jurnal Kesehatan Holistik, Vol 10, No 1, Januari 2016 : 5-8
- Erna Kusumawati, ¹⁴ Setiyowati Rahardjo 2012. Pengaruh Pelayanan Kesehatan terhadap Gizi Buruk Anak Usia 6 _24 Bulan. Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 6, No. 4, Februari 2012
- ¹ Finda Anesia C.P. dan Hari Basuki Notobroto ¹¹⁷ 2013. Faktor yang Memengaruhi Perilaku Seksual Pranikah Remaja yang Bertunangan. Jurnal Biometrika dan Kependudukan, Vol. 2, No. 2 Desember 2013: 140–147

¹ Kementerian Kesehatan RI., 2012. Kualitas Pelayanan Kesehatan ibu di Indonesia. Makalah pada seminar hasil kajian kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Maulana, Heru D.J. 2009. Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC

⁹ Marwiati. (2008). Hubungan Mekanisme Koping Dengan Terjadinya Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Wening Wardoyo Ungaran Kabupaten Semarang.

¹ Marni. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal. Yogyakarta:

⁴¹ Notoatmodjo. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta

Prabamurti, P. N., Purnami, C. T., & Widagdo, L. (2008). Analisis Faktor Resiko Status Kematian Neonatal. Promosi Kesehatan Indonesia, 3.

Sri Wahyuni Ritonga, Nurhamidah, dan Citra Lestari ⁵⁷ 2017. Pengaruh Budaya Makan Sirih Terhadap Penyakit Periodontal Pada Masyarakat Di Desa

Tanjung Medan Kecamatan Bilah Barat Labuhan
Batu. Jurnal B-Dent, Vol 4, No.1, Juni 2017 : 45 –
51

Sutinah dan ¹²⁵ Maulani 2017. Hubungan Pendidikan, Jenis
Kelamin Dan Status Perkawinan Dengan Depresi
Pada Lansia. Journal Endurance 2(2) June 2017
(209-216)

BAB VIII

LITERASI KESEHATAN: TANTANGAN DAN STRATEGI UNTUK KOMUNIKASI EFEKTIF

I. PENDAHULUAN

Literasi Kesehatan di berbagai belahan dunia, termasuk di Indonesia saat ini tumbuh dengan pesat dan menjadi topik pembahasan diskusi berbagai kalangan, tidak hanya di lingkup kalangan pemerintahan dan Perguruan tinggi, tetapi juga di kalangan forum komunitas. Namun literasi kesehatan yang diterapkan khususnya dalam upaya meningkatkan promosi, perilaku kesehatan bagi masyarakat di Indonesia sudah mulai muncul walaupun masih sangat terbatas. Upaya yang sudah dilakukan pemerintah Indonesia dalam meningkatkan literasi kesehatan antara lain dengan menerapkannya dalam upaya Peningkatan Kesehatan (Promotif), Pencegahan penyakit (Preventif), Pengobatan (Kuratif), dan pemulihan Kesehatan (Rehabilitatif) (Fitriyah, 2017; Kementerian Kesehatan RI, 2009).

Literasi Kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam penanggulangan berbagai masalah

kesehatan termasuk penyakit kronis Tuberkulosis Paru (TB Paru). Sementara itu di Indonesia, peranan Literasi Kesehatan dalam penanggulangan penyakit kronis TB Paru masih belum banyak diteliti. Literasi kesehatan tidak hanya mencakup kemampuan untuk memperoleh, memproses dan memahami informasi serta pelayanan yang dibutuhkan dalam pengambilan keputusan kesehatan yang tepat, akan tetapi literasi kesehatan juga merupakan sumber daya penting untuk membentuk perilaku kehidupan sehari-hari yang mendukung kesehatan. Tingkat literasi kesehatan secara langsung maupun tidak langsung tidak hanya berpengaruh terhadap kemampuan untuk berperilaku dan bertindak menurut informasi kesehatan yang diperoleh, melainkan juga untuk lebih mengontrol kesehatan individu, keluarga dan masyarakat. Hal ini karena berbagai masalah kesehatan dan penyakit yang muncul menjadi masalah (World Health Organisation , 2015).

Literasi kesehatan diperlukan ² untuk mengubah perilaku masyarakat dengan menggunakan literasi informasi. Literasi informasi pada dasarnya merupakan

kemampuan seseorang untuk memahami, memanfaatkan, dan mengevaluasi informasi yang dibutuhkan secara efektif. Untuk memiliki kemampuan literasi informasi, seseorang perlu kemampuan mengidentifikasi sumber-sumber informasi yang dapat memenuhi kebutuhan informasi. (American Library Association, 1989). Literasi informasi dilakukan secara selektif berdasarkan informasi yang memiliki tingkat kredibilitas tinggi. Kriteria menentukan informasi yang memiliki kredibilitas tinggi antara lain Akurasi, Autoritas, dan komprehensif. (Rich SY & Danielson, 2007)

Literasi Informasi membentuk pola belajar bagi semua disiplin ilmu, dan semua tingkatan pendidikan. Literasi informasi lebih memberikan arah diri yang lebih baik dalam proses pembelajaran dirinya. Orang yang memiliki literasi diri memiliki ciri yaitu dapat menentukan informasi yang diperlukan, mengakses informasi yang diperlukan secara efektif dan efisien, mengevaluasi informasi dan sumbernya secara kritis agar dapat dipakai dalam pengembangan dasar pengetahuan dan system nilai, memanfaatkan informasi secara efektif

dan efisien untuk melakukan tujuan tertentu, serta memanfaatkan informasi secara bijaksana. Dengan demikian belakangan ini literasi informasi menggabungkan keterampilan kognitif dan teknis dengan etika memahami informasi. (The Association of College and Research Libraries, 2000).

² Literasi kesehatan pada hakikatnya merupakan kemampuan seseorang untuk memperoleh, memproses dan memahami informasi serta kebutuhan akan pelayanan yang dibutuhkan dalam pengambilan keputusan kesehatan yang tepat. Literasi kesehatan mutlak membutuhkan informasi kesehatan. Sedangkan Informasi kesehatan dapat diperoleh dari berbagai sumber informasi seperti media cetak, media massa, media elektronik. Menurut Institute of Medicine (IOM), Literasi kesehatan bermakna tingkatan kemampuan individu untuk memperoleh, memproses dan memahami informasi kesehatan dasar serta pelayanan kesehatan yang ² dibutuhkan untuk pengambilan keputusan tepat dalam penanggulangan masalah kesehatan dan penyakit. (Institute of Medicine, 2004).

The Medical Library Association's (MLA's), mengemukakan bahwa literasi kesehatan sebagai “serangkaian kemampuan yang dibutuhkan untuk mengenal kebutuhan informasi kesehatan, mengidentifikasi sumber informasi, mengakses informasi yang berkualitas dan memanfaatkan informasi yang relevan, menilai serta menerapkan informasi kesehatan yang diperoleh untuk tujuan tertentu, menganalisis memahami bahkan memanfaatkan informasi kesehatan untuk mencapai kesehatan yang memadai. Oleh karena itu, secara singkat dapat dikatakan bahwa literasi kesehatan adalah berkenaan dengan klien atau pelanggan agar memahami informasi kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan agar dapat menentukan pilihan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan secara tepat (Medical Library Association. 2010).

Salah satu strategi pokok agar memahami informasi kesehatan yang baik adalah melalui literasi kesehatan. Strategi ini sangat bermanfaat untuk mewujudkan peningkatan kesadaran masyarakat dalam

memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Pilihan penderita penyakit untuk mendapatkan akses pada pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam proses pengambilan keputusan (Medical Library Association, 2010) Penerapan literasi kesehatan telah berkembang jauh lebih maju, melibatkan banyak disiplin ilmu tidak hanya pustakawan, melainkan juga pakar kesehatan sehingga literasi kesehatan dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari guna meningkatkan kesadaran masyarakat, akses serta pemanfaatan informasi kesehatan yang berkualitas, bahkan terbukti literasi kesehatan berhasil meningkatkan outcome kesehatan masyarakat antara lain berupa kesembuhan dari berbagai penyakit (US Preventive Services Task Force, 2009).

Literasi kesehatan pada dasarnya merupakan fenomena yang kompleks yang melibatkan banyak hal seperti individu, keluarga, masyarakat dan system. Aspek yang berada dalam system literasi kesehatan yaitu pasien, serta orang yang memerlukan perawatan lainnya. Namun factor yang mempengaruhinya dapat berbeda-

beda yang mencakup akses, keterampilan, pengetahuan, ketidak mampuan, gambaran pemberi pelayanan kesehatan dan system kesehatan yang dijalankan. Faktor lainnya yang memiliki kesesuaian adalah seperti perbedaan usia, budaya, bahasa atau pendidikan yang mempengaruhi tingkat keyakinan, pengetahuan, serta komunikasi. (Mayagah Kanj and Wayne Mitic, 2009) Literasi kesehatan memiliki peranan yang penting dan strategis dalam pembangunan kesehatan. Literasi kesehatan juga memiliki hubungan yang erat dengan tingkat kematian. Semakin tinggi tingkat literasi kesehatan suatu masyarakat, semakin rendah tingkat kematian akibat penyakit. Hal ini karena jika masyarakat tidak memahami informasi kesehatan, maka berakibat tidak akan mampu menjaga kesehatannya secara memadai. Penderita penyakit kronis di berbagai belahan dunia mencakup hampir separuh (47%) dari seluruh tingkat kesakitan yang ada (World Health Organisation, 2015).

Seseorang yang memiliki literasi kesehatan rendah, maka memiliki derajat kesehatan yang rendah

pula. Rendahnya literasi kesehatan berakibat terhadap kecenderungan kesalahan pengobatan karena kurang memahami informasi kesehatan. Demikian pula rendahnya literasi kesehatan berakibat pula pada rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pencegahan termasuk kurangnya perawatan. Bahkan semakin rendah keterampilan literasi kesehatan seringkali menyebabkan pengambilan keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan menjadi lebih lama. (Mayagah Kanj and Wayne Mitic, 2009).

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat literasi kesehatan. Beberapa diantaranya adalah tingkat pendidikan, kemampuan individu, usia, jenis kelamin, budaya dan bahasa, kondisi tempat tinggal dan tempat kerja, serta pertumbuhan dan perkembangan di masa anak-anak. Untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki tingkat literasi kesehatan tinggi membutuhkan masyarakat yang memiliki tingkat literasi memadai, petugas kesehatan pengambil keputusan dengan tingkat literasi yang memadai. Dengan demikian agar mencapai

kesehatan masyarakat yang baik tentu tidak hanya ditentukan oleh sistem kesehatan. Tetapi perlu pula perubahan kultur dan pendidikan di masyarakat. Secara keseluruhan dapat digambarkan bahwa terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat yaitu faktor yang berpengaruh langsung dan faktor yang berpengaruh tidak langsung. Faktor yang berpengaruh langsung adalah pengobatan yang dilakukan, tingkat kepatuhan dalam menjalani pengobatan dan pola hidup yang memperhatikan kesehatan. Faktor kedua adalah faktor tidak langsung yang mencakup seperti pemanfaatan pelayanan kesehatan, gaya hidup, pendapatan, lingkungan sekitar. (Mayagah Kanj and Wayne Mitic, 2009).

