

ILMU SOSIAL DAN PERILAKU

Faktor Psikososial Masyarakat terhadap Kesehatan



Sitti Nur Djannah, Nurul Kodriati, Heni Trisnowati, Solikhah, dkk.

BUKU AJAR

ILMU SOSIAL DAN PERILAKU

**Faktor Psikososial Masyarakat
terhadap Kesehatan**

Prof. Dr. Sitti Nur Djannah, M.Kes
(NIP 196405281989032005)

Ns. Nurul Kodriati, M.Med.Sc., Ph.D
(NIPM 198207182021040111397136)

Dr. Heni Trisnowati, S.KM.,M.PH
(NIPM 198004272023020111106449)

Prof. Solikhah, S.KM.,M.Kes.,Dr.PH
(NIPM 197702012005080110965104)

Aken Camala
(NIM 1908053026)

Lana Unwamah
(NIM 2007053009)

Nopriyan Pujokusuma
(NIM 2207053026)

Wiwik Suci Rachmawati
(NIM 2207053004)

Rizka Putri Priandini
(NIM 1908053027)

UAD
P R E S S

**SANKSI PELANGGARAN PASAL 113
UNDANG-UNDANG NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG HAK CIPTA**

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

BUKU AJAR

ILMU SOSIAL DAN PERILAKU

Faktor Psikososial Masyarakat terhadap
Kesehatan

Prof. Dr. Sitti Nur Djannah, M.Kes
(NIP 196405281989032005)

Ns. Nurul Kodriati, M.Med.Sc., Ph.D
(NIPM 198207182021040111397136)

Dr. Heni Trisnowati, S.KM.,M.PH
(NIPM 198004272023020111106449)

Prof. Solikhah, S.KM.,M.Kes.,Dr.PH
(NIPM 197702012005080110965104)

Aken Camala
(NIM 1908053026)

Lana Unwamah
(NIM 2007053009)

Nopriyan Pujokusuma
(NIM 2207053026)

Wiwik Suci Rachmawati
(NIM 2207053004)

Rizka Putri Priandini
(NIM 1908053027)

UAI
P R E S S

BUKU AJAR
ILMU SOSIAL DAN PERILAKU
Faktor Psikososial Masyarakat terhadap Kesehatan

Copyright © 2025 Prof. Dr. Sitti Nur Djannah, M.Kes. dkk.

ISBN: 978-623-8449-40-8
16 x 24 cm, x + 274 hlm
Cetakan Pertama, Januari 2025

Tim Penyusun : Prof. Dr. Sitti Nur Djannah, M.Kes
Ns. Nurul Kodriati, M.Med.Sc., Ph.D
Dr. Heni Trisnowati, S.KM.,M.PH
Prof. Solikhah, S.KM.,M.Kes.,Dr.PH
Aken Camala
Lana Unwamah
Nopriyan Pujokusuma
Wiwik Suci Rachmawati
Rizka Putri Priandini

Editor : Intan Wahyuni Tukiyo, S.KM., M.Sc
Diva Nur Azizah

Layout : Kirman

Desain Cover : Isna Faqiha

Diterbitkan oleh : UAD PRESS
(Anggota IKAPI dan APPTI)

Alamat Penerbit : Kampus II Universitas Ahmad Dahlan
Jl. Pramuka No. 42, Sidikan, Umbulharjo, Yogyakarta.
Telp. (0274) 563515, Phone (+62) 882 3949 9820

All right reserved. Semua hak cipta © dilindungi undang-undang. Tidak diperkenankan memproduksi ulang atau mengubah dalam bentuk apa pun melalui cara elektronik, mekanis, fotocopy, atau rekaman sebagian atau seluruh buku ini tanpa izin tertulis dari pemilik hak cipta.

Kata Pengantar

Bismillaahirrohmaanirrohim

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: Faktor Psikososial Masyarakat terhadap Kesehatan ini.

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. 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, 12 Desember 2024

ttd

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar — *v*

Daftar Isi — *vi*

BAB 1 EPIDEMIOLOGI PERILAKU KESEHATAN — 1

I. Pendahuluan — 1

II. Tujuan — 2

III. Materi Inti — 2

A. Epidemiologi Perilaku — 2

B. Pengertian Sehat — 4

C. Konsep Penyebab dan Proses Awal Terjadinya Penyakit — 7

D. Keterkaitan Perilaku dengan Kesehatan — 16

E. Perilaku Berisiko Yang Memengaruhi Kesehatan — 17

IV. Evaluasi — 45

Daftar Pustaka — 45

BAB 2 FAKTOR PSIKOSOSIAL PADA KESEHATAN DAN PENYAKIT — 51

I. Pendahuluan — 51

II. Tujuan — 54

III. Materi Inti — 54

A. Hubungan Faktor Psikososial dengan Risiko Penyakit — 54

- B. Mekanisme Psikososial yang Menghubungkan Stres dan Penyakit — 65
 - C. Intervensi Kesehatan Masyarakat untuk Mengurangi Dampak Negatif Faktor Psikososial — 68
 - D. Tantangan dalam Penerapan Intervensi — 69
 - E. Mekanisme Terjadinya Stres — 75
 - F. Jenis-jenis Stres — 75
 - G. Pengaruh Stres Terhadap Fungsi Tubuh — 76
- IV. Evaluasi — 84
- Daftar Pustaka — 84

BAB 3 ASPEK SOSIAL DAN PERILAKU DALAM PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN — 89

- I. Pendahuluan — 89
- II. Tujuan — 91
- III. Materi Inti — 91
 - A. Konsep Aspek Sosial dan Perilaku — 91
 - B. Aspek Sosial dan Budaya Memengaruhi Perilaku Kesehatan — 93
 - C. Perilaku Dalam Pencarian Pelayanan Kesehatan — 96
 - D. Model-Model *Health Seeking Behaviour* — 97
 - E. Perilaku Pencarian Pengobatan — 100
 - F. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan — 102
 - G. Kualitas Pelayanan Kesehatan — 108
 - H. Kondisi Menurut Hasil Kajian — 110
- IV. Evaluasi — 115
- Daftar Pustaka— 115

BAB 4 PERSON-ENVIRONMENT FIT AND STRESSFUL LIFE EVENTS — 119

- I. Pendahuluan — 119
- II. Tujuan — 124

III. Materi Inti —	125
A. Person-Environment Fit: Definisi dan Dimensi —	125
B. Sejarah Stresful Life Events —	133
C. <i>Stresful Life Events</i> : Pengaruh Terhadap Kesehatan Mental dan Fisik —	140
D. Dampak Stresful life events terhadap Kesehatan Mental —	141
E. Dampak <i>Stresful Life Events</i> terhadap Kesehatan Fisik —	142
F. Keterkaitan <i>Person-Environment Fit</i> dan <i>Stresful Life Events</i> —	144
G. <i>Person-Environment Fit</i> sebagai Faktor Protektif —	146
H. Implikasi bagi Kesehatan Masyarakat —	148
I. Peran Kepemimpinan dalam Memperbaiki <i>Person-Environment Fit</i> —	153
IV. Evaluasi —	160
Daftar Pustaka —	160

BAB 5 SOCIAL EMPOWERMENT — 167

I. Pendahuluan —	167
II. Tujuan —	171
III. Materi Inti —	171
A. Pengertian <i>Social Empowerment</i> —	171
B. Pengertian <i>Community Empowerment</i> —	173
C. Komponen Pemberdayaan Masyarakat —	182
D. Konsep Pemberdayaan Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan —	184
E. Karakteristik Pemberdayaan Masyarakat Dalam Kontek Kesehatan —	188
IV. Evaluasi —	192
Daftar Pustaka —	192

BAB 6	PERUBAHAN PERILAKU DI INDIVIDU, RUMAH TANGGA DAN KOMUNITAS — 195
I.	Pendahuluan — 195
II.	Tujuan — 196
III.	Materi Inti — 197
	A. Perubahan Perilaku Individu — 199
	B. Perilaku Rumah Tangga — 210
	C. Komunitas — 210
	D. Kajian dalam Artikel Ilmiah — 211
IV.	Evaluasi — 213
	Daftar Pustaka — 213
BAB 7	DETERMINAN SOSIAL DAN KESEHATAN (<i>SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH</i>) DALAM ILMU SOSIAL DAN PERILAKU — 215
I.	Pendahuluan — 215
II.	Tujuan — 217
III.	Materi Inti — 217
	A. Determinan Sosial Kesehatan — 217
	B. Faktor-faktor Determinan Kesehatan — 218
	C. Kerangka Dasar Determinan Sosial — 222
IV.	Evaluasi — 224
	Daftar Pustaka — 225
Bab 8	LITERASI KESEHATAN: Tantangan dan Strategi untuk Komunikasi Kesehatan yang Efektif — 227
I.	Pendahuluan — 227
II.	Tujuan — 228
III.	Materi Inti — 229
	A. Pengertian Literasi Kesehatan — 229
	B. Tantangan Literasi Kesehatan — 230
	C. Dampak Rendahnya Literasi Kesehatan — 232
	D. Literasi Kesehatan Melalui Komunikasi Kesehatan — 233

- E. Isu-Isu Literasi Kesehatan — 235
- IV. Evaluasi — 236
- Daftar Pustaka — 236

BAB 9 PERENCANAAN PROGRAM UNTUK PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN — 239

- I. Pendahuluan — 239
- II. Tujuan — 241
- III. Materi Inti — 241
 - A. Perencanaan Program — 241
 - B. Perilaku Kesehatan — 244
 - C. Perubahan Perilaku Kesehatan — 246
 - D. Teori Perubahan Perilaku Kesehatan — 248
 - E. Perencanaan Program Untuk Perubahan Perilaku Kesehatan — 256
- IV. Evaluasi — 258
- Daftar Pustaka — 258

BAB 10 PENCEGAHAN BERBASIS MASYARAKAT DAN MODAL SOSIAL UNTUK ZAT ADIKTIF SEPERTI NARKOBA DAN ROKOK — 261

- I. Pendahuluan — 261
- II. Tujuan — 263
- III. Materi Inti — 263
 - A. Pengertian Zat Adiktif dan Apa Yang Menjadi Golongannya — 263
 - B. Epidemiologi Penggunaan Zat Adiktif di Indonesia — 268
 - C. Pengertian Modal Sosial dan Hubungannya dengan Penyalahgunaan Zat Adiktif — 270
- IV. Evaluasi — 273
- Daftar Pustaka — 273

Epidemiologi Perilaku Kesehatan

I. PENDAHULUAN

Kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh kebiasaan individu atau populasi dalam berperilaku pada lingkungannya. Adapun keterkaitan kesehatan individu dengan epidemiologi suatu penyakit sangat erat hubungannya. Blum menyebutkan terdapat empat pilar yang memengaruhi derajat kesehatan seseorang, diantaranya adalah keturunan, lingkungan, pelayanan kesehatan, dan perilaku. Faktor yang paling besar pengaruhnya adalah lingkungan dan perilaku. Contoh perilaku yang dapat memengaruhi kesehatan adalah gaya hidup dan *personal hygiene* (Adliyani, 2015).

Gaya hidup individu atau masyarakat merupakan faktor yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat dan tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Di samping itu, gaya hidup juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku-perilaku lain

yang melekat pada dirinya. Pada dasarnya perilaku menjaga kesehatan dan memperhatikan nilai dan norma yang ada pada masyarakat dapat menimbulkan terjadinya suatu wabah pada populasi (Hasnidar, n.d.).

Pengetahuan tentang riwayat alamiah penyakit sama pentingnya dengan kausa penyakit sebagai upaya pencegahan dan pengendalian penyakit. Dengan mengetahui perilaku dan karakteristik masing-masing penyakit maka bisa dikembangkan intervensi yang tepat untuk mengidentifikasi maupun mengatasi problem penyakit tersebut. Cara mudah untuk mencegah dan mengendalikan penyebaran suatu penyakit adalah dengan menerapkan perilaku hidup sehat. Contohnya, mencuci tangan sebelum makan, menjaga kelembaban udara, dan memberdayakan tempat pembuangan akhir di lingkungan masyarakat (Yang et al., 2021).

II. TUJUAN

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

1. Untuk menguraikan pengertian epidemiologi perilaku, dan pengertian sehat
2. Untuk mendeskripsikan faktor penyebab terjadinya suatu penyakit
3. Untuk mengetahui keterkaitan perilaku dengan kesehatan
4. Untuk menjelaskan perilaku berisiko yang memengaruhi kesehatan

III. MATERI INTI

A. Epidemiologi Perilaku

Epidemiologi adalah metode investigasi yang digunakan untuk mendeteksi penyebab atau sumber dari penyakit, sindrom, kondisi atau risiko yang menyebabkan penyakit, cedera, cacat atau kematian dalam populasi atau dalam suatu kelompok manusia. Epidemiologi juga didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari sifat, penyebab,

pengendalian, dan faktor-faktor yang memengaruhi frekuensi dan distribusi penyakit, kecacatan, dan kematian dalam populasi manusia. Ilmu ini meliputi pemberian ciri pada distribusi status kesehatan, penyakit, atau masalah kesehatan masyarakat lainnya berdasarkan usia, jenis kelamin, ras, geografi, agama, pendidikan, pekerjaan, perilaku, waktu, tempat, orang dan sebagainya. (Yang et al., 2021)

Epidemiologi Perilaku merupakan salah satu faktor yang sangat kompleks dalam memengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Epidemiologi sangat berperan dalam mengidentifikasi dan menganalisis perilaku kelompok manusia yang dapat memengaruhi status kesehatan. Sebab, perilaku sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, suku, budaya, status sosial serta aspek lainnya. Hal ini sangat jelas terlihat pada negara yang majemuk seperti Indonesia yang memiliki beragam suku dan budaya.

Definisi Epidemiologi Perilaku Menurut Para Ahli :

1. Ahli *Behavioural Epidemiology* is concerned with the distribution and determinants of behaviours that are linked with disease, and thus, takes up where traditional epidemiology leaves off (Jeffery, 1989). Artinya Epidemiologi Perilaku adalah yang berkaitan dengan distribusi dan determinan dari perilaku yang dihubungkan dengan penyakit. Dengan demikian, hal ini dibutuhkan dalam epidemiologi tradisional.
2. *Behavioural epidemiology* is studies the role of behavioural factor in health. Artinya studi peran faktor perilaku dalam kesehatan. (dalam buku epidemiologi for Public Health practice by Robert H. Friis dan Thomas A. Sellers).
3. *Behavioural epidemiology* involves the study of the role of behavioral factors in health, disease, or death in human population. Typical factor examined include substance use, activity level, dietary choices, and

sexual practices. The proposed framework for classifying the various phases of study in behavioral epidemiology include: (a) establishing links between behaviors and health outcomes, (b) developing measures of the behavior, (c) identifying influences on the behaviors, (d) evaluating interventions designed to modify the behaviors, and (e) translating research into practice. Artinya, Epidemiologi Perilaku melibatkan studi tentang peran faktor perilaku dalam kesehatan, penyakit, atau kematian dalam populasi manusia. Faktor khas yang diteliti termasuk penggunaan narkoba, tingkat aktivitas, pola makan, dan praktik seksual. Kerangka yang diusulkan untuk mengklasifikasikan berbagai tahapan studi epidemiologi perilaku meliputi: (a) membangun hubungan antara perilaku dan hasil kesehatan, (b) mengembangkan langkah-langkah dari perilaku, (c) mengidentifikasi pengaruh pada perilaku, (d) intervensi mengevaluasi dirancang untuk memodifikasi perilaku, dan (e) menerjemahkan kajian ke dalam praktik. (Sallis, J.F., Owen, N., and Fotheringham M.J. (2000). Behavioralepidemiology: A systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention. *Annals of behavioral medicine* 22(4):294-298).

B. Pengertian Sehat

Sehat ialah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Menurut While tahun 1997, kesehatan adalah keadaan dimana seseorang pada waktu diperiksa oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda suatu penyakit atau kelainan. Dalam setiap hal di dunia, termasuk kesehatan, pasti memiliki maslah-masalah tertentu. Tidak selamanya masalah kesehatan merupakan masalah kompleks yang merupakan *resultant* dari berbagai masalah lingkungan yang bersifat alamiah maupun

masalah buatan manusia, sosial budaya, perilaku, populasi penduduk, genetika, dan sebagainya. Derajat kesehatan masyarakat yang disebut sebagai *psychosocio somatic health well being*, merupakan *resultant* dari empat faktor yaitu *Environment* atau lingkungan, *Behaviour* atau perilaku, antara yang pertama dan kedua dihubungkan dengan *ecological balance*. *Heredity* atau keturunan yang dipengaruhi oleh populasi, distribusi penduduk, dan sebagainya, *Health Care Service* berupa program kesehatan yang bersifat preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Dari empat faktor tersebut di atas, lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang paling 7 besar pengaruhnya (dominan) (Adliyani, 2015).

Sehat itu sukar untuk didefinisikan, lebih-lebih untuk mengukurnya, dan sehat menjadi keadaan yang bebas dari penyakit. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) Sehat adalah suatu keadaan yang lengkap dari sehat fisik, mental dan sosial, serta tidak hanya bebas penyakit atau kecacatan (1946), sehingga seseorang dapat bekerja secara produktif (1978). Definisi tersebut mengindikasikan adanya kisaran luas dari faktor yg memengaruhi kesehatan individu atau kelompok, dan menyarankan bahwa sehat itu bukan konsep yang absolut.

Sehat menurut ahli dijelaskan sebagai berikut:

1. WHO (1947)

Sehat suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.

Mengandung tiga karakteristik:

- a) merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia
- b) memandang sehat dalam konteks lingkungan internal ataupun eksternal
- c) sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif

2. President's Commission On Health Need of Nation Stated (1953)

Sehat bukan merupakan suatu kondisi, tetapi merupakan penyesuaian, bukan merupakan suatu keadaan tapi merupakan suatu proses. Proses adaptasi individu yang tidak hanya terhadap fisik mereka, tetapi terhadap lingkungan sosialnya.

3. Pender (1982)

Sehat aktualisasi (perwujudan) yang diperoleh individu melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain, perilaku yang sesuai dengan tujuan, perawatan diri yang kompeten. Sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas sosial.

Definisi sehat menurut Pender ini mencakup stabilitas dan aktualisasi

4. Payne (1983)

Sehat fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*Self Care Resources*) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (*Self Care Action*) secara adekuat.

5. *Self Care Resources* mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap

Self Care Action perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlakukan untuk memperoleh, mempertahankan dan meningkatkan fungsi, psikososial dan spiritual.

6. Menurut Perseorangan

Pengertian dan gambaran seseorang tentang sehat sangat bervariasi, persepsi (Irwan, 2017).

Setelah tahun 1974 terjadi penemuan bermakna dalam konsep sehat serta memiliki makna tersendiri bagi para ahli kesehatan masyarakat di dunia tahun 1994 dianggap sebagai pertanda dimulainya era kebangkitan kesehatan masyarakat baru, karena sejak tahun 1974 terjadi diskusi intensif yang berskala nasional dan internasional tentang

karakteristik, konsep dan metode untuk meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Setelah deklarasi Alma HFA -Year 2000 (1976), pertemuan Meksiko (1990) dan Saitama (1991) para ahli kesehatan dan pembuat kebijakan secara bertahap beralih dari orientasi sakit ke orientasi sehat. Perubahan tersebut antara lain disebabkan oleh:

- a. Transisi epidemiologi pergeseran angka kesakitan dan kematian yang semula disebabkan oleh penyakit infeksi ke penyakit kronis, degeneratif dan kecelakaan.
- b. Batasan tentang sehat dari keadaan atau kondisi ke alat/sarana.
- c. Makin jelasnya pemahaman kita tentang faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan penduduk (Irwan, 2017).

C. Konsep Penyebab dan Proses Awal Terjadinya Penyakit

Penyebab penyakit dapat dikategorikan menjadi model kausasi tunggal (monokausal) dan model kausasi majemuk (multikausal).

1. Model kausasi tunggal (monokausal)

Model kausasi tunggal (monokausal) adalah konsep penyebab penyakit dengan penyakit hanya disebabkan oleh satu penyebab. Hubungan kasual antara faktor X (*agent*) dan faktor Y (penyakit) memiliki bentuk yang konstan, unik, dan satu lawan satu, sehingga satu faktor dapat memprediksi kejadian satu faktor lainnya. Penyebab penyakit merupakan faktor yang *necessary* (hanya dengan adanya *agent* X dapat terjadi penyakit Y) dan *sufficient* (cukup dengan *agent* X dapat terjadi penyakit Y).

2. Model kausasi majemuk (multikausal)

Model kausasi majemuk (multikausal) adalah konsep penyebab penyakit dengan penyakit memiliki lebih dari satu penyebab. Satu *agent* tidak menyebabkan perubahan patologik dengan sendirinya, pengaruh *agent* sangat bergantung pada beberapa faktor lainnya,

seperti defisiensi gizi, paparan bahan racun, stres emosional, lingkungan, dan daya tahan tubuh.

Peran faktor penyebab dalam model kausalitas majemuk dapat bersifat kumulatif, yaitu keadaan yang menimbulkan terjadinya penyakit hanya dapat diciptakan secara bersama-sama. Masing-masing faktor merupakan *necessary*, tetapi tidak *sufficient*. Contohnya pada penyakit tuberkulosis paru yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Infeksi basil tuberkulosis tidak selalu menghasilkan tuberkolosis klinis, ada sejumlah faktor lain yang secara bersama-sama menciptakan keadaan untuk menimbulkan penyakit tuberkulosis, yaitu status gizi buruk, usia, dan lingkungan yang buruk.

Model kausasi majemuk di antaranya adalah model segitiga epidemiologi (*the epidemiologic triad*), model roda (*the wheel*), dan model jaring-jaring sebab akibat (*the web of causation*). Penjelasan dan ketiga model ini dapat dijabarkan pada gambar di bawah ini :

a) Model segitiga epidemiologi (*the epidemiologic triad*)

Segitiga epidemiologi yang sering dikenal dengan istilah trias epidemiologi merupakan konsep dasar yang memberikan gambaran tentang hubungan antara tiga faktor utama yang berperan dalam terjadinya penyakit dan masalah kesehatan lainnya yaitu *host* (tuan rumah/pejamu), *agent* (faktor penyebab), dan *environment* (lingkungan). Hubungan antara *host*, *agent*, dan *environment* ini merupakan suatu kesatuan yang dinamis yang berada dalam keseimbangan (*disequilibrium*) pada seseorang yang sehat. Menurut model ini, jika terjadi gangguan terhadap keseimbangan hubungan segitiga inilah yang akan menimbulkan status sakit. Komponen pada model segitiga epidemiologi (*the epidemiologic triad*) sebagai berikut :

1) Faktor pejamu (*host*)

Faktor pejamu (*host*) adalah semua faktor yang terdapat pada diri manusia yang dapat memengaruhi timbulnya serta perjalanan suatu penyakit. Faktor tersebut banyak macamnya antara lain:

a) Umur

Umur juga memengaruhi status kesehatan karena ada kecenderungan penyakit menyerang umur tertentu, misalnya penyakit campak, polio dan difteri yang banyak ditemukan pada anak-anak sedangkan penyakit paling banyak menyerang pada usia lanjut seperti stroke, hipertensi, dan penyakit infeksi lainnya.

b) Jenis kelamin

Jenis kelamin memengaruhi status kesehatan karena ada penyakit yang terjadi lebih banyak atau hanya ditemukan mungkin pada wanita atau hanya pada laki-laki, misalnya pada wanita terjadi kanker serviks sedangkan pada laki-laki kanker prostat.

c) Genetika/keturunan

Faktor genetika/keturunan dapat memengaruhi status kesehatan, misalnya buta warna, asma, hemofilia, dan *sickle cell disease*.

d) Ras/etnis/warna kulit

Ras/etnis memengaruhi status kesehatan karena terdapat perbedaan antara ras kulit putih dengan orang ras kulit hitam. Misalnya penyakit hemofilia banyak ditemukan pada orang eropa sedangkan orang negro paling banyak menderita hipertensi. Selain itu ras kulit putih memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker kulit dibandingkan orang ras kulit hitam.

e) Pekerjaan

Situasi pekerjaan tertentu akan dapat menimbulkan penyakit tertentu, misalnya orang yang bekerja di pabrik dan para manager perusahaan sering mengalami stres dari pada bawahannya.

f) Status Perkawinan

Sering disebutkan bahwa para jejak ternyata mempunyai risiko kecelakaan yang lebih tinggi daripada yang telah berkeluarga.

g) Keadaan fisiologis tubuh

Keadaan fisiologis tubuh merupakan keadaan tubuh yang berfungsi normal. Keadaan fisiologis tubuh memengaruhi status kesehatan, misalnya kelelahan, kehamilan, pubertas, stres, dan keadaan gizi.

h) Keadaan imunologis

Keadaan imunologis merupakan keadaan pertahanan tubuh atau kekebalan tubuh, dimana kekebalan tubuh didapat secara aktif maupun pasif, misalnya kekebalan yang diperoleh karena adanya infeksi sebelumnya, memperoleh antibodi dari ibu atau pemberian vaksinasi.

i) Kebiasaan/perilaku/gaya hidup

Seseorang yang terbiasa hidup kurang bersih, tentunya lebih mudah terkena penyakit infeksi daripada sebaliknya. Contoh perilaku lain yang memungkinkan seseorang terkena penyakit misalnya jika seseorang sering keluar malam akan lebih mudah terkena malaria karena lebih sering terkena gigitan nyamuk.

Pejamu mempunyai karakteristik tersendiri dalam menghadapi ancaman penyakit, misalnya :

a) Resistensi

Resistensi merupakan kemampuan pejamu untuk bertahan terhadap infeksi tertentu dan pejamu mempunyai mekanisme pertahanan tersendiri dalam menghadapinya.

b) Imunitas

Imunitas merupakan kemampuan pejamu untuk mengembangkan suatu respon imunologis, baik yang didapat secara alamiah atau yang didapat dari luar (non-alamiah) sehingga tubuh kebal terhadap suatu penyakit tertentu.

c) Infektivitas

Infektivitas merupakan kemampuan pejamu yang terinfeksi untuk menularkan penyakit pada orang lain karena kuman yang berada dalam tubuh manusia dapat berpindah kepada manusia dan sekitarnya.

2) Faktor Penyebab (*agent*)

Faktor penyebab (*agent*) adalah suatu unsur, organisme hidup atau kuman infeksius yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit atau masalah kesehatan lainnya. Faktor *agent* yaitu:

a) Golongan biologik

Golongan biologik yang banyak menimbulkan penyakit adalah mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, protozoa, dan metazoa.

b) Golongan kimia

Golongan zat kimia yang dapat menimbulkan penyakit terhadap seseorang, baik berasal dari

luar tubuh maupun yang berasal dari dalam tubuh seseorang, misalnya karbon monoksida, asbes, kobalt, zat alergen, logam berat, dan insektisida.

c) Golongan fisik

Faktor golongan fisik dapat menyebabkan penyakit dalam bentuk fisik atau benda yang dapat terlihat oleh mata. Golongan fisik seperti suhu yang terlalu tinggi atau rendah, suara yang terlalu bising, kelembaban udara, tekanan udara, radiasi atau trauma mekanis, dapat menimbulkan berbagai macam penyakit.

d) Golongan gizi/nutrien

Golongan gizi/nutrien ialah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk melangsungkan fungsi kehidupan manusia. Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, misalnya karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral. Apabila seseorang mengalami kekurangan dan kelebihan gizi akan menimbulkan penyakit.

e) Golongan mekanik

Golongan mekanik sering dikategorikan ke dalam golongan fisik tetapi sesungguhnya golongan mekanik lebih banyak disebabkan oleh kelalaian manusia, misalnya kecelakaan lalu lintas, pukulan, dalam pekerjaan dan sebagainya.

Agent mempunyai karakteristik tersendiri dalam menyebabkan terjadinya penyakit, misalnya:

a) Infektivitas

Infektivitas merupakan kemampuan organisme untuk menyesuaikan diri terhadap lingkungan dari pejamu untuk mampu tinggal dan memperbanyak diri dalam jaringan pejamu karena biasanya diperlukan

organisme dalam jumlah tertentu untuk mampu menimbulkan infeksi di dalam pejamunya.

b) Patogenesitas

Patogenesitas merupakan kemampuan suatu organisme untuk menimbulkan suatu reaksi yang patologis setelah terjadinya infeksi pada pejamu yang diserang.

c) Virulensi

Virulensi merupakan kemampuan suatu organisme tertentu untuk menghasilkan reaksi patologis yang berat yang selanjutnya mungkin menyebabkan kematian/keganasan *agent*.

d) Toksisitas

Toksisitas merupakan kemampuan suatu organisme untuk memproduksi reaksi kimia yang toksis dalam upaya merusak jaringan untuk menyebabkan penyakit.

e) Invasitas

Invasitas merupakan kemampuan suatu organisme untuk masuk ke dalam pejamu dan menyebar setelah memasuki jaringan.

f) Antigenesitas

Antigenesitas merupakan kemampuan suatu organisme untuk merangsang reaksi antibodi dalam pejamu.

3) Faktor Lingkungan (*environment*)

Faktor lingkungan (*environment*) adalah segala sesuatu yang berada disekitar manusia serta pengaruh-pengaruh luar yang memengaruhi kehidupan dan perkembangan manusia. Adapun faktor lingkungan (*environment*) sebagai berikut :

- a) Lingkungan fisik misalnya; air, tanah, iklim, keadaan geografis, dan struktur geologi.
 - b) Lingkungan biologis misalnya; *human reservoir*, *animal reservoir*, dan *anthropode reservoir*.
 - c) Lingkungan sosial-ekonomi misalnya; urbanisasi, kepadatan penduduk, lingkungan kerja, status ekonomi, keadaan perumahan, nilai-nilai sosial, stratifikasi sosial, dan keadaan sosial masyarakat (kekacauan, bencana alam, dan perang).
- b) Model Roda (*The Wheel*)

Model ini menggambarkan hubungan manusia dan lingkungannya sebagai roda. Roda tersebut terdiri atas manusia dengan substansi genetik pada bagian intinya dan komponen lingkungan biologi, sosial, fisik mengelilingi pejamu. Ukuran komponen roda bersifat relatif, tergantung problem spesifik penyakit yang bersangkutan.

Model roda memerlukan identifikasi dari berbagai faktor yang berperan dalam timbulnya penyakit dengan tidak begitu menekankan pentingnya *agent*. Teori ini merupakan pendekatan lain untuk menjelaskan hubungan antara manusia dan lingkungan. Di sekitar pejamu terdapat lingkungan yang dibagi secara skematis ke dalam 3 sektor yaitu lingkungan biologi, sosial, dan fisik.

Besarnya komponen-komponen dari roda tergantung kepada masalah penyakit tertentu yang menjadi perhatian. Untuk penyakit-peyakit bawaan (herediter) inti genetik relatif lebih besar. Untuk kondisi tertentu seperti campak, inti genetik relatif kurang penting oleh karena keadaan kekebalan dan sektor biologi lingkungan yang paling berperanan. Pada model roda, mendorong pemisahan perincian faktor pejamu

dan lingkungan, yaitu suatu perbedaan yang berguna untuk analisa epidemiologi.

c) Model Jaring-Jaring Sebab Akibat

Model ini dicetuskan oleh MacMahon dan Pugh (1970). Prinsipnya adalah setiap efek atau penyakit tidak pernah tergantung hanya kepada sebuah faktor penyebab, melainkan tergantung kepada sejumlah faktor dalam rangkaian kausalitas sebelumnya sebagai akibat dari serangkaian proses sebab akibat. Ada faktor yang berperan sebagai promotor, ada pula sebagai inhibitor. Semua faktor tersebut secara kolektif dapat membentuk "*the web of causation*" dimana setiap penyebab saling terkait satu sama lain. Perubahan pada salah satu faktor dapat berakibat bertambah atau berkurangnya penyakit. Kejadian penyakit pada suatu populasi mungkin disebabkan oleh gejala yang sama (*phenotype*), mikroorganisme, abnormalitas genetik, struktur sosial, perilaku, lingkungan, tempat kerja dan faktor lainnya yang berhubungan. Timbulnya penyakit dapat dicegah atau dihentikan dengan memotong rantai pada berbagai titik. Model ini cocok untuk mencari penyakit yang disebabkan oleh perilaku dan gaya hidup individu.

Hakikat konsep ini adalah efek yang terjadi tidak tergantung kepada penyebab-penyebab yang terpisah secara mandiri, tetapi lebih merupakan perkembangan sebagai suatu akibat dari suatu rangkaian sebab- akibat, dimana setiap hubungan im sendiri hasil dari silsilah (*geneologi*) yang mendahuluinya dan yang kompleks (*complex geneology of antecenden*). Suatu penyakit tidak tergantung kepada penyebab yang berdiri sendiri-sendiri, melainkan sebagai akibat dari serangkaian proses sebab akibat. Penyakit juga dapat dicegah atau dihentikan dengan memotong mata rantai berbagai faktor.

D. Keterkaitan Perilaku dengan Kesehatan

Perilaku adalah kumpulan dari reaksi, perbuatan, aktivitas, gabungan gerakan, tanggapan dan jawaban yang dilakukan seseorang, seperti proses berpikir, bekerja, hubungan seks, dan sebagainya (Chaplin JP, 2006). Perilaku merupakan faktor kedua yang memengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat atau tidak sehatnya lingkungan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Di samping itu, juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kebiasaan, kepercayaan, pendidikan sosial ekonomi, dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya.

Perilaku seseorang akan memengaruhi kualitas hidup seseorang itu sendiri. Perilaku yang baik dan positif akan berdampak positif pula terhadap kesehatannya. Pada tahun 2010, Istiningtyas mengkaji pada mahasiswa PSIK UNDIP menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang gaya hidup sehat dengan perilaku gaya hidup sehat serta ada hubungan antara sikap terhadap gaya hidup sehat dengan perilaku gaya hidup sehat. Kebiasaan atau perilaku buruk dapat berdampak buruk bagi kesehatan. Sebagai contoh perilaku jarang mandi dan sering meminjam baju dari teman bisa menyebabkan gangguan kesehatan berupa penyakit kulit skabies. Kajian yang dilakukan oleh Rohmawati pada tahun 2010 di Surakarta juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara perilaku jarang mandi dan sering meminjam baju teman dengan timbulnya penyakit skabies.

Dalam buku Teori dan Aplikasi Epidemiologi Kesehatan dijelaskan perilaku seseorang merupakan akumulasi pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan seperti, sumber air minum yang bersih tidak cukup bagi seseorang untuk terbebas dari penyakit akan tetapi tangan yang digunakan untuk minum atau makan harus bersih. Selain tangan, peralatan makan juga harus terbebas dari kontaminasi.

Sumber air minum, peralatan, dan tangan sudah bersih, perilaku untuk merebus air minum sampai mendidih tetap diperlukan untuk menjamin sterilitas. Sebagian besar status kesehatan masyarakat sangat ditentukan oleh faktor lingkungan dan perilaku. Faktor pelayanan kesehatan dan keturunan (herediter) hanya menyumbang sedikit bagi status kesehatan masyarakat.

Penyakit tidak menular seperti kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi menjadi lebih “umum” ditemui masyarakat baik di perkotaan maupun pedesaan. Penyakit-penyakit ini merupakan dampak dari gaya hidup yang tidak sehat selama bertahun-tahun. Ini diperkuat dengan data riset tersebut bahwa satu dari lima orang di Indonesia terindikasi mengalami obesitas. Kenaikan prevalensi penyakit tidak menular ini berhubungan pula dengan kebiasaan merokok, minum alkohol, kurang aktivitas fisik, dan kurang mengonsumsi buah dan sayur. Pencetus risiko penyakit tidak menular ini prevalensinya juga meningkat.

E. Perilaku Berisiko Yang Memengaruhi Kesehatan

Penyakit tidak menular (PTM) menyebabkan hampir dua pertiga dari semua kematian di kawasan Asia Tenggara yaitu meliputi penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan diabetes, dll. Pada tahun 2021, hampir setengah dari kematian ini terjadi pada usia 30 dan 69 tahun. Seperempat dari populasi orang dewasa menderita hipertensi dan satu dari dua belas orang dewasa menderita diabetes. Meskipun beberapa kemajuan telah dicapai di Asia Tenggara dalam hal pencegahan dan pengendalian PTM, kemajuan tersebut lambat dan tidak merata, dengan kesenjangan yang cukup besar dalam penerapan kebijakan dan peningkatan skala perawatan kesehatan (WHO, 2022).

Tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) 3.4 pada tahun 2030 mengurangi sepertiga kematian dini akibat penyakit tidak

menular melalui pencegahan dan pengobatan, dan meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan. Negara-negara di Asia Tenggara memprioritaskan pencegahan dan pengendalian PTM pada tahun 2021, 10 dari 11 negara telah menetapkan target nasional yang terikat waktu dan memiliki strategi nasional multisektoral atau rencana aksi yang operasional. Penggunaan tembakau, penggunaan alkohol yang berbahaya, pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, dan polusi udara adalah lima faktor risiko yang umum untuk PTM. Perilaku berisiko yang memengaruhi kejadian penyakit berkaitan erat dengan gaya hidup individu, lingkungan sosial, dan faktor-faktor kesehatan. Perilaku berisiko ini merupakan tindakan atau kebiasaan yang secara signifikan meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami masalah kesehatan (WHO, 2022).

Berdasarkan peta jalan implementasi WHO tahun 2022 untuk mempercepat pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular di Asia Tenggara 2022–2030 memiliki agenda penurunan perilaku berisiko penggunaan alkohol sebesar 20% dalam skala nasional, penurunan prevalensi kurangnya aktivitas fisik sebesar 15%, pengurangan rata-rata asupan garam/natrium 30%, penurunan prevalensi penggunaan tembakau saat ini pada orang berusia 15 tahun ke atas sebesar 30% dalam skala nasional. Sementara sebagian besar negara telah membuat beberapa kemajuan dalam pengembangan kebijakan untuk lima faktor risiko yang termasuk dalam rencana aksi regional, kemajuan tersebut tidak merata di antara faktor risiko dan antar negara. Masih ada kesenjangan kebijakan yang substansial antara tingkat saat ini dan tingkat terbaik yang dapat dicapai hal ini perlu ditutup sesegera mungkin untuk mengendalikan faktor risiko dan mencapai target pada tahun 2030 (WHO, 2022).

Perilaku berisiko yang memengaruhi kesehatan atau *health risk behavior* merupakan berbagai aktivitas yang dilakukan dengan

frekuensi atau intensitas yang meningkatkan risiko penyakit atau cedera (Woods & Clare, 2015). Banyak faktor yang memengaruhi kemampuan seseorang untuk secara efektif membuat dan mempertahankan perubahan perilaku kesehatan dan mematuhi strategi pengelolaan penyakit. Untuk membantu individu dalam membuat perubahan gaya hidup sehat maka, sangat penting memahami faktor-faktornya dan mempertimbangkannya saat merancang pendekatan. (Schwarzer, 2012). Berikut beberapa bentuk perilaku berisiko terhadap kesehatan:

1) Penggunaan tembakau

Penggunaan tembakau memiliki banyak sisi, yang melibatkan interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Perubahan perilaku penggunaan tembakau sifatnya banyak dari berbagai sudut pandang dan ketergantungan yang ditimbulkannya. Sebagian besar kematian disebabkan karena tembakau seperti penyakit jantung, penyakit paru-paru dan pernapasan kronis, dan kanker dari setiap organ atau sistem tubuh. Orang yang tidak merokok juga berisiko terkena penyakit ini karena paparan asap rokok orang lain yang berbahaya (UDHHS, 2010 dalam Schwarzer, 2012).

Merokok dapat mengakibatkan perubahan fungsi, struktur jaringan, dan saluran pernapasan pada paru-paru (Akik Hidayat & Gilang Gumilang, 2022). Menurut data dari situasi rokok Indonesia (Wijaya, 2013 dalam Nadia, 2015) beberapa penyakit tidak menular yang dapat diakibatkan oleh kegiatan merokok, diantaranya yaitu: 90% penyakit kanker paru-paru pada pria dan 70% pada wanita; 56-80% penyakit saluran pernafasan (brokhitis kronis dan pneumonia); 22% penyakit jantung dan penyakit pembuluh darah lainnya; dan 50% impotensi pada pria. Infertilitas pada wanita baik sebagai perokok aktif maupun pasif, abortus spontan, bayi berat lahir rendah, bayi lahir mati dan komplikasi melahirkan

lainnya pada wanita, meningkatkan infeksi saluran pernafasan, penyakit telinga tengah, asma atau *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) pada bayi dan anak-anak (Nadia, 2015).

Beberapa penyakit yang dapat timbul karena perilaku rokok seperti pada beberapa kajian yang sudah dilakukan didapatkan adanya hubungan rokok dengan kejadian hipertensi (Umbas et al., 2019). Hasil kajian lainnya membuktikan bahwa terdapat pengaruh dari prevalensi konsumsi rokok konvensional namun tidak pada rokok elektrik untuk kemungkinan terjadinya penyakit stroke di Indonesia (Sriyanto, S.H.,M.H. & Putra Pangestu, 2022).

Dalam kajian terbaru menyebutkan adanya pengaruh paparan rokok terhadap perkembangan penyakit kanker serviks. Hasil telaah dari kajian tersebut menunjukkan bahwa paparan rokok baik dengan merokok aktif maupun pasif dapat meningkatkan risiko perkembangan lesi prakanker baik lesi ringan (CIN 1/LSIL) maupun lesi berat (CIN2/CIN3/HSIL) dan berlanjut menjadi kanker serviks. Mekanisme biologis berupa penurunan sistem imun oleh senyawa kandungan di dalam rokok sehingga meningkatkan risiko infeksi HPV menjadi persisten memengaruhi perkembangan infeksi HPV menjadi lesi prakanker. Selain itu, kandungan karsinogenik di dalam rokok dapat menyebabkan kerusakan DNA pada sel epitel serviks yang kemudian berisiko mengakibatkan kanker serviks invasive (Armenda & Helda, 2023).

Mekanisme ketika seseorang merokok, nikotin pada tetesan tar yang dihasilkan oleh asap rokok dibawa ke paru-paru, kemudian ke jantung, dan kemudian ke otak dalam waktu 7 hingga 10 detik. Begitu berada di otak, nikotin berdifusi dengan mudah ke dalam jaringan otak dan mengikat reseptor asetilkolin nikotinik (nAChR). Kompleks nAChR terdiri dari beberapa subunit yang ditemukan di sistem saraf perifer dan pusat, tetapi sub tipe reseptor yang

paling banyak ditemukan di otak dan diyakini sebagai reseptor utama yang memediasi ketergantungan nikotin. Seperti banyak obat terlarang lainnya, peran sistem mesolimbik otak tampaknya menjadi yang paling signifikan dan sejauh ini paling dipahami dalam ketergantungan nikotin (Schwarzer, 2012).

Merokok dapat berpengaruh pada kelangsungan hidup dengan mengaitkan kesenangan dengan stimulan alami seperti makanan, air, seks, dan pengasuhan, tetapi stimulasi nikotin pada sistem ini “membajak” jalur ini ketika dikaitkan dengan kesenangan yang intens (Balfour, 2004; Dani, 2001). Stimulasi nikotin juga menghasilkan pelepasan neurotransmitter lain seperti norepinefrin, asetilkolin, dan serotonin, yang juga memediasi berbagai perilaku yang terkait dengan nikotin (misalnya, penekanan nafsu makan dan peningkatan kognitif). Peningkatan neurotransmitter glutamat memfasilitasi efek dopamine dalam sensasi kesenangan karena dianggap berkontribusi pada penguatan memori yang menyenangkan (Lambe, Picciotto, & Aghajanian, 2003). Sebaliknya, efek penghambatan GABA, yang fungsinya adalah mengatur jumlah dopamin yang tersedia, berkurang. Dengan demikian, fungsi pelengkap ini berfungsi untuk meningkatkan dopamin atau memfasilitasi neurotransmisinya, yang memperkuat efek menyenangkan nikotin (Kalivas & Volkow, 2005) dalam (Schwarzer, 2012).

Pengguna tembakau menyatakan banyak manfaat dari penggunaannya. Efek paradoks seperti pengurangan stres dan relaksasi untuk memodulasi tingkat gairah dan suasana hati mereka semuanya telah dilaporkan sebagai manfaat yang dirasakan. Beberapa perokok juga melaporkan peningkatan konsentrasi, waktu reaksi, dan kinerja tugas-tugas tertentu, tetapi tidak sepenuhnya jelas apakah peningkatan kemampuan

ini merupakan efek langsung dari penggunaan tembakau atau hasil dari kelegaian dari penarikan (Heishman, 2000). Meskipun demikian, manfaat yang dirasakan ini, selain menghindari gejala penarikan, berkontribusi pada dasar ketergantungan nikotin. Penghentian dan harus ditangani selama proses penghentian, biasanya melalui dukungan perilaku dan konseling (Schwarzer, 2012).

2) Penggunaan alkohol yang berbahaya

Alkohol merupakan penyebab lebih dari 60 jenis penyakit, dan merupakan beban penyakit terbesar kedua di negara-negara berpendapatan tinggi setelah penggunaan tembakau dan ketiga di seluruh dunia setelah kekurangan berat badan pada anak-anak dan hubungan seks yang tidak aman. Risiko dan bahaya yang terkait dengan konsumsi alkohol telah dievaluasi secara sistematis selama bertahun-tahun dan terdokumentasi dengan baik. WHO kini telah menerbitkan pernyataan di *The Lancet Public Health* dalam hal konsumsi alkohol, tidak ada jumlah aman yang tidak memengaruhi kesehatan (Kivimaki and Batty, 2022).

Alkohol adalah zat yang beracun, psikoaktif, dan menyebabkan ketergantungan dan telah diklasifikasikan sebagai karsinogen. Kanker merupakan kelompok risiko tertinggi, yang juga mencakup abses, radiasi, dan tembakau. Alkohol menyebabkan sedikitnya tujuh jenis kanker, termasuk jenis kanker yang paling umum, seperti kanker usus dan kanker payudara wanita. Etanol (alkohol) menyebabkan kanker melalui mekanisme biologis karena senyawa tersebut terurai di dalam tubuh, yang berarti bahwa minuman apa pun yang mengandung alkohol, terlepas dari harga dan kualitasnya, tetap berisiko menimbulkan kanker (WHO, 2023).

Alkohol juga membahayakan kesehatan, 20% kematian akibat kecelakaan lalu lintas, 30% kematian akibat kanker esofagus dan

hati, epilepsi, dan pembunuhan, serta 50% dari semua kematian akibat sirosis hati disebabkan oleh alkohol. Dalam kajian ini, data konsumsi alkohol didasarkan pada konsumsi alkohol secara keseluruhan. Meskipun bukan peminum diperlakukan sebagai satu kelompok dalam analisis, mereka sebenarnya terdiri dari individu yang tidak minum seumur hidup dan mereka yang merupakan mantan peminum. Mantan peminum alkohol memiliki tingkat penyakit yang lebih tinggi, termasuk keracunan alkohol, yang menunjukkan adanya kekambuhan (Kivimaki & Batty, 2022).

Pada kajian mengenai hubungan kebiasaan meminum alkohol dengan kejadian hipertensi disebutkan bahwa ada hubungan antara kebiasaan konsumsi alkohol dengan kejadian hipertensi (Memah et al., 2019). Pada kajian lainnya dijelaskan penggunaan alkohol dan obat-obatan seperti mariyuana, kokain, metamfetamin, ekstasi, dll menunjukkan hubungan antara penggunaan zat dan perilaku seksual berisiko. Perilaku seksual berisiko telah dianggap sebagai fenomena sosial yang meluas akhir-akhir ini. Konsekuensi buruknya membawa kita pada fakta meningkatnya kasus HIV/AIDS di dunia (Rahardjo, 2008).

Dampak konsumsi alkohol pada kesehatan diantaranya berpengaruh pada kesehatan mental seperti hasil kajian pada remaja menunjukkan hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan kesehatan mental (Putri, 2023). Konsumsi alkohol telah menyebar ke berbagai strata sosial masyarakat, terutama remaja. Permasalahan kesehatan yang diakibatkan alkohol seringkali diabaikan. Alkohol dapat merusak lapisan mukosa lambung dan mengganggu keseimbangan asam lambung, yang dapat menyebabkan berbagai kondisi seperti gastritis, tukak lambung, dan bahkan kanker lambung. Selain itu, alkohol juga dapat memengaruhi pergerakan makanan dan cairan dalam

saluran pencernaan, meningkatkan risiko terjadinya refluks asam, yang dapat memperburuk kondisi lambung. Mekanisme kerusakan lambung oleh alkohol melibatkan efek toksik langsung dari alkohol itu sendiri dan peradangan kronis yang ditimbulkannya (Ghassan Nebraska et al., 2024).

3) Pola makan yang tidak sehat

Kemajuan teknologi pengolahan pangan, menjamurnya supermarket dan minimarket, informasi pemasaran beragam produk pangan, urbanisasi dan kemajuan ekonomi terutama bagi golongan menengah ke atas, serta dampak globalisasi mendorong perubahan pola pangan yang tidak sehat. Bahan makanan jadi yang tersedia dewasa ini cenderung tidak mengandung gizi yang seimbang yaitu padat energi, tinggi kandungan garamnya, tinggi gula, rendah serat dan sudah pasti menggunakan bahan pengawet (Suiraoaka, 2012).

Perilaku terkait pemenuhan nutrisi dipengaruhi beberapa hal. Keberadaan toko lokal, supermarket, dan restoran cepat saji dapat memengaruhi perilaku terkait nutrisi melalui akses dan pemasaran makanan dan minuman. Hal ini secara luas dibentuk oleh kebijakan dan faktor organisasi (Riekert et al., 2002).

Pada beberapa hasil kajian menunjukkan hubungan sebab akibat dari pola makan yang tidak sehat terhadap kesehatan diantaranya, mengenai pola makan tidak sehat dengan kejadian hipertensi menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pola makan terhadap kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Dungaliyo Kabupaten Gorontalo (Kadir, 2019). Sedangkan pada kajian pada subjek anak-anak, pola makan anak yang kurang baik. Sebagian besar mengalami penyakit infeksi dan gizi kurang. Hal ini disebabkan oleh pengetahuan ibu yang kurang mengenai pola makan yang sehat (N Afrinis, I Indrawati, 2021). Pada subjek

kajian remaja, pola makan yang tidak sehat menunjukkan korelasi antara efek diet pada gastritis pada remaja perempuan dan laki-laki (Pratama et al., 2022). Gaya hidup seperti pola makan yang tidak sehat dan pola aktivitas fisik kurang secara bermakna berpengaruh terhadap terjadinya faktor risiko penyakit diabetes melitus tipe 2 (Murtiningsih et al., 2021).

Kajian yang mengevaluasi berbagai pola diet, makanan, atau nutrisi yang berbeda menunjukkan bukti adanya hubungan dengan antara lingkungan dan kecukupan nutrisi. Dalam banyak kasus, ukuran ketersediaan yang dipersepsikan dikaitkan dengan perilaku gizi yang sehat sementara ukuran aksesibilitas objektif kurang mendapat dukungan. Para penulis berpendapat bahwa hal ini mungkin terjadi karena ukuran aksesibilitas berbasis jarak gagal menangkap ukuran relevan lainnya dari lingkungan pangan yang memengaruhi pembelian termasuk keterjangkauan, penerimaan, dan akomodasi (Caspi, Sorensen, Subramanian, & Kawachi, 2012 dalam Riekert et al., 2002). Akses terhadap makanan sehat tidak seragam pada semua lingkungan, termasuk daerah berpendapatan rendah, minoritas, dan pedesaan (Larson, Story, & Nelson, 2009 dikutip dalam Riekert et al., 2002).

4) Kurangnya aktivitas fisik

Aktivitas fisik adalah pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan fisik dan mental, serta mempertahankan kualitas hidup agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari. Kemajuan teknologi dewasa ini juga mempunyai pengaruh langsung dan tidak langsung terhadap berkurangnya aktivitas fisik. Tidak hanya dalam hal tersedianya alat-alat yang mengurangi aktivitas fisik, misalnya *escalator* dan *lift* sebagai pengganti tangga, atau mesin cuci yang mengurangi gerak seseorang dalam mencuci atau yang

lainnya. Tetapi beragam bentuk jasa ditawarkan dengan memberi kemudahan bagi orang yang membutuhkan, seperti misalnya salon/tempat cuci mobil yang mengurangi aktivitas orang mencuci mobil, jasa *laundry* yang membuat orang tidak perlu mencuci atau menyetrika (Suiraoaka, 2012).

Beberapa penyakit tidak menular yang dapat terjadi apabila aktivitas fisik kurang dilakukan. Salah satu contoh pada anak sekolah dasar hasil kajian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dengan kejadian obesitas pada siswa Sekolah Dasar Negeri 113 Banjarsari Kota Bandung (Yosa NurSidiq Fadhilah et al., 2021). Pada kajian lainnya yang dilakukan pada subjek remaja, kurangnya melakukan aktivitas fisik, jarang mengonsumsi buah dan sayur, dapat menjadi faktor risiko dengan kejadian diabetes melitus tipe 2 (Murtiningsih et al., 2021).

Pada kajian lainnya menunjukkan adanya hubungan aktivitas fisik dengan tekanan darah pada masyarakat penderita hipertensi dengan melakukan aktivitas fisik atau berolahraga secara rutin dapat menurunkan atau menstabilkan tekanan darah (Hasanudin et al., 2018). Pada kajian lainnya menyebutkan aktivitas fisik memiliki pengaruh terhadap penurunan berat badan dan tingkat kolesterol pada orang dengan obesitas. Aktivitas fisik dapat menimbulkan pengaruh yang baik terhadap tubuh, yaitu memperbaiki metabolisme tubuh, meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan efikasi diri dan meningkatkan kebugaran kardiorespirasi (Rafiq et al., 2022).

Aktivitas fisik, yang diukur secara objektif melalui perangkat pemantauan atau melalui laporan diri dari peserta kajian, seringkali disegmentasikan ke dalam berbagai domain (misalnya, transportasi dan rekreasi) atau jenis aktivitas (misalnya, berjalan kaki dan bersepeda) dalam kajian tentang hubungan lingkungan

binaan dengan aktivitas fisik. Di antara orang dewasa, bersepeda untuk transportasi dikaitkan dengan fasilitas seperti rute sepeda khusus atau struktur jalan lain yang meningkatkan pemisahan bersepeda dari lalu lintas lain serta dengan faktor-faktor seperti kepadatan penduduk yang tinggi dan jarak. Di antara anak-anak, bersepeda untuk transportasi juga dikaitkan dengan proyek-proyek yang mempromosikan rute yang aman ke sekolah (Fraser & Lock, 2011) dalam (Riekert et al., 2002).

5) Stres

Stres dapat menyebabkan seseorang berisiko lebih tinggi terkena penyakit jantung, kanker, dan penyakit medis, dan dikaitkan dengan sejumlah perilaku tidak sehat seperti merokok, penyalahgunaan alkohol, gizi buruk, dan kurangnya aktivitas fisik. Mengingat dampak stres pada kesehatan dan penyakit serta pada perilaku dan gaya hidup yang berhubungan dengan kesehatan, penting untuk memiliki pemahaman yang kuat tentang mekanismenya dan cara melakukan intervensi untuk mengurangi stres dan meningkatkan kesehatan. Stres yang berlebihan dan tidak terkendali juga mendorong suasana hati yang negatif dan dikaitkan dengan fungsi fisik yang buruk. Stres yang tak kunjung reda dapat menyebabkan perasaan tidak nyaman (Riekert et al., 2002).

Berdasarkan kajian pada tenaga kerja menunjukkan bahwa penyakit yang paling umum diderita perawat adalah penyakit kardiovaskular, penyakit tiroid, penyakit gastrointestinal, dan alergi. Wanita menunjukkan kepekaan yang lebih tinggi terhadap stres daripada pria. Stresor yang paling umum dihadapi oleh perawat di tempat kerja adalah pendapatan pribadi yang tidak memadai, ruang kerja dan sumber daya material yang tidak memadai untuk bekerja, kurangnya staf, kontinjensi harian,

tanggung jawab 24 jam, dan pekerjaan administratif. Kajian ini menemukan hubungan antara usia, pengalaman kerja dengan kemungkinan penyakit, meskipun orang yang sehat dan yang sakit merasakan tingkat stres yang sama (Bočkor, Tomislav; Kurtović, Josipa; Tremac, 2021). Dalam kajian lain menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola makan dan stres terhadap terjadinya penyakit gastritis (Artini et al., 2022).

Pada kajian analisis lainnya ditemukan bahwa stres merupakan faktor risiko pertumbuhan dan proliferasi tumor pada pasien yang telah didiagnosis menderita kanker. Tingkat stres yang lebih tinggi telah dikaitkan dengan kelangsungan hidup yang lebih buruk pada pasien dengan kanker yang didiagnosis (Chida et al., 2008 dalam Riekert et al., 2002). Hasil kajian yang melihat pengaruh stres dengan kepuasan kerja menunjukkan bahwa stres kerja berpengaruh negatif dan terhadap kepuasan kerja karyawan pada CV. Bali Image Collection di Batubulan, Gianyar. Hal ini juga tentu memengaruhi kesehatan seseorang secara fisik (Artini et al., 2022).

Stres meningkatkan risiko perkembangan berbagai macam masalah kesehatan mulai dari jerawat hingga serangan jantung. Hubungan stres dengan penyakit kardiovaskular sangat banyak terjadi. Stres disebabkan oleh peristiwa kehidupan, dukungan sosial yang rendah, keuangan, masalah hubungan, pekerjaan, atau urgensi waktu, ada temuan konsisten yang menghubungkan stres dengan perkembangan dan progresi penyakit jantung (Lukens, Turkoglu, & Burg, 2012) dalam (Riekert et al., 2002). Ada juga bukti yang menunjukkan bahwa pengurangan stres dapat memperpanjang hidup pada orang dengan penyakit jantung yang sudah ada (Orth-Gomér et al., 2009 dalam Riekert et al., 2002).

Ada beberapa kemungkinan jalur patofisiologis dan perilaku paralel yang menyebabkan stres dan dapat menyebabkan perkembangan penyakit. Mekanisme yang menyebabkan stres secara umum, dan kemarahan secara khusus, berkontribusi terhadap perkembangan penyakit jantung dan provokasi kejadian jantung yang dahsyat didasarkan pada respons fisiologis normal terhadap tuntutan lingkungan terhadap stres. Mekanisme ini tampak di seluruh kerajaan hewan, berbicara tentang kegunaannya untuk bertahan hidup dalam konteks yang menuntut secara fisik. Misalnya, lengan simpatik sistem saraf simpatik dari sistem saraf otonom ketika diaktifkan memiliki efek langsung, meningkatkan denyut jantung dan kontraktilitas, kekuatan kontraksi jantung. Sistem saraf juga secara langsung mengatur sistem vaskular, menyebabkan perubahan lokal pada tonus vasomotor sehingga mengarahkan peningkatan aliran darah ke otot-otot yang membutuhkan peningkatan oksigenasi (Riekert et al., 2002).

6) Polusi udara

Polusi udara merupakan masalah lingkungan yang serius dan kompleks, yang merujuk pada kontaminasi udara oleh berbagai zat berbahaya, seperti gas, partikel padat, dan mikroorganisme (Yasir, 2021). Udara yang kita hirup setiap hari dapat terkontaminasi oleh berbagai sumber, baik dari aktivitas manusia maupun dari alam. Polusi udara dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain:

- a) Aktivitas industri: Industri merupakan salah satu sumber utama polusi udara. Pembakaran bahan bakar fosil, proses produksi, dan pelepasan limbah industri dapat menghasilkan berbagai polutan udara, seperti karbon monoksida (CO), sulfur dioksida (SO₂), nitrogen dioksida (NO₂), dan partikel padat (Hasibyan & Abidin, 2019).

- b) Transportasi: Kendaraan bermotor merupakan sumber utama polusi udara di kota-kota besar. Pembakaran bahan bakar fosil oleh kendaraan menghasilkan gas buang yang mengandung CO, NO₂, dan partikel padat (Hasibyuan & Abidin, 2019).
- c) Pembakaran sampah: Pembakaran sampah, baik di tempat pembuangan akhir maupun di rumah tangga, dapat menghasilkan berbagai polutan udara, termasuk dioksin, furan, dan partikel (Hasibyuan & Abidin, 2019).
- d) Kebakaran hutan: Kebakaran hutan yang terjadi secara alami maupun akibat ulah manusia dapat menghasilkan asap tebal yang mengandung partikel padat dan gas berbahaya (Ambarwati, 2019).
- e) Aktivitas pertanian: Penggunaan pupuk kimia dan pestisida dalam pertanian dapat menghasilkan gas berbahaya seperti amonia (NH₃) dan metana (CH₄) (Ambarwati, 2019).

Polusi udara memiliki dampak yang luas dan merugikan bagi kesehatan manusia, lingkungan, dan ekonomi. Dampak utama polusi udara meliputi:

- a) Kesehatan manusia: Polusi udara dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, mulai dari penyakit pernapasan seperti asma dan bronkitis, hingga penyakit jantung, stroke, dan kanker paru-paru (Yasir, 2021). Paparan jangka panjang terhadap polusi udara juga dapat menyebabkan penurunan fungsi paru-paru, terutama pada anak-anak (Hasibyuan & Abidin, 2019).
- b) Lingkungan: Polusi udara dapat merusak ekosistem, seperti hutan dan air, serta menyebabkan hujan asam yang dapat mencemari tanah dan air (Yasir, 2021).
- c) Ekonomi: Polusi udara dapat menyebabkan kerugian ekonomi yang signifikan, seperti biaya perawatan kesehatan, kehilangan produktivitas, dan kerusakan infrastruktur (Yasir, 2021).

Untuk mengatasi masalah polusi udara, diperlukan upaya mitigasi yang komprehensif, meliputi:

- a) Pengendalian emisi: Mengurangi emisi polutan dari sumbernya, seperti industri, transportasi, dan pembangkit listrik.
- b) Peningkatan efisiensi energi: Menggunakan sumber energi yang lebih efisien dan ramah lingkungan, seperti energi terbarukan.
- c) Teknologi pengendalian polusi: Menerapkan teknologi yang dapat mengurangi emisi polutan, seperti filter udara, katalitik konverter, dan *scrubber*.
- d) Perencanaan tata ruang: Membangun kota yang ramah lingkungan dan mengurangi kepadatan penduduk.
- e) Peningkatan kesadaran masyarakat: Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang dampak polusi udara dan mendorong perilaku ramah lingkungan.

7) *Overweight*

Overweight, atau berat badan berlebih, merupakan kondisi di mana berat badan seseorang melebihi batas ideal untuk tinggi badannya. Kondisi ini bukan sekadar masalah estetika, tetapi dapat menjadi pintu masuk menuju masalah kesehatan yang lebih serius. *Overweight* didefinisikan sebagai kondisi di mana Indeks Massa Tubuh (IMT) seseorang berada di rentang 25 hingga 29,9 kg/m² (Hello Sehat, 2023). IMT merupakan ukuran yang digunakan untuk menilai berat badan seseorang berdasarkan tinggi dan berat badannya.

Overweight umumnya disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kalori yang dikonsumsi dan kalori yang dibakar (HonestDocs, 2023). Beberapa faktor yang dapat menyebabkan *overweight* antara lain:

- a) Pola makan yang tidak sehat: Konsumsi makanan tinggi

kalori, lemak jenuh, gula, dan garam dapat meningkatkan risiko *overweight*.

- b) Kurang aktivitas fisik: Gaya hidup yang kurang aktif dan kurangnya olahraga dapat menyebabkan penumpukan kalori dalam tubuh.
- c) Faktor genetik: Beberapa orang memiliki predisposisi genetik yang membuat mereka lebih mudah mengalami *overweight*.
- d) Faktor hormonal: Gangguan hormon seperti hipotiroidisme dapat menyebabkan penumpukan berat badan.
- e) Faktor psikologis: Stres, depresi, dan gangguan makan dapat menyebabkan perubahan pola makan dan aktivitas fisik, yang berujung pada *overweight*.
- f) Faktor sosial ekonomi: Kemiskinan dan kurangnya akses terhadap makanan sehat dapat meningkatkan risiko *overweight*.

Overweight dapat meningkatkan risiko berbagai masalah kesehatan, termasuk:

- a) Penyakit jantung: *Overweight* dapat menyebabkan penumpukan lemak di pembuluh darah, yang dapat meningkatkan risiko serangan jantung dan stroke.
- b) Diabetes tipe 2: *Overweight* dapat meningkatkan resistensi insulin, yang dapat menyebabkan diabetes tipe 2.
- c) Kanker: *Overweight* dikaitkan dengan peningkatan risiko beberapa jenis kanker, seperti kanker payudara, kanker usus besar, dan kanker rahim.
- d) Gangguan muskuloskeletal: *Overweight* dapat menyebabkan tekanan berlebihan pada sendi, yang dapat menyebabkan nyeri sendi, osteoarthritis, dan osteoporosis.
- e) Gangguan pernapasan: *Overweight* dapat menyebabkan kesulitan bernapas dan *sleep apnea*.
- f) Gangguan reproduksi: *Overweight* dapat menyebabkan masalah

kesuburan pada wanita dan pria.

- g) Masalah psikologis: *Overweight* dapat menyebabkan rendah diri, depresi, dan gangguan makan.

Upaya mengatasi *overweight* membutuhkan pendekatan yang komprehensif, meliputi:

- a) Perubahan pola makan: Mengonsumsi makanan sehat, seimbang, dan rendah kalori, serta membatasi konsumsi makanan tinggi lemak, gula, dan garam.
- b) Peningkatan aktivitas fisik: Melakukan olahraga secara teratur, minimal 30 menit setiap hari, dengan intensitas sedang.
- c) Konseling psikologis: Mendapatkan dukungan psikologis untuk mengatasi masalah emosional yang mungkin menjadi penyebab *overweight*.
- d) Konsultasi dokter: Mendapatkan diagnosis dan rekomendasi pengobatan dari dokter, terutama jika *overweight* disertai dengan masalah kesehatan lainnya.

8) *Unsafety driving*

Indonesia, dengan populasi yang terus meningkat dan pertumbuhan ekonomi yang pesat, menghadapi tantangan signifikan dalam menjaga keselamatan di jalan raya. Meningkatnya jumlah kendaraan bermotor dan infrastruktur jalan yang belum memadai telah menyebabkan peningkatan angka kecelakaan lalu lintas. Perilaku mengemudi memainkan peran penting dalam keselamatan di jalan raya. Di Indonesia, beberapa perilaku mengemudi yang umum dan berisiko (Suryaningsih, D., & Supriyono, 2021) meliputi:

- a) Mengemudi dalam keadaan terganggu: Mengemudi dalam keadaan terganggu, termasuk mengirim pesan, berbicara di telepon, dan menggunakan sistem navigasi, merupakan kontributor utama kecelakaan. Meskipun peraturan tentang

mengemudi dalam keadaan terganggu telah diberlakukan, kesadaran dan kepatuhan masih rendah.

- b) Mengemudi dalam keadaan mengantuk: Mengemudi dalam keadaan mengantuk merupakan masalah serius di Indonesia. Kurangnya istirahat yang cukup, perjalanan jarak jauh, dan jam kerja yang panjang dapat menyebabkan kelelahan yang berujung pada kecelakaan.
- c) Mengemudi agresif: Mengemudi agresif, termasuk *ngebut*, *ngetem*, dan *zig-zag* di jalan, merupakan masalah yang sering terjadi di Indonesia. Ketidaksabaran dan kurangnya toleransi di jalan dapat menyebabkan perilaku agresif yang berbahaya.
- d) Mengemudi dalam keadaan mabuk: Mengemudi di bawah pengaruh alkohol atau narkoba merupakan masalah serius di Indonesia. Meskipun peraturan tentang DUI (*Driving Under the Influence*) telah diberlakukan, kesadaran dan kepatuhan masih rendah.

Selain perilaku mengemudi, beberapa faktor lain berkontribusi pada terjadinya kecelakaan di jalan raya di Indonesia: (Prasetyo, A., & Supriyanto, 2022).

- a) Kondisi jalan: Kondisi jalan yang buruk, termasuk lubang, permukaan licin, dan penerangan yang tidak memadai, merupakan masalah umum di Indonesia. Kurangnya investasi dalam infrastruktur jalan dan pemeliharaan yang tidak memadai berkontribusi pada kondisi jalan yang berbahaya.
- b) Perawatan kendaraan: Mengabaikan perawatan kendaraan, seperti tekanan ban, pemeriksaan rem, dan pemeriksaan lampu, merupakan masalah umum di Indonesia. Kurangnya kesadaran dan akses ke bengkel yang berkualitas dapat menyebabkan kendaraan dalam kondisi tidak aman.
- c) Faktor lingkungan: Kondisi cuaca, seperti hujan, banjir, dan

kabut, dapat secara signifikan memengaruhi visibilitas dan kondisi jalan, meningkatkan risiko kecelakaan. Keadaan cuaca ekstrem seringkali menyebabkan kecelakaan di Indonesia.

- d) Keselamatan pejalan kaki dan pesepeda: Keselamatan pejalan kaki dan pesepeda merupakan perhatian yang semakin meningkat di Indonesia. Kurangnya infrastruktur yang memadai, seperti trotoar dan jalur sepeda, dan kurangnya kesadaran pengemudi terhadap pengguna jalan yang rentan ini menyebabkan banyak kecelakaan.