II. TUJUAN

1. Untuk mengetahui tantangan dalam literasi kesehatan dalam komunikasi efektif
2. Untuk mengetahui strategi literasi kesehatan dalam komunikasi efektif

III. MATERI INTI

A. Pengertian Literasi Kesehatan

Terdapat beberapa pengertian tentang literasi kesehatan diantaranya menurut AMA² Menurut the American Medical Association's (AMA) Literasi kesehatan adalah *“the constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health care environment,” including “the ability to read and comprehend prescription bottles, appointment slips, and other essential health-related materials”* (American Medical Association's,1999). Pengertian menurut AMA di atas mengungkapkan literasi kesehatan sebagai konstelasi keterampilan meliputi kapasitas menampilkan kefasihan membaca dasar dan pemahaman numerik untuk memahami lingkungan pelayanan kesehatan yang meliputi kapasitas membaca dan memahami resep obat, keterangan² kunjungan, serta bahan materi kesehatan lainnya. (American Medical Association,1999).

Definisi lain menurut Ratzan and Parker yang dipresentasikan oleh National Library of Medicine, dan dipublikasi dalam laporan Institute of Medicine of the National Academies yaitu *“The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions”*. (Ratzan and Parker, 2000).

Ratzan and Parker dalam *Jurnal of Health Care for the Poor and Underserve* 17 (2006) lebih tegas menyatakan bahwa Literas kesehatan didefinisikan sebagai kemampuan untuk membaca, memahami dan melakukan tindakan berdasarkan informasi kesehatan yang diperoleh. Literasi kesehatan dikatakan *“the ability to read, understand and act on health information.”* (Ratzan and Parker, 2006).

² Literasi kesehatan menurut AMA di atas, yang menyatakan bahwa literasi kesehatan adalah tingkatan kapasitas individu untuk memperoleh, memproses, serta memahami informasi kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan tindakan yang tepat. Definisi

ini menempatkan literasi kesehatan sebagai serangkaian kapasitas individu yang memberi ruang kepada individu untuk memperoleh dan memanfaatkan informasi baru (Baker DW,2000). Kapasitas ini stabil dari waktu ke waktu, walaupun setiap individu dapat menunjukkan perubahan perkembangan seiring dengan keikutsertaannya dalam program pendidikan atau bahkan dapat pula menurun seiring dengan bertambahnya usia atau kondisi yang mengganggu fungsi kognitif. (Ratzan and Parker ,2000).

Literasi Kesehatan merupakan fungsi perpaduan faktor individu dan sosial. Kapasitas individu memberikan sumbangan besar bagi literasi kesehatan. Istilah kapasitas bermakna potensi internal individu sekaligus keterampilannya. Kapasitas literasi kesehatan individu dimediasi oleh pendidikan. Sedangkan Literasi kesehatan dipengaruhi oleh kultur, bahasa, dan karakteristik yang berhubungan dengan kesehatan. Faktor yang juga memegang peranan penting dalam literasi kesehatan adalah keterampilan berkomunikasi antar individu tentang kesehatan. Peranan media, dan lembaga pemerintah dalam memberikan informasi yang

tepat sasaran juga sangat menentukan. Dengan demikian, literasi kesehatan mencakup berbagai faktor individu dan sosial meliputi komponen pengetahuan kultural dan konseptual, keterampilan mendengarkan, berbicara, pengenalan numerik, menulis, dan membaca. Sementara itu, penelitian yang telah dilakukan di berbagai belahan dunia hanya mengukur literasi kesehatan terutama berdasarkan keterampilan membaca individu (Institute of Medicine, 2004).

² Literasi kesehatan merupakan hal yang mendasari kualitas pelayanan kesehatan. Misalnya, pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien, serta penerapan pengobatan rasional suatu penyakit. Hal-hal baru juga dapat menambah beban pelayanan kesehatan yang diakibatkan oleh rendahnya literasi kesehatan. Sebagai contohnya adalah permintaan pelayanan penyakit kronis, penggunaan teknologi baru, dan penerapan kebijakan baru. Berbagai intervensi dan pendekatan telah diterapkan secara luas di berbagai negara dalam beragam sistem pelayanan kesehatan, organisasi profesional, institusi pendidikan, serta kelompok

komunitas dan advokasi. (Institute of Medicine, 2004)
Para ahli lain berpendapat bahwa jika literasi kesehatan merupakan kapasitas untuk memfungsikan lingkungan pelayanan kesehatan, maka hal ini tidak hanya bergantung pada karakteristik individu, tetapi juga bergantung pada sistem pelayanan kesehatan. Berdasarkan pandangan ini, literasi kesehatan merupakan keadaan yang dinamis pada individu selama dalam masa perawatan kesehatan berlangsung. Literasi kesehatan individu dapat berbeda-beda menurut kondisi masalah kesehatan yang ditangani, petugas pelayanan kesehatan, dan sistem penyelenggaraan kesehatan. (American College of Physicians, 2006).

² Menurut Laporan *Healthy People 2010, Health and Human Services* mengidentifikasi literasi kesehatan antara lain sebagai komponen penting komunikasi kesehatan (HHS, 2000). Sementara Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) memasukan literasi kesehatan sebagai faktor penting dalam promosi kesehatan (WHO,2000), sedangkan *United State Agency for International Development (USAID)*

menganggap literasi kesehatan sebagai penyumbang penting menuju masyarakat yang lebih sehat (USAID, 2001). Literasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan, hak dan tanggung jawab pasien, akses informasi dan pelayanan kesehatan. Makin tinggi literasi kesehatan terbukti peningkatan outcome kesehatan juga makin besar (Institute of Medicine, 2003).

Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa individu yang memiliki literasi rendah berasal dari berbagai tempat dan kalangan. Masalah rendahnya literasi kesehatan sering nampak lebih besar pada orang dewasa dengan usia lebih tua, dan pendidikan lebih rendah (beer et al, 2003). Keterbatasan literasi kesehatan adalah berakumulasi. Belakangan ini literasi kesehatan diukur dengan pengetahuan kesehatan, perilaku kesehatan, dan outcome kesehatan. Pasien yang memiliki keterbatasan literasi kesehatan dan menderita penyakit kronis ternyata memiliki pengetahuan yang lebih rendah tentang manajemen penyakit dari pada mereka yang memiliki literasi kesehatan lebih tinggi (Kalichaman et. Al, 2000). Bukti

penelitian lain menunjukkan bahwa pasien dengan literasi kesehatan yang rendah memiliki kemampuan lebih rendah untuk berbagi dalam pengambilan keputusan pengobatan penyakit kanker prostat (kim et al., 2001). Demikian pula pelaporan status kesehatan pasien terbukti lebih rendah ditunjukkan pula pada kalangan dengan literasi kesehatan rendah. (Arnold et al., 2001).

Penelitian juga mengungkapkan bahwa rasa malu dan stikma akibat penyakit tertentu berhubungan dengan rendahnya literasi. Hal ini disadari menjadi hambatan utama dalam upaya meningkatkan literasi kesehatan. Orang dewasa dengan literasi kesehatan yang rendah, cenderung memiliki pengetahuan kurang mengenai manajemen penyakit dan mengenai perilaku peningkatan kesehatan (health promotion), kurang memiliki kesadaran untuk melaporkan status kesehatannya serta cenderung kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan. (Institute of Medicine, 2004). Literasi kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan, hak dan tanggung jawab pasien, dan akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan. Makin

tinggi literasi kesehatan peningkatan outcome kesehatan juga makin besar (Institute of Medicine, 2003).

B. Tantangan Literasi Kesehatan

Keadaan seperti sekarang menunjukkan bahwa terpaan informasi kesehatan sangat besar karena akses yang sangat mudah, ketidakterbatasan informasi, dan ketersediaan media. Informasi kesehatan menjadi tidak efektif apabila penerima pesan tidak memiliki level literasi kesehatan yang cukup untuk mengakses informasi, memahami apa yang dikomunikasikan melalui pesan kesehatan tersebut, dan bagaimana mereka mengaplikasikannya ke dalam kehidupan mereka. Kurangnya skill literasi menyebabkan inequality dan sering digunakan oleh mereka yang memiliki power untuk mempertahankan status dan posisi. Pengertian lain dari literasi adalah terkait dengan problem solving & reasoning, read write and speak in English.

Pada tahun 1990, seorang profesional kesehatan mendefinisikan bentuk baru dari literasi kesehatan yang memiliki efek besar terhadap kesehatan masyarakat.

Kemudian ada definisi lain yang mengartikan literasi kesehatan sebagai kemampuan pasien membaca treatment/ instruksi, materi kesehatan, maupun pengaplikasian asuransi. *World Health Organization* mendefinisikan literasi kesehatan sebagai skill kognitif dan sosial yang menentukan motivasi maupun kemampuan individu untuk memperluas akses, memahami, dan menggunakan informasi yang didapatkan serta mendukung untuk maintain kesehatan. Dalam perkembangannya, pengertian tersebut tidak lagi terbatas pada individu terhadap individu, namun juga individu terhadap komunitas.

Selain itu, literasi media juga berperan penting dalam literasi kesehatan karena informasi kesehatan disampaikan melalui banyak media/ saluran yang berbeda. Literasi media diartikan sebagai kemampuan mengakses, menganalisis, mengevaluasi dan memproduksi komunikasi dalam bentuk media yang bervariasi. Orang-orang dengan tingkat literasi media yang rendah menjadi tidak maksimal dalam menahan pesan2 kesehatan yang tidak akurat-- mendorong mereka

untuk mudah percaya dan mengadopsi perilaku yang tidak sehat. Sedangkan mereka dengan tingkat literasi tinggi akan lebih kritis untuk memproses informasi, menguji validitas pesan yang disampaikan di media.

² Literasi informasi kesehatan atau dapat disebut dengan literasi kesehatan ini menggambarkan berbagai tingkatan yang ada didalamnya serta memiliki peran penting dalam pemberdayaan masyarakat. Pertama, tingkatan dasar literasi kesehatan ini berupa kemampuan dasar untuk membaca dan memahami bahan penting untuk kesehatan yang akan diperlukannya, seperti membaca resep, label obat maupun petunjuk perawatan kesehatan. Kedua, tingkatan menengah dimana individu sudah memiliki pengetahuan dari tingkatan pertama yang akan dikaitkan dengan informasi yang ada dilingkungan. Kemudian ketiga, tingkatan tinggi yang merupakan perpaduan dari kedua tingkatan dasar dan menengah yang dapat mencerminkan kemampuan yang dimiliki individu dalam menganalisis berbagai informasi yang ada dan untuk selanjutnya dapat mempublikasikan informasi yang telah diperolehnya untuk orang lain

supaya dapat menambah informasi terutama dalam bidang kesehatan (Ramadhan, 2017).