Mengatasi masalah keselamatan di jalan raya di Indonesia membutuhkan pendekatan multifaset, yang meliputi berbagai strategi (Suryaningsih, D., & Supriyono, 2021) :

- a) Pendidikan dan kesadaran pengemudi: Program pendidikan pengemudi yang komprehensif, termasuk kursus mengemudi defensif dan kampanye kesadaran, sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan mengemudi yang aman.
- b) Penegakan hukum lalu lintas: Penegakan hukum lalu lintas yang ketat, termasuk batas kecepatan, penggunaan sabuk pengaman, dan peraturan DUI, sangat penting untuk mencegah perilaku mengemudi yang tidak aman dan menuntut pertanggungjawaban para pelanggar.
- c) Kemajuan teknologi: Kemajuan dalam teknologi keselamatan kendaraan, seperti peringatan keluar jalur, pengereman darurat otomatis, dan *cruise control* adaptif, dapat membantu mengurangi dampak kesalahan pengemudi dan mencegah kecelakaan.
- d) Peningkatan infrastruktur: Berinvestasi dalam peningkatan infrastruktur jalan, seperti penerangan yang lebih baik, jalur yang lebih lebar, dan jalur sepeda khusus, sangat penting

- untuk meningkatkan keselamatan bagi semua pengguna jalan.
- e) Kampanye kesadaran publik: Kampanye kesadaran publik yang menyoroti bahaya mengemudi dalam keadaan terganggu, mengantuk, dan mabuk dapat meningkatkan kesadaran publik dan mendorong praktik mengemudi yang lebih aman.

Teknologi memainkan peran penting dalam mempromosikan keselamatan di jalan raya di Indonesia (Prasetyo, A., & Supriyanto, 2022).

- a) Sistem Bantuan Pengemudi Tingkat Lanjut (ADAS): Fitur ADAS seperti peringatan keluar jalur, pengereman darurat otomatis, dan *cruise control* adaptif dapat membantu pengemudi menghindari kecelakaan dengan memberikan peringatan dan membantu mengendalikan kendaraan.
- b) Kendaraan terhubung: Kendaraan terhubung dapat berkomunikasi satu sama lain dan dengan infrastruktur, memungkinkan pembaruan lalu lintas secara *real-time*, peringatan bahaya, dan potensi untuk mengemudi otonom di masa depan.
- c) Analisis Data: Analisis data dapat digunakan untuk mengidentifikasi area berisiko tinggi, menganalisis pola kecelakaan, dan mengembangkan intervensi yang ditargetkan untuk meningkatkan keselamatan di jalan raya.

Masa depan keselamatan di jalan raya di Indonesia terletak pada komitmen yang berkelanjutan terhadap inovasi, pendidikan, dan kolaborasi (Suryaningsih, D., & Supriyono, 2021).

- a) Kendaraan otonom: Kendaraan otonom berpotensi untuk secara signifikan mengurangi kecelakaan yang disebabkan oleh kesalahan manusia, tetapi adopsi mereka yang meluas membutuhkan pertimbangan yang cermat terhadap kerangka kerja etika dan peraturan.

- b) Kota cerdas: Inisiatif kota cerdas dapat memanfaatkan teknologi untuk mengoptimalkan arus lalu lintas, meningkatkan infrastruktur, dan meningkatkan keselamatan bagi semua pengguna jalan.
 - c) Intervensi berbasis data: Pendekatan berbasis data dapat digunakan untuk menyesuaikan intervensi dengan lokasi, demografi, dan perilaku mengemudi tertentu, memaksimalkan efektivitasnya.
- 9) Kekerasan (*Violence*)

Kekerasan (*Violence*) merupakan masalah global yang telah ada selama berabad-abad dan terus menjadi ancaman bagi individu, komunitas, dan masyarakat secara keseluruhan. Fenomena ini memiliki berbagai bentuk, penyebab, dan dampak yang kompleks, serta membutuhkan pemahaman yang mendalam untuk dapat ditangani secara efektif. Kekerasan dapat didefinisikan sebagai tindakan yang disengaja untuk menyebabkan kerusakan fisik, emosional, atau psikologis pada individu atau kelompok (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023). Kekerasan dapat terjadi dalam berbagai bentuk, meliputi:

- a) Kekerasan fisik: Melibatkan tindakan yang menyebabkan kerusakan fisik, seperti memukul, menendang, mencengkram, atau menggunakan senjata.
- b) Kekerasan verbal: Melibatkan kata-kata yang mengancam, menghina, atau merendahkan, yang bertujuan untuk melukai secara emosional.
- c) Kekerasan psikologis: Melibatkan tindakan yang bertujuan untuk mengendalikan, memanipulasi, atau menakut-nakuti korban, seperti mengintimidasi, mengasingkan, atau mengendalikan keuangan.
- d) Kekerasan seksual: Melibatkan tindakan yang bersifat seksual

tanpa persetujuan, seperti pelecehan seksual, pemerkosaan, atau eksploitasi seksual.

- e) Kekerasan ekonomi: Melibatkan tindakan yang bertujuan untuk mengendalikan atau mengeksploitasi sumber daya ekonomi korban, seperti penipuan, pencurian, atau eksploitasi tenaga kerja.
- f) Kekerasan institusional: Melibatkan tindakan yang dilakukan oleh lembaga atau organisasi, seperti penyiksaan, penganiayaan, atau diskriminasi.

Kekerasan merupakan hasil dari berbagai faktor kompleks yang saling terkait, meliputi:

- a) Faktor individu: Faktor individu seperti temperamen, riwayat trauma, gangguan mental, dan penyalahgunaan alkohol atau narkoba dapat meningkatkan risiko terlibat dalam kekerasan.
- b) Faktor sosial: Faktor sosial seperti kemiskinan, ketidaksetaraan, diskriminasi, dan kurangnya akses ke pendidikan dan pekerjaan dapat menciptakan lingkungan yang mendukung kekerasan.
- c) Faktor budaya: Norma budaya, nilai, dan kepercayaan yang mendukung kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.
- d) Faktor politik: Konflik politik, perang, dan ketidakstabilan politik dapat meningkatkan risiko kekerasan.
- e) Faktor ekonomi: Faktor ekonomi seperti persaingan ekonomi, pengangguran, dan ketidaksetaraan ekonomi dapat memicu kekerasan.

Kekerasan memiliki dampak yang luas dan merusak pada individu, keluarga, dan masyarakat. Dampak ini dapat bersifat fisik, emosional, psikologis, dan sosial.

- a) Dampak fisik: Kekerasan fisik dapat menyebabkan cedera, cacat, dan bahkan kematian.

- b) Dampak emosional: Kekerasan dapat menyebabkan rasa takut, cemas, depresi, dan gangguan stres pasca-trauma (PTSD).
- c) Dampak psikologis: Kekerasan dapat menyebabkan gangguan mental, seperti gangguan kepribadian, gangguan kecemasan, dan gangguan suasana hati.
- d) Dampak sosial: Kekerasan dapat merusak hubungan sosial, merusak kepercayaan, dan menciptakan rasa tidak aman.

Pencegahan kekerasan merupakan upaya yang kompleks dan membutuhkan pendekatan multifaset. Beberapa strategi yang dapat diterapkan meliputi:

- a) Pendidikan: Pendidikan tentang kekerasan, termasuk penyebab, dampak, dan cara pencegahan, sangat penting untuk membangun kesadaran dan mengubah sikap.
- b) Penegakan hukum: Penegakan hukum yang ketat dan adil dapat menghukum pelaku kekerasan dan mencegah terulangnya kejahatan.
- c) Intervensi sosial: Program intervensi sosial yang menargetkan kelompok berisiko, seperti anak-anak, remaja, dan keluarga yang mengalami kekerasan, dapat membantu mencegah kekerasan.
- d) Peningkatan ekonomi: Meningkatkan peluang ekonomi, mengurangi kemiskinan, dan menciptakan pekerjaan dapat membantu mengurangi faktor-faktor yang berkontribusi pada kekerasan.
- e) Promosi perdamaian: Promosi perdamaian, toleransi, dan dialog antar budaya dapat membangun masyarakat yang lebih damai dan mengurangi risiko kekerasan.

Kekerasan merupakan masalah global yang memengaruhi semua negara dan wilayah (CDC, 2023). Beberapa bentuk kekerasan yang menjadi perhatian global meliputi:

- a) Kekerasan rumah tangga: Kekerasan rumah tangga, termasuk kekerasan terhadap pasangan, kekerasan terhadap anak, dan kekerasan terhadap orang tua, merupakan masalah yang meluas di seluruh dunia.
- b) Kekerasan berbasis gender: Kekerasan berbasis gender, termasuk kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan, merupakan pelanggaran hak asasi manusia yang serius dan menghalangi kemajuan sosial.
- c) Kekerasan sekolah: Kekerasan sekolah, termasuk *bullying*, kekerasan fisik, dan kekerasan seksual, merupakan masalah yang mengganggu dan berdampak negatif pada perkembangan anak.
- d) Kekerasan antar-kelompok: Kekerasan antar-kelompok, seperti kekerasan berbasis agama, etnis, atau ras, dapat menyebabkan konflik dan ketidakstabilan sosial.
- e) Kekerasan terorganisir: Kekerasan terorganisir, seperti kejahatan terorganisir, terorisme, dan perdagangan manusia, merupakan ancaman serius bagi keamanan dan stabilitas global.

Indonesia juga menghadapi berbagai tantangan terkait kekerasan. Beberapa bentuk kekerasan yang menjadi perhatian di Indonesia meliputi:

- a) Kekerasan rumah tangga: Kekerasan rumah tangga merupakan masalah yang serius di Indonesia, dengan angka kejadian yang tinggi.
 - b) Kekerasan berbasis gender: Kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan merupakan masalah yang serius di Indonesia, yang dipicu oleh budaya patriarki dan kurangnya kesadaran akan hak-hak perempuan.
 - c) Kekerasan di sekolah: Kekerasan di sekolah, termasuk *bullying*
-

dan kekerasan fisik, merupakan masalah yang mengganggu dan berdampak negatif pada perkembangan anak di Indonesia.

- d) Kekerasan Antar Kelompok: Kekerasan antar kelompok, seperti kekerasan berbasis agama dan etnis, merupakan masalah yang sensitif dan dapat menyebabkan konflik sosial di Indonesia.
- e) Kekerasan Terorganisir: Kekerasan terorganisir, seperti kejahatan terorganisir dan terorisme, merupakan ancaman serius bagi keamanan dan stabilitas di Indonesia.

Pemerintah Indonesia telah mengambil berbagai langkah untuk mencegah kekerasan, termasuk:

- a) Penegakan hukum: Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan berbagai peraturan untuk menghukum pelaku kekerasan dan melindungi korban.
 - b) Pendidikan: Pemerintah Indonesia telah mempromosikan pendidikan tentang kekerasan, termasuk pendidikan tentang hak-hak perempuan, anak-anak, dan kelompok rentan lainnya.
 - c) Intervensi sosial: Pemerintah Indonesia telah menjalankan berbagai program intervensi sosial untuk membantu korban kekerasan dan mencegah terulangnya kekerasan.
 - d) Promosi perdamaian: Pemerintah Indonesia telah mempromosikan perdamaian, toleransi, dan dialog antar budaya untuk membangun masyarakat yang lebih damai.
- 10) Seks bebas

Seks bebas, yang sering didefinisikan sebagai aktivitas seksual di luar ikatan pernikahan atau hubungan yang berkomitmen, merupakan topik yang kompleks dan kontroversial (Hanifah, S. D., Nurwati, R. N., & Santoso, 2022). Fenomena ini memiliki berbagai aspek, termasuk definisi, penyebab, dampak, dan implikasi sosial, yang perlu dipahami secara mendalam.

Seks bebas seringkali diartikan sebagai hubungan seksual yang dilakukan tanpa ikatan pernikahan atau komitmen (Hanifah, S. D., Nurwati, R. N., & Santoso, 2022). Namun, definisi ini dapat bervariasi tergantung pada budaya, agama, dan norma sosial. Di beberapa budaya, seks sebelum pernikahan dianggap normal, sementara di budaya lain, seks hanya diizinkan dalam konteks pernikahan.

Penting untuk memahami bahwa seks bebas memiliki berbagai bentuk dan konteks. Beberapa contohnya meliputi:

- a) Seks Kasual: Hubungan seksual yang dilakukan dengan orang yang tidak memiliki hubungan emosional yang mendalam.
- b) Seks Rekreasi: Seks yang dilakukan untuk kesenangan semata, tanpa adanya tujuan jangka panjang.
- c) Seks Komersial: Seks yang dilakukan dengan imbalan materi, seperti prostitusi.

Seks bebas merupakan hasil dari berbagai faktor kompleks yang saling terkait, meliputi:

- a) Faktor sosial: Faktor sosial seperti kemiskinan, ketidaksetaraan, dan kurangnya akses ke pendidikan dan pekerjaan dapat meningkatkan risiko terlibat dalam seks bebas.
- b) Faktor budaya: Norma budaya yang permisif terhadap seks bebas, seperti budaya yang melegalkan prostitusi atau menganggap seks sebelum pernikahan sebagai hal yang biasa, dapat memicu perilaku seks bebas.
- c) Faktor ekonomi: Faktor ekonomi seperti kemiskinan dan kurangnya peluang ekonomi dapat mendorong individu untuk terlibat dalam seks bebas sebagai cara untuk mendapatkan uang atau memenuhi kebutuhan.
- d) Faktor psikologis: Faktor psikologis seperti kurangnya rasa percaya diri, gangguan mental, dan trauma masa lalu dapat

meningkatkan risiko terlibat dalam seks bebas.

- e) Faktor teknologi: Perkembangan teknologi, seperti internet dan media sosial, telah mempermudah akses ke konten seksual dan memudahkan orang untuk bertemu dengan pasangan seksual.

Seks bebas memiliki berbagai dampak, baik positif maupun negatif, yang dapat memengaruhi individu, keluarga, dan masyarakat.

- a) Dampak kesehatan: Seks bebas meningkatkan risiko penularan penyakit menular seksual (PMS), seperti HIV/AIDS, gonore, sifilis, dan herpes. Seks bebas juga dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan, yang dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental perempuan.
- b) Dampak psikologis: Seks bebas dapat menyebabkan perasaan bersalah, malu, dan depresi, terutama bagi individu yang memiliki nilai moral yang kuat. Seks bebas juga dapat memengaruhi hubungan interpersonal dan menyebabkan konflik dalam keluarga.
- c) Dampak sosial: Seks bebas dapat merusak norma sosial dan nilai moral masyarakat. Seks bebas juga dapat menyebabkan peningkatan angka kehamilan di luar nikah, yang dapat berdampak negatif pada kesejahteraan anak dan keluarga.

Di Indonesia, seks bebas merupakan isu yang kompleks dan sensitif. Beberapa faktor yang berkontribusi pada seks bebas di Indonesia meliputi:

- a) Norma sosial: Norma sosial yang permisif terhadap seks bebas, seperti budaya yang melegalkan prostitusi atau menganggap seks sebelum pernikahan sebagai hal yang biasa, dapat memicu perilaku seks bebas.
- b) Agama: Agama Islam, yang merupakan agama mayoritas di

Indonesia, melarang seks di luar pernikahan. Namun, banyak orang yang tidak mematuhi ajaran agama ini.

- c) Pendidikan seks: Pendidikan seks di Indonesia masih terbatas dan kurang komprehensif, yang menyebabkan banyak orang tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang seks aman dan pencegahan PMS.

Pemerintah Indonesia telah mengambil beberapa langkah untuk mencegah seks bebas, seperti:

- a) Penegakan hukum: Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan berbagai peraturan untuk menghukum pelaku seks bebas dan melindungi korban
- b) Pendidikan seks: Pemerintah Indonesia telah mempromosikan pendidikan seks di sekolah, tetapi pendidikan ini masih terbatas dan kurang komprehensif.
- c) Program pencegahan: Pemerintah Indonesia telah menjalankan berbagai program pencegahan seks bebas, seperti program konseling dan edukasi untuk remaja.

Seks bebas merupakan topik yang memicu perdebatan etika dan moral yang kompleks. Beberapa orang berpendapat bahwa seks bebas merupakan hak individu dan tidak boleh diintervensi oleh pemerintah atau norma sosial. Sementara itu, orang lain berpendapat bahwa seks bebas merupakan pelanggaran moral dan dapat merusak nilai-nilai luhur masyarakat.

Media dan budaya populer memiliki peran yang signifikan dalam membentuk persepsi dan perilaku seksual, termasuk seks bebas. Konten media yang eksplisit, seperti film, televisi, dan musik, dapat memicu keinginan seksual dan normalisasi seks bebas. Selain itu, budaya populer juga dapat memengaruhi norma sosial dan nilai moral terkait seks, yang dapat berdampak pada perilaku seksual individu.

Remaja merupakan kelompok yang rentan terhadap seks bebas. Faktor-faktor seperti pengaruh teman sebaya, kurangnya pendidikan seks, dan mudahnya akses ke konten seksual dapat mendorong remaja untuk terlibat dalam seks bebas. Seks bebas pada remaja dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan mental, serta dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan.

IV. EVALUASI

1. Jelaskan pengertian epidemiologi perilaku, dan pengertian sehat
2. Jelaskan faktor penyebab terjadinya suatu penyakit
3. Jelaskan keterkaitan perilaku dengan kesehatan
4. Jelaskan perilaku berisiko yang memengaruhi kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- (CDC, C. for D. C. and P. (2023). *Violence Prevention*.
- Adliyani, Z. O. N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat. *Perubahan Perilaku Dan Konsep Diri Remaja Yang Sulit Bergaul Setelah Menjalani Pelatihan Keterampilan Sosial*, 4(7), 109–114.
- Akik Hidayat & Gilang Gumilang. (2022). Sistem Pakar Diagnosis Penyakit Yang Disebabkan Oleh Rokok Dengan Metode Forward. *Jurnal Teknik Informatika Atmaluhur*, 10(2), 40.
- Ambarwati. (2019). Model pengukuran risiko pencemaran udara terhadap kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 427–442.
- Armenda, E., & Helda. (2023). Literatur Review: Hubungan Paparan Asap Rokok dengan Kanker Serviks. *Jurnal Cahaya Mandalika*, 4(2), 444–453.
- Artifasari, A. (2020). *Pada mahasiswa tingkat akhir program studi akademi keperawatan batari toja watampone yang akan menghadapi ujian angkatan 2016*. 15, 69–73.
- Artini, B., Prasetyo, W., & Lestari, M. P. (2022). Hubungan Pola Makan dan Stres terhadap Penyakit Gastritis: A Literature Review. *Nursing Sciences Journal*, 6(1), 13. <https://doi.org/10.30737/nsj.v6i1.2634>
- Aryastami, N. K. (2019). peran budaya dala pemafaatan layananana Kesehatan ibu
-

hamil. *Kemenkes RI, November, November.*

- Asiva Noor Rachmayani. (2015). *Manajemen konflik dan stres* (M. P. Prof. Dr. Drs. H. Ekawarna (ed.)).
- Bočkor, Tomislav; Kurtović, Josipa; Tremac, A. P. (2021). Perception Of Stres and Illness Among Nurses in Psychiatry. *Croatian Nursing Journal, Vol 5(1)*, 51. <https://doi.org/10.24141/2/5/1/5>
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin, 132(3)*, 477–495. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.477>
- Donsu, J. D. T. (2017). *Psikologi keperawatan : aspek-aspek psikologi / konsep dasar psikologi teori perilaku manusia / Dr. Jenita Doli Tine Donsu, SKM., MSi.*
- Ghassan Nebraska, M., Janar Wulan, A., Nuraisa Jausal, A., & Rudiyanto, W. (2024). Kerusakan Lambung Akibat Konsumsi Alkohol: Dampak dan Penanganannya. *Waluyo Rudiyanto | Kerusakan Lambung Akibat Konsumsi Alkohol: Dampak Dan Penanganannya Medula |, 14*, 482.
- Hanifah, S. D., Nurwati, R. N., & Santoso, M. B. (2022). Seksualitas dan seks bebas remaja. *Jurnal Kajian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (JPPM), 3(1)*, 57–65.
- Hasanudin, Adriyani, V. M., & Perwiraningtyas, P. (2018). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Tekanan Darah Pada Masyarakat Penderita Hipertensi Di Wilayah Tlogosuryo Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Kota Malang. *Journal Nursing News, 3(1)*, 787–799.
- Hasibyuan & Abidin, J. (2019). Pengaruh dampak pencemaran udara terhadap kesehatan untuk menambah pemahaman masyarakat awam tentang bahaya polusi udara. *Prosiding SNFUR-4*, 1–7.
- Hasnidar, (n.d.). *FullBook Ilmu KesMas_compressed.*
- HonestDocs. (2023). *Perbedaan Overweight dan Obesitas.*
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan.*
- Jeffery, Robert W. "Risk behaviors and health: Contrasting individual and population perspectives." *American Psychologist* 44.9 (1989): 1194
- Kadir, S. (2019). Pola Makan Dan Kejadian Hipertensi. *Jambura Health and Sport Journal, 1(2)*, 56–60. <https://doi.org/10.37311/jhsj.v1i2.2469>
- Kirana, W., Dwi Anggreini, Y., Yousriatin, F., & Safitri, D. (2023). Hubungan Dukungan Psikososial dengan Stres Pada Keluarga Orang dengan Gangguan Jiwa (The Correlation between Psychosocial Support and Stres in Families of People with Mental Disorder). *Jurnal Kesehatan, 12(1)*, 138–145.
- Kivimaki, M., & Batty, G. D. (2022). Alcohol and health. *The Lancet, 400(10365)*, 1763–1764. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02122-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02122-5)
-

- Memah, M., Kandou, G. D., Nelwan, J. E., Kesehatan, F., Universitas, M., Ratulangi, S., & Abstrak, M. (2019). Hubungan Antara Kebiasaan Merokok Dan Konsumsi Alkohol Dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Kombi Kecamatan Kombi Kabupaten Minahasa. *Jurnal KESMAS*, 8(1), 68–74.
- Murtiningsih, M. K., Pandelaki, K., & Sedli, B. P. (2021). Gaya Hidup sebagai Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2. *E-CliniC*, 9(2), 328. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i2.32852>
- Musradinur. (2016). Stres Dan Cara Mengatasinya Dalam Perspektif Psikologi. *JURNAL EDUKASI: Jurnal Bimbingan Konseling*, 2(2), 183. <https://doi.org/10.22373/je.v2i2.815>
- N Afrinis, I Indrawati, R. R. (2021). Hubungan. Pengetahuan. Ibu, Pola Makan dan Penyakit. Infeksi Anak dengan Status. Gizi Anak Prasekolah. *Journal on Early Childhood*.
- Nadia, L. (2015). *Pengaruh Negatif Merokok terhadap Kesehatan dan Kesadaran Masyarakat Urban*.
- Prasetyo, A., & Supriyanto, S. (2022). Analisis Faktor Penyebab Kecelakaan Lalu Lintas di Kota Semarang. *Jurnal Teknik Sipil*, 10(1), 1–10.
- Pratama, P. H., Ghifary, H., Khairani, D. S., Syabil, S., & Amalia, R. (2022). Pengaruh Perbedaan Pola Makan Terhadap Penyebab Penyakit Gastritis Pada Remaja Laki-Laki Dan Perempuan: a Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(2), 168–174. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i2.4488>
- Priyoto. (2014). *Teori sikap dan perilaku dalam kesehatan : dilengkapi contoh kuesioner / Priyoto*.
- Putri, Wayan, D., A., W. (2014). Prevalensi Stres Psikososial Dan Faktor - Faktor Yang Memengaruhi Pada Siswa – Siswi Kelas Xii Studi Pendidikan IPA Dan IPS SMAN 6 Denpasar. *Stres Psikososial*, 3, 1–12.
- Putri, T. A. (2023). Hubungan Perilaku Merokok dan Konsumsi Alkohol dengan Kesehatan Mental Pada Remaja di SMK Negeri 5 Padang Tahun 2023. *Universitas Andalas*.
- Rafiq, A. A., Sutono, S., & Wicaksana, A. L. (2022). Pengaruh Aktivitas Fisik terhadap Penurunan Berat Badan dan Tingkat Kolesterol pada Orang dengan Obesitas: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas*, 5(3), 167. <https://doi.org/10.22146/jkkk.60362>
- Rahardjo, W. (2008). Konsumsi Alkohol, Obat – Obatan Terlarang Dan Perilaku Seks Berisiko: Suatu Studi Meta-Analisis. *Jurnal Psikologi , Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada*, 35(1), 80–100.
- Rahman, S., & Tasalim, R. (2022). Pengaruh Pemberian Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Terhadap Penurunan Tingkat Stres Dan Kecemasan Pada Masyarakat Banjar Di Masa Pandemi Covid 19. *Dinamika Kesehatan:*

Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan, 13(1), 1–15. <https://doi.org/10.33859/dksm.v13i1.788>

- Richard Blonna. (2012). *Coping with Stres in a Changing World -5/E*.
- Sallis, James F., Neville Owen, and Michael J. Fotheringham. "Behavioral epidemiology: a systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention." *Annals of behavioral medicine* 22.4 (2000): 294-298.
- Sari, Novi Wulan, et al. *Teori dan Aplikasi Epidemiologi Kesehatan*. Zahir Publishing, 2021.
- Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Pbert, L. (2002). *Health and Health*.
- Schwarzer, R. (2012). Health Behavior Change. In *The Oxford Handbook of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0024>
- Sehat, H. (2023). Perbedaan *Overweight* dan Obesitas yang Perlu Dikenali. *Hello Sehat*.
- Sriyanto, S.H.,M.H., A., & Putra Pangestu, A. (2022). Dampak Konsumsi Rokok Konvensional Dan Rokok Elektrik Terhadap Kesehatan, Penerimaan Negara. *Jurnal Perspektif Bea Dan Cukai*, 6(2), 428–450. <https://doi.org/10.31092/jpbc.v6i2.1782>
- Suiraoaka, I. . (2012). *Penyakit degeneratif, mengenal, mencegah dan mengurangi faktor risiko 9 penyakit degeneratif*.
- Suryaningsih, D., & Supriyono, A. (2021). Pengaruh Faktor Manusia Terhadap Kecelakaan Lalu Lintas di Kota Yogyakarta. *Jurnal Teknik Sipil*, 9(2), 111–120.
- Sutiawati, E., Gusti Ansahari, & Fitri Sukmawati. (2024). Analisis Faktor Psikososial pada Tenaga Kesehatan di Kecamatan Sungai Raya Kabupaten Kubu Raya. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(3), 182–197. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v3i3.3072>
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1999). The Stres Process and the Social Distribution of Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), 374. <https://doi.org/10.2307/2676332>
- Umbas, I. M., Tuda, J., & Numansyah, M. (2019). Hubungan Antara Merokok Dengan Hipertensi Di Puskesmas Kawangkoan. *Jurnal Keperawatan*, 7(1). <https://doi.org/10.35790/jkp.v7i1.24334>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). *Global Study on Homicide 2021*.
- WHO. (2022). *Implementation roadmap for accelerating the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia 2022–2030* (Vol. 9).
- WHO. (2023). No level of alcohol consumption is safe for our health. *WHO Publication*.
-

- Widiyastuty, F., Suryawati, C., & Pawelas Arso, S. (2023). Hubungan Sosial Budaya Dengan Pemanfaatan Pelayanan di Puskesmas Entikong. *Jurnal Promotif Preventif*, 6(2), 304–310.
- Woods, R. T., & Clare, L. (2015). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Wiley.
- Yang, G. L., Zhou, K., Yi, Y. X., & Qiu, C. (2021). Epidemiology. In *Avian Influenza in Human*. https://doi.org/10.1007/978-981-16-1429-3_2
- Yasir, M. (2021). Pencemaran udara di perkotaan berdampak bahaya bagi manusia, hewan, tumbuhan dan bangunan. *J OSFOi*, 1–10.
- Yosa NurSidiq Fadhilah, Suganda Tanuwidjaja, & Asep Saepulloh. (2021). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Obesitas Pada Anak Sekolah Dasar Negeri 113 Banjarsari Kota Bandung Tahun 2019-2020. *Jurnal Riset Kedokteran*, 1(2), 80–84. <https://doi.org/10.29313/jrk.v1i2.449>

Bab 2

Faktor Psikososial pada Kesehatan dan Penyakit

I. PENDAHULUAN

Kesehatan pada dasarnya adalah suatu ilmu. Hal ini didasarkan pada kesehatan mengikuti prinsip-prinsip atau kaidah keilmuan, baik dari aspek ontology, epistemiologi, maupun aksiologi. Demikian juga halnya penemuan-penemuan di bidang kesehatan modern telah mengikuti kaidah ilmu pengetahuan. Manusia merupakan salah satu objek dalam bidang kesehatan, dengan berbagai latar belakang dan permasalahan utama yaitu menderita suatu penyakit. Sehingga sangat penting untuk membahas tentang hakikat manusia dari segala aspek kehidupan. Kesehatan meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, yang ditujukan kepada individu, keluarga maupun masyarakat, yang sehat ataupun yang sakit terkait siklus kehidupan manusia (Emy et al., 2021).

Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Kesehatan masyarakat

adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat. Tujuan kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang (Eliana, 2016)

Konsep sakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya (bersifat subyektif). Penyakit adalah bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme benda asing atau luka (bersifat objektif). Seseorang yang menderita penyakit belum tentu merasa sakit dan sebaliknya orang mengeluh sakit padahal tidak ditemukan penyakit. Konsep sakitpun memiliki dimensi bio-psikososial yaitu: 1) *Disease*, merupakan suatu dimensi sakit yang menggambarkan sakit dalam bentuk fisik. *Disease* merupakan bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing, ataupun luka (*injury*). *Disease* ini merupakan suatu fenomena objektif yang ditandai oleh perubahan-perubahan fungsi tubuh sebagai organisme biologis, dimana terdapat penyimpangan yang muncul melalui gejala-gejala tertentu. *Disease* dapat ditemukan melalui suatu diagnosis. Adapun contoh *disease*, antara lain: demam, influenza, kanker, AIDS, dan berbagai penyakit lain. 2) *Sickness*, dimensi *sickness* merupakan konsep sakit dalam dimensi psikologis. Konsep sakit dalam dimensi *sickness* ini merupakan penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya. Konsep *sickness* muncul akibat adanya ketidaknyamanan dalam diri seseorang akibat faktor psikis. 3) *Illness*, konsep sakit dalam dimensi *illness* merupakan konsep sakit secara sosiologis. Konsep

sakit ini berkaitan dengan penerimaan sosial terhadap seseorang sebagai orang yang sedang mengalami kesakitan (*illness* maupun *disease*). Seseorang yang dalam keadaan *illness* biasanya dibenarkan untuk melepaskan tanggung jawab, peran atau kebiasaan-kebiasaan tertentu yang dilakukan saat sehat secara sementara akibat dari ketidak-sehatannya. Sakit dalam konsep sosiologis ini berkenaan dengan peran khusus yang dilakukan sehubungan dengan perasaan kesakitannya dan sekaligus memiliki tanggung jawab baru, yaitu mencari kesembuhan (Emy et al., 2021).

Dalam ilmu sosial, individu berarti juga bagian terkecil dari kelompok masyarakat yang tidak dapat dipisah lagi menjadi bagian yang lebih kecil. Pada dasarnya, setiap individu memiliki ciri-ciri yang berbeda. Individu yang saling bergabung akan membentuk kelompok atau masyarakat. Individu tersebut akan memiliki karakteristik yang sama dengan kelompok di mana dirinya bergabung (Eliana, 2016).

Sosial budaya dapat dilihat sebagai pola dalam suatu wilayah lokal, seringkali dipandang secara birokratis dan sesuatu yang terorganisir, berkembang, berbudaya termasuk teori pemikiran sistem kepercayaan dan aktivitas sehari-hari, hal ini dapat diterapkan dalam keseharian. Terkadang sosial budaya digambarkan menjadi suatu yang tidak dapat ditangkap oleh akal sehat atau sesuatu diluar kemampuan panca indera (Hartiningrum, 2020).

Perilaku sosial atau tingkah laku manusia (*Behavior*) semata-mata dipahami sebagai sesuatu yang ditentukan oleh sesuatu rangsangan (Stimulus) yang datang dari luar dirinya. Individu sebagai aktor tidak hanya sekedar penanggap pasif terhadap stimulus tetapi menginterpretasikan stimulus yang diterima itu. Masyarakat dipandang sebagai aktor kreatif dari realitas sosial, sehingga perubahan sosial pun dapat terjadi dan akan berdampak pada aspek lain khususnya interaksi sosial pada masyarakat (*et al.*, 2019).

Interaksi sosial di atas yang diartikan sebagai hubungan-hubungan sosial timbal balik yang dinamis, yang menyangkut hubungan antara orang-orang secara perorangan, antara kelompok-kelompok manusia, maupun antara orang dengan kelompok manusia dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Interaksi tersebut terjadi karena adanya saling mengerti maksud dan tujuan masing-masing pihak dalam hubungan sosial. Rasa saling mengerti dapat menjadikan interaksi yang dinamis antara satu pihak dengan pihak yang lain, sehingga tujuan dari suatu program masyarakat akan dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat itu sendiri (Benny A. Pribadi, 2017).

Peran sosial budaya terhadap kesehatan masyarakat adalah dalam membentuk, mengatur dan memengaruhi tindakan atau kegiatan individu-individu suatu kelompok sosial untuk memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan, sehingga sosial budaya mampu menjadi penentu kualitas kesehatan masyarakat. Apabila suatu masyarakat terlalu terpacu pada sosial budaya setempat, hal tersebut juga dapat memengaruhi perilaku-perilaku kesehatan di masyarakat (Relica and Mariyati, 2024).

II. TUJUAN

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

III. MATERI INTI

A. Hubungan Faktor Psikososial dengan Risiko Penyakit

Faktor psikososial mencakup aspek-aspek sosial dan psikologis yang memengaruhi kehidupan individu sehari-hari, termasuk di dalamnya stres, dukungan sosial, status ekonomi, serta pengalaman

hidup yang signifikan. Faktor-faktor ini memiliki pengaruh besar terhadap risiko penyakit, baik fisik maupun mental, dan semakin banyak kajian yang menunjukkan adanya keterkaitan antara faktor psikososial dan berbagai gangguan kesehatan.

Istilah psikososial menggambarkan hubungan antara kondisi seseorang dengan kesehatan mental dan emosional (melibatkan sosial dan psikologis). Istilah ini pertama kali digunakan oleh Erik Erikson, seorang psikolog yang meneliti tentang tahapan perkembangan emosional manusia. Teori Erik Erikson mengenai perkembangan psikososial merupakan teori terkenal mengenai kepribadian dalam ilmu psikologi. Seperti halnya Sigmund Freud, Erikson percaya bahwa kepribadian berkembang dalam beberapa tahapan (Purbaningsih, 2018). Psikososial adalah hubungan antara aspek psikologis dan sosial yang dialami individu yang bersifat dinamis. Keadaan psikologis dan sosial sangat berkaitan erat dengan perilaku individu (Sidabutar dkk, 2003). Masalah psikososial merupakan suatu masalah psikis yang timbul akibat perubahan sosial. Oleh karena itu, masalah tersebut terjadi sebagai dampak negatif dari interaksi sosial yang buruk yang dialami oleh individu.