Pada sistem pelayanan kesehatan yang terjadi saat ini, masih ada beberapa masyarakat dengan tingkat literasi kesehatan rendah akan menghadapi lebih banyak tantangan dalam mengakses dan mempergunakan pelayanan kesehatan. Terdapat kerumitan dikarenakan adanya masyarakat yang masih tidak mampu mengisi formulir – formulir yang diperlukan dalam mekanisme kesehatan, seperti formulir asuransi dan resep obat. Mereka dapat mendatangi dokumen formulir tersebut akan tetapi dalam hal sebenarnya belum bahkan tidak mengerti isi dari dokumen itu, dan juga masih ada masyarakat yang salah mengikuti petunjuk yang sudah tertera pada resep obat maupun kemasan, sehingga mereka langsung mengonsumsi obat dengan cara, jumlah dan waktu yang tidak tepat tanpa memahami ataupun bertanya dulu mengenai apa saja obat yang akan dikonsumsi. Jika masyarakat dengan tingkat literasi yang rendah mungkin tidak dapat mengetahui kapan harus datang kembali untuk pemeriksaan selanjutnya

(Santosa, 2012). Seseorang yang rendah tentunya lebih buruk dalam menangani masalah penyakit (Ramadhan, 2017)

C. *The Impact Of Low Health Literacy (LHL)*

Meningkatkan rasa malu, mengurangi level pengetahuan kesehatan, komunikasi pasien yang buruk, perilaku kesehatan yang buruk, budget besar.

1. *Shame, Stigma, Denial*: Orang dengan LHL malu dengan keadaan mereka, tidak mau mengakui dan berusaha untuk menyembunyikannya. Mereka juga malu untuk mengakui bahwa mereka mengalami LHL bahkan kepada pasangan maupun anak2nya. LHL menyebabkan ketakutan, rasa malu, kurangnya rasa percaya diri, dan selalu merasa minder. Konsekuensinya adalah orang2 dengan LHL akan menghindari berurusan dengan sistem perawatan kesehatan agar tidak ketahuan bahwa mereka LHL. Orang-orang dengan LHL memiliki pemikiran bahwa "*THEY MIGHT THINK IM A BAD PERSON*" apabila mereka mengakui kondisi kesehatan maupun LHL mereka. Beberapa

2. *Poor Patient/ Provider Communication:* Orang dengan LHL kurang mampu untuk menjelaskan kondisi mereka thd tenaga medis dibandingkan dengan orang dengan *High Health Literacy* (HHL). Kegagalan ini disebabkan karena orang dengan LHL merasa tidak pasti dan tidak aware terhadap jumlah informasi yang seharusnya mereka berikan atau bahkan mereka tidak menyadari perlunya untuk terbuka atas informasi² tertentu. Konsekuensinya adalah orang-orang dengan LHL beresiko untuk didiagnosa secara tidak tepat. Orang-orang dengan LHL tidak aware terhadap tanda-tanda tubuh yang menunjukkan adanya gejala penyakit tertentu.
3. *Limited Knowledge and Understanding:* Meningkatkan persepsi yang salah tentang kesehatan dan obat²an. Tidak percaya treatment.
4. *Unhealthy Behaviors and Poor Treatment Adherence* (Ketaatan)
5. *Adverse Health Outcomes:* Alasan diatas mengantarkan pada fakta bahwa semua akibat diatas menyebabkan perilaku yg tidak sehat, kerentanan thd penyakit, dan hasil kesehatan yang buruk.

Peningkatan Biaya Perawatan Kesehatan dan Tingkat Rawat Inap

Meskipun orang dengan tingkat melek kesehatan yang rendah mungkin secara pribadi mengalami dampak buruk dari situasi mereka, namun masyarakat lainlah yang menanggung sebagian besar beban finansial untuk peningkatan biaya merawat orang dengan tingkat melek kesehatan yang rendah. Kelebihan biaya yang disebabkan oleh orang dengan tingkat melek kesehatan yang rendah diperkirakan mencapai \$ 8 sampai \$ 15 miliar per tahun untuk biaya rumah sakit dan \$ 130 sampai \$ 173 miliar untuk semua biaya langsung dan tidak langsung (Allen, 2000). Perkiraan lain oleh National Academy on Aging Society menunjukkan bahwa antara \$ 35 dan \$ 73 miliar "terbuang" setiap tahun karena melek kesehatan yang rendah (Kilker, 2000).

D. Literasi Kesehatan Melalui Komunikasi Kesehatan

Orang dengan tingkat melek kesehatan yang rendah mungkin lebih membutuhkan promosi kesehatan dan upaya pencegahan penyakit yang diakibatkan oleh

tingkat kelangkaan yang lebih tinggi, karena penyakit ini dapat memberikan kontribusi terhadap persepsi rasa malu dan stigma, komunikasi pasien / pemberi layanan yang buruk, pengetahuan kesehatan yang terbatas, dan hasil kesehatan yang buruk. Sayangnya, sangat menantang untuk mengelola intervensi komunikasi kesehatan dengan orang-orang yang memiliki keaksaraan kesehatan rendah karena kemampuan membaca mereka yang terbatas membuat mereka sulit mengakses, memahami, dan menerapkan banyak pesan komunikasi kesehatan. Oleh karena itu, karakteristik literasi, kebutuhan, dan hambatan literatur sasaran harus dipertimbangkan saat mengembangkan, menerapkan, dan mengevaluasi program komunikasi kesehatan jika program ini berhasil.

Salah satu strategi untuk meningkatkan literasi kesehatan yaitu dengan memahami Audiens. Audiens dengan segmentasi LHL akan lebih mudah dicapai dengan saluran interpersonal dan multimedia daripada media cetak. Profesional di bidang kesehatan juga harus lebih concern terhadap audiens dengan stigma dan

denial. Orang2 tsb harus diyakinkan bahwa keterbukaan terhadap kondisi kesehatan merupakan hal yang penting untuk mencegah terjadinya kondisi kesehatan yang lebih buruk lagi dan segalanya akan lebih mudah apabila pasien tidak denial terhadap keadaan dirinya. Budaya juga menjadi salah satu hal yang mempengaruhi bagaimana seseorang memproses pesan kesehatan dan bagaimana penerapannya dlm kehidupan mereka.

E. Isu-Isu Literasi Kesehatan

1. Literasi Kesehatan Mental

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Syafitri & Wijayanti (2017) dengan judul artikel “Pentingnya Literasi Kesehatan Mental Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Masyarakat *Importance Of Mental Health Literacy As The Effort To Improve Society ' S Life Quality Importance Of Mental Health Literacy As The Effort To Improve Society' S Life*” menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum mengetahui apa itu kesehatan mental dan gangguan-gangguannya, serta tidak mengetahui di mana dapat menemukan pelayanan

kesehatan mental di daerahnya. Sehingga, diperlukan upaya lebih untuk meningkatkan literasi kesehatan mental masyarakat sebagai tindakan prevensi, kurasi, dan rehabilitasi permasalahan kesehatan mental.

Permasalahan kesehatan mental masih menjadi perhatian utama di Indonesia. Masih banyaknya Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) mendapat perlakuan buruk dari lingkungan sekitar serta stigma negatif tentang ODGJ yang menimbulkan diskriminasi dan isolasi. Selain permasalahan stigma terhadap ODGJ, stigma negatif terhadap pelayanan psikologi juga masih cenderung kuat pada masyarakat. Hal ini membuat masyarakat enggan menemui psikolog atau psikiater untuk meminta bantuan karena takut dianggap gila atau tidak waras.

Diberbagai belahan dunia, literasi kesehatan mental masih menjadi salah satu masalah dan menjadi penghalang seseorang untuk mencari pertolongan psikologis. Penghalang tersebut dapat

terjadi karena perbedaan budaya dan cara berkomunikasi antara seorang yang mengalami gangguan mental dengan tenaga profesional. Penggunaan istilah untuk mengungkapkan gangguan mental dapat menjadi berbeda pada daerah tertentu, sehingga ketika dalam proses pencarian solusinya tenaga profesional pun kurang memahami akar permasalahannya. Hal ini karena budaya mempengaruhi persepsi seseorang dalam mengekspresikan pengalaman, serta memunculkan dan mereduksi stigma (Jorm, 2011).

Selanjutnya, seseorang akan memiliki kemampuan yang buruk dalam mengenali gejala (literasi kesehatan mental rendah), dan kecenderungan untuk bergantung pada diri sendiri, bahkan dapat menjadi kurang percaya terhadap tenaga profesional seperti psikolog ataupun psikiater (Fisher & Goldney, 2003). Lebih lanjut (Lawlor et al., 2008) juga menyatakan bahwa untuk meningkatkan intervensi awal terhadap gangguan mental, deteksi awal terhadap gangguan, dan ini

hanya dapat difasilitasi oleh literasi kesehatan mental.

2. Literasi Kesehatan Pencegahan HIV/AIDS

Berdasarkan penelitian Kesumawati, Ibrahim, & Witdiawati (2019) dengan judul artikel “Literasi Kesehatan Orang dengan HIV / AIDS” menunjukkan hasil bahwa ODHA yang melakukan pengobatan ARV memiliki literasi rendah (56.7%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki literasi tinggi (43.3%). Keempat komponen literasi kesehatan yang rendah di Poliklinik Dahlia dikarenakan responden masih kesulitan dalam menilai informasi (63.3%) dan menerapkan informasi kesehatan (61.7%). Perlunya bagi petugas kesehatan memberikan informasi secara jelas, sederhana dan menyediakan sarana dan prasarana bagi ODHA untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatannya.

HIV/AIDS merupakan salah satu penyakit menular yang masih sering terjadi di seluruh dunia termasuk Indonesia, dengan dampak yang besar hingga

kematian. ODHA dianggap berbahaya dan sering dikucilkan. Munculnya berbagai masalah yang diderita oleh orang dengan HIV/AIDS mereka membutuhkan informasi sebagai bagian dari ketentuan kehidupannya, mendukung aktivitasnya, dan pemenuhan bagi kebutuhannya. Pengetahuan terus bertambah akibat rasa ingin tahu individu yang tinggi (Saepudin, 2013).

Informasi merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh setiap individu, seseorang tersebut dikatakan mampu mencari informasi apabila ia bisa mendapatkan informasinya secara benar. Septiyantono (2017) mengemukakan bahwa literasi informasi merupakan kemampuan individu dalam mencari dan menemukan hasil informasinya sesuai yang ia butuhkan, serta menggunakan informasinya untuk memecahkan masalah. Informasi yang didapat bisa diperoleh dari media massa, media cetak maupun media elektronik sesuai dengan topik dan kebutuhannya, selain itu juga karena banyaknya informasi yang didapat dari berbagai sumber, seseorang itu pun harus mampu memilih sumber-sumber informasi yang tepat untuk dirinya,

maka tujuan dari literasi kesehatan ini merupakan bagaimana seseorang/individu dapat memilih informasi yang benar dan tepat mengenai penyakitnya, serta menggunakan informasi tersebut dan menentukan keputusan yang baik untuk dirinya.

3. ² Literasi Kesehatan pada Keluarga Penderita Penyakit Diabetes Mellitus

Penelitian yang dilakukan Shandy Rahma Ramadhan (2017) dengan judul artikel “Tingkat Literasi Kesehatan Pada Keluarga Penderita Penyakit Diabetes Mellitus Di Rsud Dr. M. Soewandhie Surabaya” dengan hasil ² tingkat literasi kesehatan pada keluarga penderita penyakit diabetes mellitus di RSUD Dr. M Soewandhie terdapat pada posisi tingkat literasi kesehatan interaktif dengan prosentase 86,5% (77 Responden).

Pada penelitian ini terdapat beberapa tingkatan literasi kesehatan, yaitu:

- a) ² Tingkat Literasi Kesehatan Fungsional (*Level Functional Health Literacy*)

- 1) Permasalahan Awal : Pertama yaitu pengetahuan dan pemahaman terlebih dahulu mengenai pengertian penyakit diabetes mellitus. Permasalahan awal kedua dan ketiga yaitu, mengenai pernyataan penyakit diabetes mellitus bersifat tidak menular dan disebabkan oleh pola makan yang tidak sehat sekaligus mengatur pola makan memperkecil terkena komplikasi penyakit diabetes mellitus.
 - 2) Reaksi Terhadap Permasalahan
 - 3) Jenis Tindakan Awal Terhadap Permasalahan
 - 4) Membaca Resep Obat
 - 5) Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Dasar
- b) Tingkat Literasi Kesehatan Interaktif (*Level of Interactive Health Literacy*)
- 1) Pemilihan Jenis Sumber Informasi
 - 2) Reaksi Terhadap Permasalahan
 - 3) Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Lanjut
 - 4) Memahami Resep Obat
- c) Tingkat Literasi Kesehatan Kritis (*Level of Critical Health Literacy*)
- 1) Cara Mengumpulkan Informasi

- 2) Menilai Sumber Informasi
- 3) Mengkritisi Pencegahan Penyakit
- 4) Menguasai Resep Obat
- 5) Kolaborasi dengan Pelayanan Kesehatan
- 6) Mengkomunikasikan Informasi Kesehatan
- 7) Implementasi Resep Obat

Dapat disimpulkan bahwa literasi kesehatan keluarga penderita penyakit diabetes mellitus bahwa mereka mengembangkan keterampilan dan kemampuan yang dimiliki secara pribadi dalam lingkungannya dengan berbagai cara yaitu dapat menentukan pemilihan jenis sumber informasi, reaksi terhadap permasalahan, memanfaatkan pelayanan kesehatan lanjut dan dapat memahami resep atau label obat dari tenaga kesehatan

IV. EVALUASI

1. Uraikan tantangan dan strategi literasi kesehatan
2. Uraikan isu-isu literasi kesehatan berdasarkan analisis artikel yang mendukung

DAFTAR PUSTAKA

² American Library Association (1989). Presidential Committee on Information Literacy. Final report. Chicago: American Library Association

American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of the American Medical Association*. 281(6): 552–557

American College of Physicians. (2006) Downloadable Patient Health Care Information.

² Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, Jackson RH, Nandy I, London S. 2001. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Preventive Medicine*. 32(4): 313–320

² Beers BB, McDonald VJ, Quistberg DA, Ravenell KL, Asch DA, Shea JA. 2003. Disparities in health literacy between African American and non-African American primary care patients. Abstract. *Journal of General Internal Medicine*. P.18

9
Fisher, L. J., & Goldney, R. D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 33–40.

2
HHS (U.S. Department of Health and Human Services). 2000. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services

164
Institute of Medicine (IOM). (2003). *Priority Areas for National Action: Transforming*

2
Institute of Medicine (IOM), (2004) *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press p.32-37

9
Jorm, A. F. (2011). *Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health*. *American Psychologist*, 1-13.

2
Kalichman SC, Rompa D.(2000). Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV-AIDS. *Journal of Acquired*

Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology. 25(4): 337–344.

Kementerian Kesehatan RI, (2009). Undang-undang no 36 tahun 2009. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI, (2009). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta. p 47- 49

⁵¹ Kesumawati, R., Ibrahim, K., & Witdiawati, W. (2019). Literasi Kesehatan Orang dengan HIV / AIDS. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 5(1), 77–88.
⁵¹ <https://doi.org/10.17509/jpki.v5i1.15533>

² Kim SP, Knight SJ, Tomoro C, Colella KM, Schoor RA, Shih L, Kuzel TM, Nadler RB, Bennet CL. (2001). Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. *Cancer investigation*. 19(7) : 684-691

Kompas. Com, 2020, Mengakses Memahami Dan Mengaplikasikan Pesan Komunikasi: Tantangan Dalam Literasi Kesehatan Diakses Pada 13 Mei 2020

<https://www.kompasiana.com/judithbrenda/5a0562398325cc0f16483ca2/Tantangan-Dalam-Literasi-Kesehatan-The-Challenge-Of-Health-Literacy>

9
Lawlor, E., Breslin, J. G., Renwick, L., Foley, S., Mulkerrin, U., Kinsella, A., ... Callaghan, E. O. (2008). Original Article Mental health literacy among Internet users, 247–255. <http://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00085.x>

2
Mayagah Kanj and Wayne Mitic, (2009), Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, Nairobi Kenya, p 9 – 46

2
Medical Library Association. Health information literacy: definitions Chicago, IL: The Association

81
Ramadhan, S. R. (2017). Tingkat Literasi Kesehatan Pada Keluarga Penderita Penyakit Diabetes Mellitus Di Rsd Dr. M. Soewandhie Surabaya. *Doctoral Dissertation, Universitas Airlangga.*

2
Ratzan SC, Parker RM. 2000. Introduction. In: National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, Parker RM,

Editors. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Rich, S.Y., & Danielson, D.R. (2007). Credibility: A multidisciplinary framework. *Annual Review of Information Science and Technology*, p 307–364.

51
Saepudin, E. (2013). Literasi Informasi Kesehatan Lingkungan Pada Masyarakat Pedesaan: Studi Deskriptif Di Desa NAgrog Kecamatan Cicalengka, *Jurnal Kajian Informasi & Perpustakaan*, 2013, 1.1:81-90

Santosa, Karina Samaria. (2012). Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga. Jakarta : Universitas Indonesia Kiara.

51
Septiyanto, T. (2017) Materi pokok Literasi In- formasi. (cetakan kelima edisi 1) Tang- gerang Selatan: Universitas Terbuka

136
Syafitri, D. U., & Wijayanti, N. (2017). Pentingnya Literasi Kesehatan Mental Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas

Hidup Masyarakat Importance Of Mental Health Literacy As The Effort To Improve Society ' S Life Quality Importance Of Mental Health Literacy As The Effort To Improve Society ' S Life. *Semnas Bappeda Provinsi Jawa Tengah 2017*, (July).

² The Association of College and Research Libraries (2000). Information literacy competency standards for higher education. Chicago, IL: The Association of College and Research Libraries. From <http://www.ala.org/ala/mgrps/divs/acrl/standards/standards.pdf>.

² U.S. Agency for International Development. (2001). DRAFT “Communication activity authorization document.”

² US Preventive Services Task Force. (2009). Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. [cited 25 Des 2016].

² World Health Organisation. (2015). *Global Tuberculosis Report*. 20th France. p15. edition.

World Health Organisation, (2015), The Paradigm Shift 2016-2020, Global Plan to End TB, Switzerland, p 74- 76

BAB IX
PERENCANAAN PROGRAM UNTUK PERUBAHAN
PERILAKU KESEHATAN

19
I. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang-orang terwujud derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat maka diselenggarakan upaya kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang diselenggarakan secara berkesinambungan. (Depkes RI, 2004).

² Green (dalam Mubarak, dkk., 2007) menjelaskan bahwa derajat kesehatan dipengaruhi oleh faktor perilaku dan non perilaku. Faktor perilaku antara lain adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, adat istiadat atau tradisi. Sedangkan faktor non perilaku berupa ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan yang mendukung terbentuknya perilaku.

Perilaku merupakan suatu hal yang sulit untuk diubah, tapi tidak mungkin tidak dapat diubah.

Begitupun perilaku kesehatan, berbagai program kesehatan dilaksanakan dengan menggunakan teknik perubahan perilaku masyarakat dengan harapan keberhasilan program akan terus meningkat sehingga derajat kesehatan masyarakat pun meningkat. Akan tetapi, mengubah perilaku memang bukan hal yang mudah, diperlukan waktu yang panjang bahkan dana yang cukup besar untuk mengubah perilaku masyarakat agar menjadi perilaku yang sehat.

Perubahan perilaku kesehatan diharapkan akan menjadi perilaku yang menetap atau menjadi kebiasaan di masyarakat. Oleh karena itu, sebagaimana program kesehatan yang lain, perubahan perilaku kesehatan juga melalui siklus yang terjadi pada semua manajemen program, yaitu (1) perencanaan; (2) implementasi atau pelaksanaan; (3) evaluasi.



Gambar 5. Siklus Manajemen

Berdasarkan gambar 1 di atas, perencanaan merupakan suatu proses yang penting dalam sebuah perubahan perilaku kesehatan. Perencanaan merupakan suatu proses yang berkelanjutan pada setiap manajemen program dan sangat menentukan keberhasilan suatu program. Perencanaan yang disusun dengan baik dan matang akan menghasilkan implementasi atau pelaksanaan program yang jelas dan terukur.

Pada saat membuat perencanaan suatu program kesehatan, pihak perencana, dalam hal ini individu atau institusi harus memperhatikan beberapa hal, antara lain partisipasi yang penting dari para pemegang kunci kebijakan, waktu pelaksanaan program, sumber dana dan

sumber daya lainnya, pengumpulan dan interpretasi data, dan pengambilan keputusan. Hasil penelitian Sulaeman dan Murti (2015) menunjukkan bahwa proses perencanaan program kesehatan yang sistematis mampu menyesuaikan dengan perubahan keadaan atau kondisi masyarakat, mampu mengikutsertakan masyarakat dalam program, dan dapat menghasilkan keluaran yang efektif dan berkelanjutan.