Salah satu hubungan paling mendalam antara faktor psikososial dan penyakit adalah peran stres dalam memicu gangguan kesehatan fisik. Stres kronis yang dialami individu, terutama jika berkepanjangan dan tidak ditangani dengan baik, dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, diabetes tipe 2, hipertensi, hingga obesitas. Stres menyebabkan tubuh bereaksi dengan meningkatkan produksi hormon kortisol, yang jika terus meningkat, dapat merusak sistem imun tubuh, meningkatkan peradangan, dan mengganggu keseimbangan metabolik (Cohen et al., 2020). Sebagai contoh, individu yang mengalami stres berat di tempat kerja atau dalam kehidupan pribadinya seringkali menunjukkan pola makan yang tidak sehat dan kebiasaan fisik yang

buruk, seperti kurangnya aktivitas fisik atau kebiasaan merokok, yang memperburuk risiko penyakit.

Stres berkepanjangan juga dapat menyebabkan penyakit mental seperti depresi, kecemasan, dan gangguan tidur. Depresi, sebagai salah satu gangguan kesehatan mental yang umum, seringkali dihubungkan dengan stres sosial, seperti tekanan dari lingkungan pekerjaan, hubungan yang tidak harmonis, atau masalah keuangan. Individu yang mengalami depresi cenderung memiliki motivasi yang lebih rendah untuk menjaga kesehatan mereka, yang dapat memicu risiko penyakit fisik seperti penyakit jantung atau stroke. Keterkaitan ini menunjukkan bahwa ada hubungan timbal balik antara kesehatan mental dan fisik; gangguan pada satu aspek dapat memperburuk kondisi pada aspek lainnya.

Stres merupakan respon keseimbangan tubuh dan pikiran terhadap perubahan. Perubahan dalam hidup tersebut dapat baik maupun buruk terhadap situasi yang baru atau berbeda dari sebelumnya, bertambah atau berkurangnya orang-orang dalam kehidupan, dan perubahan perasaan dalam diri tiap individu. Masa remaja merupakan masa perkembangan yang dialami setiap individu. Remaja mengalami perubahan yang cepat secara fisik, kognitif, dan emosional. Perubahan tersebut awal stresor bagi setiap individu dalam kehidupan (Putri, Wayan, D., A., 2014).

Dukungan sosial telah terbukti sebagai salah satu faktor pelindung yang kuat dalam menjaga kesehatan individu dari efek negatif stres. Dukungan sosial dapat berwujud dalam berbagai bentuk, mulai dari dukungan emosional, finansial, hingga fisik. Individu yang memiliki jaringan dukungan sosial yang kuat, seperti teman, keluarga, atau komunitas, cenderung mampu menghadapi stres dengan lebih baik dan memiliki kesehatan yang lebih baik secara keseluruhan. Sebaliknya, individu yang merasa terisolasi atau kekurangan dukungan sosial

lebih rentan terhadap berbagai penyakit, baik fisik maupun mental. Sebuah kajian menunjukkan bahwa isolasi sosial meningkatkan risiko penyakit jantung, gangguan kesehatan mental, dan bahkan kematian dini (Thoits, 2011).

Stres merupakan salah satu bentuk risiko psikososial yang dijelaskan sebagai respon secara fisik maupun mental akibat tuntutan yang diterima dengan kemampuan yang dimiliki untuk mengatasi tuntutan tersebut tidak berimbang penyebab terjadinya risiko psikososial dapat berasal dari dua hal, yaitu *job content* dan *job context*. *Job content* adalah faktor pekerjaan terkait lingkungan kerja, peralatan kerja, desain pekerjaan, jadwal kerja, dan beban kerja. Sementara *job context* adalah faktor pekerjaan terkait hubungan interpersonal dalam organisasi, pengambilan keputusan, pengembangan karir, budaya organisasi, dan peran dalam organisasi (Tresnawati & Erwandi, 2021). Namun selain faktor yang berasal dari pekerjaan, penyebab stres juga dapat berasal dari faktor individu, sosial, dan keluarga. Banyak orang tidak menyadari bahwa gejala psikososial timbul dalam kehidupannya. Gejala ini dapat memengaruhi sisi perilaku, fisiologis, psikologis, dan kognitif pada individu (Tresnawati & Erwandi, 2021).

Stres dan kecemasan merupakan bagian dari kehidupan manusia sehari-hari dan merupakan gejala yang normal pada manusia. Bagi orang yang penyesuaiannya baik, maka stres dan kecemasan dapat cepat diatasi dan ditanggulangi. Bagi orang yang penyesuaiannya kurang baik, maka stres dan kecemasan merupakan bagian terbesar dalam hidupnya. Apabila penyesuaian yang dilakukan tidak tepat, akan menimbulkan dampak penyesuaian diri terhadap kesehatan jasmani dan psikis. Munculnya perasaan kesepian, merasa terasingkan, kelelahan fisik yang berkelanjutan, frustrasi, kecemasan berlebihan, stres, kecurigaan akan lingkungan sekitar (*paronia*), kecenderungan untuk menarik diri dan depresi adalah beberapa akibat yang sering

dikeluhkan oleh mahasiswa yang tidak mampu untuk beradaptasi (Artifasari, 2020).

Stres psikologis merupakan unsur fundamental dalam hidup yang dialami semua manusia dengan berbagai frekuensi dan intensitas. Stresor dapat bersifat akut atau kronis, dapat berupa perubahan kehidupan (seperti perselisihan perkawinan, bencana alam), kondisi sosioekonomi (seperti pendapatan rendah, tingginya kriminalitas), dan dapat dikaitkan dengan kondisi kejiwaan (seperti depresi dan kecemasan). Selain itu, respon fisiologis setiap individu terhadap paparan stres tertentu menentukan konsekuensi kesehatan dari stresor tersebut. Stres kronis dapat terjadi selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun dan dapat mengakibatkan konsekuensi kesehatan secara kumulatif. Sebagian besar kajian mengkonfirmasi hubungan antara stres dan konsekuensi kesehatan yang merugikan meskipun ada heterogenitas dalam desain kajian, jenis pemicu stres, pengukuran stres, hasil, penilaian perancu, dan demografi subjek.

Stres dapat dibagi menjadi dua kategori berdasarkan jenisnya, yaitu stres positif (*eustres*) dan stres negatif (*distres*). Stres positif merupakan keadaan yang dialami individu yang dapat menurunkan tekanan yang dialami akibat dorongan atau motivasi yang berasal dari luar (eksternal) atau dari dalam diri (internal). Sedangkan stres negatif merupakan keadaan tekanan yang dialami individu yang tidak dapat diturunkan yang secara prospektif dapat berdampak negatif.

Stres merupakan suatu reaksi umum dalam tubuh terhadap segala jenis tuntutan yang diterima oleh tubuh. Stres adalah respon tubuh terhadap rangsangan baik dari dalam maupun dari luar. Rangsangan yang menyebabkan stres disebut sebagai stresor. Stresor dapat berupa peristiwa fisik yang merugikan seperti cedera, trauma, atau kelelahan yang melebihi kemampuan tubuh. Stresor juga mencakup pengalaman psikologis seperti tenggat waktu yang harus dipenuhi,

konflik interpersonal, kejadian tak terduga, frustrasi, isolasi, dan peristiwa traumatis dalam kehidupan seseorang. Semua jenis stresor ini menyebabkan respons perilaku dan berdampak pada kesehatan mental, seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan detak jantung, peningkatan kadar adrenalin, serta gangguan fungsi kognitif dan metabolisme tubuh (Kirana et al., 2023).

Dalam konteks kesehatan masyarakat, status ekonomi juga memengaruhi risiko penyakit melalui mekanisme psikososial. Individu dengan status ekonomi rendah seringkali menghadapi tekanan hidup yang lebih besar, seperti pekerjaan yang tidak stabil, perumahan yang buruk, akses terbatas ke pelayanan kesehatan, serta masalah sosial lainnya. Kondisi-kondisi ini menciptakan tingkat stres yang lebih tinggi, yang berdampak pada peningkatan risiko penyakit kronis. Status ekonomi yang rendah juga berkorelasi dengan perilaku kesehatan yang kurang optimal, seperti pola makan yang buruk dan kebiasaan fisik yang tidak sehat. Masyarakat dengan akses terbatas ke sumber daya kesehatan juga cenderung tidak mendapatkan perawatan yang memadai untuk kondisi kronis yang mereka alami, yang pada akhirnya memperburuk kondisi kesehatan mereka.

Menurut Siti Rahmah dkk, (Rahmah and Lubis, 2022) pada kajiannya tentang Faktor Psikososial terhadap Stres Kerja Pada Penjahit *Home Industry*., terdapat beberapa faktor psikososial yang memengaruhi suatu penyakit:

1. Faktor ketaksamaan peran

Faktor ketaksamaan peran memiliki hubungan yang signifikan terhadap stres kerja. Hal ini terjadi disebabkan bahwa dalam pekerjaan mereka sebagai penjahit konveksi *home industry* tidak memiliki tujuan tugas dan pekerjaan yang jelas. Prosedur kerja juga tidak ada sehingga menyulitkan mereka saat akan bekerja. Kondisi tersebut menyebabkan sebagian besar responden mengalami stres

kerja pada tingkat kategori sedang. Ketaksaan peran menjadi suatu hal penting di dalam dunia kerja, ketika seorang pekerja tidak mendapatkan informasi kerja, tujuan kerja, tanggung jawab yang pasti dan jelas serta tidak adanya *feedback* hasil kerja dapat menyebabkan munculnya stres kerja, karena melakukan hal tidak sesuai dengan harapan yang diinginkan. Ketika di tempat kerja faktor psikososial ini berperan, bisa memberikan dampak berupa ketidakpuasan pekerjaan, kurang memiliki kepercayaan diri, rasa diri tidak berguna, rasa harga diri yang menurun, depresi, motivasi rendah untuk bekerja, peningkatan tekanan darah dan detak nadi, dan kecenderungan untuk meninggalkan pekerjaan.

2. Faktor konflik peran

Pada kajian ini terdapat hubungan antara konflik peran terhadap stres kerja, hal ini kemungkinan terjadi disebabkan oleh usaha jahit konveksi ini secara umum merupakan bentuk dari industri informal yang tidak memiliki struktur organisasi dan prosedur kerja yang jelas. Sehingga dalam pendelegasian tugas kepada penjahit, sering ditemukan para penjahit juga melakukan pekerjaan diluar tugasnya, dan dalam penyelesaian tugas para penjahit melakukan pekerjaan dengan caranya masing-masing, akhirnya bisa menimbulkan perbedaan cara kerja antar penjahit di tiap unit konveksi. Konflik peran akan terjadi ketika seorang pekerja merasa melakukan pekerjaan yang bukan merupakan bagian dari pekerjaannya, ada berbagai faktor kepentingan yang memengaruhi dalam bekerja, adanya tekanan dari pimpinan dan rekan kerja yang tidak sesuai dengan keyakinan para pekerja. Pemimpin pada setiap usaha konveksi yang ada di Cipadu Tangerang umumnya merangkap juga sebagai penjahit, karena usaha tersebut milik pribadi dan pekerjaannya masih memiliki hubungan kekerabatan. Multi peran seorang pekerja menjadi stresor di tempat kerja

tersebut. Hal lain yang menjadi signifikannya hubungan tersebut adalah pekerja seringkali harus menyelesaikan pekerjaan diluar dari kebiasaannya.

3. Faktor beban kerja berlebih

Pada kajian ini, beban kerja berlebih kualitatif memiliki hubungan terhadap terjadinya stres kerja. Hal ini disebabkan oleh bermacam ragam target pesanan yang harus dijahit memiliki tingkat kesulitan masing-masing sehingga menimbulkan kekhawatiran pada penjahit untuk melakukan kesalahan ketika menjahit pesanan. Terlebih lagi konsekuensi yang dihadapi ketika melakukan kesalahan pada saat menjahit produk, kemarahan dari pemilik usaha dan juga konsumen yang memesan produk menjadi risiko yang harus diterima para pekerja. Beban berlebih kualitatif merupakan dampak dari perkembangan teknologi pada saat ini. Banyaknya otomatisasi pekerjaan mengarahkan pekerjaan manual tidak perlu dilakukan lagi oleh pekerja pada umumnya. Aktivitas pekerja mengarah kepada sistem pekerjaan otak yang menuntut kemampuan teknikal dan intelektual yang lebih tinggi dari yang dimiliki oleh pekerja.

4. Faktor pengembangan karir

Pada kajian ini terdapat hubungan yang signifikan antara faktor pengembangan karir terhadap stres kerja pada penjahit konveksi Cipadu Tangerang. Berdasarkan pernyataan para pekerja ada keraguan untuk dapat terus bekerja di tempat kerjanya, karena kesempatan untuk berkembang sangat kecil dan tidak ada kegiatan untuk meningkatkan keterampilan seperti pelatihan. Pertumbuhan suatu industri seharusnya sejalan dengan peluang dan promosi bagi para pekerjanya. Tetapi dalam pengembangan organisasi tidak selalu berjalan dengan mulus. Ada kalanya pertumbuhan berjalan cepat, adakalanya suatu tempat kerja terpaksa harus memperkecil

usahanya. Hal ini menimbulkan tidak adanya promosi bagi para pekerja, bahkan muncul kekhawatiran kehilangan pekerjaannya. Khawatir kehilangan pekerjaan dapat mengarahkan pekerja merasa bahwa kurangnya jaminan untuk bekerja dalam jangka panjang, kontrak kerja tidak bisa dipastikan dan kondisi di tempat kerja fluktuatif. Dampak fisik pun akan dirasakan juga ketika faktor pengembangan karir di tempat kerja dirasa buruk, kesehatan dan kesejahteraan pekerja terancam.

Menurut Bryan Reppi, dkk (Reppi et al., 2020) menjelaskan terdapat hubungan antara konflik interpersonal, beban kerja dan dukungan sosial dengan stres kerja. Variabel konflik interpersonal dan beban kerja menunjukkan hubungan yang tergolong lemah dengan arah korelasi positif. Sedangkan variabel dukungan sosial menunjukkan hubungan yang tergolong lemah dengan arah korelasi negatif. Variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap stres kerja adalah konflik interpersonal.

1. Konflik Interpersonal

Semakin tinggi konflik peran maka akan meningkatkan stres kerja pada pekerja. Hasil kajian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Munandar (2014) bahwa stres kerja dapat timbul karena tenaga kerja harus bekerja sama dengan tenaga kerja lain yang berkepribadian kasar atau tidak memiliki kepekaan dalam berinteraksi sosial sehingga dapat menyebabkan terjadi konflik antar individu.

2. Beban Kerja

Beban kerja berlebih dapat menjadi salah satu faktor pembangkit stres. Hasil kajian Bryan Reppi (Reppi et al., 2020) menunjukkan bahwa tabulasi silang menunjukkan dari 91,8% yang mengalami beban kerja tinggi terdapat 40% yang mengalami stres kerja. Hal ini dikarenakan terkadang jumlah pekerjaan yang

diberikan sudah melebihi kemampuan dari pekerja. Pekerjaan yang melebihi kapasitas atau potensi diri pekerja menyebabkan mudah lelah dan bekerja dalam ketegangan tinggi. Hasil kajian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara beban kerja dengan stres kerja. Hubungan tergolong lemah dengan arah korelasi positif yang artinya semakin tinggi beban kerja dari pekerja akan meningkatkan stres kerja yang dialami pekerja.

3. Dukungan Sosial

Hasil kajian menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan sosial terhadap stres kerja karyawan. Dukungan sosial yang diukur pada kajian ini adalah dukungan terhadap pekerjaan yang dirasakan oleh responden dan bisa berasal dari atasan, rekan kerja, pasangan, teman, dan keluarga. Dukungan sosial dapat berupa bantuan dalam kesulitan pekerjaan, diskusi mengenai pekerjaan, hingga masalah pribadi dari responden yang kemungkinan besar dapat berpengaruh terhadap responden. Arah korelasi dalam hubungan antara dukungan sosial dan stres kerja adalah negatif yang artinya semakin banyak dukungan yang diterima oleh responden terkait pekerjaannya maka akan mengurangi stres yang dialami oleh responden terkait pekerjaan. Hal ini dikarenakan dukungan yang diterima responden kemungkinan besar akan membuat responden fokus dan nyaman dalam bekerja. hubungan antara dukungan sosial dengan stres kerja, semakin tinggi dukungan yang didapat oleh pekerja terkait dengan pekerjaannya maka akan mengurangi tingkat stres yang dialami. Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Habibi (Habibi and Jefri, 2018) diketahui bahwa variabel jenis kelamin, jadwal kerja, konflik peran, dan konflik interpersonal berpengaruh terhadap stres kerja.

Penyakit apapun yang diderita oleh setiap manusia akan dipersepsikan oleh manusia itu sebagai suatu penderitaan hingga berakibat pada psikologis serta sosial manusia tersebut. Aspek psikososial sangat penting untuk dijadikan perhatian karena suatu perjalanan penyakit kronis menjadikan pasien sebagai penderita merasakan tidak mempunyai harapan, perasaan takut, cemas, frustrasi, tidak ada daya hingga timbul perasaan marah dalam dirinya (Purbaningsih, 2018).

Psikososial sendiri berasal dari kata psiko dan sosial. Kata psiko mengacu pada aspek psikologis dari individu (pikiran, perasaan dan perilaku). Sedangkan sosial mengacu pada hubungan eksternal individu dengan orang-orang di sekitarnya. Istilah psikososial berarti menyinggung relasi sosial yang mencakup faktor-faktor psikologis (Purbaningsih, 2018).

Ketika seseorang dalam keadaan stres, untuk melalui suatu penyakit yang dialaminya sangat membutuhkan sebuah proses, dan mekanisme yang berbeda. Seperti ada seseorang ketika sedang stres untuk mengatasinya ada dengan cara berdiam diri, merenung, namun adapun yang melaluinya dengan cara memberontak, ataupun marah. Menurut (Purbaningsih, 2018), manusia digambarkan dalam tiga dimensi yaitu:

- a) Fisik atau biologis dimensi ini yang berkaitan dengan dunia di sekitar kita melalui lima indera kita.
- b) Dimensi psikososial yang berkaitan dengan diri sendiri dan orang lain, melibatkan emosi, moral, akal.
- c) Rohani yang melebihi dimensi fisik dan dimensi psikososial dan memiliki kemampuan untuk berhubungan dengan yang lebih tinggi.

Faktor psikososial mencakup berbagai pengaruh emosional, sosial, dan kognitif yang memengaruhi perilaku dan hasil kesehatan. Faktor-

faktor ini mencakup, tetapi tidak terbatas pada, respons emosional seperti stres dan kecemasan, dinamika sosial termasuk dukungan keluarga dan hubungan dengan teman sebaya, dan aspek kognitif seperti keyakinan kesehatan dan persepsi penyakit. Memahami dan menangani faktor-faktor ini sangat penting untuk memungkinkan individu mengatasi dan mengelola kondisi kronis mereka secara efektif. Pengaruh emosional, seperti stres, depresi, dan kecemasan, dapat berdampak signifikan terhadap kemampuan seseorang untuk mematuhi regimen pengobatan dan mempertahankan perilaku sehat. Adapun menurut (Jiakponna et al., 2024) beberapa faktor-faktor dalam psikososial, yaitu:

1. Faktor sosial, termasuk ada atau tidaknya jaringan pendukung, memainkan peran penting dalam kemampuan pasien untuk mengelola kondisinya. Pasien dengan sistem dukungan sosial yang kuat seringkali lebih siap untuk menangani tantangan penyakit kronis, menunjukkan tingkat kepatuhan pengobatan yang lebih tinggi dan hasil kesehatan yang lebih baik.
2. Faktor kognitif, seperti keyakinan individu tentang penyakitnya dan persepsi kemanjuran pengobatannya, juga memainkan peran penting. Keyakinan kesehatan dapat memengaruhi bagaimana pasien terlibat dengan rencana pengobatan dan berpartisipasi dalam aktivitas perawatan diri.

B. Mekanisme Psikososial yang Menghubungkan Stres dan Penyakit

Stres psikologis dapat memengaruhi kesehatan melalui berbagai mekanisme biologis dan perilaku. Salah satu mekanisme utama adalah melalui sistem respons stres tubuh, yang melibatkan aktivasi sumbu HPA (*hypothalamus-pituitary-adrenal*) dan pelepasan hormon stres seperti kortisol dan adrenalin. Aktivasi yang terus menerus

dari sumbu ini dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, penurunan sistem imun, dan peningkatan risiko peradangan kronis, yang semuanya berkontribusi terhadap perkembangan penyakit kronis seperti penyakit jantung, diabetes, dan hipertensi.

Efek dari stimulus stres dapat diobservasi antara lain dalam bentuk depresi, kecemasan, gangguan kognisi, dan gangguan tingkat kepercayaan diri. Stres sebagai suatu stimulus dapat menyebabkan gangguan regulasi sistem kekebalan tubuh yang dimediasi oleh aksis HPA (*hypothalamic-pituitary-adrenal*) dan aksis SAM (*sympathetic-adrenal-medullary*). Ketika mengalami suatu peristiwa yang menimbulkan dan diinterpretasikan sebagai stres, maka aksis HPA merilis hormon CRH (*corticotropin-releasing hormone*) yang memicu kelenjar hipofisis untuk mensekresi ACTH (*adrenocorticotropin hormone*). Hormon ACTH masuk ke dalam sirkulasi darah dan mencapai kelenjar adrenal sehingga memicu sekresi hormon stres. Terdapat dua jenis hormon stres primer, yaitu glukokortikoid (kortisol) dan katekolamin (adrenalin dan noradrenalin).

Kortisol, hormon yang dilepaskan sebagai respons terhadap stres, berperan dalam berbagai fungsi tubuh, termasuk pengaturan metabolisme, fungsi imun, dan respons peradangan. Namun, produksi kortisol yang berlebihan, terutama jika berlangsung dalam jangka panjang, dapat menyebabkan disregulasi hormon yang berbahaya. Kajian menunjukkan bahwa individu yang mengalami stres berkepanjangan cenderung memiliki kadar kortisol yang lebih tinggi secara kronis, yang berkontribusi terhadap peningkatan berat badan, resistensi insulin, dan risiko penyakit kardiovaskular (Black & Garbutt, 2002). Rilisnya dua jenis hormon stres tersebut sebagai respon tubuh dalam menciptakan respon *fight or flight* yang antara lain dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan detak jantung. Hormon kortisol memiliki kemampuan dalam meningkatkan tekanan darah

dan sifat supresor sekresi hormon insulin dari pankreas sehingga dengan kondisi hormon kortisol yang tinggi dapat mengakibatkan peningkatan risiko diabetes, hipertensi, dan penyakit arterial. Lebih lanjut, aktivasi aksis HPA dapat menekan sistem kekebalan tubuh yang berhubungan dengan risiko terjadinya infeksi.

Selain itu, stres juga memengaruhi perilaku kesehatan individu. Stres dapat memicu perilaku tidak sehat sebagai bentuk *coping mechanism* yang tidak adaptif. Misalnya, individu yang merasa stres cenderung lebih mungkin mengonsumsi makanan tinggi lemak dan gula, merokok, atau mengonsumsi alkohol untuk meredakan ketegangan psikologis. Kebiasaan-kebiasaan ini memperburuk kondisi kesehatan dan meningkatkan risiko berbagai penyakit. Oleh karena itu, stres tidak hanya memiliki dampak langsung terhadap kesehatan melalui mekanisme biologis, tetapi juga memperburuk kondisi kesehatan melalui perubahan perilaku yang tidak sehat.

Dukungan sosial merupakan salah satu penopang psikososial yang penting dalam mekanisme ini. Sebuah jaringan dukungan yang kuat dapat meredam efek negatif dari stres, baik secara langsung dengan menawarkan bantuan praktis maupun secara emosional melalui pemberian kenyamanan dan rasa aman. Kajian telah menunjukkan bahwa individu dengan dukungan sosial yang memadai lebih mampu mengatasi stres dan memiliki kesehatan yang lebih baik dibandingkan mereka yang kekurangan dukungan. Sebagai contoh, kajian yang dilakukan oleh Uchino (2006) menunjukkan bahwa dukungan sosial yang kuat dapat menurunkan tekanan darah dan tingkat kortisol, serta meningkatkan kemampuan tubuh untuk pulih dari stres. Ini menunjukkan bahwa faktor psikososial yang positif dapat memperkuat kemampuan tubuh dalam menangani tekanan

C. Intervensi Kesehatan Masyarakat untuk Mengurangi Dampak Negatif Faktor Psikososial

Memahami dampak faktor psikososial terhadap penyakit mendorong perlunya intervensi kesehatan masyarakat yang komprehensif. Salah satu pendekatan yang dapat diterapkan adalah dengan mengintegrasikan program manajemen stres di berbagai lingkungan, seperti tempat kerja, sekolah, dan komunitas. Program-program ini dapat mencakup pelatihan tentang *coping strategies* yang efektif, konseling kesehatan mental, serta aktivitas fisik yang teratur seperti yoga dan meditasi, yang telah terbukti dapat membantu mengurangi tingkat stres dan memperbaiki kesehatan secara keseluruhan.

Selain itu, program dukungan sosial berbasis komunitas dapat menjadi cara efektif untuk mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan kualitas hidup. Misalnya, pengembangan kelompok dukungan pada kalangan lansia, ibu hamil, atau penderita penyakit kronis dapat memberikan dukungan emosional dan praktis yang dibutuhkan untuk mengelola stres dan penyakit yang mereka alami. Dukungan sosial ini juga dapat membantu meningkatkan akses individu terhadap informasi kesehatan dan sumber daya yang mungkin tidak mereka ketahui sebelumnya.

Stres merupakan istilah yang membingungkan karena adanya pendapat-pendapat yang sangat beranekaragam. Dalam arti umum stres, merupakan pola reaksi serta adaptasi umum dalam arti pola reaksi menghadapi stresor, yang dapat berasal dari dalam maupun luar individu yang bersangkutan, dapat nyata maupun tidak nyata sifatnya. Stres sendiri dapat berbentuk bermacam-macam tergantung dan ciri-ciri individu yang bersangkutan, kemampuan untuk menghadapi (*coping skills*) dan sifat stresor yang dihadapinya (Musradinur, 2016).

Intervensi lain yang penting adalah pendekatan sosial-ekonomi untuk mengatasi kesenjangan kesehatan. Meningkatkan akses

masyarakat berpenghasilan rendah terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, pendidikan kesehatan, serta program dukungan finansial dapat mengurangi tekanan sosial-ekonomi yang mereka hadapi. Upaya ini juga harus disertai dengan kebijakan yang mendukung lingkungan kerja yang sehat, termasuk memberikan waktu istirahat yang cukup, pengelolaan beban kerja, serta pengembangan program kesehatan mental di tempat kerja.

Selain itu, peningkatan kesadaran publik tentang pentingnya menjaga keseimbangan kesehatan mental dan fisik juga harus menjadi bagian dari strategi intervensi kesehatan masyarakat. Kampanye kesehatan yang mempromosikan manajemen stres, pentingnya dukungan sosial, dan perilaku sehat dapat membantu mengurangi prevalensi penyakit terkait faktor psikososial di masyarakat.

Menurut (Artifasari, 2020), usaha untuk menghindari kecemasan pada mahasiswa ataupun masyarakat adalah memperkuat kepribadian, mengembangkan bakat atau minat, memperkuat daya tahan fisik, menghindari perilaku yang tidak sehat, beribadah, gaya hidup yang sesuai, bersosialisasi dengan lingkungan dan meningkatkan peran serta keluarga dalam memberi motivasi. Peranan orang tua juga sangat besar dalam pembentukan kepribadian individu itu sendiri, dengan hubungan dan kasih sayang yang baik pada anak selama hidupnya. Peran dosen atau staf pengajar juga sangat diharapkan dalam memberikan bimbingan dan konseling serta motivasi pada mahasiswa saat proses pembelajaran atau praktik berlangsung. Di atas adalah usaha untuk mengurangi penyaki stres yang berkepanjangan.

D. Tantangan dalam Penerapan Intervensi

Meskipun bukti ilmiah menunjukkan hubungan yang kuat antara faktor psikososial dan kesehatan, penerapan intervensi yang efektif untuk mengurangi dampak negatif faktor-faktor ini tidaklah mudah.

Ada beberapa tantangan signifikan yang menghambat keberhasilan implementasi program kesehatan masyarakat berbasis psikososial, baik di tingkat individu, komunitas, maupun sistem kesehatan yang lebih luas. Tantangan ini mencakup stigma sosial, keterbatasan sumber daya, perbedaan budaya, kompleksitas permasalahan kesehatan mental, serta tantangan kebijakan dan regulasi.

1) Stigma Sosial terhadap Kesehatan Mental

Salah satu hambatan terbesar dalam penerapan intervensi yang berfokus pada faktor psikososial adalah stigma yang masih melekat terhadap masalah kesehatan mental. Di banyak masyarakat, termasuk di Indonesia, masalah kesehatan mental seringkali dianggap tabu atau dianggap sebagai sesuatu yang memalukan. Individu yang mengalami masalah mental, seperti depresi, kecemasan, atau stres kronis, seringkali enggan untuk mencari bantuan karena takut dijauhi, dikucilkan, atau dihakimi oleh lingkungannya. Pandangan ini menyebabkan masalah kesehatan mental tidak tertangani dengan baik, meskipun sangat berkaitan erat dengan peningkatan risiko penyakit fisik dan penurunan kualitas hidup.

Stigma ini juga sering muncul di tempat kerja, di mana banyak pekerja merasa tidak nyaman untuk mengungkapkan kondisi mental mereka karena takut dianggap tidak kompeten atau lemah. Akibatnya, individu yang mengalami stres atau masalah kesehatan mental di tempat kerja cenderung menyembunyikan masalahnya dan menghindari mencari bantuan, yang pada akhirnya memperburuk kondisi mereka. Oleh karena itu, salah satu tantangan terbesar dalam penerapan intervensi berbasis psikososial adalah mengatasi stigma ini, yang membutuhkan pendekatan pendidikan dan komunikasi publik yang efektif. Edukasi masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental, serta

bagaimana masalah psikologis berhubungan erat dengan kesehatan fisik, menjadi penting untuk mengubah persepsi negatif ini.

Perubahan psikososial dapat merupakan tekanan mental (stresor psikosial) sehingga bagi sebagian individu dapat menimbulkan perubahan dalam kehidupan dan berusaha beradaptasi untuk menanggulangnya. Stresor psikososial, seperti perceraian dalam rumah tangga, masalah orang tua dengan banyaknya kenakalan remaja, hubungan interpersonal yang tidak baik dengan teman dan sebagainya. Namun, tidak semua orang dapat beradaptasi dan mengatasi stresor akibat perubahan tersebut sehingga ada yang mengalami stres, gangguan penyesuaian diri, maupun sakit (Musradinur, 2016).

2) Keterbatasan Sumber Daya

Tantangan lain yang tidak kalah penting adalah keterbatasan sumber daya, baik sumber daya manusia, infrastruktur, maupun finansial. Dalam banyak kasus, terutama di daerah dengan akses terbatas ke layanan kesehatan, tidak tersedia cukup profesional kesehatan mental, seperti psikolog dan psikiater, yang mampu memberikan perawatan yang diperlukan. Di Indonesia, misalnya, rasio psikiater terhadap populasi masih jauh dari memadai, terutama di daerah-daerah terpencil dan pedesaan. Hal ini menyulitkan individu yang membutuhkan perawatan untuk mendapatkan layanan yang tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Selain itu, infrastruktur untuk mendukung kesehatan mental dan psikososial, seperti pusat kesehatan mental atau layanan konseling, seringkali tidak tersedia atau belum terintegrasi secara baik dengan layanan kesehatan umum. Banyak fasilitas kesehatan di daerah-daerah terpencil masih kurang dilengkapi untuk menangani masalah psikososial, yang berarti individu

dengan masalah kesehatan mental mungkin tidak mendapatkan penanganan yang komprehensif. Keterbatasan dana yang dialokasikan untuk program-program kesehatan mental di tingkat nasional dan daerah juga merupakan hambatan yang signifikan. Anggaran kesehatan mental seringkali menjadi prioritas yang lebih rendah dibandingkan dengan kebutuhan layanan kesehatan fisik lainnya, seperti pengobatan penyakit infeksi atau pengendalian penyakit tidak menular (NCDs).

3) Perbedaan Budaya dan Kesenjangan Sosial Ekonomi

Perbedaan budaya juga menjadi tantangan dalam merancang dan menerapkan intervensi psikososial. Di berbagai komunitas, terdapat perbedaan dalam pandangan mengenai penyebab dan cara penanganan masalah kesehatan, termasuk kesehatan mental. Beberapa komunitas mungkin lebih menerima intervensi berbasis spiritual atau tradisional daripada intervensi psikososial berbasis medis. Sebagai contoh, di beberapa daerah di Indonesia, masalah kesehatan mental seperti depresi seringkali dianggap sebagai bentuk gangguan spiritual atau disebabkan oleh kurangnya ibadah, sehingga orang lebih cenderung mencari solusi dari tokoh agama atau dukun daripada pergi ke psikolog atau psikiater. Perbedaan persepsi ini bisa mempersulit penerapan program intervensi berbasis ilmu kesehatan modern di masyarakat yang memiliki pandangan tradisional yang kuat.

Selain itu, kesenjangan sosial ekonomi juga menjadi faktor yang memperumit tantangan ini. Kelompok masyarakat dengan status ekonomi yang rendah seringkali menghadapi tekanan psikososial yang lebih besar, termasuk stres terkait pekerjaan, kemiskinan, ketidakpastian finansial, serta lingkungan sosial yang kurang mendukung. Namun, kelompok ini justru memiliki akses yang paling terbatas terhadap layanan kesehatan mental dan

dukungan sosial. Kesenjangan ini semakin memperparah beban psikososial yang dialami oleh kelompok-kelompok yang kurang beruntung, dan tanpa adanya intervensi yang memadai, situasi ini berisiko menciptakan lingkaran setan yang memperburuk kesejahteraan mereka.

4) Kompleksitas Masalah Kesehatan Mental

Masalah kompleksitas kesehatan mental dan psikososial seringkali bersifat multidimensional, sehingga membutuhkan pendekatan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan. Banyak gangguan kesehatan mental, seperti depresi dan kecemasan, dipengaruhi oleh kombinasi faktor biologis, psikologis, dan sosial. Oleh karena itu, intervensi yang hanya berfokus pada satu aspek saja, misalnya pada aspek medis, tidak akan cukup efektif. Diperlukan pendekatan multidisiplin yang melibatkan berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial, dan ketenagakerjaan.

Selain itu, masalah kesehatan mental seringkali saling terkait dengan perilaku kesehatan yang buruk, seperti merokok, penyalahgunaan alkohol, atau kurangnya aktivitas fisik, yang memperburuk kondisi fisik individu. Oleh karena itu, mengatasi masalah psikososial membutuhkan program yang dapat mengubah perilaku individu secara holistik, termasuk promosi gaya hidup sehat dan manajemen stres yang efektif. Tantangan lain dalam hal ini adalah kesadaran masyarakat yang rendah mengenai pentingnya kesehatan mental. Masih banyak individu yang tidak menyadari bahwa mereka mengalami gangguan mental atau stres yang kronis, sehingga mereka tidak mencari bantuan sampai kondisinya sudah sangat parah.