Proses perencanaan, khususnya penentuan prioritas masalah, merupakan hal yang penting dalam menyusun suatu program kesehatan karena proses ini juga berhubungan dengan penentuan alokasi anggaran kegiatan (Yoku, Pasinringi, dan Abdullah). Berdasarkan paparan diatas, maka penulis bermaksud untuk menyusun suatu kajian yang menjelaskan mengenai perencanaan program untuk perubahan perilaku kesehatan.

II. TUJUAN

Tujuan penyusunan kajian ini adalah sebagai berikut.

1. Mengetahui apa yang dimaksud dengan perencanaan program

2. Mengetahui apayang dimaksud dengan perilaku kesehatan
3. Mengetahui apa yang dimaksud dengan perubahan perilaku kesehatan dan teori-teori perubahan perilaku kesehatan
4. Mengetahui bagaimana proses perencanaan program untuk perubahan perilaku kesehatan

III.MATERI INTI

A. Perencanaan Program

Perencanaan adalah suatu proses kerja yang terus menerus yang meliputi pengambilan keputusan yang bersifat pokok dan penting yang akan dilaksanakan secara sistematis, melakukan perkiraan-perkiraan dengan menggunakan segala pengetahuan yang ada tentang masa depan, mengorganisir secara sistematis upaya yang dipandang perlu dalam melaksanakan keputusan yang telah ditetapkan dan kemudian mengukur keberhasilan dari pelaksanaan keputusan tersebut dengan membandingkan hasil yang dicapai terhadap target yang sudah ditetapkan melalui pemanfaatan umpan balik yang telah diterima

dan yang telah disusun secara teratur dan baik (Drucker).

Perencanaan yang merupakan bagian dari manajemen merupakan suatu proses penyusunan yang sistematis mengenai kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan dapat pula diartikan sebagai cara bagaimana mencapai tujuan sebaik-baiknya dengan sumber daya yang ada supaya lebih efisien dengan memperhatikan lingkungan sosial budaya, fisik, dan biologis (Litbangkes Depkes RI, 2002).

Perencanaan menurut WHO adalah suatu ketelitian, interpretasi yang cermat, serta suatu upaya pengembangan pelayanan kesehatan yang teratur yang dilaksanakan atas dasar pemanfaatan seluruh ilmu pengetahuan modern serta pengalaman yang dimiliki, sedemikian rupa sehingga terpenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat berdasarkan sumber-sumber yang tersedia. Perencanaan kesehatan merupakan suatu proses yang terdiri dari langkah-langkah yang

berkesinambungan, artinya suatu langkah tidak dapat dilakukan sebelum langkah sebelumnya terlaksana.

Kurniati (2016) menjelaskan bahwa sebuah perencanaan biasanya melalui beberapa tahapan, yaitu:

1. Analisis situasi

Kegiatan ini merupakan kegiatan awal suatu perencanaan. Kegiatan ini merupakan kegiatan untuk mengetahui dimana kita (perencana/pembuat rencana) berada saat ini. Kegiatannya berupa pengumpulan data berupa fakta dan informasi (objektif), termasuk opini (subjektif). Di bidang kesehatan, analisa situasi dilakukan dengan mengumpulkan indikator kesehatan yang sesuai dengan permasalahan serta indikator lainnya termasuk non kesehatan yang terkait dengan permasalahan yang akan dipecahkan. Di bidang kesehatan, analisa situasi dilengkapi dengan mengumpulkan dan menelaah indikator perilaku (kesehatan).

2. Penentuan masalah

Untuk sampai pada kesimpulan masalah apa yang dihadapi atau yang prioritas, diperlukan konsensus, yang dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, antara lain dengan:

- a. Bertanya pada ahli (konsultan/atasan), yang biasanya memang sudah dapat melihat satu masalah secara luas dan detail didukung oleh pengetahuan dan pengalamannya.
- b. Bermusyawarah, sehingga suatu keputusan bersama dapat dibuat bersama. Kehadiran seorang tokoh berwibawa dan dihormati akan mempermudah kegiatan musyawarah.
- c. Membuat konsensus dengan menyepakati hasil pemilihan dengan menggunakan tehnik tertentu yang dianggap objektif. Ada beberapa tehnik yang mudah digunakan bergantung jumlah orang yang terlibat perencanaan. Pada perencanaan yang melibatkan banyak orang sering digunakan metode Delphi. Metode Delphi dilakukan dengan mengusulkan pilihan dengan memasukkannya kedalam

amplop tertutup, lalu dihitung, mana yang terbanyak pemilihnya, itulah masalah yang menjadi prioritas berdasarkan konsensus.

Prinsipnya adalah proses pembuatan keputusan dengan membuat kriteria dan memberi nilai (skor) kepada kriteria tersebut. Misalnya dalam menentukan masalah prioritas ditentukan kriteria:

- a) *severity* (bahaya/beratnya) masalah yang dihadapi, diberi skor 1,2,3 untuk menunjukkan tingkat bahayanya, baik penularan yang cepat atau kematian yang diakibatkan). Skor 1 untuk yang ringan dan 3 yang terberat.
- b) *magnitude* (bobot) masalah yang dihadapi dalam arti populasi yang terkena atau terancam masalah tersebut, dioberi skor 1,2,3 juga dimana 1 teringan (mengenai sedikit penduduk, dan 3 terberat atau mengenai banyak penduduk).

Selanjutnya masalah yang teridentifikasi dihitung jumlah skornya. Sebagai penentuan, bisa

disepakati masalah yang terbesar atau tertinggi jumlah skornya.

3. Pemilihan solusi atau alternatif perencanaan

Langkah berikutnya dalam proses perencanaan adalah memilih solusi. Tahap ini dapat dilakukan dengan cara curah pendapat, sebagai kelanjutan penentuan masalah sebelumnya. Dimungkinkan terdapat beberapa alternatif solusi yang harus dipilih. Semua alternatif tadi dibahas dan dikaji, dilihat keterkaitan satu sama lain. Dengan cara ini jumlah alternatif dapat dikurangi. Setelah jumlah alternatif solusi berkurang sehingga masing-masing berbeda (*mutually exclusive*), dilakukan pemilihan. Pemilihan juga dilakukan dengan cara yang sama, yaitu, bisa bertanya pimpinan/konsultan, bisa melakukan musyawarah, bisa juga dengan metode Delphi atau dengan cara skoring. Kriteria untuk solusi berbeda dengan untuk menentukan masalah. Misalnya dapat digunakan kriteria berikut.

- a Kelayakan solusi (kemampuan melaksanakan solusi itu) Kriteria ini dapat diberi skor juga misalnya 0-1.
- b Kemanfaatan bagi orang banyak. Skor yang diberikan dapat 0 untuk tidak, 1 untuk bermanfaat.
- c Ketersediaan sumber daya, dengan skor juga 0-1. Skor 0 untuk yang sumberdaya tidak ada atau tidak cukup, sementara 1 untuk sumberdaya tersedia atau cukup. Jumlah skor 0 sampai dengan 3 menentukan solusi pilihan yang disepakati.

4. Penyusunan rencana

Langkah perencanaan berikutnya ialah menyusun rencana. Pendekatannya juga bermacam. Ada yang dengan menyewa konsultan, ada juga yang dibuatkan oleh instansi yang lebih tinggi, tetapi juga ada yang dibuat sendiri.

5. Komunikasi rencana

Ada pepatah mengenai perencanaan yang mengatakan bahwa “*decision is nothing but its communication*”, yang artinya suatu rencana dapat diimplementasikan secara efektif jika dikomunikasikan kepada semua pihak bahkan sejak perencanaan tersebut masih berupa gagasan. Paling tidak ini berlaku bagi promosi kesehatan yang biasanya bersifat spesifik, mensyaratkan peranserta, dan keberlangsungan.

87 B. Perilaku Kesehatan

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar (Skinner dalam Notoatmodjo, 2007). Perilaku adalah semua aktivitas manusia, baik dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Nurmalia, dkk. (2018) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga jenis sebagai berikut.

- a. Memelihara kesehatan, yaitu perilaku untuk menjaga kesehatan secara pribadi agar tidak terserang penyakit dan upaya penyembuhan dari rasa sakit.
- b. Mencari dan menggunakan system atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan. Perilaku ini muncul ketika seseorang menderita penyakit atau kecelakaan.
- c. Kesehatan lingkungan, yaitu respon terhadap lingkungan, baik fisik maupun non fisik (sosial dan budaya), sehingga lingkungan tidak mengganggu kesehatan diri sendiri, keluarga, atau masyarakat.

Menurut Bloom (dalam Nurmala, dkk., 2018) perilaku kesehatan dapat dikaitkan dengan pendidikan kesehatan sehingga memiliki tiga domain, yaitu pengetahuan (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Pada prinsipnya indikator perilaku terdiri dari beberapa kelompok, yaitu:

- a. menciptakan suatu perilaku sehat (yang baru), misalnya memulai dan membiasakan berolah raga secara teratur, bila sebelumnya tidak tahu dan pernah melakukan)

- b. mengubah perilaku (yang sudah ada) agar lebih baik dari segi kesehatan, misalnya membiasakan makan buah-buahan dan sayuran *setiap hari*
- c. menghilangkan perilaku (lama) yang tidak baik untuk kesehatan, misalnya berhenti dari kebiasaan merokok
- d. mencegah berkembangnya perilaku (baru atau akan datang) yang tidak baik untuk kesehatan misalnya melindungi diri dari perilaku penggunaan obat-obatan secara salah termasuk NAPZA.

C. Perubahan Perilaku Kesehatan

Perubahan perilaku kesehatan terjadi melalui proses yang panjang agar bias menetap menjadi suatu kebiasaan. Ada beberapa hal yang mempengaruhi perubahan perilaku seseorang, yang sebagian berasal dari internal, yaitu keturunan dan motif, serta faktor yg terletak diluar individu (eksternal), yaitu lingkungan.

Azwar (dalam Sarwono, 1993) menyatakan bahwa sekalipun diasumsikan bahwa sikap merupakan predisposisi evaluasi yang banyak menentukan cara individu bertindak, akan tetapi sikap dan tindakan

seringkali jauh berbeda. Hal ini karena tindakan nyata ditentukan tidak hanya oleh sikap, akan tetapi oleh berbagai faktor eksternal lainnya. Sikap tidaklah sama dengan perilaku, dan perilaku tidaklah selalu mencerminkan sikap seseorang, sebab seringkali terjadi bahwa seseorang memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya (Sarwono, 1993).

Kurniati (2016) menjelaskan bahwa ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam proses perubahan perilaku kesehatan, yaitu:

1. Perilaku harus dideskripsikan secara jelas dan spesifik,
2. Kelompok prioritas, yaitu siapa saja yang diharapkan akan melakukan perilaku,
3. Kelompok berpengaruh, yaitu mereka yang dapat mendukung atau menghambat kelompok prioritas berperilaku.
4. Determinan, yaitu perasaan, keyakinan, atau elemen lain yang dapat menghambat atau

mendukung kelompok prioritas dalam melakukan perubahan perilaku.

5. Jembatan kegiatan, yaitu gambaran spesifik ke arah mana determinan akan dibawa, minimal ada satu jembatan kegiatan. Misalnya meningkatkan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan kehamilan.
6. Kegiatan, yaitu kegiatan yang harus dilaksanakan terhadap kelompok prioritas atau kelompok berpengaruh untuk mencapai sesuatu.

Ada beberapa bentuk perubahan perilaku kesehatan, antara lain:

1. Perubahan ilmiah (*natural change*), yaitu perubahan perilaku karena terjadi perubahan alam (lingkungan) secara ilmiah.
2. Perubahan terencana (*planned change*), yaitu perubahan perilaku yang direncanakan oleh individu.
3. Kesiapan berubah (*readiness to change*), yaitu perubahan perilaku karena terjadinya proses internal pada diri yang bersangkutan, dimana proses internal ini berbeda pada setiap individu.

Adapun beberapa strategi yang dapat digunakan dalam perubahan perilaku kesehatan adalah:

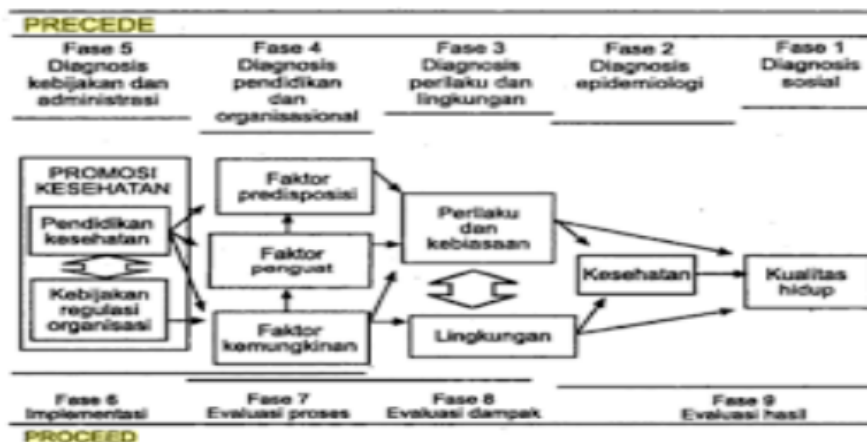
1. *Inforcement* (penguatan), biasanya dilakukan secara paksa melalui peraturan atau undang-undang. Strategi ini dapat menghasilkan perilaku yang cepat tapi hanya untuk sementara, cenderung tidak permanen.
2. Persuasi, biasanya dilakukan melalui pesan, diskusi, dan argumentasi, misalnya pesan untuk tidak merokok karena dapat mengakibatkan penyakit jantung dan kanker, atau melalui diskusi mengenai bahaya merokok bagi remaja.
3. Fasilitasi, dengan menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung perubahan perilaku kesehatan, misalnya menyediakan fasilitas cuci tangan di tempat-tempat umum,
4. Edukasi, yaitu strategi melalui proses pembelajaran, mulai dari pemberian informasi sampai dengan penyuluhan-penyuluhan. Strategi ini menghasilkan perubahan perilaku kesehatan yang relatif langgeng tapi memakan waktu yang lama.

D. Teori Perubahan Perilaku Kesehatan

19

Ada beberapa teori perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam membuat program perubahan perilaku kesehatan dan promosi kesehatan, di antara adalah:

1. Teori Precede-Proceed



Gambar 6. Bagan Teori Precede Proceed

22

Green (1980) menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavioural causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavioural causes*). Sedangkan faktor perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat seperti air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat cuci tangan, dan sebagainya.

c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan)

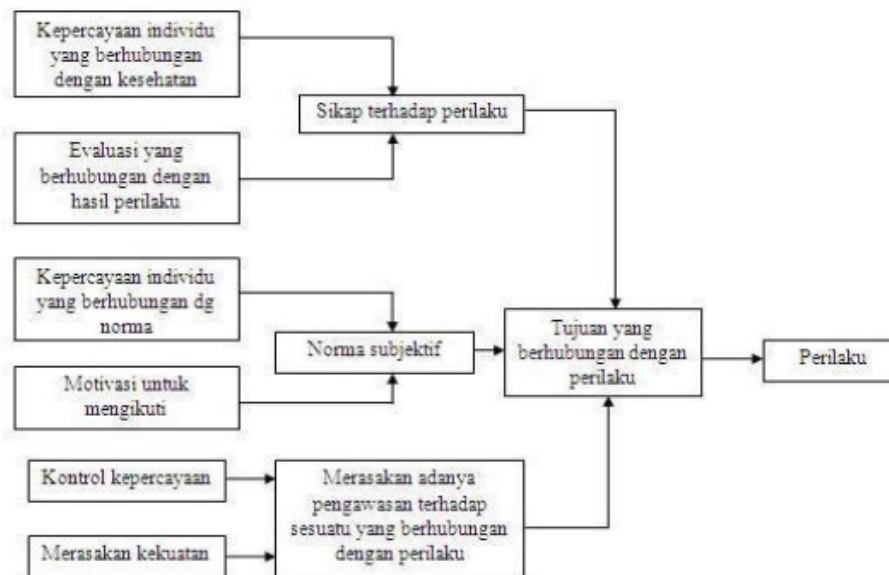
dari para tokoh masyarakat dan tokoh agama, hingga petugas kesehatan itu sendiri.

Berdasarkan teori ini, program perubahan perilaku, dalam hal ini pendidikan atau promosi kesehatan harus direncanakan dengan mendiagnosis ketiga faktor di atas terlebih dahulu.

173

2. *Theory of Reason Action and Theory Planned Behavior*

THEORY OF REASONED ACTION & THEORY OF PLANNED BEHAVIOR (TPB)



115

Gambar 7. *Theory of Planned Behavior dan Theory of Reaction Action*

Theory of Planned Behavior berasal dari *Theory of Reaction Action* yang disusun oleh Fishbein pada tahun 1980 kemudian dikembangkan oleh Azjen menjadi *The theory of Planned Behavior* pada tahun 1985. Teori ini menekankan tujuan perilaku sebagai luaran dari perpaduan beberapa kepercayaan. Teori ini mengemukakan bahwa tujuan sebaiknya dirumuskan sebagai rencana kegiatan dalam pencarian sebuah tujuan perilaku tertentu. Tujuan tersebut adalah sebuah hasil dari keyakinan berikut ini :

- d) Sikap terhadap sebuah perilaku (*Attitude towards a behavior*)

Membentuk penilaian terhadap perilaku tertentu dan yakin terhadap luaran yang dihasilkan. Contoh : Mencuci tangan adalah hal yang menyenangkan dan dapat mencegah saya terserang penyakit.

- e) Norma subjektif (*Subjective norm*)

Hal ini merupakan keyakinan individu bahwa orang lain mengerti pentingnya perilaku

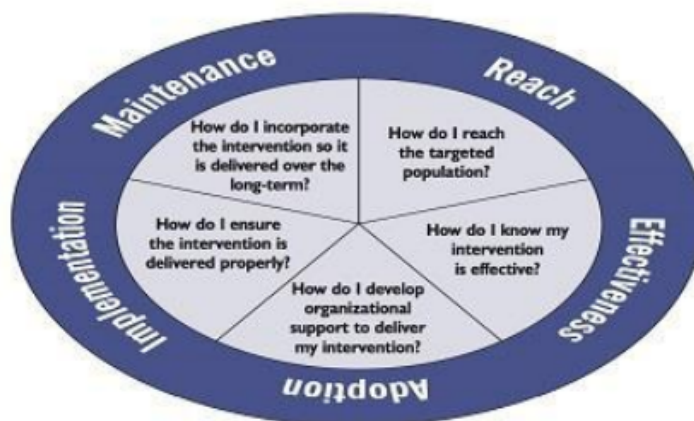
yang akan dilakukan, yang merupakan motivasi bagi individu tersebut untuk patuh dalam melakukan perilaku tersebut. Contoh : Orang yang penting bagi saya akan menerima saya apabila saya selalu menjaga kebersihan saya, dan saya menginginkan untuk berada di dekat mereka. Sebagai contoh pada penelitian ini pasien akan diikut sertakan untuk mengamati tindakan *hand hygiene* para petugas kesehatan. Maka tenaga kesehatan akan menganggap peran pasien ini sangat penting, karena pasien akan memberikan nilai baik dan buruk *hand hygiene* mereka melalui kartu berwarna merah dan biru. Kartu ini yang akan akan dikumpulkan dan akan mempengaruhi besar gaji yang mereka terima. Pada klinik hemodialisis ini, besar gaji ditentukan dengan kinerja tenaga kesehatannya.

- f) **Kontrol perilaku yang pernah diterima terdahulu**
(*Perceived behavioural control*)

Perceived behavioural control berisikan keyakinan bahwa seorang individu dapat memutuskan sebuah perilaku berdasarkan

pertimbangan kontrol internal (keahlian, pengetahuan) dan kontrol eksternal (hambatan, kesempatan), dimana kedua kontrol tersebut dipengaruhi oleh perilaku terdahulu.