Adapun kondisi pada pekerjaan faktor psikososial bahwa suatu bencana besar yang terdapat menimbulkan gangguan mental

berdampak lebih lama, cedera fisik penyembuhan bisa lebih cepat. Tetapi kondisi kesehatan psikososial belum begitu diperhatikan pada saat pengadaan dan perencanaan sumber daya (Sutiawati, E. et al., 2024).

Intervensi pada masalah kesehatan mental ataupun kesehatan psikososial dalam menangani masalah stres adalah dengan melakukan latihan relaksasi otot progresif dan hipnotis 5 jari secara mandiri selama 14 hari. Intervensi yang digunakan pada relaksasi otot progresif bisa digunakan untuk mengontrol rasa marah dan memperbaiki kemampuan individu untuk mengatasi kondisi stres. Latihan relaksasi otot progresif yang digunakan secara rutin dalam kondisi stres mampu mengajarkan individu meningkatkan perasaan rileks, sehingga ketegangan akibat stres dapat diatasi secara baik dan mandiri (Rahman & Tasalim, 2022).

5) Tantangan Kebijakan dan Regulasi

Tantangan besar lainnya adalah kebijakan dan regulasi di bidang kesehatan mental dan psikososial. Di banyak negara, termasuk Indonesia, regulasi dan kebijakan yang mendukung kesehatan mental masih kurang berkembang dibandingkan dengan kebijakan kesehatan fisik. Kebijakan kesehatan nasional seringkali lebih menekankan pada upaya pengendalian penyakit fisik, terutama penyakit menular dan penyakit tidak menular, sementara kesehatan mental dan faktor psikososial kurang mendapatkan perhatian yang memadai. Sebagai contoh, sistem jaminan kesehatan nasional mungkin belum sepenuhnya mengakomodasi layanan kesehatan mental, seperti konseling atau terapi psikologis, yang seharusnya menjadi bagian integral dari sistem kesehatan masyarakat.

Keterbatasan kebijakan ini juga memengaruhi alokasi anggaran untuk kesehatan mental. Seringkali, program-program kesehatan

mental dan psikososial hanya mendapatkan alokasi anggaran yang sangat kecil dibandingkan dengan program-program lain. Padahal, dengan meningkatnya prevalensi gangguan kesehatan mental dan dampaknya terhadap produktivitas serta kualitas hidup, kebijakan yang mendukung penanganan masalah psikososial harus menjadi prioritas dalam perencanaan kesehatan di tingkat nasional.

Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan pendekatan yang lebih terintegrasi dan komprehensif dalam pembuatan kebijakan. Kolaborasi lintas sektor antara pemerintah, sektor swasta, dan organisasi non-pemerintah sangat diperlukan untuk menciptakan kebijakan yang efektif dan berkelanjutan dalam menangani masalah psikososial dan kesehatan mental.

E. Mekanisme Terjadinya Stres

Stres baru nyata dirasakan apabila keseimbangan diri terganggu. Artinya kita baru bisa mengalami stres manakala kita mempersepsi tekanan dari stresor melebihi daya tahan yang kita punya untuk menghadapi tekanan tersebut. Jadi selama kita memandangkan diri kita masih bisa menahankan tekanan tersebut (yang kita persepsi lebih ringan dari kemampuan kita menahannya) maka cekaman stres belum nyata. Akan tetapi apabila tekanan tersebut bertambah besar (baik dari stresor yang sama atau dari stresor yang lain secara bersamaan) maka cekaman menjadi nyata, kita kewalahan dan merasakan stres (Musradinur, 2016).

F. Jenis-jenis Stres

Seperti yang sudah disebutkan bahwa stresor dan sumbernya memiliki banyak keragaman, sehingga dapat disimpulkan stres yang dihasilkan beragam pula. Menurut (Musradinur, 2016), berdasarkan penyebabnya stres dapat digolongkan menjadi beberapa bagian:

1. Stres fisik, disebabkan oleh suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang, atau tersengat arus listrik.
2. Stres kimiawi, disebabkan oleh asam-basa kuat, obatobatan, zat beracun, hormon, atau gas.
3. Stres mikrobiologik, disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit yang menimbulkan penyakit.
4. Stres fisiologik, disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ, atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan, disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.

G. Pengaruh Stres Terhadap Fungsi Tubuh

Berdasarkan jenis, waktu, dan tingkat keparahan rangsangan yang diberikan, stres dapat memberikan berbagai tindakan pada tubuh mulai dari perubahan homeostasis hingga efek yang mengancam jiwa dan kematian. Dalam banyak kasus, komplikasi patofisiologis penyakit muncul akibat stres dan subjek yang terpapar stres, misalnya mereka yang bekerja atau tinggal di lingkungan yang penuh tekanan, memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami banyak gangguan. Stres dapat menjadi faktor pemicu atau pemberat bagi banyak penyakit dan kondisi patologis.

1. Pengaruh Stres dan Ingatan (Memori)

Memori merupakan salah satu aspek fungsional penting dari sistem saraf pusat dan dikategorikan sebagai sensorik, jangka pendek, dan jangka panjang. Memori jangka pendek bergantung pada fungsi lobus frontal dan parietal, sedangkan memori jangka panjang bergantung pada fungsi area otak luas. Namun fungsi memori secara keseluruhan dan konversi memori jangka

pendek menjadi memori jangka panjang bergantung pada bagian hipokampus yaitu area otak yang memiliki kepadatan reseptor glukokortikosteroid tinggi sehingga memiliki tingkat respons tertinggi terhadap stres.

Hasil kajian terdahulu menunjukkan pengaruh stres terhadap proses memori (Ghodrat et al., 2014). Berbagai kajian telah menunjukkan bahwa stres dapat menyebabkan perubahan fungsional dan struktural di bagian hipokampus otak. Perubahan struktural ini meliputi atrofi dan gangguan neurogenesis. Selain itu, stres kronis dan akibatnya, peningkatan kortisol dalam plasma, menyebabkan penurunan jumlah cabang dendritik, jumlah neuron, perubahan struktur terminal sinaps, dan penurunan neurogenesis pada jaringan hipokampus.

2. Pengaruh Stres dan Fungsi Kognisi

Kognisi merupakan persepsi terhadap rangsangan yang dipersepsikan dan interpretasinya, yang meliputi pembelajaran, pengambilan keputusan, perhatian, dan penilaian (Sandi, 2013). Stres memiliki banyak efek pada kognisi yang bergantung pada intensitas, durasi, asal, dan besarnya. Mirip dengan memori, kognisi terutama terbentuk di hipokampus, amigdala, dan lobus temporal. Stres dapat mengaktifkan beberapa sistem fisiologis, seperti sistem saraf otonom, neurotransmitter sentral, sistem neuropeptide, dan aksis HPA yang memiliki efek langsung pada persarafan otak yang terlibat dalam pemrosesan informasi. Aktivasi stres mengakibatkan produksi dan rilis glukokortikoid, melalui sawar darah-otak memberikan efek jangka panjang. Tampaknya terpapar stres dapat menyebabkan perubahan patofisiologis di otak, dan perubahan ini dapat terwujud sebagai gangguan perilaku, kognitif, dan suasana hati.

Paparan stres juga dapat menyebabkan gangguan pada kognisi yang berhubungan dengan hipokampus; khususnya, memori spasial. Selain itu, stres dapat menghentikan atau mengurangi genesis neuron di area girus dentata di hipokampus (area ini merupakan salah satu area otak terbatas tempat neurogenesis terjadi pada orang dewasa).

Secara umum, stres ringan diyakini dapat meningkatkan fungsi kognitif, terutama dalam kasus memori virtual atau verbal. Namun, jika intensitas stres melampaui ambang batas yang telah ditentukan (yang berbeda pada setiap individu), hal itu menyebabkan gangguan kognitif, terutama dalam memori dan penilaian. Tentu saja, harus disadari bahwa faktor seperti usia dan jenis kelamin juga dapat berperan dalam beberapa gangguan kognitif (Sandi, 2013). Hal yang perlu ditekankan bahwa orang yang berbeda mungkin menunjukkan respons yang bervariasi dalam kognisi ketika terpapar pada stimulus stres yang sama (Hatef et al., 2015)

3. Pengaruh Stres dan Fungsi Sistem Kardiovaskular

Stres, baik akut maupun kronis, memiliki efek buruk pada fungsi sistem kardiovaskular. Efek stres menyebabkan aktivasi sistem saraf otonom dan secara tidak langsung memengaruhi fungsi sistem kardiovaskular. Jika efek ini terjadi setelah aktivasi sistem saraf simpatik, maka efek utamanya adalah peningkatan denyut jantung, kekuatan kontraksi, vasodilatasi pada arteri otot rangka, penyempitan vena, kontraksi arteri di limpa dan ginjal, dan penurunan ekskresi natrium oleh ginjal. Stres dapat merangsang sistem saraf simpatik otonom untuk meningkatkan vasokonstriksi, yang dapat memediasi peningkatan tekanan darah, peningkatan lipid darah, gangguan pembekuan darah, aterosclerosis; semuanya dapat menyebabkan aritmia jantung dan *infark miokard* berikutnya.

Stres juga dapat mengaktifkan sistem saraf parasimpatis. Secara khusus, jika hal itu menyebabkan stimulasi sistem limbik, hal itu mengakibatkan penurunan, atau bahkan penghentian total detak jantung, penurunan kontraktilitas, pengurangan pengarahannya impuls oleh jaringan transmisi stimulus jantung, vasodilatasi perifer, dan penurunan tekanan darah. Lebih lanjut, stres dapat memodulasi fungsi sel endotel vaskular dan meningkatkan risiko trombotik dan iskemia, serta meningkatkan agregasi trombosit.

4. Pengaruh Stres dan Fungsi Sistem Gastrointestinal

Dampak stres pada nutrisi dan sistem gastrointestinal (GI) dapat diringkas dengan dua aspek fungsi GI. *Pertama*, stres dapat memengaruhi nafsu makan. Hal ini berkaitan dengan area tegmental ventral (VTA) atau amigdala. Namun, perlu juga dicatat bahwa pola gizi memiliki pengaruh terhadap respon terhadap stres (Ghanbari et al., 2015), dan ini menunjukkan adanya interaksi bilateral antara gizi dan stres.

Kedua, stres berdampak buruk pada fungsi normal saluran GI. Kajian telah menunjukkan bahwa stres memengaruhi proses penyerapan, permeabilitas usus, sekresi lendir dan asam lambung, fungsi saluran ion, dan peradangan GI. Stres juga meningkatkan respons sistem GI terhadap peradangan dan dapat mengaktifkan kembali peradangan sebelumnya dan mempercepat proses peradangan dengan sekresi mediator. Akibatnya, terjadi peningkatan permeabilitas sel dan perekrutan limfosit T. Agregasi limfosit menyebabkan produksi penanda inflamasi, mengaktifkan jalur utama di hipotalamus, dan menghasilkan umpan balik negatif akibat sekresi CRH, yang akhirnya mengakibatkan munculnya penyakit inflamasi GI.

Dampak stres pada sistem GI dapat diklasifikasikan menjadi enam tindakan berbeda, yaitu gangguan pergerakan saluran

GI, peningkatan iritabilitas visceral, perubahan laju dan luas berbagai sekresi GI, perubahan permeabilitas penghalang usus, efek negatif pada aliran darah ke saluran GI, dan peningkatan jumlah bakteri usus.

5. Pengaruh Stres dan Fungsi Sistem Endokrin

Stres dapat mengaktifkan atau mengubah aktivitas banyak proses endokrin yang terkait dengan hipotalamus, kelenjar pituitari dan adrenal, sistem adrenergik, gonad, tiroid, dan pankreas. Bahkan, telah dikemukakan bahwa tidak mungkin untuk memisahkan respons terhadap stres dari fungsi sistem endokrin. Premis ini telah dikemukakan karena fakta bahwa jumlah stres yang minimal dapat mengaktifkan aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA), yang terlibat dalam aktivasi beberapa sistem sekresi hormon.

Dari pembahasan mengenai hubungan antara faktor psikososial dan kesehatan, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor psikososial memainkan peran yang sangat penting dalam memengaruhi status kesehatan fisik dan mental individu. Faktor psikososial mencakup berbagai aspek seperti stres, dukungan sosial, status ekonomi, hubungan interpersonal, lingkungan sosial, dan kondisi pekerjaan, yang semuanya memiliki potensi untuk memengaruhi kesehatan dalam berbagai cara.

Stres, sebagai salah satu komponen utama dari faktor psikososial, terbukti memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan. Stres kronis atau berkepanjangan dapat memicu berbagai respons fisiologis, termasuk peningkatan hormon kortisol yang berdampak negatif pada sistem kekebalan tubuh, sistem kardiovaskular, dan metabolisme. Kajian menunjukkan bahwa stres yang tidak dikelola dengan baik dapat meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, diabetes, hipertensi, serta gangguan kesehatan mental seperti

depresi dan kecemasan. Individu yang terpapar stres berkepanjangan cenderung lebih rentan terhadap perilaku tidak sehat seperti konsumsi makanan tidak sehat, merokok, penggunaan alkohol berlebihan, dan kurangnya aktivitas fisik, yang semuanya merupakan faktor risiko utama penyakit kronis.

Secara umum, peristiwa kehidupan yang menimbulkan stres dapat memengaruhi risiko terjadinya penyakit melalui dampaknya terhadap afeksi, perilaku, dan fisiologi. Dampak ini meliputi disregulasi afektif seperti peningkatan ketakutan, kecemasan, dan depresi. Selain itu, perubahan perilaku yang terjadi sebagai bentuk adaptasi atau *respons coping* terhadap stresor, seperti peningkatan kebiasaan merokok, penurunan olahraga dan tidur, pola makan yang terganggu, dan kepatuhan yang buruk dalam menjalani pengobatan, diakibatkan oleh stresor yang dapat memengaruhi risiko penyakit. Dua sistem respons endokrin, aksis hipotalamus-hipofisis-adrenokortikal (HPA) dan sistem simpatik-adrenal-meduler (SAM), merespon reaktif terhadap stres psikologis dan juga dianggap berperan penting dalam mengaitkan paparan stresor dengan timbulnya penyakit. Aktivasi aksis HPA dan sistem SAM yang berkepanjangan atau berulang dapat mengganggu kontrolnya terhadap sistem fisiologis lainnya (seperti sistem kardiovaskular, metabolik, imunitas), yang mengakibatkan peningkatan risiko gangguan fisik dan psikiatris.

Paparan stresor yang kronis dianggap sebagai bentuk paparan stresor yang paling toksik karena peristiwa kronis paling mungkin mengakibatkan perubahan jangka panjang atau permanen dalam respons emosional, fisiologis, dan perilaku yang memengaruhi perjalanan dan kerentanan penyakit. Paparan ini mencakup peristiwa stres yang berlangsung dalam jangka waktu yang panjang (seperti merawat penderita demensia) dan peristiwa singkat yang dialami yang dirasa sangat membebani lama setelah peristiwa itu terjadi (seperti mengalami

kekerasan seksual). Meskipun demikian, stresor akut tampaknya memainkan peran khusus dalam memicu terjadinya penyakit terutama bagi yang memiliki faktor patologi yang mendasarinya (premorbid atau morbid), seperti asma dan serangan jantung.

Selain itu, faktor psikososial juga memainkan peran penting dalam proses penyembuhan dan pemulihan dari penyakit. Dukungan sosial yang kuat dari keluarga, teman, atau komunitas terbukti mempercepat pemulihan fisik dan mental. Orang yang memiliki dukungan sosial cenderung lebih mudah menghadapi situasi stres dan lebih mampu mengembangkan strategi koping yang efektif. Sebaliknya, isolasi sosial dan kurangnya dukungan sosial dapat memperburuk dampak negatif stres, meningkatkan kerentanan terhadap penyakit, dan memperlambat proses pemulihan. Ini menunjukkan bahwa kesehatan mental dan fisik saling terkait erat, dan keseimbangan psikososial yang sehat adalah kunci untuk menjaga kesejahteraan secara keseluruhan.

Namun demikian, meskipun bukti ilmiah mengenai pengaruh faktor psikososial terhadap kesehatan sudah sangat kuat, masih banyak tantangan dalam penerapan intervensi berbasis psikososial di masyarakat. Tantangan ini meliputi stigma sosial terhadap masalah kesehatan mental, keterbatasan sumber daya layanan kesehatan mental, perbedaan budaya yang memengaruhi cara pandang terhadap masalah kesehatan mental, serta kesenjangan sosial ekonomi yang membatasi akses terhadap layanan kesehatan. Tantangan lain muncul dari sisi kebijakan dan regulasi, di mana kebijakan kesehatan yang ada seringkali kurang memberikan perhatian yang memadai terhadap faktor psikososial dan kesehatan mental, sehingga sulit untuk menyediakan layanan yang komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Selain itu, permasalahan psikososial seringkali bersifat kompleks dan multidimensional, membutuhkan pendekatan multidisiplin

yang melibatkan berbagai sektor, termasuk kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial. Intervensi yang hanya berfokus pada satu aspek, seperti perawatan medis tanpa memperhitungkan aspek psikososial, seringkali tidak cukup untuk mengatasi masalah yang dihadapi individu. Dengan demikian, tantangan ini harus diatasi dengan pendekatan yang lebih terintegrasi dan komprehensif untuk memberikan hasil yang optimal dalam peningkatan kesehatan masyarakat.

Faktor psikososial yang paling berpengaruh terhadap risiko psikososial pada pekerja adalah jenis kelamin, tingkat pendidikan, tekanan kerja, kepuasan kerja, dukungan sosial, aktivitas fisik, jam kerja, dan konflik keluarga-pekerjaan. Perlu dilakukan program intensif dengan melibatkan kolaborasi antara perusahaan dan pekerja untuk mengendalikan risiko tersebut.

Stres dalam hidup sehari-hari dapat memberikan rasa kurang/tidak nyaman, tetapi dapat pula justru memberikan rasa nyaman. Sebagai elemen yang memberikan rasa nyaman ia dapat dimanfaatkan, dapat dinikmati, selain sebagai pemberi rasa tersebut, juga sebagai pendorong untuk maju dalam kehidupan.

Sebagai faktor yang memberi *desires*, ia akan menimbulkan banyak keluhan, dalam keadaan akut dalam bentuk kegelisahan, dalam bentuk kronis, gangguan fisik maupun mental, kebosanan, kelelahan dan akhirnya kematian. Penatalaksanaan stres tentunya sesuai sifatnya. Bila ia membebani manfaat dalam hidup, ia selayaknya dinikmati. Bila ia menimbulkan distress, dalam keadaan akut, tersedia berbagai alternatif untuk mengatasinya, baik terhadap stresnya sendiri maupun dampak yang ditimbulkannya.

Dalam keadaan kronis, gangguan yang timbul tentunya harus dihadapi dengan pengobatan. Di sini peran kerja sama dari berbagai bidang kedokteran perlu bila gangguan bersifat organik. Penting justru

peran psiklatri dalam menghadapi gangguan-gangguan tersebut. Dalam menghadapi gangguan psikiatrik mural terdapat pilihan cara menghadapi dan farmakoterapi hingga kepada psikoterapi (Musradinur, 2016).

IV. EVALUASI

1. Jelaskan konsep faktor psikososial pada kesehatan dan penyakit.
2. Jelaskan faktor psikososial yang memengaruhi kesehatan dan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- (CDC, C. for D. C. and P. (2023). *Violence Prevention*.
- Adliyani, Z. O. N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat. *Perubahan Perilaku Dan Konsep Diri Remaja Yang Sulit Bergaul Setelah Menjalani Pelatihan Keterampilan Sosial*, 4(7), 109–114.
- Akik Hidayat & Gilang Gumilang. (2022). Sistem Pakar Diagnosis Penyakit Yang Disebabkan Oleh Rokok Dengan Metode Forward. *Jurnal Teknik Informatika Atmaluhur*, 10(2), 40.
- Ambarwati. (2019). Model pengukuran risiko pencemaran udara terhadap kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 427–442.
- Armenda, E., & Helda. (2023). Literatur Review: Hubungan Paparan Asap Rokok dengan Kanker Serviks. *Jurnal Cahaya Mandalika*, 4(2), 444–453.
- Artifasari, A. (2020). *PADA MAHASISWA TINGKAT AKHIR PROGRAM STUDI AKADEMI KEPERAWATAN BATARI TOJA WATAMPONE YANG AKAN MENGHADAPI UJIAN ANGKATAN 2016*. 15, 69–73.
- Artini, B., Prasetyo, W., & Lestari, M. P. (2022). Hubungan Pola Makan dan Stres terhadap Penyakit Gastritis: A Literature Review. *Nursing Sciences Journal*, 6(1), 13. <https://doi.org/10.30737/nsj.v6i1.2634>
- Aryastami, N. K. (2019). peran budaya dala pemafaatan layananana Kesehatan ibu hamil. *Kemendes RI, November, November*.
- Asiva Noor Rachmayani. (2015). *MANAJEMEN KONFLIK DAN STRES* (M. P. Prof. Dr. Drs. H. Ekawarna (ed.)).
- Bočkor, Tomislav; Kurtović, Josipa; Tremac, A. P. (2021). Perception Of Stres and Illness Among Nurses in Psychiatry. *Croatian Nursing Journal, Vol 5(1)*, 51.
-

<https://doi.org/10.24141/2/5/1/5>

- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132(3), 477–495. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.477>
- Donsu, J. D. T. (2017). *Psikologi keperawatan : aspek-aspek psikologi / konsep dasar psikologi teori perilaku manusia / Dr. Jenita Doli Tine Donsu, SKM., MSi.*
- Ghassan Nebraska, M., Janar Wulan, A., Nuraisa Jausal, A., & Rudiyanto, W. (2024). Kerusakan Lambung Akibat Konsumsi Alkohol: Dampak dan Penanganannya. *Waluyo Rudiyanto | Kerusakan Lambung Akibat Konsumsi Alkohol: Dampak Dan Penanganannya Medula*, 14, 482.
- Hanifah, S. D., Nurwati, R. N., & Santoso, M. B. (2022). SEKSUALITAS DAN SEKS BEBAS REMAJA. *Jurnal Kajian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (JPPM)*, 3(1), 57–65.
- Hasanudin, Adriyani, V. M., & Perwiraningtyas, P. (2018). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Tekanan Darah Pada Masyarakat Penderita Hipertensi Di Wilayah Tlogosuryo Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Kota Malang. *Journal Nursing News*, 3(1), 787–799.
- Hasibyuhan & Abidin, J. (2019). Pengaruh dampak pencemaran udara terhadap kesehatan untuk menambah pemahaman masyarakat awam tentang bahaya polusi udara. *Prosiding SNFUR-4*, 1–7.
- Hasnidar, (n.d.). *FullBook Ilmu KesMas_compressed*.
- HonestDocs. (2023). *Perbedaan Overweight dan Obesitas*.
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan*.
- Kadir, S. (2019). Pola Makan Dan Kejadian Hipertensi. *Jambura Health and Sport Journal*, 1(2), 56–60. <https://doi.org/10.37311/jhsj.v1i2.2469>
- Kirana, W., Dwi Anggreini, Y., Yousriatin, F., & Safitri, D. (2023). Hubungan Dukungan Psikososial dengan Stres Pada Keluarga Orang dengan Gangguan Jiwa (The Correlation between Psychosocial Support and Stres in Families of People with Mental Disorder). *Jurnal Kesehatan*, 12(1), 138–145.
- Kivimaki, M., & Batty, G. D. (2022). Alcohol and health. *The Lancet*, 400(10365), 1763–1764. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02122-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02122-5)
- Memah, M., Kandou, G. D., Nelwan, J. E., Kesehatan, F., Universitas, M., Ratulangi, S., & Abstrak, M. (2019). Hubungan Antara Kebiasaan Merokok Dan Konsumsi Alkohol Dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Kombi Kecamatan Kombi Kabupaten Minahasa. *Jurnal KESMAS*, 8(1), 68–74.
- Murtiningsih, M. K., Pandelaki, K., & Sedli, B. P. (2021). Gaya Hidup sebagai Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2. *E-CliniC*, 9(2), 328. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i2.32852>
-

- Musradinur. (2016). Stres Dan Cara Mengatasinya Dalam Perspektif Psikologi. *JURNAL EDUKASI: Jurnal Bimbingan Konseling*, 2(2), 183. <https://doi.org/10.22373/je.v2i2.815>
- N Afrinis, I Indrawati, R. R. (2021). Hubungan. Pengetahuan. Ibu, Pola Makan dan Penyakit. Infeksi Anak dengan Status. Gizi Anak Prasekolah. *Journal on Early Childhood*.
- Nadia, L. (2015). *Pengaruh Negatif Merokok terhadap Kesehatan dan Kesadaran Masyarakat Urban*.
- Prasetyo, A., & Supriyanto, S. (2022). Analisis Faktor Penyebab Kecelakaan Lalu Lintas di Kota Semarang. *Jurnal Teknik Sipil*, 10(1), 1–10.
- Pratama, P. H., Ghifary, H., Khairani, D. S., Syabil, S., & Amalia, R. (2022). Pengaruh Perbedaan Pola Makan Terhadap Penyebab Penyakit Gastritis Pada Remaja Laki-Laki Dan Perempuan: a Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(2), 168–174. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i2.4488>
- Priyoto. (2014). *Teori sikap dan perilaku dalam kesehatan : dilengkapi contoh kuesioner / Priyoto*.
- Putri, Wayan, D., A., W. (2014). Prevalensi Stres Psikososial Dan Faktor - Faktor Yang Memengaruhi Pada Siswa – Siswi Kelas Xii Studi Pendidikan IPA Dan IPS SMAN 6 Denpasar. *Stres Psikososial*, 3, 1–12.
- Putri, T. A. (2023). Hubungan Perilaku Merokok dan Konsumsi Alkohol dengan Kesehatan Mental Pada Remaja di SMK Negeri 5 Padang Tahun 2023. *Universitas Andalas*.
- Rafiq, A. A., Sutono, S., & Wicaksana, A. L. (2022). Pengaruh Aktivitas Fisik terhadap Penurunan Berat Badan dan Tingkat Kolesterol pada Orang dengan Obesitas: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas*, 5(3), 167. <https://doi.org/10.22146/jkkl.60362>
- Rahardjo, W. (2008). Konsumsi Alkohol, Obat – Obatan Terlarang Dan Perilaku Seks Berisiko: Suatu Studi Meta-Analisis. *Jurnal Psikologi , Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada*, 35(1), 80–100.
- Rahman, S., & Tasalim, R. (2022). Pengaruh Pemberian Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Terhadap Penurunan Tingkat Stres Dan Kecemasan Pada Masyarakat Banjar Di Masa Pandemi Covid 19. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 13(1), 1–15. <https://doi.org/10.33859/dksm.v13i1.788>
- Richard Blonna. (2012). *Coping with Stres in a Changing World -5/E*.
- Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Pbert, L. (2002). *Health and Health*.
- Schwarzer, R. (2012). Health Behavior Change. In *The Oxford Handbook of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0024>
-

- Sehat, H. (2023). Perbedaan *Overweight* dan Obesitas yang Perlu Dikenali. *Hello Sehat*.
- Sriyanto, S.H., M.H., A., & Putra Pangestu, A. (2022). Dampak Konsumsi Rokok Konvensional Dan Rokok Elektrik Terhadap Kesehatan, Penerimaan Negara. *Jurnal Perspektif Bea Dan Cukai*, 6(2), 428–450. <https://doi.org/10.31092/jpbc.v6i2.1782>
- Suiraoaka, I. . (2012). *Penyakit degeneratif, mengenal, mencegah dan mengurangi faktor risiko 9 penyakit degeneratif*.
- Suryaningsih, D., & Supriyono, A. (2021). Pengaruh Faktor Manusia Terhadap Kecelakaan Lalu Lintas di Kota Yogyakarta. *Jurnal Teknik Sipil*, 9(2), 111–120.
- Sutiawati, E., Gusti Ansahari, & Fitri Sukmawati. (2024). Analisis Faktor Psikososial pada Tenaga Kesehatan di Kecamatan Sungai Raya Kabupaten Kubu Raya. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(3), 182–197. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v3i3.3072>
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1999). The Stres Process and the Social Distribution of Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), 374. <https://doi.org/10.2307/2676332>
- Umbas, I. M., Tuda, J., & Numansyah, M. (2019). Hubungan Antara Merokok Dengan Hipertensi Di Puskesmas Kawangkoan. *Jurnal Keperawatan*, 7(1). <https://doi.org/10.35790/jkp.v7i1.24334>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). *Global Study on Homicide 2021*.
- WHO. (2022). *Implementation roadmap for accelerating the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia 2022–2030* (Vol. 9).
- WHO. (2023). No level of alcohol consumption is safe for our health. *WHO Publication*.
- Widiyastuty, F., Suryawati, C., & Pawelas Arso, S. (2023). Hubungan Sosial Budaya Dengan Pemanfaatan Pelayanan di Puskesmas Entikong. *Jurnal Promotif Preventif*, 6(2), 304–310.
- Woods, R. T., & Clare, L. (2015). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Wiley.
- Yang, G. L., Zhou, K., Yi, Y. X., & Qiu, C. (2021). Epidemiology. In *Avian Influenza in Human*. https://doi.org/10.1007/978-981-16-1429-3_2
- Yasir, M. (2021). Pencemaran udara di perkotaan berdampak bahaya bagi manusia, hewan, tumbuhan dan bangunan. *J OSFOi*, 1–10.
- Yosa NurSidiq Fadhilah, Suganda Tanuwidjaja, & Asep Saepulloh. (2021). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Obesitas Pada Anak Sekolah Dasar Negeri 113 Banjarsari Kota Bandung Tahun 2019–2020. *Jurnal Riset Kedokteran*, 1(2), 80–84. <https://doi.org/10.29313/jrk.v1i2.449>

- Habibi, J. and Jefri (2018) 'Analisis Faktor Risiko Stres Kerja Pada Pekerja Di Unit Produksi Pt. Borneo Melintang Buana Export', *Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), pp. 50–59. Available at: <https://doi.org/10.37676/jnph.v6i2.658>.
- Jiakponna, E. C., Agbomola, J. O., Ipede, O., & Oluebubechi, L. (2024). Psychosocial factors in chronic disease management: Implications for health psychology. *Psychosocial factors in chronic disease management : Implications for health psychology*. July. <https://doi.org/10.30574/ijjsra.2024.12.2.1219>
- Purbaningsih, E. S. (2018). Relationship Of Chronic Disease With Psychosocial Problems In Patients In Gunung Jati Hospital Cirebon. *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 5(1), 42–48. <https://doi.org/10.54867/jkm.v5i1.36>
- Putri, Wayan, D., A., W. (2014). Prevalensi Stres Psikososial Dan Faktor - Faktor Yang Memengaruhi Pada Siswa – Siswi Kelas Xii Studi Pendidikan IPA Dan IPS SMAN 6 Denpasar. *Stres Psikososial*, 3, 1–12.
- Rahmah, S. and Lubis, H. (2022) 'Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat', (5), pp. 101–110.
- Reppi, B. et al. (2020) 'Sam Ratulangi', 1(March), pp. 33–39.
- Tresnawati, L., & Erwandi, D. (2021). Kajian Literatur Sistematis Faktor Psikososial yang Berhubungan dengan Risiko Psikososial pada Pekerja. *Health Information : Jurnal Kajian*, 13(2), 151–164. <https://doi.org/10.36990/hijp.v13i2.417>.
- Osborne MT, Shin LM, Mehta NN, Pitman RK, Fayad ZA, Tawakol A. (2020). Disentangling the Links Between Psychosocial Stres and Cardiovascular Disease. *Circulation Cardiovascular Imaging*, 13(8):E010931.
- Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. (2016). A Stage Model of Stres and Disease. *Perspectives on Psychological Science*, 11(4): 456–63.
- Cohen S, Murphy MLM, Prather AA. (2019). Ten Surprising Facts about Stresful Life Events and Disease Risk. *Annual Review of Psychology*, 70: 577–97. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
- Larasati R. Pengaruh Stres pada Kesehatan Jaringan Periodontal. (2016). *Jurnal Skala Husada*, 13(1):81–9.
- Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. (2017). The Impact of Stres on Body Function: A Review. *EXCLI Journal*. 2017;16:1057–72. <http://dx.doi.org/10.17179/excli2017-480>
-

Bab
3

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 (Susenas dalam Prabamurti, 2016).

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. TUJUAN

1. Untuk mengetahui pengertian aspek sosial dan perilaku.
2. Untuk mengetahui aspek sosial dan budaya memengaruhi perilaku kesehatan.
3. Untuk mengetahui perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan.
4. Untuk mengetahui faktor apa saja yang memengaruhi 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 sekitarnya. 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 respons atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar. Perilaku dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup dan terbuka. 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 Memengaruhi Perilaku Kesehatan

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

1. Aspek Sosial yang Memengaruhi 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. Pekerjaan

Jenis pekerjaan 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 memengaruhi 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 Memengaruhi 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-Nya. 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 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. 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

Tidak ada kehidupan sosial masyarakat tanpa perubahan, dan 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 Kesehatan

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), 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 menjadi prioritas 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 mendatangkan 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 praktik (*private medicine*).

D. Model-Model *Health Seeking Behaviour*

1. Model Determinan

Model ini berfokus pada faktor-faktor yang membantu atau menghambat pasien untuk mencari layanan kesehatan. Dalam model determinan diketahui beberapa faktor penentu dari pencarian pengobatan yaitu ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), keterjangkauan (*affordability*), dan penerimaan (*acceptability*) layanan kesehatan. Model determinan memiliki beberapa kelebihan yaitu membantu pembuat kebijakan kesehatan dan penyedia layanan kesehatan untuk membuat evaluasi kuantitatif yang cepat, membantu evaluasi faktor-faktor yang meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan tertentu serta efisien dalam merencanakan kebutuhan populasi karena memungkinkan identifikasi faktor spesifik yang dapat dimodifikasi untuk meningkatkan akses perawatan kesehatan pasien. Sedangkan kelemahan dari model ini adalah dalam model ini tidak memperhatikan pengaruh dari individu, ketersediaan obat tradisional dan pengobatan alternatif lainnya dalam proses pencarian pengobatan dan model ini dilihat hanya dari sudut pandang penyedia pelayanan kesehatan dan sudut pandang pasien diabaikan sehingga tidak diketahui apakah faktor-faktor yang ada dapat membantu atau menghambat perilaku pencarian pengobatan (Mendrofa Astri Elvetta, 2021)

2. Model *Health Seeking Behaviour*

Ada beberapa model perilaku pencarian kesehatan atau

pengobatan yang umum digunakan dalam keperawatan, yaitu *Health Belief Theory*, *Theory of Planned Behavior*, dan *Health Care Utilization*.

a. *Health Belief Model (HBM)*.

Perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan dan persepsi pribadi tentang suatu penyakit. Persepsi pribadi kemudian dipengaruhi oleh berbagai faktor intrapersonal. Keseriusan (*perceived seriousness*), kerentanan (*perceived susceptibility*), manfaat (*benefits*) dan hambatan (*barriers*) yang dirasakan dapat digunakan untuk menjelaskan perilaku kesehatan individu. Selain itu, pada saat ini isyarat untuk bertindak (kampanye media massa, nasihat orang lain, kartu pengingat, penyakit yang dialami oleh orang terdekat, dan artikel koran atau majalah), faktor motivasi dan *self-efficacy* termasuk dalam faktor-faktor yang memengaruhi perilaku pencarian pengobatan atau kesehatan pasien.

b. *Theory of Planned Behavior*.

Dalam model ini, niat perilaku dipengaruhi oleh keyakinan perilaku, keyakinan normatif, dan keyakinan kontrol yang kemudian disebut sebagai perilaku kesehatan.

c. *Healthcare Utilisation Model*.

Dalam model ini, faktor lingkungan, predisposisi dan pemungkin memengaruhi perilaku pencarian kesehatan individu. Di gambarkan bahwa pemanfaatan layanan kesehatan sebagai proses dinamis dengan berbagai pengaruh yang kemudian akan memengaruhi perilaku pencarian kesehatan atau pengobatan individu selanjutnya.

Ketiga model diatas merupakan pengembangan dari model determinan. Di ketahui bahwa ketiga model di atas mengenali faktor-faktor yang berhubungan dan yang memengaruhi perilaku

dan kemungkinan tindakan seseorang dalam pencarian pengobatan ataupun kesehatan. Sedangkan kerugian model ini adalah model ini tidak mengenali keberadaan penyedia layanan informal dan pengaruhnya terhadap pengalaman penyakit dan pengobatan pasien (Mendrofa Astri Elvetta, 2021)

3. Model Jalur (*Pathways*)

Model ini berfokus pada proses dan langkah-langkah yang diikuti pasien ketika mencari kesehatan atau pengobatan. Model ini dimulai dari pengenalan akan penyakit yang diderita sehingga memungkinkan untuk mengetahui berbagai rute yang diambil pasien hingga sembuh. Model ini menunjukkan kumpulan faktor yang dianggap dapat diterapkan dalam perilaku pencarian kesehatan atau pengobatan. Model *pathways* menjadi panduan dalam mendapatkan data-data statistik yang digunakan untuk mengevaluasi pengaruh dari berbagai faktor seperti pilihan antara sumber daya kesehatan yang berbeda, konsekuensi perilaku untuk pencarian kesehatan yang tertunda, dan penggunaan tindakan pencegahan atau terapeutik untuk mengidentifikasi arena bermasalah dan melakukan intervensi menggunakan strategi khusus.

Beberapa kelebihan dari model *pathways* adalah model ini berfokus pada proses individu ketika mencari kesehatan atau pengobatan, sehingga apabila ada individu lain dengan masalah kesehatan yang sama dan mencari pengobatan maka prosesnya dapat dipersingkat. Kelebihan lainnya adalah model ini mengambil pendekatan yang holistik untuk perilaku pencarian kesehatan atau pengobatan dan mempertimbangkan faktor lain yang memengaruhi kesehatan individu. Di dalam model ini, ditemukan berbagai alasan mengapa pasien mencari pengobatan dan memungkinkan penawaran pengobatan yang lebih baik untuk

meningkatkan kesehatan. Sedangkan kelemahan dari model ini adalah memerlukan penyelidikan yang mendalam tentang proses pencarian kesehatan atau pengobatan sehingga memakan waktu dan tenaga. Selain itu, membutuhkan keterampilan mengumpulkan informasi secara bertatap muka atau *face to face* (kualitatif inkuiri).

E. Perilaku Pencarian Pengobatan

Perilaku mencari pengobatan dapat membantu seseorang dalam mengatasi masalah kesehatan. Perilaku mencari pengobatan dapat berupa mengobati diri sendiri, melakukan pengobatan alternatif (*CAM, Complementary and Alternative Medicine*), menggunakan bantuan medis, atau mengkombinasikan dua atau tiga pilihan tersebut. Mengunjungi fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*) seperti dukun, kemudian melakukan kerokan, dan pijit. Cara selanjutnya adalah membeli obat (*chemist shop*) ke toko atau warung obat dan sejenisnya. Perilaku mencari pengobatan yang selanjutnya adalah mengunjungi fasilitas kesehatan konvensional milik pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, meliputi balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit (Galih Nonasri, 2021).

Ada beberapa metode pencarian pengobatan di masyarakat diantaranya:

1. Metode *Self Care*

Tindakan *self-care*, terutama melakukan penyembuhan tanpa obat, istirahat, dan swamedikasi dengan produk herbal/tradisional, menjadi temuan menarik yang kemungkinan merupakan efek positif dari aktivitas promosi kesehatan yang mengedepankan perbaikan gaya hidup. Lebih dari itu, *self-care* dengan cara berswamedikasi menggunakan obat herbal/tradisional menjadi temuan berharga dalam kerangka pengembangan sistem pengobatan tradisional di Indonesia. *Self-care* dengan

berswamedikasi menggunakan obat modern adalah salah satu upaya pencarian pengobatan yang juga semakin populer dan berkembang dewasa ini. Pola perilaku pencarian pengobatan di kalangan masyarakat urban di Kota Yogyakarta cenderung didominasi oleh tindakan *self-care* termasuk swamedikasi dengan obat modern dan obat tradisional/herbal; dan kombinasi tindakan antara *self-care* dan mencari rujukan/konsultasi (Widayati Aris, 2012)

2. Metode Tradisional

Contohnya di Kampung Naga salah satu masyarakat yang masih mempercayai pengobatan secara tradisional. Warga masyarakat lebih mengutamakan pengobatan tradisional dalam penanganan penyakit yang sering di derita seperti; panas, diare, batuk dan pilek. Khususnya untuk ibu hamil mereka masih sering mendatangi paraji/dukun untuk memeriksakan kandungannya. Peran paraji dalam pemeriksaan ibu hamil hanya memastikan posisi anak dalam kandungan dan waktu kapan akan melahirkan, selanjutnya apabila ibu hamil sudah saatnya melahirkan maka paraji segera memerintahkan untuk dibawa ke petugas kesehatan atau bidan desa. Ibu yang akan melahirkan selanjutnya dibawa ke luar Kampung Naga dengan menggunakan tandu, mengingat untuk keluar dari 48 Kampung Naga masih melewati 439 anak tangga (Suratmi & Kridawati, 2018).

3. Metode Modern

Masyarakat Indonesia saat ini masih dihantui dengan penyakit Tuberkulosis (TB). Pasien TB memilih pengobatan di fasilitas kesehatan seperti puskesmas, praktik dokter pribadi dan rumah sakit. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor diantaranya kondisi sosio demografi, sosial budaya, sikap dan stigma (Hidayat Dodi, 2016) Fasilitas rumah sakit saat ini sudah lengkap dan

terjangkau disertai dengan adanya asuransi kesehatan BPJS dan mudahnya informasi yang didapat oleh pasien. Hal ini membuat pasien memilih pengobatan ke rumah sakit.

4. Metode Pencarian Pengobatan Dengan *No Action*

Tidak semuanya penderita yang sudah terdiagnosis suatu penyakit akan bertindak mencari pengobatan. Namun ada pula respon penderita tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*), mereka beranggapan bahwa kondisi tersebut tidak mengganggu kegiatan sehari-hari, serta mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Selain alasan tersebut, alasan untuk takut pergi ke rumah sakit, tidak memiliki biaya, dan lain-lain menjadikan perilaku pencarian pengobatan tidak berjalan (Husairi A, 2003)

F. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

Menurut Andersen dalam Nur Rahman (2016), derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh banyak faktor, tidak hanya ditentukan oleh pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, 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 komponen predisposisi karakteristik yang digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pengobatan yang berbeda-beda. Faktor predisposisi sebagai berikut:
 - 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

Salah satu penyebab rendahnya pemanfaatan pelayanan rumah sakit oleh masyarakat adalah rendahnya kualitas pelayanan.
 - b. Jarak pelayanan

Salah satu pertimbangan klien dalam menentukan sikap untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah jarak yang harus ditempuh dari tempat tinggal klien sampai ke tempat sumber perawatan.
 - c. Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi memengaruhi 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 memengaruhi 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 memengaruhi 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.

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 para medis, 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 berkinjung, 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 memengaruhi bagi pencari pelayanan kesehatan untuk berkinjung.

f. Informasi.

Informasi berupa iklan dan promosi sangat efektif karena dapat langsung didengar dan dilihat baik itu mengenai fasilitas, harga yang akan memengaruhi 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.

Menurut Carol & Ember (2004), Notoatmodjo (2010), Smet (1994) faktor-faktor yang memengaruhi *Health Seeking Behavior*, antara lain :

1. Keparahan gejala penyakit yang akan direspon berbeda sesuai dengan kemampuan tubuh masing-masing individu

Contohnya kajian yang dilakukan oleh (Awel et al., 2022) mengemukakan bahwa COVID-19 memengaruhi perilaku pencarian pengobatan pasien penyakit kronis. Dampaknya ditemukan lebih signifikan pada pasien yang memiliki riwayat kontak dengan pasien COVID-19. Oleh karena itu, mengatasi hambatan terhadap perilaku mencari pengobatan pada pasien kronis dapat mengurangi dampak COVID-19. Upaya dalam mengatasi hambatan pada pandemi COVID-19 ini diantaranya modifikasi pola makan dan gaya hidup, serta penerapan tindakan pencegahan penyakit COVID-19 akan meningkatkan kesehatan masyarakat (Abraham et al., 2023).

2. Status ekonomi yang berkaitan dengan pendapatan keluarga

Status ekonomi juga berkaitan dengan pendapatan keluarga. Jika pendapatannya baik maka pemenuhan kebutuhan hidup dan kesehatan akan terjamin. Pola perilaku yang dilakukan oleh masyarakat miskin kota cenderung untuk memberikan penanganan secara *self-care*, yaitu lebih memilih untuk menangani penyakitnya secara mandiri daripada diperiksakan kepada petugas medis. Seperti yang kita ketahui mereka menangani penyakitnya secara mandiri bukan karena tanpa alasan, tetapi mereka mempunyai kendala dalam menangani kesehatan yaitu berupa biaya (Febriansyah Erwin, 2020). Berbanding terbalik

dengan masyarakat yang memiliki status ekonomi sosial tinggi lebih cenderung menggunakan layanan kesehatan berkualitas tinggi (Li et al., 2020)

3. Sikap, kepercayaan, dan nilai sikap

Sikap, kepercayaan, dan nilai sikap dilihat dari respon masyarakat terhadap penyakit, apakah mereka akan menanggapi atau mengabaikannya, akan sangat berpengaruh terhadap pola pencarian bantuan kesehatan. Kepercayaan dinilai dari keyakinan tentang kebenaran terhadap sesuatu yang didasarkan pada budaya yang ada di masyarakat. Sedangkan nilai diartikan sebagai sebuah konsep yang diwujudkan dalam sistem moral atau agama yang dianut. Jika sikap, kepercayaan, dan nilai yang ada di masyarakat sangat bagus dan benar maka akan memudahkan mereka berada pada sistem pelayanan kesehatan.

Kajian yang dilakukan oleh Dainy, dkk tentang perbedaan Suku Sunda dan Suku Minang dalam mencari pengobatan hipertensi menunjukkan perbedaan. Wanita Suku Sunda relatif menggunakan obat anti hipertensi serta mengurangi berat badan sedangkan wanita Suku Minang cenderung mengurangi asupan garam (Dainy et al., 2022). Keyakinan juga timbul dari budaya dan kepercayaan suatu suku. Suku Tengger mempercayai bahwa penyakit bersumber dari dua macam yaitu klinis dan non-klinis (supranatural). Sedang perilaku pencarian pengobatan pada Suku Tengger ditemukan berdasarkan keyakinan akan penyebab sakit yang diderita. Jika klinis maka akan berobat ke puskesmas. Jika non-klinis maka akan ke Dukun Tengger (Laksono & Wulandari, 2020)

4. Kesadaran masyarakat

Kesadaran masyarakat dipengaruhi oleh pola pikir dan perilaku masyarakat yang saat ini telah mengalami perubahan

seiring dengan kemajuan zaman. Salah satunya dalam proses pencarian informasi kesehatan (Susanto A, 2017). Kegiatan pencarian informasi didorong oleh keadaan seseorang merasa memiliki pengetahuan yang kurang, sehingga berkeinginan untuk menambah informasi mengenai sesuatu yang sedang dibutuhkan, termasuk informasi kesehatan (Ilmi A, 2013). Jenis informasi kesehatan yang dicari masyarakat di internet antara lain adalah tentang cara menjaga kesehatan, pengobatan, solusi, pencegahan, dan jenis penyakit (Siswanta, 2015).

5. Sikap petugas kesehatan

Masyarakat mengartikan pelayanan yang berkualitas jika pelayanannya nyaman, menyenangkan dan petugasnya ramah, sehingga secara keseluruhan memberi kesan kepuasan bagi konsumen. Penilaian kualitas jasa sebagaimana umumnya akan meliputi lima dimensi kualitas yaitu keandalan, ketanggapan, keyakinan, empati, dan berwujud (Parasuraman A, n.d.). Pasien memerlukan rasa hormat dan sikap yang sungguh-sungguh dalam memberikan penjelasan atas tindakan keperawatan dan tujuan mereka berada di rumah sakit. Rumah sakit dinyatakan berhasil, tidak hanya pada kelengkapan fasilitas yang diunggulkan, melainkan juga sikap dan layanan sumber daya manusia yang berpengaruh signifikan terhadap pelayanan yang dihasilkan dan kepuasan pasien (Butar Butar J, 2016). Pelayanan prima di rumah sakit akan tercapai jika setiap seluruh sumber daya manusia rumah sakit mempunyai keterampilan khusus, diantaranya berpenampilan menarik, bersikap ramah dan bersahabat, responsif dengan pasien dan mampu menanggapi keluhan pasien secara profesional (Silalahi JY, 2019)

6. Jarak ke sarana pelayanan kesehatan juga sangat memengaruhi masyarakat dalam mencari bantuan kesehatan. Semakin jauh jarak

pusat sarana kesehatan dari rumahnya, maka masyarakat enggan pergi ke sarana pelayanan kesehatan dan lebih memilih mengobati sendiri atau pergi ke pengobatan tradisional atau alternatif seperti dukun atau orang pintar lainnya (Ilfa Putri Soviana, 2019)

G. 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 dikelola oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya (Robert dan Prevest dalam Anggarawati, 2016).

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.
2. *Responsiveness*, yaitu kemauan atau kesiapan para karyawan untuk memberikan jasa yang dibutuhkan pelanggan.
3. *Competence*, artinya setiap orang dalam suatu organisasi kesehatan memiliki keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu.
4. *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.
5. *Courtesy*, meliputi sikap sopan santun, respek, perhatian, keramahan yang dimiliki para *contact personnel* (seperti resepsionis, petugas pendaftaran, kasir, operator telepon, dan lain-lain).
6. *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.

H. Kondisi Menurut Hasil Kajian

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 memengaruhi perilaku pencarian pelayanan kesehatan berdasarkan faktor penghasilan, jenis kelamin, jenis pekerjaan, konsep diri, *image* kelompok dan identitas individu pada kelompok. Sedangkan, aspek budaya yang memengaruhi perilaku kesehatan, meliputi persepsi masyarakat terhadap sehat dan sakit, kepercayaan, pendidikan, nilai kebudayaan, norma dan inovasi kesehatan.

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, Prabamurti,dkk (2016) menulis kajian dengan judul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan (*Health Seeking Behavior*) Pada Santri Di Pondok Pesantren Al Bisyrri Tinjomoyo Semarang”. Hasil analisis pada kajian tersebut didapatkan informasi bahwa ketika merasa sakit, santri yang ada di pondok pesantren hanya beristirahat di kamar 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 Bisyrri 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 di luar 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 di sekitar pondok pesantren.

Faktor-faktor yang memengaruhi aspek sosial dan perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan pada santri di Pondok Pesantren Al Bisyrri 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 memengaruhi 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 praktik pencarian 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 memengaruhi 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 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 memengaruhi 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 dalam kajian tersebut sudah sesuai

dengan teori yang telah penulis pelajari, dan memberikan gambaran nyata mengenai perilaku manusia pada kehidupan sehari-hari serta faktor apa saja yang memengaruhi dalam mencari ataupun memilih layanan kesehatan.

Kajian yang dilakukan oleh (Aryastami, 2019) tentang “Peran Budaya dalam Pemanfaatan Kesehatan Ibu Hamil” menjelaskan bahwa peran sosial budaya merupakan elemen yang melekat dalam masyarakat tertentu, terutama di Indonesia yang memiliki lebih dari 520 kelompok etnis dan beragam kearifan lokal. Kondisi ini menuntut pendekatan intervensi yang spesifik dan tidak dapat digeneralisasi secara nasional. Kesehatan ibu hamil diidentifikasi sebagai salah satu indikator penting dari status kesehatan masyarakat, di mana masalah yang berkaitan dengan kelahiran dan kehamilan sangat dipengaruhi oleh unsur budaya. Tradisi dalam proses kehamilan, persalinan, dan kelahiran bayi bervariasi di seluruh wilayah Indonesia, dari Sabang hingga Merauke, mencerminkan kekayaan budaya yang ada. Hasil dari kajian ini menunjukkan adanya pengaruh signifikan budaya terhadap pemanfaatan layanan kesehatan ibu di Indonesia. Praktik tradisional dan norma budaya yang kuat dalam masyarakat, terutama di daerah pedesaan, masih mendominasi keputusan terkait kesehatan ibu, seperti pemilihan dukun sebagai penolong persalinan. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi kesehatan harus mempertimbangkan kearifan lokal dan praktik budaya yang ada. Selain itu keluarga juga memiliki peran positif terhadap pemilihan kesehatan ibu hamil di Indonesia. Ini menunjukkan pentingnya melibatkan keluarga dalam program-program kesehatan ibu untuk meningkatkan akses dan penggunaan layanan kesehatan formal.

Rekomendasi dari penulis yaitu diperlukan pendekatan yang berbasis bukti dan sensitif terhadap budaya dalam merancang intervensi kesehatan ibu. Hal ini penting untuk meningkatkan

pemanfaatan layanan kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu di Indonesia. Kajian yang dilakukan oleh (Widiyastuty et al., 2023) terkait Hubungan Sosial Budaya dengan Pemanfaatan Pelayanan di Puskesmas Entikong. Kajian awal menunjukkan bahwa masyarakat setempat cenderung memilih pengobatan tradisional, yang dipengaruhi oleh kepercayaan terhadap penyakit non-medis, seperti yang disebabkan oleh pelanggaran pantangan atau gangguan makhluk halus. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh sosial budaya, termasuk kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan tradisi berobat ke dukun, berkontribusi pada rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan di Puskesmas Entikong.

Hasil dari kajian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor sosial budaya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Entikong. Kepercayaan masyarakat terhadap mitos penyakit dan tradisi pengobatan warisan leluhur masih sangat kuat, yang mengakibatkan rendahnya minat masyarakat untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia di puskesmas. Kajian ini menegaskan bahwa kebiasaan masyarakat dalam melakukan pengobatan tradisional, yang seringkali didasarkan pada kepercayaan terhadap penyakit non-medis, menjadi salah satu faktor utama yang menghambat penggunaan layanan kesehatan formal.

Penulis memberikan saran untuk melakukan penyebarluasan informasi yang lebih luas mengenai penyakit dan cara penanganannya, serta memberikan edukasi tentang bahaya pengobatan tradisional. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan dan mendorong mereka untuk lebih memanfaatkan layanan kesehatan yang ada

IV. EVALUASI

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

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, S. A., Agyare, D. F., Yeboa, N. K., Owusu-Sarpong, A. A., Banulanzeki, E. S., Doku, D. T., & Obiri-Yeboah, D. (2023). The Influence of COVID-19 Pandemic on the Health Seeking Behaviors of Adults Living With Chronic Conditions: A View Through the Health Belief Model. *Journal of Primary Care and Community Health*, 14. <https://doi.org/10.1177/21501319231159459>
- 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.
- Awel, S., Ahmed, I., Tilahun, D., & Tegenu, K. (2022). Impact of COVID-19 on Health Seeking Behavior of Patients with Chronic Disease at Public Hospitals in Jimma Zone, South West Ethiopia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 1491–1500. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S367730>
- BPS. (2022). No Title.
- Butar Butar J. (2016). Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah. *Jurnal Ners Indonesia*, 50–63.
- Dainy, N. C., Rahman, P. H., Khomsan, A., Tanziha, I., Nurdin, N. M., & Kasmita, K. (2022). Health-Seeking Behavior of Rural Women with Hypertension to Control Blood Pressure in Purwakarta and Padang Pariaman District. *Muhammadiyah Journal of Nutrition and Food Science (MJNF)*, 2(2), 81. <https://doi.org/10.24853/mjnf.2.2.81-87>
- Dean, K. (1986). Lay Care in Illness. *Soc.Sci.Med*, 22, 275–284.
- Febriansyah Erwin, S. F. S. (2020). Praktik masyarakat miskin kota surabaya dalam health seeking behavior di masa pandemi covid-19.
- Galih Nonasri, F. (2021). Karakteristik dan perilaku mencari pengobatan (health seeking behavior) pada penderita hipertensi. [Http://jurnalmedikahutama.com](http://jurnalmedikahutama.com)
- 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.

- Hidayat Dodi. (2016). Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan Pasien Tuberkulosis Di Kota Bandung. 112–105.
- Hidayati. 2001. Faktor –Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas Di Kabupaten Lampung Barat.
- Husairi A. (2003). Health Seeking Behaviour Pada Penderita Paliatif. Airlangga University.
- Ikhwaludin, Alim. 2016. Perilaku Kesehatan Santri: Studi Dekkriftif Perilaku Pemeliharaan Kesehatan, Pencarian dan Penggunaan Sistem Kesehatan dan Perilaku Kesehatan Lingkungan Di pondok Pesantren Assalafi, Alfitrah. Surabaya. Vol.3. No.5. Januari 2016. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 13.03 WIB.
- Ilfa Putri Soviana. (2019). Health Seeking Behavior.
- Ilmi A. (2013). Perilaku Pencarian Informasi dengan Menggunakan Media Internet Pada Remaja.
- 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.
- Kementerian Kesehatan indonesia. (2019). Survei Tuberkulosis Resistansi Obat 2017-2018.
- Kementrian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Jakarta 2017.
- Laksono, A. D., & Wulandari, R. D. (2020). Treatment-Seeking Behavior of Tengger Tribe in Indonesia. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28281.29284>
- Li, X., Deng, L., Yang, H., & Wang, H. (2020). Effect of socioeconomic status on the healthcare-seeking behavior of migrant workers in China. *PLoS ONE*, 15(8 August). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237867>
- Mackian, S. (2003). A review of health seeking behaviour : problems and prospects. *Health Systems Development*, 27.
- Maryati, Kun., dkk. 2017. Sosilogi Kelompok Pemerintah Ilmu pengetahuan sosial. Jakarta: Erlangga.
- Mendrofa, & Astri Elvetta. (2021). STIKes Santa Elisabeth Medan gambaran health seeking behaviour pada penderita diabetes melitus di wilayah kerja uptd puskesmas hiliduho tahun 2021.
- Murti, Bisma. 2017. Mengembangkan indikator kualitas pelayanan kesehatan. Vol.6. No. 02. 2017. Diakses pada tanggal 28 Maret 2020 pukul 10.00 WIB.
- 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.

- Parasuraman A. (n.d.). A Multiple Item Scale for Measuring Consumer perc. *Journal of Retailing*, 105–112.
- Purwono, H. 2007. Faktor-faktor yang Memengaruhi Penentu Pemilihan Pengobatan pada Masyarakat Dusun Nabin Kabupaten Kulon Progo. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.
- 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.
- RISKESDAS. (2013). RISKESDAS 2013. Kemenkes RI, 80.
- Saifudin. 2005. *Kebidanan Komonitas*. Surabaya: EGC.
- Silalahi JY. (2019). Analisis Mutu Pelayanan Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit Adven Medan. *Jurnal Kesehatan Perintis*, 9–21.
- Siswanta. (2015). *Informasi Kesehatan di Media Online*.
- Soekanto, Soerjono. 2009. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Perkasa.
- Sudhinaraset, M., Ingram, M., Lofthouse, H. K., & Montagu, D. (2013). What Is the Role of Informal Healthcare Providers in Developing Countries? A Systematic Review. *PLoS ONE*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054978>
- Sukiswoyo. 2005. *Praktik Pencarian Pengobatan (Care Seeking) Penderita Suspek Di Wilayah Kerja Puskesmas Kandangerang Kabupaten Pekalongan*. Semarang: Program Pascasarjana universitas Diponegoro.
- Suratmi, T., & Kridawati, A. (2018). Perilaku pencarian pengobatan dan hidup bersih dan sehat (PHBS) di Kampung Naga Kabupaten Tasikmalaya. In *Jurnal Pelayanan dan Pengabdian Masyarakat (Vol. 2, Issue 1)*. <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/PAMAS>
- Susanto A. (2017). Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku penggunaan internet masyarakat Desa Pasar VI Kualanamu, Deli Serdang .
- Wahyuni, N. P. S. (2021). Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional di Indonesia. *Jurnal Yoga Dan Kesehatan*, 4(2), 149. <https://doi.org/10.25078/jyk.v4i2.2234>
- Widayati Aris. (2012). *Health Seeking Behavior Di Kalangan Masyarakat Urban Di Kota Yogyakarta*.
- Yamin. (2009). UU 36 2009 Kesehatan. *Orphanet Journal of Rare Disease*, 1–9.
- Yandrizal, Suryani, D., Anita, B., & Febriawati, H. (2014). *Pelayanan Pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Analysis Of The Availability*

Of Health Facilities And Equitable Service For The Implementation Of National Health Insurance In The City Of Bengkulu , sal Health Coverage sesuai dengan Peta Jalan Me- T. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 03(02), 103–112.

Person-Environment Fit and Stressful Life Events

I. PENDAHULUAN

Kesehatan masyarakat merupakan bidang multidisiplin yang mencakup berbagai aspek kehidupan manusia, dari lingkungan fisik hingga sosial. Dalam konteks ini, interaksi antara individu dan lingkungannya memegang peranan penting dalam menentukan kualitas hidup dan kesehatan seseorang. Salah satu pendekatan untuk memahami hubungan ini adalah konsep "*Person-Environment Fit*" (P-E Fit), yang menggambarkan sejauh mana kecocokan antara individu dengan lingkungan di sekitarnya, baik dalam hal pekerjaan, komunitas, maupun interaksi sosial. Kesesuaian ini dianggap sebagai faktor penentu yang signifikan dalam menentukan kesejahteraan individu secara umum.

Person-Environment Fit (P-E Fit) dapat dipahami sebagai suatu kondisi ideal yang terjadi ketika kemampuan, nilai, dan kebutuhan individu sejalan dengan tuntutan, norma, serta kesempatan yang diberikan oleh lingkungan mereka. Konsep ini mencakup berbagai

dimensi, termasuk kesesuaian antara individu dengan pekerjaan mereka, lingkungan sosial, dan komunitas tempat mereka tinggal. Ketika P-E Fit tercapai, individu cenderung merasa lebih puas dengan kehidupannya, mengalami peningkatan produktivitas, dan memiliki kemampuan yang lebih baik untuk menjalani kehidupan sehari-hari. Hal ini terjadi karena individu merasa dihargai dan didukung oleh lingkungan mereka, yang pada gilirannya menciptakan suasana yang kondusif untuk pertumbuhan dan pengembangan pribadi.

Individu yang berada dalam situasi P-E Fit yang baik seringkali merasakan tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi, yang mencakup aspek emosional, mental, dan fisik. Mereka lebih mampu beradaptasi dengan tantangan yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari, karena mereka memiliki sumber daya internal dan eksternal yang memadai untuk mengatasi stres. Dengan kata lain, ketika individu merasa cocok dengan lingkungannya, mereka memiliki akses yang lebih baik terhadap dukungan sosial, fasilitas kesehatan, serta kesempatan untuk mengembangkan keterampilan yang relevan dengan kebutuhan mereka. Semua faktor ini berkontribusi pada penciptaan lingkungan yang positif, di mana individu dapat berfungsi secara optimal.

Sebaliknya, ketika terjadi ketidaksesuaian antara individu dan lingkungannya, berbagai masalah dapat muncul. Ketidaksesuaian ini dapat mengakibatkan stres yang berkepanjangan, frustrasi, dan rasa tidak berdaya. Individu yang merasa bahwa nilai-nilai dan kemampuan mereka tidak diakui atau tidak sesuai dengan tuntutan lingkungan yang ada cenderung mengalami tekanan psikologis yang lebih besar. Hal ini dapat berujung pada gangguan kesehatan mental, seperti kecemasan dan depresi, serta gangguan fisik yang terkait dengan stres, seperti hipertensi dan penyakit jantung. Ketidakcocokan ini dapat muncul dalam berbagai konteks, termasuk di tempat kerja, di mana individu mungkin merasa tidak sejalan dengan budaya

organisasi atau tidak mendapatkan dukungan yang dibutuhkan untuk berkembang.

Dalam konteks sosial, individu yang merasa terasing atau tidak diterima oleh komunitas mereka juga dapat mengalami dampak negatif terhadap kesejahteraan mental dan fisik mereka. Oleh karena itu, penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan inklusif, di mana individu dapat merasakan rasa memiliki dan keterhubungan. Upaya untuk meningkatkan P-E Fit harus melibatkan penilaian yang mendalam terhadap kebutuhan dan nilai individu serta penyesuaian terhadap tuntutan dan kesempatan yang ada dalam lingkungan mereka. Dalam hal ini, intervensi yang ditargetkan, seperti program pengembangan keterampilan, pelatihan dukungan sosial, dan peningkatan akses terhadap layanan kesehatan mental, dapat membantu menciptakan kesesuaian yang lebih baik antara individu dan lingkungan mereka.

Dengan memahami dan menerapkan prinsip-prinsip P-E Fit, baik dalam konteks pekerjaan maupun kehidupan sehari-hari, kita dapat meningkatkan kualitas hidup individu serta kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Menciptakan kondisi di mana individu merasa cocok dengan lingkungan mereka adalah langkah penting dalam mempromosikan kesehatan mental dan fisik yang lebih baik, serta menciptakan masyarakat yang lebih produktif dan harmonis.

Salah satu aspek yang memperburuk ketidaksesuaian antara individu dan lingkungannya adalah peristiwa-peristiwa hidup yang menegangkan, atau yang sering disebut sebagai *Stresful Life Events*. Peristiwa-peristiwa ini meliputi kejadian-kejadian signifikan dalam hidup individu, seperti kehilangan pekerjaan, perceraian, kematian orang yang dicintai, atau masalah keuangan. Peristiwa ini tidak hanya membawa dampak psikologis yang berat, tetapi juga memengaruhi kondisi kesehatan fisik seseorang, terutama jika individu tidak mampu

mengatasi stres tersebut dengan baik.

Stresful LIFE EVENTS (SLE) adalah peristiwa-peristiwa dalam hidup yang dapat memicu stres signifikan bagi individu. Beberapa contoh SLE yang umum termasuk kehilangan pekerjaan, perceraian, kematian orang terdekat, dan masalah keuangan. SLE tidak hanya berdampak pada kesehatan mental individu, seperti memicu gangguan kecemasan dan depresi, tetapi juga memengaruhi kesehatan fisik, misalnya meningkatkan risiko penyakit jantung, gangguan tidur, dan sistem kekebalan tubuh yang melemah. Stres juga dapat dikatakan sebagai kondisi dinamis tubuh dalam menghadapi berbagai stresor atau tekanan, baik tekanan psikologis, fisik, biologis, lingkungan, ataupun sosial yang dapat memengaruhi sistem saraf atau sistem neuroendokrin yang memengaruhi sistem imun. (Sinta Rahayu *et al.*, 2021).

Life events (peristiwa-peristiwa kehidupan) dalam SLE berfokus pada peranan perubahan-perubahan kehidupan yang begitu banyak terjadi dalam waktu yang singkat sehingga meningkatkan kerentanan pada penyakit. Suatu peristiwa kehidupan bisa menjadi sumber stres terhadap seseorang apabila kejadian tersebut membutuhkan penyesuaian perilaku dalam waktu yang sangat singkat. Ketika seseorang gagal berurusan (menyesuaikan) dengan situasi atau perubahan-perubahan yang secara ekstrem tersebut, maka timbulah dampak buruk, misalnya perasaan cemas. (Lumban Gaol, 2016).

Definisi tentang stres mengalami perkembangan dari waktu ke waktu. Misalnya, kata stres diartikan sebagai kesulitan, *straits*, kesengsaraan, atau penderitaan dan dalam bahasa Prancis kuno (*estrece*) berarti kesempitan atau penindasan penggunaan kata stres telah diperluas untuk menunjukkan ketegangan, tekanan, atau usaha keras (Asiva Noor Rachmayani, 2015).

Ada beberapa istilah psikologis populer yang sering dikaburkan sebagai “stres”. Pada hakikatnya, tentunya kata ini merujuk pada

sebuah kondisi seseorang yang mengalami tuntutan emosi berlebihan dan atau waktu yang membuatnya sulit memfungsikan secara efektif semua wilayah kehidupan. Keadaan ini dapat mengakibatkan munculnya cukup banyak gejala, seperti depresi, kelelahan kronis, mudah marah, gelisah, impotensi, dan kualitas kerja yang rendah (Richard Blonna, 2012).

Dalam bidang fisika, stres digunakan untuk merujuk pada penolakan suatu benda terhadap tekanan eksternal. Model ini kemudian diadopsi oleh ilmu sosial. Dalam kamus terbaru kata stres diasosiasikan dengan penyakit. Berdasarkan hasil kajian Asiva Noor Rachmayani (2015) menggambarkan stres sebagai, suatu kondisi atau keadaan buruk yang mengganggu fungsi fisiologis atau psikologis normal seseorang.

Ada tiga asumsi metateoretis dalam membahas *stressful life event* ini yaitu transaksi, proses, dan konteks yang diasumsikan bahwa (a) stres terjadi sebagai pertemuan khusus antara seseorang dengan lingkungannya, keduanya memberikan pengaruh timbal balik satu sama lain, (b) stres bersifat terus menerus perubahan, dan (c) makna suatu transaksi tertentu diturunkan dari konteks yang mendasarinya

Dalam kajian empiris yang secara metodologis masuk akal, memang demikian hampir tidak mungkin untuk mempelajari fenomena kompleks seperti emosi dan mengatasi tanpanya kendala. Juga, karena kompleksitasnya dan karakter transaksionalnya saling ketergantungan antara variabel-variabel yang terlibat, pendekatan sistem *metatheoretical* tidak dapat diselidiki dan diuji secara empiris sebagai keseluruhan model. Sebaliknya, ini mewakili kerangka heuristik yang dapat berfungsi untuk merumuskan dan menguji hipotesis dalam bidang-bidang tertentu sistem teoritis saja. Dengan demikian, dari segi paradigma kajian yang ideal harus dibuat konsesi tertentu. Penyelidik seringkali berfokus pada struktur dibandingkan

proses, mengukur negara bagian tunggal atau kumpulan negara bagian. Namun idealnya, stres harus dianalisis dan diselidiki sebagai suatu proses yang aktif dan berlangsung (Schwarzer and Schulz, 2003).

Interaksi antara *Person-Environment Fit* dan *Stresful life events* menjadi salah satu topik penting dalam kajian kesehatan masyarakat. Mengingat pentingnya hubungan ini, memahami bagaimana kesesuaian individu dengan lingkungannya dapat memengaruhi kemampuan seseorang dalam menghadapi peristiwa-peristiwa hidup yang penuh tekanan sangat diperlukan untuk merancang intervensi kesehatan yang lebih efektif. Program-program kesehatan masyarakat harus mempertimbangkan cara meningkatkan *Person-Environment Fit*, sekaligus memberikan dukungan yang memadai bagi individu dalam mengelola stres yang muncul akibat peristiwa-peristiwa hidup yang menegangkan.

II. TUJUAN

1. Menjelaskan konsep person-environment fit dan relevansinya dalam bidang kesehatan masyarakat.
2. Menganalisis dampak *Stresful life events* terhadap kesejahteraan individu, baik dari segi kesehatan mental maupun fisik.
3. Mengkaji hubungan antara person-environment fit dan *Stresful life events*, serta bagaimana kedua faktor tersebut memengaruhi kesehatan individu.
4. Memberikan rekomendasi terkait intervensi kesehatan masyarakat yang dapat meningkatkan person-environment fit dan membantu individu menghadapi *Stresful life events*.

III. MATERI INTI

A. Person-Environment Fit: Definisi dan Dimensi

Person-Environment Fit (P-E Fit) mengacu pada tingkat kesesuaian antara individu dan lingkungannya, yang mencakup berbagai aspek seperti lingkungan fisik, sosial, dan pekerjaan. Konsep ini mencerminkan hubungan dinamis antara individu dan konteks di mana mereka beroperasi, serta bagaimana interaksi ini dapat memengaruhi kesejahteraan dan kesehatan secara keseluruhan. Dalam konteks kesehatan masyarakat, P-E Fit memainkan peran penting karena mencerminkan seberapa baik lingkungan mendukung kebutuhan individu untuk mencapai kesejahteraan yang optimal. Ketika individu merasa bahwa lingkungan mereka sesuai dengan nilai, kebutuhan, dan kemampuan yang dimiliki, mereka cenderung mengalami peningkatan dalam kualitas hidup, produktivitas, dan kesehatan mental.

Pentingnya P-E Fit dalam kesehatan masyarakat terletak pada fakta bahwa lingkungan yang mendukung dapat memfasilitasi perilaku sehat dan meningkatkan akses terhadap sumber daya yang diperlukan untuk mencapai kesejahteraan. Misalnya, lingkungan yang menyediakan fasilitas kesehatan yang memadai, ruang terbuka untuk aktivitas fisik, serta jaringan dukungan sosial dapat berkontribusi pada pengurangan stres dan peningkatan kesehatan individu. Sebaliknya, lingkungan yang tidak sesuai atau menekan dapat menyebabkan stres, frustrasi, dan risiko gangguan kesehatan mental dan fisik yang lebih tinggi. Konsep *Person-Environment Fit* (P-E) juga mencakup pemahaman tentang bagaimana lingkungan tempat tinggal atau tempat kerja dapat membangun perilaku masyarakat di sekitarnya. Berbagai faktor, termasuk budaya lokal, norma sosial, dan struktur komunitas, berperan dalam membentuk sikap dan perilaku individu. Para sarjana dan praktisi telah melakukan banyak kajian

untuk memahami bagaimana elemen-elemen ini berinteraksi dan memengaruhi kehidupan sehari-hari masyarakat. Dalam konteks ini, P-E Fit bukan hanya tentang kecocokan antara individu dan lingkungan, tetapi juga tentang bagaimana lingkungan itu sendiri dapat dirancang dan dikelola untuk menciptakan kondisi yang mendukung bagi masyarakat.

Sebagai contoh, dalam lingkungan kerja, P-E Fit dapat berhubungan dengan bagaimana suatu organisasi mendesain tempat kerja, memberikan dukungan, dan memfasilitasi kolaborasi antar karyawan. Ketika karyawan merasa bahwa mereka bekerja dalam lingkungan yang menghargai dan mendukung kebutuhan pekerja, mereka akan lebih termotivasi untuk berkontribusi dan berinovasi. Hal ini tidak hanya meningkatkan kinerja individu tetapi juga menciptakan suasana kerja yang lebih harmonis. Di sisi lain, lingkungan tempat tinggal yang mendukung, seperti kawasan perumahan yang memiliki akses mudah ke fasilitas kesehatan, pendidikan, dan aktivitas sosial, dapat meningkatkan interaksi antar individu, mengurangi rasa kesepian, dan memperkuat jaringan sosial. Ini semua sangat penting dalam menciptakan komunitas yang sehat dan *resilient*, yang pada gilirannya dapat mengurangi beban kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dalam rangka mempromosikan P-E Fit yang lebih baik, diperlukan kolaborasi antara berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat itu sendiri. Intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kesesuaian antara individu dan lingkungan mereka harus mempertimbangkan aspek fisik, sosial, dan psikologis dari lingkungan tersebut. Dengan demikian, pendekatan holistik yang mencakup perbaikan infrastruktur, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, dan penguatan jaringan dukungan sosial dapat membantu mencapai kesejahteraan yang lebih optimal bagi individu dan komunitas.

Dengan memahami dan menerapkan prinsip-prinsip P-E Fit, kita dapat menciptakan lingkungan yang tidak hanya mendukung kesehatan individu, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Pada akhirnya, menciptakan kondisi di mana individu merasa terhubung dan nyaman dengan lingkungan mereka adalah langkah penting dalam membangun masyarakat yang lebih sehat, lebih bahagia, dan lebih produktif (Gul *et al.*, 2018).

Konsep dasar P-E Fit adalah mekanisme kompatibilitas psikologis yang telah ditiru dari kesamaan dan pemenuhan kebutuhan hidup di masyarakat, P-E Fit sangat terkait dengan hasil individu yang dijelaskan oleh calon karyawan. Demikian pula analisis empiris menemukan bahwa karyawan merasa puas, berkomitmen dengan pekerjaan mereka karena saling cocok antara karakteristik dirinya dan kebutuhan organisasi (Oh *et al.*, 2014). Teori P-E Fit mencakup berbagai dimensi:

1. Fit Kebutuhan-Ketersediaan (*Needs-Supplies Fit*)

Dimensi ini merujuk pada kesesuaian antara kebutuhan individu dengan sumber daya atau fasilitas yang tersedia di lingkungan. Misalnya, seseorang yang membutuhkan akses mudah ke layanan kesehatan akan merasa lebih nyaman dan sejahtera ketika tinggal di lingkungan dengan fasilitas kesehatan yang memadai.

2. Fit Kemampuan-Tuntutan (*Abilities-Demands Fit*)

Ini menggambarkan sejauh mana kemampuan atau keterampilan individu sesuai dengan tuntutan dari lingkungannya, terutama dalam konteks pekerjaan. Ketika seorang individu memiliki keterampilan yang sesuai dengan tuntutan pekerjaannya, mereka cenderung merasa lebih puas dan mampu menangani stres di tempat kerja. Sebaliknya, ketidaksesuaian dapat meningkatkan risiko tekanan dan kelelahan psikologis.

3. Fit Nilai (*Value Fit*)

Dimensi ini berfokus pada sejauh mana nilai-nilai dan keyakinan individu sejalan dengan nilai-nilai yang ada di lingkungan sosial mereka. Sebagai contoh, seseorang yang menghargai kesehatan dan kebersihan akan merasa lebih cocok dalam komunitas yang mendukung perilaku hidup bersih dan sehat.

Dalam konteks kesehatan masyarakat, *Person-Environment Fit* (P-E Fit) memiliki peran yang signifikan dalam memengaruhi berbagai aspek perilaku kesehatan, tingkat stres, serta kemampuan individu untuk mengatasi perubahan dan peristiwa hidup yang menegangkan. Ketika individu merasa sesuai dengan lingkungan di sekitarnya, mereka cenderung mengadopsi perilaku yang lebih sehat dan berpartisipasi dalam kegiatan yang mendukung kesejahteraan mereka. Sebaliknya, ketidaksesuaian antara individu dan lingkungan dapat menyebabkan peningkatan tingkat stres, yang dapat berkontribusi pada berbagai masalah kesehatan fisik dan mental. Pentingnya mempelajari kesesuaian antara individu dengan lingkungan ini tidak dapat diabaikan, karena pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana faktor-faktor ini saling berinteraksi dapat membantu dalam merumuskan strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Misalnya, individu yang merasa bahwa lingkungan kerja mereka mendukung dan memahami kebutuhan kesehatan mereka akan lebih mungkin untuk terlibat dalam praktik kesehatan yang baik, seperti olahraga teratur, diet sehat, dan manajemen stres. Di sisi lain, individu yang merasa tertekan atau tidak didukung oleh lingkungan mereka cenderung menunjukkan perilaku berisiko, seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, atau mengabaikan kebutuhan kesehatan mereka. Selain itu, P-E Fit juga berpengaruh pada kemampuan individu untuk beradaptasi dengan perubahan dan menghadapi peristiwa hidup yang menegangkan. Individu yang

merasa cocok dengan lingkungan sosial dan profesional mereka lebih mampu mengelola stres dan mencari dukungan ketika menghadapi tantangan. Hal ini menunjukkan bahwa lingkungan yang mendukung dapat berfungsi sebagai faktor protektif, membantu individu untuk menavigasi peristiwa hidup yang sulit dengan lebih baik. Dengan pemahaman ini, para pembuat kebijakan dan profesional kesehatan masyarakat dapat merancang intervensi yang lebih berfokus pada penguatan P-E Fit, dengan tujuan untuk menciptakan lingkungan yang lebih sehat dan mendukung bagi semua individu.

Lebih lanjut, mempelajari hubungan antara P-E Fit dan perilaku kesehatan juga membuka pintu untuk memahami dinamika berbagi pengetahuan di antara karyawan. Ketika individu merasa memiliki kesamaan nilai dan tujuan dengan rekan kerja mereka, mereka lebih cenderung berkolaborasi dan berbagi informasi yang relevan, termasuk pengetahuan tentang praktik kesehatan yang baik. Hal ini dapat menciptakan budaya kerja yang lebih kuat, di mana pengetahuan dan pengalaman dibagikan secara terbuka, meningkatkan kemampuan kolektif untuk mengatasi tantangan kesehatan yang mungkin dihadapi. Dengan demikian, P-E Fit bukan hanya sekadar konsep yang relevan dalam konteks kesehatan individu, tetapi juga merupakan alat penting untuk memahami bagaimana interaksi antara individu dan lingkungan dapat memengaruhi kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Oleh karena itu, penulis dan praktisi kesehatan masyarakat perlu terus menggali lebih dalam mengenai konsep ini, dengan harapan dapat mengembangkan pendekatan yang lebih efektif dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat melalui penciptaan lingkungan yang mendukung.

Dimensi *Person-Environment Fit* berdasarkan (Paul M Muchinsky and Carlyn J Monahan, 1987) dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

1) *Supplementary Fit*

Kesesuaian dapat terwujud ketika seorang individu memiliki karakteristik yang sejalan atau mirip dengan individu lain di lingkungan tempat mereka bekerja. Dalam konteks ini, individu melakukan penilaian terhadap rekan-rekan kerja mereka untuk menentukan apakah mereka memiliki kesamaan yang relevan, yang disebut sebagai *Supplementary Fit*. Proses ini tidak hanya melibatkan pengamatan fisik atau profesional, tetapi juga melibatkan penilaian yang lebih mendalam terkait nilai-nilai, norma, budaya, serta tujuan yang dianut oleh individu tersebut dan rekan-rekannya. Ketika individu mempersepsikan bahwa mereka memiliki kesamaan dengan orang lain di tempat kerja, mereka cenderung merasa lebih terhubung dan berkolaborasi dengan rekan-rekan tersebut. Misalnya, jika seorang karyawan memiliki nilai-nilai yang sama dengan timnya, seperti komitmen terhadap kualitas, integritas, atau inovasi, maka hubungan kerja tersebut menjadi lebih harmonis. Hal ini terjadi karena individu merasa bahwa mereka berbagi pandangan dan prinsip yang sama, yang mendasari cara mereka bekerja dan berinteraksi satu sama lain.

Persepsi *Supplementary Fit* ini sangat berpengaruh pada cara seseorang bertindak dalam upayanya mencapai tujuan. Ketika individu merasa cocok dengan budaya dan norma organisasi, mereka lebih cenderung berkontribusi secara positif dan berpartisipasi dalam kegiatan tim. Rasa kesesuaian ini menciptakan lingkungan yang mendukung, di mana individu merasa nyaman untuk berbagi ide, memberikan masukan, dan berkolaborasi dalam mencapai tujuan bersama. Ini tidak hanya meningkatkan produktivitas tetapi juga menciptakan ikatan sosial yang kuat di dalam tim, yang dapat berujung pada peningkatan kepuasan kerja dan loyalitas terhadap organisasi. Di sisi lain, ketika individu

merasa tidak memiliki kesamaan atau tidak cocok dengan rekan-rekannya dapat menimbulkan ketegangan dan konflik di tempat kerja. Ketidakcocokan ini dapat muncul dari perbedaan nilai, pandangan, atau cara kerja yang dapat mengganggu kolaborasi dan komunikasi. Individu yang merasa terasing mungkin akan menarik diri dari interaksi sosial dan mengurangi partisipasi mereka dalam aktivitas kelompok, yang pada akhirnya dapat merugikan kinerja tim dan keseluruhan produktivitas organisasi.

Oleh karena itu, penting bagi organisasi untuk menciptakan lingkungan yang mendukung *Supplementary Fit* dengan mempromosikan nilai-nilai dan norma yang inklusif. Ini bisa dilakukan melalui pelatihan dan pengembangan yang tidak hanya fokus pada keterampilan teknis, tetapi juga pada aspek interpersonal dan budaya kerja. Dengan membangun budaya organisasi yang selaras dengan nilai-nilai karyawan, organisasi dapat meningkatkan rasa keterikatan individu terhadap tim dan organisasi secara keseluruhan. Secara keseluruhan, *Supplementary Fit* merupakan elemen penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang positif dan produktif. Ketika individu merasa memiliki kesamaan dengan rekan-rekan di lingkungannya, mereka tidak hanya lebih mungkin untuk berkontribusi secara efektif, tetapi juga akan mengalami peningkatan kesejahteraan psikologis. Ini menciptakan siklus positif di mana individu yang bahagia dan terhubung akan berfungsi lebih baik dalam peran mereka yang pada gilirannya akan mendukung pencapaian tujuan organisasi.

2) *Complementary Fit*

Complementary Fit adalah konsep yang merujuk pada kesesuaian yang terjadi ketika kebutuhan atau keinginan individu terpenuhi oleh lingkungan yang mereka jalani, serta ketika lingkungan tersebut memenuhi kebutuhan atau keinginan

tersebut. Dalam konteks ini, *Complementary Fit* dapat dilihat sebagai hubungan timbal balik yang saling menguntungkan antara individu dan lingkungannya, baik dalam konteks sosial, organisasi, maupun hubungan lainnya. Sebagai contoh, dalam lingkungan kerja, *Complementary Fit* terjadi ketika organisasi menawarkan imbalan atau sumber daya yang diinginkan oleh karyawan, seperti kesempatan untuk berkembang, pengakuan atas kinerja, atau keseimbangan antara kehidupan kerja dan pribadi. Ketika karyawan merasa bahwa organisasi menghargai kontribusi mereka dan memberikan apa yang mereka butuhkan, mereka cenderung merasa lebih puas dan termotivasi untuk berkontribusi secara maksimal. Ini menciptakan hubungan yang positif, di mana karyawan merasa terikat dengan organisasi, dan dalam gilirannya, organisasi dapat memanfaatkan keterampilan dan bakat karyawan secara efektif.

Namun, *Complementary Fit* juga berlaku dalam arah yang sebaliknya, di mana individu yang memiliki keterampilan atau kemampuan tertentu dapat memenuhi kebutuhan organisasi. Misalnya, jika sebuah organisasi sedang mencari karyawan dengan keterampilan khusus dalam teknologi informasi, maka individu yang memiliki keahlian tersebut akan merasa lebih dihargai dan diinginkan dalam lingkungan tersebut. Dalam kasus ini, kesesuaian antara keterampilan individu dan kebutuhan organisasi menciptakan sinergi yang kuat, yang dapat meningkatkan kinerja dan produktivitas keseluruhan. Lebih jauh lagi, *Complementary Fit* tidak hanya terbatas pada aspek keterampilan atau sumber daya, tetapi juga mencakup kesesuaian nilai-nilai, budaya, dan tujuan antara individu dan organisasi. Ketika individu merasa bahwa nilai-nilai pribadi mereka sejalan dengan nilai-nilai yang dianut oleh organisasi, hubungan ini menjadi lebih kuat dan saling

mendukung. Dalam hal ini, individu akan lebih mungkin untuk berkomitmen pada visi dan misi organisasi, yang berkontribusi pada pencapaian tujuan bersama. Pentingnya *Complementary Fit* dalam berbagai konteks menunjukkan bahwa baik individu maupun organisasi harus aktif berusaha menciptakan kesesuaian ini. Bagi individu, hal ini bisa berarti mencari lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan mereka, serta terus mengembangkan keterampilan yang relevan untuk berkontribusi pada organisasi yang mereka pilih. Sementara itu, bagi organisasi, penting untuk memahami dan memenuhi kebutuhan karyawan mereka, serta menciptakan lingkungan kerja yang mendukung, agar dapat menarik dan mempertahankan bakat yang tepat.

Dengan menciptakan *Complementary Fit* yang kuat, baik individu maupun organisasi dapat meraih manfaat yang signifikan. Individu akan mengalami peningkatan kepuasan kerja dan keterlibatan, sementara organisasi akan memperoleh tenaga kerja yang lebih produktif dan loyal. Oleh karena itu, membangun kesesuaian yang saling menguntungkan ini merupakan langkah strategis yang penting dalam mencapai keberhasilan jangka panjang bagi semua pihak yang terlibat.

B. Sejarah Stressful Life Events

Sekitar awal abad ke 14, istilah stres bisa ditemukan, namun pengertiannya masih pada “kesulitan atau penderitaan yang begitu berat”. Istilah stres tersebut pun masih berdasarkan penekanan yang belum secara sistematis (Lazarus, 1993). Kemudian pada saat abad ke 18 hingga abad awal ke 19, stres dipahami sebagai rasa kekuatan, tekanan, ketegangan, atau sebuah usaha yang kuat diberikan pada sebuah objek material atau pada seseorang “organ atau kekuatan mental seseorang”. Pada abad ke 19, istilah stres juga sebenarnya

sudah mulai digunakan dalam ilmu kesehatan dan sosial. Akan tetapi, istilah stres baru dikaitkan pada kondisi seseorang di bidang kajian ilmiah semenjak tahun 1930. Kemudian selama abad ke 19 hingga abad ke 20, istilah stres dan tekanan pun mulai dikonsepsi sebagai penyebab permasalahan dalam kesehatan secara fisik maupun psikologis (Hinkle, 1974).

Stresful life events adalah suatu peristiwa bermakna yang berpotensi membuat seseorang mengalami kondisi stres, sehingga menyebabkan individu mengalami perubahan aktivitas yang sudah dilakukannya sehari-hari. *Stresful life events* menjelaskan munculnya banyak gangguan psikologis diakibatkan oleh peristiwa-peristiwa yang berisiko memunculkan kondisi stres pada individu (Dohrenwend, 2006).

Kajian yang lainnya juga menyatakan bahwa *stresful life events* adalah bagaimana perasaan yang dialami oleh individu terhadap peristiwa-peristiwa yang menjadi penyebab munculnya stres sehingga dapat memengaruhi stabilitas karakteristiknya sehingga memunculkan suatu gangguan pada diri seseorang tersebut. Stres biasanya terjadi karena proses dimana seseorang dan lingkungan itu berinteraksi. Perbedaan yang umum adalah antara peristiwa kehidupan normatif dan non-normatif. Peristiwa normatif mengacu pada antisipasi peristiwa kelas tertentu yang secara alami terjadi pada banyak individu pada waktu tertentu selama hidupnya dan diharapkan, misalnya transisi sekolah, perkawinan, persalinan, ujian akademik, pensiun. Sebaliknya peristiwa non-normatif berkaitan dengan peristiwa langka atau tidak terduga, Pemisahan pernikahan, hukuman penjara, kematian anggota keluarga dekat, cedera atau penyakit dan kehilangan pekerjaan.

Dalam kajian Bartlett (1998), Cannon merupakan penulis pertama yang mengembangkan konsep stres yang dikenal dengan "*fight-or-*

flight response” pada tahun 1914 (Unnithan, 2000) . Berdasarkan konsep yang diperkenalkan Cannon tersebut, “*the fight-or-flight response*”, stres diartikan sebagai respons tubuh terhadap sesuatu hal. Cannon menyatakan bahwa stres adalah sebagai gangguan homeostasis yang menyebabkan perubahan pada keseimbangan fisiologis yang dihasilkan dari adanya rangsangan terhadap fisik maupun psikologis. Namun seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan bertambahnya kajian di bidang stres, berbagai teori tentang stres pun bermunculan. Beberapa teori tersebut diantaranya: (1) *Person-Environment Fit*, (2) *Conservation of Resources Theory*, dan (3) *The Job Demands-Control-support Model of Work Design*. (Dewe, O’Driscoll and Cooper, 2012). Berdasarkan buku psikologi keperawatan yang ditulis oleh Donsu, 2017, mengatakan secara umum stres dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Stres akut: Stres yang dikenal juga dengan *flight or flight response*. Stres akut adalah respon tubuh terhadap ancaman tertentu, tantangan atau ketakutan. Respons stres akut yang segera dan intensif di beberapa keadaan dapat menimbulkan gemetar.
- b. Stres kronis: Stres kronis adalah stres yang lebih sulit dipisahkan atau diatasi, dan efeknya lebih panjang dan lebih.

Sedangkan menurut Priyoto (2014), berdasarkan gejalanya stres dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Stres Ringan

Stres ringan adalah jenis stresor yang dihadapi oleh hampir setiap orang dalam kehidupan sehari-hari. Stres ini muncul dalam berbagai situasi yang umum, seperti saat seseorang mengalami kesulitan untuk tidur yang cukup, terjebak dalam kemacetan lalu lintas yang panjang, atau menerima kritik dari atasan di tempat kerja. Biasanya, situasi yang menyebabkan stres ringan ini berlangsung dalam rentang waktu yang relatif singkat. Mulai dari beberapa menit hingga beberapa jam. Ciri-ciri stres ringan

seringkali dapat dikenali melalui berbagai perubahan fisik dan emosional pada individu. Saat mengalami stres ringan, seseorang mungkin merasakan peningkatan semangat dan energi di mana penglihatan menjadi lebih tajam dan fokus, serta kemampuan untuk menyelesaikan tugas-tugas yang ada juga meningkat. Namun meski energinya tampak meningkat, cadangan energi yang dimiliki cenderung menurun membuat seseorang merasa lelah tanpa alasan yang jelas. Selain itu, stres ringan kadang-kadang dapat menyebabkan gangguan pada sistem tubuh, seperti masalah pencernaan atau perasaan cemas yang sulit dijelaskan, serta perasaan tidak santai yang terus-menerus mengganggu pikiran.

Meskipun stres ringan mungkin tampak tidak menyenangkan, sebenarnya kondisi ini memiliki manfaat yang signifikan. Stres ringan dapat berfungsi sebagai pendorong bagi seseorang untuk berpikir lebih kritis dan berusaha lebih keras dalam menghadapi tantangan hidup. Ketika seseorang dihadapkan pada situasi yang menantang, seperti tenggat waktu yang ketat atau tuntutan yang tinggi di tempat kerja, stres ringan dapat memicu respons adaptif yang membantu individu untuk mengatasi situasi tersebut dengan lebih efektif. Dalam hal ini, stres ringan dapat memacu individu untuk meningkatkan kinerja, kreativitas, dan ketahanan mental. Dengan demikian, meskipun stres ringan dapat menyebabkan ketidaknyamanan, penting untuk menyadari bahwa ia juga dapat menjadi alat yang berguna dalam kehidupan sehari-hari. Mengelola stres ringan dengan cara yang positif dapat membantu individu menjadi lebih tangguh dan adaptif dalam menghadapi berbagai tantangan yang muncul. Oleh karena itu, penting bagi kita untuk memahami bagaimana stres ringan dapat memengaruhi kita dan memanfaatkan energi yang dihasilkan untuk mencapai tujuan serta meningkatkan kesejahteraan kita secara keseluruhan.

b. Stres sedang

Stres sedang adalah jenis stres yang berlangsung lebih lama dibandingkan dengan stres ringan, biasanya berlangsung selama beberapa hari atau bahkan minggu. Situasi-situasi yang menjadi penyebab stres sedang cenderung lebih kompleks dan berakar pada masalah yang tidak segera terselesaikan. Contoh umum dari situasi ini meliputi ketegangan yang berkepanjangan dengan rekan kerja, masalah kesehatan anak yang terus berlanjut, atau ketidakhadiran yang lama dari anggota keluarga akibat kondisi kesehatan atau faktor lainnya. Ciri-ciri yang muncul pada individu yang mengalami stres sedang seringkali lebih nyata dan berpengaruh terhadap kesehatan fisik dan mental mereka. Salah satu gejala fisik yang umum adalah sakit perut, yang bisa muncul sebagai kram atau mulas yang tidak nyaman. Selain itu, ketegangan otot juga sering dirasakan, terutama pada area leher, bahu, dan punggung, di mana otot-otot terasa kaku dan sulit untuk rileks. Perasaan tegang yang terus-menerus juga dapat membuat seseorang merasa cemas dan tidak nyaman, yang dapat memperburuk situasi.

Gangguan tidur merupakan salah satu efek paling umum dari stres sedang. Seseorang mungkin mengalami kesulitan untuk tidur nyenyak atau terbangun di malam hari karena pikiran yang mengganggu atau rasa khawatir yang terus-menerus menghantui mereka. Selain itu, banyak individu melaporkan bahwa mereka merasa badan mereka terasa ringan, seolah-olah tidak memiliki energi atau kekuatan untuk menjalani aktivitas sehari-hari. Perasaan ini bisa sangat melelahkan dan memengaruhi produktivitas serta motivasi seseorang.

Penting untuk memahami bahwa stres sedang dapat memiliki dampak jangka panjang pada kesehatan mental dan fisik. Jika

tidak ditangani dengan baik, stres ini dapat berkontribusi pada perkembangan gangguan kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi, serta masalah kesehatan fisik lainnya. Oleh karena itu, penting untuk mencari cara yang efektif untuk mengelola dan meredakan stres sedang. Mengidentifikasi penyebab stres dan mencari solusi yang tepat dapat membantu individu mengatasi situasi yang menimbulkan stres. Ini bisa mencakup mencari dukungan dari teman atau profesional kesehatan mental, melakukan aktivitas fisik yang dapat meredakan ketegangan, serta mempraktikkan teknik relaksasi seperti meditasi atau yoga. Dengan memahami karakteristik dan dampak dari stres sedang, individu dapat lebih proaktif dalam menjaga kesehatan mental dan fisik mereka, menciptakan keseimbangan yang lebih baik dalam kehidupan sehari-hari.

c. Stres berat

Stres berat merupakan kondisi yang dialami seseorang ketika menghadapi situasi yang sangat menantang dan berlangsung dalam jangka waktu yang lama, seringkali beberapa minggu hingga beberapa bulan. Berbagai faktor dapat menjadi penyebab stres berat, termasuk konflik yang berkepanjangan dalam hubungan perkawinan, masalah keuangan yang tidak kunjung membaik, atau situasi emosional yang menyakitkan seperti perpisahan dengan anggota keluarga. Selain itu, faktor lain yang berkontribusi adalah berpindah tempat tinggal, mengalami penyakit kronis, atau perubahan signifikan dalam kehidupan yang seringkali terjadi pada usia lanjut.

Ciri-ciri stres berat sangat terlihat dan dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang secara keseluruhan. Salah satu gejala yang paling mencolok adalah kesulitan dalam beraktivitas. Individu yang mengalami stres berat mungkin merasa tidak memiliki energi

atau motivasi untuk menjalani rutinitas sehari-hari, yang mengarah pada penurunan produktivitas dan kepuasan hidup. Gangguan dalam hubungan sosial juga menjadi masalah yang sering muncul; individu mungkin merasa terasing dari orang-orang terdekatnya, mengalami kesulitan dalam berinteraksi, atau merasa bahwa dukungan sosial yang mereka butuhkan tidak tersedia.

Salah satu dampak yang umum dari stres berat adalah gangguan tidur. Banyak individu melaporkan kesulitan untuk tidur nyenyak atau bahkan terjaga di malam hari karena pikiran yang mengganggu dan kekhawatiran yang berlarut-larut. Rasa cemas ini seringkali disertai dengan perasaan negatif, di mana individu menjadi pesimis tentang masa depan dan merasa tidak ada jalan keluar dari situasi yang mereka hadapi. Penurunan konsentrasi juga sering terjadi; individu mungkin merasa sulit untuk fokus pada tugas-tugas sehari-hari, yang dapat memperburuk rasa frustrasi dan kehilangan kontrol. Perasaan takut yang tidak jelas juga dapat muncul, di mana individu merasa terjebak dalam ketidakpastian dan merasa sulit untuk melihat harapan di masa depan. Kelelahan yang meningkat adalah ciri lain dari stres berat; individu mungkin merasa sangat lelah meskipun sudah cukup beristirahat, dan ini dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan pekerjaan sederhana. Dampak stres berat ini juga dapat menyebabkan gangguan sistem yang lebih serius, seperti peningkatan tekanan darah, gangguan pencernaan, dan masalah kesehatan lainnya.

Secara keseluruhan, stres berat adalah kondisi yang sangat mengganggu dan memerlukan perhatian serius. Jika tidak dikelola dengan baik, stres ini dapat mengarah pada masalah kesehatan mental yang lebih serius, seperti kecemasan, depresi, atau gangguan stres pasca-trauma. Oleh karena itu, penting untuk

mengenali tanda-tanda stres berat dan mencari bantuan profesional jika diperlukan. Langkah-langkah untuk mengatasi stres berat dapat meliputi terapi, dukungan sosial, serta praktik manajemen stres seperti teknik relaksasi, olahraga, dan meditasi. Mengambil tindakan proaktif untuk menangani stres berat dapat membantu individu kembali ke jalur kesejahteraan dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

C. *Stresful Life Events: Pengaruh Terhadap Kesehatan Mental dan Fisik*

Para ahli teori sekarang umumnya memahami bahwa stres yang terjadi sepanjang hidup dapat mempunyai efek kumulatif pada kesehatan, akan tetapi, hanya sedikit saja kajian yang benar-benar mengukur paparan stres seumur hidup dan menilai dampak paparan tersebut terhadap hasil kesehatan mental dan fisik di masyarakat. Hal ini terjadi karena belum adanya sistem untuk mengukur paparan stres kumulatif dengan cara yang efisien dan hemat biaya. Masalah ini telah diatasi dengan pengembangan sistem penilaian stres otomatis seperti *Stres and Adversity Inventory (STRAIN)*, yang mengukur paparan seumur hidup individu terhadap berbagai jenis stres yang memengaruhi permulaan dan perkembangan penyakit (Toussaint *et al.*, 2016). Hasilnya, para penulis sekarang siap untuk menilai dampak kumulatif paparan stres hidup terhadap kesehatan dan untuk memeriksa faktor-faktor yang mungkin mengubah dampak ini.

Stres adalah fenomena universal dalam kehidupan kita sehari-hari. Peristiwa kehidupan normatif terjadi pada sebagian besar dari kita, misalnya seperti transisi sekolah dan pekerjaan, pernikahan, dan pensiun. Peristiwa kehidupan non-normatif, seperti pembedahan, kecelakaan, atau kehilangan orang yang dicintai, mungkin lebih jarang terjadi, atau tidak terjadi sama sekali. Dalam ilmu biomedis,

stres terutama dipahami sebagai respons organisme terhadap hal-hal buruk. Dalam psikologi, stres biasanya dipahami sebagai proses di mana seseorang dan lingkungan berinteraksi. Terkadang sifat stresor menjadi fokus kajian. Di dalam psikologi kesehatan, pengaruh gabungan manusia dan lingkungan terhadap patologi dipelajari, bersama dengan faktor mediasi dan moderasi, seperti *coping* dan dukungan sosial. Pada dasarnya, ada tiga perspektif luas yang dapat dipilih ketika mempelajari stres : (a) berbasis respons, (b) berbasis stimulus, dan (c) proses kognitif-transaksional. (Schwarzer and Schulz, 2003).

Stresful life events (SLE) adalah peristiwa-peristiwa dalam hidup yang dapat memicu stres signifikan bagi individu. Beberapa contoh SLE yang umum termasuk kehilangan pekerjaan, perceraian, kematian orang terdekat, dan masalah keuangan. SLE tidak hanya berdampak pada kesehatan mental individu, seperti memicu gangguan kecemasan dan depresi, tetapi juga memengaruhi kesehatan fisik, misalnya meningkatkan risiko penyakit jantung, gangguan tidur, dan sistem kekebalan tubuh yang melemah. Stres juga dapat dikatakan sebagai kondisi dinamis tubuh dalam menghadapi berbagai stresor atau tekanan, baik tekanan psikologis, fisik, biologis, lingkungan, ataupun sosial yang dapat memengaruhi sistem saraf atau sistem neuroendokrin yang memengaruhi sistem imun. (Sinta Rahayu *et al.*, 2021)

D. Dampak *Stresful life events* terhadap Kesehatan Mental

Stres hidup sangat terkait dengan kesehatan mental dan fisik yang buruk (Cohen, Janicki-Deverts and Miller, 2007). Dampak-dampak ini melebihi dampak dari faktor-faktor risiko lain yang diketahui, seperti penggunaan tembakau, konsumsi alkohol berlebihan, dan kurangnya aktivitas fisik, dan menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang besar. Oleh karena itu, memahami bagaimana stres berdampak

pada kesehatan, dan faktor-faktor apa yang memitigasi dampak ini, sangatlah penting. (Holt-Lunstad, Smith and Layton, 2010)

Stres yang berkepanjangan dapat meningkatkan risiko gangguan mental, termasuk depresi dan kecemasan. Berdasarkan kajian Turner pada tahun 1999 menunjukkan bahwa individu yang mengalami peristiwa stres signifikan lebih mungkin mengalami gejala depresi (Turner & Lloyd, 1999). Stres menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan tidur atau biasa disebut penyakit insomnia. Menurut Carter pada tahun 2017, gangguan tidur atau insomnia ini dapat memperburuk kondisi mental seseorang dan meningkatkan kelelahan. Karena kurangnya waktu istirahat dapat mengganggu metabolisme tubuh, sehingga imunitas tubuh berkurang yang pada akhirnya dapat menjadi suatu penyakit dan stres akibat kurangnya waktu istirahat.