3. RE AIM Model



Gambar 8. RE AIM Model

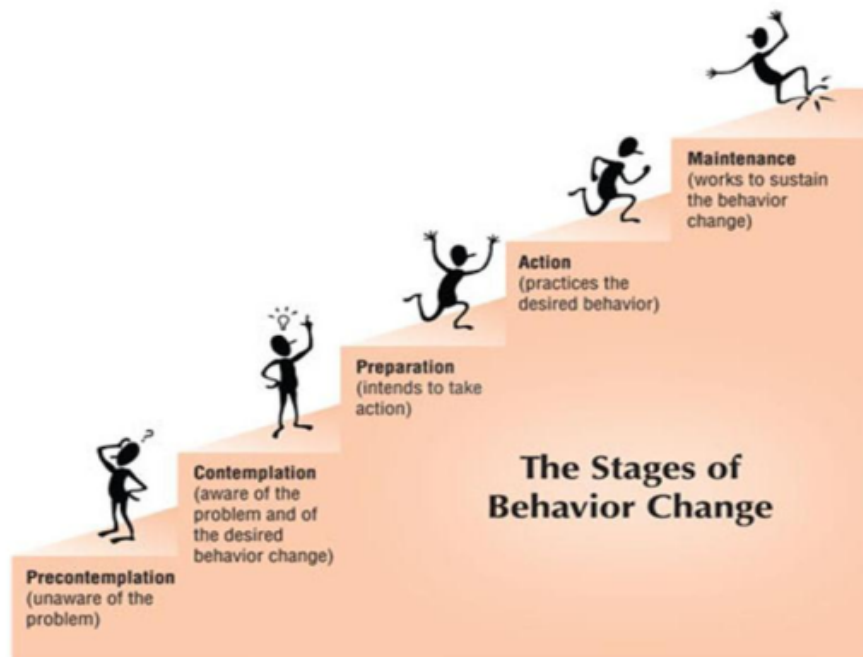
Gagasan bahwa program promosi kesehatan harus membuat sejumlah besar perubahan dan mencapai sejumlah besar orang menyebabkan perkembangan dari kerangka RE-AIM. RE-AIM singkatan dari *Reach* (Jangkauan), *Efficacy/Effectiveness* (efektivitas), Adopsi, Implementasi,

dan *Maintenance* (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999). Jangkauan adalah ukuran seberapa banyak orang dapat dipengaruhi oleh program promosi kesehatan. program dikatakan efektif bila menghasilkan hasil positif bersama dengan beberapa konsekuensi yang tidak diinginkan. Adopsi berfokus pada tingkat partisipasi (jumlah orang yang terlibat dalam perilaku promosi kesehatan) dan apakah merupakan perwakilan dari populasi yang lebih besar. Implementasi fokus pada Target pelaksanaan program promosi kesehatan bekerja sebagai dimaksudkan atau tidak. Pemeliharaan berfokus pada pemanfaatan jangka panjang perilaku kesehatan yang diberikan. Hal ini juga mengacu apakah program promosi kesehatan berkelanjutan bahkan walaupun ada perubahan dalam sumber daya yang tersedia (Glanz, Rimer, & Lewis, 2002). Bagian dari RE-AIM Model yaitu:

- a) **Reach** : Bagaimana cara mencapai target populasi
- b) **Effectiveness** : Bagaimana saya tahu intervensi saya adalah efektif

- c) **Adoption** : Bagaimana cara mengembangkan dukungan organisasi untuk memberikan intervensi saya
- d) **Implementation** : Bagaimana cara memastikan intervensi disampaikan dengan benar
- e) **Maintenance** : Bagaimana cara menggabungkan intervensi sehingga disampaikan dalam jangka panjang

4. *Transtheoretical Model*



Sources: Grimley 1997 (75) and Prochaska 1992 (148)

Gambar 9. Transtheoretical Model

5. Teori Health Belief Model



Gambar 10. Teori Health Belief Model

Teori *Health Belief Model* (HBM) dikemukakan oleh Rosenstock. Berdasarkan model ini tujuan perilaku bergantung pada 4 hal yaitu (1) *perceived vulnerability*, (2) *perceived severity*, (3) *perceived benefits vs. perceived barriers*, (4) *stimulants to action*. Model HBM merupakan model pertama yang diadaptasi dari ilmu perilaku dan masalah kesehatan yang bertujuan untuk mempelajari dan mempromosikan layanan

kesehatan. Anggapan dari teori HBM adalah bahwa seorang individu akan menggunakan tindakan kesehatan yang direkomendasikan jika dia percaya bahwa kondisi kesehatan yang negatif dapat dihindari dan kehadiran penyakit hanya memiliki derajat sedang. ⁸ *Health Belief Model* didasarkan atas 3 faktor esensial, yaitu:

1. Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
2. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku.
3. Perilaku itu sendiri.

Ketiga faktor diatas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana & petugas kesehatan. Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan

perilaku akan memberikan keuntungan. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa.

E. Perencanaan Program untuk Perubahan Perilaku Kesehatan

Perubahan perilaku kesehatan sebagaimana program kesehatan yang lain membutuhkan adanya suatu perencanaan. Dalam setiap teori perubahan perilaku selalu diawali dengan perencanaan, misalnya dalam teori Precede Proceed terdapat tahapan diagnosis yang merupakan proses perencanaan, dimana pembuat program melakukan diagnosis dari setiap faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Setelah melakukan diagnosis atau analisis dari setiap faktor, lalu membuat skala prioritas mengenai sasaran program perubahan perilaku dan membuat alternative

programnya, kemudian membuat rencana program perubahan perilaku kesehatan yang akan dilakukan.

Perencanaan dalam teori Health Belief Model terdapat dalam proses analisa situasi terhadap persepsi individu mengenai kerentanan dan bahayanya suatu penyakit. Pada penelitian yang dilakukan oleh Sakinah (2017) diketahui bahwa persepsi para pekerja terhadap kerentanan dan bahaya munculnya kecelakaan atau penyakit akibat tidak menggunakan kaca mata pelindung saat bekerja tinggi serta persepsi mengenai manfaat menggunakan kaca mata pelindung juga tinggi sehingga pendorong untuk berperilaku menggunakan kaca mata pelindung tinggi. Dalam penelitian ini dinyatakan bahwa persepsi mengenai kerentanan dan manfaat adalah proses menentukan skala prioritas bahwa memakai kaca mata pelindung lebih banyak keuntungannya dibandingkan dengan tidak memakai kaca mata pelindung. Menentukan skala prioritas termasuk dalam tahap perencanaan yang kemudian mendorong munculnya perilaku pemakaian kaca mata pelindung.

Lestarina (2018) menjelaskan perubahan perilaku kesehatan dengan menggunakan teori *Planned Behavior* untuk mengembangkan model kepatuhan pasien Diabetes Mellitus. Dalam penelitian ini dijelaskan bahwa ¹⁵ *Theory of Planned Behavior* menurut Ajzen menyatakan bahwa seseorang dapat melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tergantung dari niat orang tersebut. Niat merupakan hal-hal yang dapat menjelaskan faktor-faktor motivasi serta berdampak kuat pada tingkah laku. Niat melakukan suatu perilaku ditunjang dengan keyakinan seseorang pada perilaku tersebut. Keyakinan diperoleh dengan pemberian pengetahuan, keterampilan dan pengalaman untuk melaksanakan perilaku tersebut. Niat yang kuat dari seorang penderita DM, akan meningkatkan kepatuhan klien dalam menjalankan tatalaksana penyakitnya. Perencanaan dalam membuat model kepatuhan pasien DM dengan menggunakan teori *Planned Behavior* dapat dilihat dari proses penguatan keyakinan dan niat pasien. Pembuat program pengembangan model kepatuhan pasien menganalisis bagaimana tingkat pengetahuan dan sikap pasien yang akan mempengaruhi niatnya sehingga pengembangan

model kepatuhan dapat didisain dengan meningkatkan pengetahuan pasien atau memberikan edukasi mengenai penanganan pasien DM.

IV.EVALUASI

Perencanaan merupakan hal yang penting dalam menyusun sebuah program perubahan perilaku kesehatan, baik dilakukan oleh individu, kelompok atau institusi. Perencanaan program untuk perubahan perilaku kesehatan perlu memperhatikan mengenai karakteristik kelompok sasaran, perilaku kesehatan apa yang ingin dibentuk atau diubah, targetnya bagaimana, dan teori atau metode yang akan digunakan. Uraikan konsep dalam membuat perencanaan program kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- 19
Departemen Kesehatan RI. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
- 115
Glasgow, R.E., Vogt, T.M., & Boles, S.M. 1999. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal Public Health*, 89(9):1322-1327,
- 171
Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. 2002. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Fransisco: Wiley & Sons.
- Green, L. 1980. *Health education planning diagnostic approach*. Baltimore: Mayfield Publishing Co.
- Kurniati, D.P.Y. 2016. *Modul kerangka kerja perubahan perilaku*. Denpasar: Universitas Udayana.
- 81
Lestarina, N.N.W. 2018. *Theory of Planned Behavior sebagai Upaya Peningkatan Kepatuhan padaKlien Diabetes Melitus*. *JURNAL MKMI*, 14(2).
- 68
Mubarak, W.I., Chayatin, N., Rozikin, K. & Supradi. 2007. *Promosi kesehatan: sebuah pengantar proses*

belajar mengajar dalam Pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

151 Nurmala, dkk. 2018. *Promosi kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.

128 Sakinah, Z.V. 2017. Aplikasi health belief model dalam menganalisis perilaku penggunaan kaca mata pelindung. *Jurnal Promkes*, 5(1): 105-116.

2 Sarwono, S. 1993. *Sosiologi kesehatan, beberapa konsep beserta aplikasinya*. Jakarta: Gajah mada University Press.

80 Sulaeman, E.S. & Murti, B. 2015. Aplikasi model Precede-Proceed pada perencanaan program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan berbasis penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat. *Jurnal Kedokteran YARSI*, 23(3):149-164.

148 The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion, University of Toronto. 2001. *Introduction of health promotion program planning*.

Yoku, N.A., Pasinringi, S.A., Abdullah, A.Z. *Proses perencanaan program upaya kesehatan wajib (basic six) pada puskesmas di Kabupaten Keerom Propinsi Papua*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin.

HASIL CEK_Intan Wahyuni_BUKU AJAR

ORIGINALITY REPORT

71 %
SIMILARITY INDEX

70 %
INTERNET SOURCES

10 %
PUBLICATIONS

31 %
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.scribd.com Internet Source	9%
2	repository.unair.ac.id Internet Source	7%
3	gimbalkurangdarah.wordpress.com Internet Source	4%
4	bppsdmk.kemkes.go.id Internet Source	3%
5	journal.upgris.ac.id Internet Source	3%
6	docplayer.info Internet Source	2%
7	id.scribd.com Internet Source	2%
8	es.scribd.com Internet Source	2%
9	www.researchgate.net Internet Source	2%

10	jurnal.ugm.ac.id Internet Source	2%
11	sumbarprov.go.id Internet Source	2%
12	ejournal.bsi.ac.id Internet Source	1%
13	artikelpendidikanrpp.blogspot.com Internet Source	1%
14	www.neliti.com Internet Source	1%
15	media.neliti.com Internet Source	1%
16	dosenpsikologi.com Internet Source	1%
17	eprints.ums.ac.id Internet Source	1%
18	eprints.undip.ac.id Internet Source	1%
19	docobook.com Internet Source	1%
20	journal.unair.ac.id Internet Source	1%
21	psycho-wall.blogspot.com Internet Source	1%

22	123dok.com Internet Source	1 %
23	Agnes Dewi Astuti. "STATUS PERKAWINAN MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI PSTW SINTA RANGKANG TANGKILING KALIMANTAN TENGAH", Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama, 2019 Publication	1 %
24	journal2.uad.ac.id Internet Source	1 %
25	bangazul.com Internet Source	1 %
26	starla845.blogspot.com Internet Source	1 %
27	ejournal.unsri.ac.id Internet Source	1 %
28	Submitted to Universitas Muria Kudus Student Paper	1 %
29	ar.scribd.com Internet Source	1 %
30	juke.kedokteran.unila.ac.id Internet Source	1 %
31	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	<1 %

32	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %
33	pt.scribd.com Internet Source	<1 %
34	www.papermakalah.com Internet Source	<1 %
35	issuu.com Internet Source	<1 %
36	repository.unmuha.ac.id Internet Source	<1 %
37	eprints.uny.ac.id Internet Source	<1 %
38	scholar.unand.ac.id Internet Source	<1 %
39	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
40	hellosehat.com Internet Source	<1 %
41	pasca.unhas.ac.id Internet Source	<1 %
42	berkas.dpr.go.id Internet Source	<1 %
43	Submitted to Universitas Pendidikan Indonesia	<1 %

44

p2ptm.kemkes.go.id

Internet Source

<1 %

45

Submitted to Kumoh National Institute of
Technology Graduate School

Student Paper

<1 %

46

kesmas-ode.blogspot.com

Internet Source

<1 %

47

repository.usu.ac.id

Internet Source

<1 %

48

www.kompasiana.com

Internet Source

<1 %

49

id.123dok.com

Internet Source

<1 %

50

malahayati.ac.id

Internet Source

<1 %

51

ejournal.upi.edu

Internet Source

<1 %

52

eprints.ulm.ac.id

Internet Source

<1 %

53

ejournal.umm.ac.id

Internet Source

<1 %

54

publikasi.unitri.ac.id

Internet Source

<1 %

55	sitirejo-tambakromo.desa.id Internet Source	<1 %
56	jkm.fk.unri.ac.id Internet Source	<1 %
57	jurnal.unbrah.ac.id Internet Source	<1 %
58	nataliaatha.blogspot.com Internet Source	<1 %
59	journal2.unusa.ac.id Internet Source	<1 %
60	udhink082.blogspot.com Internet Source	<1 %
61	konsultasiskripsi.com Internet Source	<1 %
62	lib.ui.ac.id Internet Source	<1 %
63	makala-kesehatan.blogspot.com Internet Source	<1 %
64	Submitted to Program Pascasarjana Universitas Negeri Yogyakarta Student Paper	<1 %
65	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
66	eprints.uad.ac.id	

Internet Source

<1 %

67

www.pejanggik.blogspot.com

Internet Source

<1 %

68

Submitted to Universitas Muhammadiyah
Surakarta

Student Paper

<1 %

69

Submitted to Universitas Nasional

Student Paper

<1 %

70

eprints.poltekkesjogja.ac.id

Internet Source

<1 %

71

repository.uinjkt.ac.id

Internet Source

<1 %

72

dosenppkn.com

Internet Source

<1 %

73

repository.upi.edu

Internet Source

<1 %

74

Submitted to Universitas Negeri Medan

Student Paper

<1 %

75

fr.scribd.com

Internet Source

<1 %

76

lib.unnes.ac.id

Internet Source

<1 %

77

tajak.co

Internet Source

<1 %

78

Submitted to Universitas Dian Nuswantoro

Student Paper

<1 %

79

www.updateinfoo.com

Internet Source

<1 %

80

Submitted to Sriwijaya University

Student Paper

<1 %

81

e-journal.unair.ac.id

Internet Source

<1 %

82

jik.ub.ac.id

Internet Source

<1 %

83

Frengki Apay, Demianus Tafor, Mais Maikel Yaroserai. "PERAN KEPEMIMPINAN ONDOAFI DALAM MENDUKUNG PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN DI DISTRIK SENTANI BARAT KABUPATEN JAYAPURA", JURNAL KEPERAWATAN TROPIS PAPUA, 2019

Publication

<1 %

84

Submitted to Universitas Sumatera Utara

Student Paper

<1 %

85

www.ejournal.ilkom.fisip-unmul.ac.id

Internet Source

<1 %

86

gudalgepok3.blogspot.com

Internet Source

<1 %

87	Submitted to Universitas Jenderal Soedirman Student Paper	<1 %
88	Submitted to Universitas Negeri Surabaya The State University of Surabaya Student Paper	<1 %
89	eprints.umpo.ac.id Internet Source	<1 %
90	qdoc.tips Internet Source	<1 %
91	core.ac.uk Internet Source	<1 %
92	jurnal.iainkediri.ac.id Internet Source	<1 %
93	pt.slideshare.net Internet Source	<1 %
94	adoc.pub Internet Source	<1 %
95	journal.stikespemkabjombang.ac.id Internet Source	<1 %
96	jurnal.uns.ac.id Internet Source	<1 %
97	www.posciety.com Internet Source	<1 %
98	jurnalfsh.uinsby.ac.id	

Internet Source

<1 %

99 rejekicantik.com
Internet Source

<1 %

100 Submitted to Universitas Negeri Jakarta
Student Paper

<1 %

101 garuda.ristekdikti.go.id
Internet Source

<1 %

102 www.balitbang.pemkomedan.go.id
Internet Source

<1 %

103 Submitted to Universitas Negeri Semarang
Student Paper

<1 %

104 hamonanganjosuahutajulu.blogspot.com
Internet Source

<1 %

105 repository.radenintan.ac.id
Internet Source

<1 %

106 Novi Yanti, Afrida Sriyani Harahap, Christina Sitompul. "DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN CA SERVIKS", Jurnal Kesehatan, 2019
Publication

<1 %

107 fkm.uad.ac.id
Internet Source

<1 %

108 jurnal.lppm.unsoed.ac.id
Internet Source

<1 %

109	Priyo Priyo, Sigit Priyanto. "EFEKTIFITAS PENERAPAN HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS)", <i>Journal of Holistic Nursing Science</i> , 2018 Publication	<1 %
110	Submitted to Universitas Kristen Duta Wacana Student Paper	<1 %
111	doku.pub Internet Source	<1 %
112	ejournal.uin-suka.ac.id Internet Source	<1 %
113	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1 %
114	www.stateofmind.it Internet Source	<1 %
115	www.studypool.com Internet Source	<1 %
116	hapipi-jayadi.blogspot.com Internet Source	<1 %
117	Submitted to iGroup Student Paper	<1 %
118	repository.usd.ac.id Internet Source	<1 %

119	Internet Source	<1 %
120	Submitted to Universitas Islam Malang Student Paper	<1 %
121	Submitted to UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Student Paper	<1 %
122	repository.ump.ac.id Internet Source	<1 %
123	www.sapa.or.id Internet Source	<1 %
124	blogkumpulancontohskipsi.blogspot.com Internet Source	<1 %
125	jim.unsyiah.ac.id Internet Source	<1 %
126	digilib.uns.ac.id Internet Source	<1 %
127	ibimapublishing.com Internet Source	<1 %
128	jp.feb.unsoed.ac.id Internet Source	<1 %
129	ramaalghazali.blogspot.com Internet Source	<1 %
130	Hadisiwi Purwanti. "Konstruksi Makna Informasi Risiko Penyakit bagi Penyandang	<1 %

Filariasis", Jurnal Penelitian Komunikasi, 2012

Publication

131	www.jurnal.unsyiah.ac.id Internet Source	<1 %
132	Submitted to IAIN Tulungagung Student Paper	<1 %
133	bernasds25.blogspot.com Internet Source	<1 %
134	garuda.ristekbrin.go.id Internet Source	<1 %
135	repository.uin-suska.ac.id Internet Source	<1 %
136	www.ojs.unm.ac.id Internet Source	<1 %
137	repositori.usu.ac.id Internet Source	<1 %
138	ahmadfatami.blogspot.com Internet Source	<1 %
139	brainly.co.id Internet Source	<1 %
140	journal.ilinstitute.com Internet Source	<1 %
141	Submitted to Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Student Paper	<1 %

142	dokumen.tips Internet Source	<1 %
143	journal.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %
144	jurnal.unitri.ac.id Internet Source	<1 %
145	www.antorij.com Internet Source	<1 %
146	repository.uki.ac.id Internet Source	<1 %
147	www.jabarpos.id Internet Source	<1 %
148	www.publish.csiro.au Internet Source	<1 %
149	zenodo.org Internet Source	<1 %
150	Lia Hartini. "Pengetahuan dan Pendapat Akseptor KB dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)", Jurnal Kesmas Asclepius, 2020 Publication	<1 %
151	Submitted to Universitas Sam Ratulangi Student Paper	<1 %
152	erepository.uwks.ac.id Internet Source	<1 %

153	idoc.pub Internet Source	<1 %
154	narayihaa.wordpress.com Internet Source	<1 %
155	repository.uinsu.ac.id Internet Source	<1 %
156	repository.unika.ac.id Internet Source	<1 %
157	repository.unimal.ac.id Internet Source	<1 %
158	www.bakrie.ac.id Internet Source	<1 %
159	zh.scribd.com Internet Source	<1 %
160	digilib2.unisayogya.ac.id Internet Source	<1 %
161	journal.ppnijateng.org Internet Source	<1 %
162	repository.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1 %
163	repository.uma.ac.id Internet Source	<1 %
164	www.ncbi.nlm.nih.gov Internet Source	<1 %

165	www.safetyutama.com Internet Source	<1 %
166	edoc.pub Internet Source	<1 %
167	eprints.iain-surakarta.ac.id Internet Source	<1 %
168	journal.uinsgd.ac.id Internet Source	<1 %
169	zahra-sanjaya.blogspot.com Internet Source	<1 %
170	Endang Susanti, Nur Kholisoh. "KONSTRUKSI MAKNA KUALITAS HIDUP SEHAT (Studi Fenomenologi pada Anggota Komunitas Herbalife Klub Sehat Ersanddi Jakarta)", LUGAS Jurnal Komunikasi, 2018 Publication	<1 %
171	Peter A. Hall, Geoffrey T. Fong. "Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior", Health Psychology Review, 2007 Publication	<1 %
172	rajawaligarudapancasila.blogspot.com Internet Source	<1 %
173	wahidahr.blogspot.com Internet Source	<1 %

174	Wulan Angraini, Betrianita Betrianita, Bintang Agustina Pratiwi, Riska Yanuarti, Pebi Fermana. "Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Frekuensi Konsumsi Makanan Jajanan di Kota Bengkulu", Jurnal Kesmas Asclepius, 2019 Publication	<1 %
175	ejournal.unisbablitar.ac.id Internet Source	<1 %
176	j-ilkominfo.org Internet Source	<1 %
177	repository.ub.ac.id Internet Source	<1 %
178	"1st Annual Conference of Midwifery", Walter de Gruyter GmbH, 2020 Publication	<1 %
179	journal.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
180	journal.unnes.ac.id Internet Source	<1 %
181	ojs.stikespanritahusada.ac.id Internet Source	<1 %
182	repository.helvetia.ac.id Internet Source	<1 %
183	www.library.usd.ac.id Internet Source	<1 %

<1 %

184 www.mindamas-journals.com
Internet Source

<1 %

185 www.scielosp.org
Internet Source

<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On