Peristiwa hidup yang menegangkan seringkali menyebabkan gangguan psikologis seperti kecemasan, depresi, dan stres pasca-trauma (PTSD). Dalam keadaan stres akut, individu mungkin mengalami ketidakmampuan untuk fokus, gangguan tidur, hingga perasaan putus asa. Jika tidak diatasi, stres yang kronis akibat SLE dapat menyebabkan depresi klinis, yang pada akhirnya memengaruhi kemampuan seseorang untuk menjalani kehidupan sehari-hari.

E. Dampak *Stresful Life Events* terhadap Kesehatan Fisik

Beberapa kajian yang dilakukan oleh para ahli telah menunjukkan bahwa persepsi stres dapat sepenuhnya memediasi hubungan antara sikap memaafkan dan gejala kesehatan mental serta fisik. Kajian yang dilakukan oleh Green, DeCourville, dan Sadava (2012) menemukan bahwa ketika individu mampu memaafkan, mereka cenderung mengalami penurunan tingkat stres yang pada gilirannya mengurangi gejala kesehatan mental dan fisik yang mereka alami. Hal ini menunjukkan bahwa memaafkan bukan hanya sekadar tindakan

moral atau sosial, tetapi juga memiliki implikasi yang signifikan terhadap kesejahteraan psikologis dan fisik individu. Selain itu, sikap memaafkan juga secara parsial memediasi hubungan antara paparan stres traumatis dan gejala gangguan stres pasca trauma (PTSD). Kajian yang dilakukan oleh Orcutt, Pickett, dan Pope (2005) menunjukkan bahwa individu yang memiliki sikap memaafkan lebih mampu mengatasi dampak negatif dari pengalaman traumatis, sehingga gejala PTSD yang mereka alami tidak seberat individu yang kurang memiliki kemampuan memaafkan. Temuan ini menekankan pentingnya mengembangkan sikap memaafkan sebagai strategi *coping* yang efektif dalam menghadapi stres, terutama dalam konteks trauma.

Namun, meskipun ada kajian yang mendalami peran mediasi ini, masih terdapat kekurangan dalam literatur mengenai apakah sikap memaafkan dapat berfungsi sebagai faktor moderator atau penyangga dalam hubungan antara stres dan kesehatan. Hal ini cukup menarik mengingat model transaksional dan model pengampunan yang diadaptasi dari konsep stres dan *coping* memberikan fleksibilitas teoritis untuk mempertimbangkan variabel *coping*, baik sebagai mediator maupun moderator. Kajian lebih lanjut di bidang ini akan sangat bermanfaat untuk memahami dinamika yang lebih kompleks antara stres, sikap memaafkan, dan kesehatan individu. Di sisi lain, penting untuk dicatat bahwa selain dampak psikologis, peristiwa hidup yang menegangkan (SLE) juga memiliki konsekuensi langsung yang signifikan terhadap kesehatan fisik individu. Stres kronis, yang seringkali merupakan hasil dari paparan SLE, dapat memengaruhi berbagai sistem tubuh, termasuk sistem kardiovaskular. Kajian menunjukkan bahwa individu yang mengalami stres berkepanjangan cenderung menghadapi peningkatan risiko hipertensi, serangan jantung, serta gangguan metabolisme seperti diabetes. Stres yang tidak terkelola dapat menyebabkan perubahan fisiologis yang berbahaya,

termasuk peningkatan tekanan darah, detak jantung yang tidak teratur, dan peradangan sistemik.

Lebih jauh lagi, stres kronis dapat melemahkan respons imun tubuh, yang membuat individu lebih rentan terhadap infeksi dan penyakit kronis lainnya. Kajian menunjukkan bahwa individu yang mengalami stres akibat peristiwa hidup yang menegangkan cenderung memiliki respons imun yang kurang efektif, yang dapat berkontribusi pada peningkatan risiko terkena penyakit menular serta memperlambat pemulihan dari penyakit. Oleh karena itu, memahami hubungan antara stres, sikap memaafkan, dan kesehatan mental serta fisik adalah sangat penting dalam konteks kesehatan masyarakat, guna mengembangkan intervensi yang dapat meningkatkan kesejahteraan individu secara menyeluruh. Penting untuk diingat bahwa interaksi antara faktor psikologis dan fisik ini tidak hanya memengaruhi individu secara langsung, tetapi juga berdampak pada komunitas secara keseluruhan. Kesehatan mental yang buruk dapat memengaruhi produktivitas kerja, interaksi sosial, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Dengan demikian, upaya untuk meningkatkan sikap memaafkan dan mengelola stres secara efektif tidak hanya akan bermanfaat bagi individu, tetapi juga akan memberikan kontribusi positif terhadap kesehatan masyarakat secara luas. Kajian lebih lanjut di area ini diharapkan dapat memberikan wawasan yang lebih mendalam tentang bagaimana strategi *coping* yang berbeda, termasuk sikap memaafkan, dapat berfungsi sebagai alat untuk mengatasi dampak negatif dari stres dan peristiwa hidup yang menegangkan.

F. Keterkaitan *Person-Environment Fit* dan *Stressful Life Events*

Person-Environment Fit (P-E Fit) dapat berperan sebagai faktor protektif yang signifikan dalam membantu individu menghadapi

peristiwa hidup yang menegangkan. Ketika individu merasa bahwa mereka cocok dengan lingkungan mereka—baik dari segi sosial, pekerjaan, maupun aspek lainnya—mereka cenderung memiliki lebih banyak sumber daya internal dan eksternal untuk mengatasi stres yang mungkin timbul. Sumber daya internal ini dapat berupa keterampilan *coping* yang telah terasah, ketahanan mental, serta rasa percaya diri yang kuat. Sementara itu, sumber daya eksternal mencakup dukungan sosial yang kuat dari teman, keluarga, dan komunitas, yang semuanya berkontribusi pada kemampuan individu untuk beradaptasi dengan tantangan yang dihadapi.

Sebaliknya, ketidaksesuaian antara individu dan lingkungannya seringkali berkontribusi pada peningkatan tekanan psikologis dan emosional, sehingga cenderung memperburuk dampak dari *Stresful Life Events* (SLE). Ketika individu merasa terasing atau tidak nyaman dalam lingkungan mereka, baik karena konflik interpersonal, tuntutan pekerjaan yang tidak sesuai dengan kemampuan, atau kurangnya dukungan, mereka lebih rentan terhadap stres. Dalam kondisi seperti ini, individu mungkin merasa tidak memiliki cukup dukungan atau sumber daya untuk mengatasi peristiwa hidup yang menegangkan, yang pada akhirnya dapat mengarah pada masalah kesehatan mental yang lebih serius, seperti kecemasan atau depresi.

Pengaruh P-E Fit yang sangat besar dalam konteks stres ini menunjukkan bahwa lingkungan sekitar dapat memainkan peran kunci dalam mencegah terjadinya *stresful life events*. Jika lingkungan sosial atau profesional seseorang dirasa menekan atau tidak mendukung, kemungkinan terjadinya peristiwa hidup yang menegangkan menjadi lebih tinggi. Misalnya, individu yang bekerja dalam lingkungan yang tidak sehat, di mana ada banyak tekanan, konflik, atau kurangnya pengakuan, akan lebih mungkin mengalami kelelahan emosional dan stres yang berkepanjangan. Oleh karena itu, penting bagi

organisasi dan komunitas untuk memahami bagaimana menciptakan lingkungan yang positif dan mendukung, sehingga individu merasa lebih terhubung dan nyaman. Hal ini dapat meliputi peningkatan komunikasi, pengakuan terhadap prestasi individu, serta penciptaan ruang untuk diskusi dan dukungan antar rekan kerja. Ketika individu merasa dihargai dan didukung dalam lingkungan mereka, mereka lebih mampu menghadapi dan mengatasi stres yang datang dari peristiwa hidup yang menegangkan, sehingga meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan mereka secara keseluruhan. Dengan demikian, upaya untuk meningkatkan P-E Fit di dalam komunitas dan organisasi bukan hanya akan mengurangi kemungkinan terjadinya *stressful life events*, tetapi juga akan membentuk individu yang lebih resilien, mampu menghadapi tantangan hidup dengan lebih baik. Ini menjadi suatu investasi penting untuk kesehatan mental dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, yang pada akhirnya akan menghasilkan individu yang lebih sehat dan lebih produktif.

G. Person-Environment Fit sebagai Faktor Protektif

Individu yang memiliki kemampuan Penyesuaian Emosional dan Fisik (P-E Fit) yang baik, seperti mereka yang tinggal di lingkungan yang mendukung dan positif atau yang bekerja dalam peran yang sesuai dengan kemampuan serta bakat mereka, cenderung memiliki kemampuan yang lebih baik dalam mengelola stres. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa mereka memiliki akses yang lebih besar terhadap berbagai bentuk dukungan sosial, fasilitas kesehatan yang memadai, dan keterampilan *coping* yang efektif untuk menghadapi dampak negatif dari Stresor Lingkungan (SLE).

Lebih jauh lagi, ketika individu merasa bahwa mereka sejalan dengan nilai-nilai dan norma-norma sosial yang ada di dalam lingkungan mereka, mereka biasanya lebih terbuka untuk mencari bantuan dari

komunitas atau anggota keluarga ketika menghadapi situasi yang menekan. Sebagai contoh, seorang pekerja yang merasa bahwa pekerjaan mereka tidak hanya sesuai dengan kemampuan dan minat pribadi, tetapi juga didukung oleh hubungan kerja yang positif dan kolaboratif, akan lebih mampu bertahan dalam menghadapi berbagai tantangan dan peristiwa stres, seperti konflik di tempat kerja atau perubahan signifikan dalam tanggung jawab yang harus mereka emban.

Dalam konteks ini, dukungan sosial yang kuat dan berkelanjutan dari rekan kerja atau atasan dapat berfungsi sebagai pelindung yang efektif terhadap pengalaman stres yang mungkin muncul. Keberadaan dukungan ini tidak hanya membantu individu untuk merasa lebih aman dan dihargai, tetapi juga memperkuat rasa percaya diri mereka untuk mengatasi kesulitan yang mungkin mereka hadapi di lingkungan kerja.

Sebaliknya, ketidaksesuaian antara individu dan lingkungannya, atau misfit, cenderung meningkatkan kerentanan terhadap stres akibat SLE. Ketika seseorang merasa terisolasi secara sosial, tinggal di lingkungan yang tidak aman, atau bekerja dalam peran yang melebihi kemampuan mereka, dampak negatif dari peristiwa hidup yang menegangkan akan lebih intens. Individu tersebut mungkin merasa kurang memiliki kontrol atas situasi mereka dan lebih cenderung mengalami gangguan kesehatan mental.

Sebagai contoh, dalam situasi pandemi COVID-19, banyak individu mengalami pergeseran dalam lingkungan kerja mereka, seperti bekerja dari rumah atau kehilangan pekerjaan. Bagi mereka yang tidak memiliki keterampilan atau dukungan yang sesuai untuk menyesuaikan diri dengan perubahan ini, ketidaksesuaian tersebut dapat memperburuk stres yang dihadapi. Mereka lebih mungkin mengalami masalah kesehatan mental dan fisik dibandingkan dengan individu yang memiliki dukungan atau sumber daya yang memadai.

H. Implikasi bagi Kesehatan Masyarakat

Pemahaman yang mendalam tentang hubungan antara *Person-Environment Fit* (P-E Fit) dan *Stresful Life Events* (SLE) memiliki beberapa implikasi penting dalam bidang kesehatan masyarakat yang perlu diperhatikan secara serius. Berikut adalah beberapa poin yang perlu ditekankan:

1. Desain Program Intervensi yang Berfokus pada Fit

Program intervensi kesehatan masyarakat dapat dirancang dengan tujuan utama untuk meningkatkan P-E Fit, terutama di kalangan populasi rentan yang sering mengalami ketidaksesuaian antara kebutuhan mereka dan lingkungan di sekitar mereka. Misalnya, program pelatihan keterampilan yang ditujukan bagi individu yang menganggur dapat memberikan mereka keterampilan yang dibutuhkan untuk memasuki pasar kerja. Dengan memberikan pelatihan yang relevan dan sesuai dengan tuntutan industri, individu dapat lebih mudah menemukan pekerjaan yang cocok dengan kemampuan dan minat mereka, sehingga meningkatkan rasa percaya diri dan keterikatan mereka terhadap lingkungan kerja.

Selain itu, program peningkatan akses ke fasilitas kesehatan di daerah terpencil juga sangat penting. Di banyak wilayah, terutama di daerah pedesaan atau terpencil, akses terhadap layanan kesehatan seringkali terbatas. Dengan memperbaiki infrastruktur kesehatan dan menyediakan layanan yang lebih mudah dijangkau, individu di daerah tersebut akan merasa lebih diperhatikan dan memiliki akses yang lebih baik untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mereka. Hal ini akan berkontribusi pada peningkatan P-E Fit, yang pada gilirannya dapat mengurangi tingkat stres dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

2. Pendekatan Berbasis Komunitas

Pendekatan berbasis komunitas yang memperkuat jaringan dukungan sosial dapat menjadi strategi yang sangat efektif dalam membantu individu mengatasi dampak dari *Stresful Life Events* (SLE). Dalam situasi yang penuh tekanan, individu seringkali merasa terasing dan kesulitan untuk mengatasi beban emosional yang mereka hadapi. Namun, komunitas yang terorganisir dan memiliki nilai-nilai yang mendukung kesehatan dapat memainkan peran yang sangat penting dalam menciptakan lingkungan yang positif dan mendukung, sehingga individu merasa lebih terhubung dan memiliki sumber daya yang memadai untuk mengatasi tantangan. Melalui berbagai kegiatan seperti kelompok dukungan, lokakarya, dan program pemberdayaan masyarakat, individu dapat saling berbagi pengalaman dan belajar satu sama lain tentang cara-cara untuk mengatasi stres dan tantangan yang mereka hadapi. Misalnya, dalam kelompok dukungan, peserta dapat berbagi cerita pribadi mengenai pengalaman mereka menghadapi peristiwa hidup yang sulit, serta strategi yang mereka gunakan untuk mengatasinya. Ini tidak hanya memberikan individu rasa solidaritas, tetapi juga memungkinkan mereka untuk mendapatkan wawasan dan perspektif baru yang mungkin belum mereka pertimbangkan sebelumnya.

Kegiatan seperti lokakarya juga dapat memberikan pelatihan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menghadapi stres secara lebih efektif. Melalui pelatihan keterampilan manajemen stres, individu dapat belajar teknik-teknik seperti *mindfulness*, relaksasi, dan keterampilan komunikasi yang dapat membantu mereka mengelola emosi dan berinteraksi dengan orang lain secara lebih konstruktif. Ketika individu merasa dilengkapi dengan keterampilan ini, mereka cenderung lebih percaya diri dalam

menghadapi situasi sulit dan lebih siap untuk mencari dukungan saat dibutuhkan. Ketika individu merasa terhubung dengan komunitas mereka dan memiliki akses ke dukungan sosial yang kuat, mereka akan lebih mampu menghadapi tekanan yang timbul dari peristiwa hidup yang menegangkan. Rasa keterhubungan ini memberikan individu keyakinan bahwa mereka tidak sendirian dalam perjuangan mereka, dan bahwa ada orang lain yang peduli dan siap membantu. Hal ini dapat menjadi faktor protektif yang signifikan, mengurangi risiko gangguan kesehatan mental dan fisik yang seringkali muncul akibat stres yang berkepanjangan. Nilai-nilai positif dalam komunitas juga dapat memperkuat rasa memiliki dan identitas, yang sangat penting dalam meningkatkan *Person-Environment Fit* (P-E Fit). Misalnya, komunitas yang menekankan kolaborasi, empati, dan saling membantu akan menciptakan atmosfer di mana individu merasa didukung dan dihargai. Ketika individu merasa bahwa mereka merupakan bagian integral dari komunitas yang memiliki tujuan dan nilai-nilai yang sejalan, mereka cenderung merasa lebih berdaya dan lebih mampu mengatasi tantangan yang dihadapi.

Selain itu, dukungan sosial yang kuat dapat membantu mengurangi stigma yang seringkali menyertai masalah kesehatan mental. Ketika individu melihat bahwa berbagi pengalaman dan mencari bantuan adalah hal yang normal dan didukung dalam komunitas mereka, mereka lebih mungkin untuk terbuka mengenai masalah yang mereka hadapi dan mencari bantuan yang diperlukan. Ini pada gilirannya dapat menciptakan siklus positif di mana semakin banyak individu merasa nyaman untuk berbagi, yang memperkuat jaringan dukungan sosial dalam komunitas. Secara keseluruhan, pendekatan berbasis komunitas yang memperkuat jaringan dukungan sosial bukan hanya tentang

memberikan dukungan emosional, tetapi juga tentang membangun kapasitas individu dan komunitas untuk saling membantu dalam menghadapi stres. Melalui penciptaan lingkungan yang positif dan mendukung, kita dapat meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan individu, serta menciptakan masyarakat yang lebih resilien dan terhubung. Langkah-langkah ini tidak hanya menguntungkan individu, tetapi juga berkontribusi pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan, membentuk masyarakat yang lebih kuat dan lebih mampu menghadapi tantangan di masa depan.

3. Peningkatan Kesadaran Kesehatan Mental

Meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan mental dan dampak dari peristiwa hidup yang menegangkan di kalangan masyarakat luas sangat penting untuk dilakukan. Kesadaran yang lebih tinggi tentang isu-isu kesehatan mental dapat membantu masyarakat memahami bahwa kesehatan mental adalah bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan, yang tidak boleh diabaikan. Salah satu cara untuk mencapai tujuan ini adalah melalui program edukasi yang bertujuan untuk menyebarkan informasi yang komprehensif tentang kesehatan mental, termasuk tanda-tanda masalah kesehatan mental yang mungkin dihadapi individu, seperti kecemasan, depresi, dan stres kronis. Program-program edukasi ini harus menekankan pentingnya mencari bantuan profesional ketika seseorang mengalami peristiwa hidup yang menegangkan, seperti kehilangan orang terkasih, perceraian, atau perubahan besar lainnya dalam kehidupan. Dengan memberikan pemahaman yang jelas tentang bagaimana dan kapan seseorang harus mencari bantuan, kita dapat mengurangi stigma yang seringkali menyertai pencarian perawatan kesehatan mental. Edukasi ini juga dapat melibatkan informasi tentang

berbagai pilihan terapi dan dukungan yang tersedia, sehingga individu merasa lebih nyaman dan berdaya untuk mengambil langkah menuju pemulihan.

Untuk mencapai audiens yang lebih luas, program-program ini dapat menggunakan berbagai media dan saluran komunikasi yang beragam. Misalnya, seminar dan lokakarya yang diadakan di komunitas atau lembaga pendidikan dapat memberikan *platform* interaktif bagi masyarakat untuk belajar langsung dan berdiskusi tentang isu kesehatan mental. Selain itu, kampanye media sosial dapat menjadi alat yang efektif untuk menjangkau generasi muda dan masyarakat yang lebih luas, dengan konten yang dirancang untuk menarik perhatian dan mengedukasi mereka mengenai pentingnya menjaga kesehatan mental. Materi cetak, seperti poster, brosur, dan artikel, juga dapat disebar di tempat-tempat umum seperti pusat kesehatan, sekolah, dan lingkungan kerja untuk menjangkau individu yang mungkin tidak aktif di media sosial. Selain itu, edukasi tentang cara meningkatkan *Person-Environment Fit* (P-E Fit) melalui dukungan sosial dan perubahan gaya hidup juga sangat diperlukan. Masyarakat perlu diajarkan tentang pentingnya membangun jaringan dukungan yang kuat, baik dari keluarga, teman, maupun rekan kerja. Dukungan sosial yang baik dapat memberikan rasa aman dan mengurangi perasaan terasing, yang seringkali muncul saat seseorang menghadapi stres atau peristiwa hidup yang menegangkan. Selain itu, program-program ini dapat mempromosikan kegiatan sosial yang dapat meningkatkan interaksi antar individu, seperti kelompok diskusi, klub olahraga, atau aktivitas sukarela, yang tidak hanya membantu membangun hubungan tetapi juga menciptakan rasa memiliki dan keterlibatan dalam komunitas.

Di samping itu, masyarakat perlu didorong untuk mengadopsi gaya hidup sehat yang berkontribusi pada kesehatan mental yang lebih baik. Ini termasuk pola makan yang baik, olahraga teratur, dan teknik manajemen stres yang efektif, seperti meditasi, yoga, atau latihan pernapasan. Edukasi tentang pentingnya kebiasaan-kebiasaan ini dapat dilakukan melalui program pelatihan, seminar kesehatan, atau kampanye kesadaran yang menekankan hubungan antara gaya hidup sehat dan kesehatan mental. Misalnya, riset menunjukkan bahwa olahraga dapat melepaskan endorfin, yang berfungsi sebagai “hormon kebahagiaan,” sehingga membantu individu merasa lebih baik secara emosional. Dengan meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan mental dan cara-cara untuk meningkatkan P-E Fit, kita dapat menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi individu yang menghadapi stres. Ini tidak hanya membantu individu dalam menghadapi tantangan yang mereka hadapi, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Ketika lebih banyak individu merasa didukung dan mampu mengelola stres dengan baik, kita akan melihat penurunan dalam angka gangguan kesehatan mental dan peningkatan dalam kualitas hidup di komunitas kita. Dengan demikian, langkah-langkah ini menjadi investasi yang berharga dalam menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan lebih resilien.

I. Peran Kepemimpinan dalam Memperbaiki *Person-Environment Fit*

Pemimpin dalam organisasi, baik di lingkungan kerja maupun komunitas, memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam meningkatkan *Person-Environment Fit* (P-E Fit). Peran pemimpin bukan hanya terbatas pada manajemen dan pengawasan, tetapi

juga mencakup aspek mendukung dan membina hubungan yang baik dengan anggota. Dalam konteks ini, pemimpin yang efektif dapat menjadi katalisator dalam menciptakan lingkungan yang harmonis, yang mendukung kebutuhan dan kemampuan individu. Dengan demikian, pemimpin berkontribusi dalam membantu individu menghadapi stres yang lebih baik, serta meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Salah satu cara pemimpin dapat meningkatkan P-E Fit adalah dengan memberikan dukungan dan empati kepada anggota. Pemimpin yang menunjukkan perhatian terhadap kesejahteraan anggota tidak hanya membangun kepercayaan, tetapi juga menciptakan ruang bagi individu untuk merasa aman dan nyaman dalam mengekspresikan kekhawatiran mereka. Ketika anggota merasa bahwa pemimpin mereka memahami dan peduli terhadap masalah yang mereka hadapi, mereka akan lebih cenderung untuk terbuka dalam berbagi pengalaman dan mencari bantuan saat diperlukan. Ini menciptakan hubungan yang saling mendukung, di mana anggota merasa termotivasi untuk berkontribusi secara positif bagi lingkungan mereka.

Selain itu, pemimpin yang proaktif dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung juga akan berdampak positif pada kesejahteraan anggotanya. Mereka dapat melakukan ini dengan menciptakan kebijakan yang mendukung keseimbangan kerja-hidup, menyediakan akses ke sumber daya kesehatan mental, serta mendorong budaya kerja yang kolaboratif dan inklusif. Misalnya, pemimpin dapat memperkenalkan program kesehatan mental di tempat kerja, seperti sesi konseling atau lokakarya tentang manajemen stres, yang dapat membantu individu mengembangkan keterampilan untuk mengatasi tantangan yang mereka hadapi. Dengan menyediakan sumber daya tersebut, pemimpin tidak hanya meningkatkan P-E Fit, tetapi juga membantu individu untuk lebih baik dalam mengelola

tekanan dan stres yang mungkin timbul dari pekerjaan mereka. Pemimpin juga dapat berperan dalam membentuk norma dan nilai dalam organisasi atau komunitas. Dengan menekankan pentingnya dukungan sosial dan kolaborasi, pemimpin dapat membangun budaya yang mengedepankan kerja sama dan saling membantu. Ketika nilai-nilai ini diterapkan secara konsisten, anggota organisasi atau komunitas akan merasa lebih terhubung satu sama lain, yang pada gilirannya dapat meningkatkan P-E Fit. Lingkungan yang didasari oleh rasa saling menghargai dan kolaborasi ini akan memfasilitasi individu untuk berbagi pengetahuan, pengalaman, dan dukungan emosional, yang sangat penting dalam menghadapi situasi yang menegangkan.

Lebih jauh lagi, pemimpin yang tanggap terhadap kebutuhan anggotanya juga dapat mengidentifikasi potensi masalah sebelum menjadi krisis. Dengan menerapkan pendekatan yang proaktif dan responsif, pemimpin dapat menciptakan sistem yang mendukung anggota dalam menghadapi tantangan. Misalnya, dengan melakukan survei atau pertemuan reguler untuk mendengarkan umpan balik anggota, pemimpin dapat lebih memahami dinamika yang terjadi di dalam organisasi dan mengatasi masalah sebelum berkembang menjadi isu yang lebih besar. Langkah ini tidak hanya membantu dalam mencegah masalah, tetapi juga menunjukkan bahwa pemimpin benar-benar peduli dengan kesejahteraan anggota mereka. Dalam era di mana banyak individu menghadapi tantangan hidup yang kompleks, peran pemimpin dalam meningkatkan P-E Fit menjadi semakin relevan. Lingkungan yang positif dan mendukung tidak hanya bermanfaat bagi individu, tetapi juga dapat meningkatkan produktivitas dan kepuasan kerja secara keseluruhan. Oleh karena itu, pemimpin yang mampu menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan anggota akan memberikan dampak jangka panjang yang signifikan, baik bagi individu maupun

organisasi secara keseluruhan. Dengan demikian, investasi dalam kepemimpinan yang berfokus pada peningkatan P-E Fit tidak hanya akan menghasilkan individu yang lebih sehat dan lebih resilien, tetapi juga akan mendorong kemajuan dan inovasi dalam organisasi.

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa *Person-Environment Fit* (P-E Fit) dan *Stresful Life Events* (SLE) memiliki hubungan yang kompleks dan saling memengaruhi satu sama lain dalam konteks kesejahteraan individu. P-E Fit merujuk pada tingkat kesesuaian antara kebutuhan, kemampuan, dan nilai-nilai yang dimiliki individu dengan tuntutan dan karakteristik lingkungan di sekitarnya, yang meliputi berbagai aspek kehidupan seperti sosial, pekerjaan, dan komunitas. Ketika individu merasa bahwa mereka cocok dengan lingkungannya, baik dalam hal dukungan sosial yang tersedia maupun keselarasan nilai-nilai yang dianut, mereka cenderung mengalami tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Dalam kondisi ini, individu memiliki kemampuan *coping* yang lebih baik dan lebih mampu mengelola stres, sehingga risiko yang terkait dengan dampak negatif dari stres dapat diminimalisir. Lingkungan yang mendukung tidak hanya memberikan rasa aman, tetapi juga meningkatkan motivasi dan kepuasan hidup individu. Di sisi lain, *Stresful Life Events* (SLE) mencakup berbagai situasi yang menantang dan penuh tekanan, seperti kehilangan pekerjaan, konflik dalam hubungan keluarga, atau perubahan signifikan dalam hidup, seperti perceraian atau relokasi ke tempat baru. Peristiwa-peristiwa ini tidak hanya dapat mengganggu rutinitas sehari-hari individu, tetapi juga dapat menyebabkan tekanan psikologis dan fisik yang signifikan. Ketika individu mengalami situasi sulit ini, mereka mungkin merasa terjebak dan tidak berdaya, yang dapat menimbulkan rasa cemas dan depresi.

Dampak dari SLE ini dapat menjadi jauh lebih berat dan sulit ditangani jika terdapat ketidaksesuaian antara individu dan lingkungan tempat mereka berada. Ketidaksesuaian ini, yang merujuk pada ketidakcocokan antara kebutuhan individu dan apa yang ditawarkan oleh lingkungan—baik itu dari segi dukungan sosial, nilai-nilai, maupun sumber daya yang tersedia—dapat memperburuk tingkat stres yang dialami. Misalnya, seseorang yang baru saja kehilangan pekerjaan mungkin tidak memiliki dukungan sosial yang cukup dari teman atau keluarga untuk membantu mereka melalui masa sulit tersebut. Hal ini dapat memperparah perasaan kesepian dan putus asa, yang pada gilirannya meningkatkan risiko munculnya gangguan kesehatan mental. Ketidaksesuaian ini tidak hanya berdampak pada kesehatan mental tetapi juga dapat berkontribusi pada berbagai masalah kesehatan fisik. Kajian menunjukkan bahwa stres yang berkepanjangan dapat memicu reaksi fisiologis dalam tubuh, seperti peningkatan kadar hormon stres, yang jika tidak dikelola dengan baik, dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan. Salah satu contohnya adalah penyakit kardiovaskular, yang seringkali berakar dari stres kronis dan gaya hidup tidak sehat yang mungkin diadopsi individu sebagai mekanisme koping, seperti kebiasaan merokok atau pola makan yang buruk. Selain itu, individu yang mengalami stres tinggi juga lebih rentan terhadap masalah kesehatan lainnya, seperti gangguan pencernaan, sakit kepala, dan gangguan tidur.

Dengan demikian, penting untuk memahami bahwa SLE tidak hanya memengaruhi kondisi psikologis individu tetapi juga memiliki konsekuensi yang lebih luas bagi kesehatan fisik mereka. Oleh karena itu, pendekatan yang holistik dalam menangani stres dan peristiwa hidup yang menegangkan sangatlah penting. Ini termasuk upaya untuk menciptakan lingkungan yang lebih mendukung dan mengurangi ketidaksesuaian antara individu dan lingkungan,

sehingga individu dapat lebih baik mengatasi tantangan yang mereka hadapi. Dalam konteks ini, *Person-Environment Fit* dapat berfungsi sebagai faktor protektif yang penting dalam menghadapi SLE. Ketika lingkungan di sekitar individu mampu memenuhi kebutuhan mereka dan mendukung kemampuan yang dimiliki, individu tersebut lebih mampu menghadapi tantangan yang dihadirkan oleh peristiwa hidup yang menegangkan. Dengan kata lain, P-E Fit yang baik dapat berfungsi sebagai penyangga, yang memungkinkan individu untuk tidak hanya bertahan, tetapi juga berkembang meskipun dihadapkan pada situasi yang penuh tekanan.

Oleh karena itu, strategi untuk meningkatkan kesesuaian individu dengan lingkungannya menjadi sangat penting dan krusial dalam upaya meningkatkan kesejahteraan individu. Upaya ini dapat dilakukan melalui berbagai intervensi yang dirancang dengan baik, yang mencakup bidang sosial, kesehatan, serta pendidikan. Setiap aspek ini memiliki peran yang signifikan dalam menciptakan lingkungan yang lebih mendukung dan meningkatkan *Person-Environment Fit* (P-E Fit). Dalam bidang sosial, program-program yang dirancang untuk meningkatkan keterampilan sosial sangatlah penting. Keterampilan sosial yang baik tidak hanya membantu individu untuk berinteraksi dengan lebih efektif, tetapi juga memungkinkan mereka untuk membangun hubungan yang kuat dan saling mendukung dalam komunitas. Pelatihan dalam komunikasi, negosiasi, dan resolusi konflik dapat memberdayakan individu untuk lebih percaya diri dalam menghadapi situasi sulit dan memfasilitasi pengembangan jaringan dukungan yang lebih luas. Ketika individu merasa lebih terhubung dengan orang lain, mereka akan lebih mungkin mendapatkan dukungan yang dibutuhkan saat menghadapi peristiwa hidup yang menegangkan.

Di sisi lain, meningkatkan akses terhadap dukungan kesehatan mental juga merupakan langkah penting. Ini dapat mencakup

penyediaan layanan konseling yang lebih mudah diakses, program intervensi psikologis, serta kampanye kesadaran kesehatan mental untuk mengurangi stigma yang seringkali terkait dengan pencarian bantuan. Dengan memberikan akses yang lebih baik terhadap dukungan kesehatan mental, individu akan lebih mampu mengatasi stres dan tantangan yang mereka hadapi, serta lebih siap untuk mencari bantuan saat dibutuhkan. Hal ini akan berkontribusi pada peningkatan P-E Fit, karena individu merasa bahwa kebutuhan emosional dan psikologis mereka diperhatikan dan didukung. Dalam konteks pendidikan, penting untuk mengintegrasikan kurikulum yang mengajarkan keterampilan hidup dan kemampuan *coping* yang efektif. Program pendidikan yang mencakup pembelajaran tentang manajemen stres, pengembangan emosi, dan keterampilan *problem-solving* dapat memberikan individu alat yang mereka butuhkan untuk menghadapi tantangan hidup dengan lebih baik. Dengan memberikan pendidikan yang holistik dan komprehensif, kita dapat membekali generasi mendatang dengan keterampilan yang dibutuhkan untuk menciptakan lingkungan yang lebih seimbang dan harmonis.

Dengan demikian, langkah-langkah ini tidak hanya berfokus pada penanganan stres dan peristiwa hidup yang menegangkan, tetapi juga pada pengembangan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung. Lingkungan yang inklusif memastikan bahwa semua individu, tanpa memandang latar belakang atau kondisi pribadi, merasa diterima dan dihargai. Ini menciptakan suasana di mana individu dapat berkembang dengan baik dan merasa aman untuk berbagi pengalaman dan tantangan mereka. Akhirnya, semua langkah ini dapat berkontribusi secara signifikan pada peningkatan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Dengan menciptakan masyarakat yang lebih mendukung dan harmonis, kita tidak hanya membantu individu untuk mengatasi stres tetapi juga mendorong

pertumbuhan sosial yang positif. Dalam jangka panjang, hal ini dapat mengurangi beban pada sistem kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup bagi seluruh anggota masyarakat.

IV. EVALUASI

1. Jelaskan konsep *Person-Environment Fit* dan relevansinya dalam bidang kesehatan masyarakat.
2. Jelaskan dampak *Stresful life events* terhadap kesejahteraan individu, baik dari segi kesehatan mental maupun fisik.
3. Jelaskan hubungan antara *Person-Environment Fit* dan *Stresful life events*, serta bagaimana kedua faktor tersebut memengaruhi kesehatan individu.
4. Berikan rekomendasi terkait intervensi kesehatan masyarakat yang dapat meningkatkan *Person-Environment Fit* dan membantu individu menghadapi *Stresful life events*.

DAFTAR PUSTAKA

- (CDC, C. for D. C. and P. (2023). *Violence Prevention*.
- Adliyani, Z. O. N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat. *Perubahan Perilaku Dan Konsep Diri Remaja Yang Sulit Bergaul Setelah Menjalani Pelatihan Keterampilan Sosial*, 4(7), 109–114.
- Akik Hidayat & Gilang Gumilang. (2022). Sistem Pakar Diagnosis Penyakit Yang Disebabkan Oleh Rokok Dengan Metode Forward. *Jurnal Teknik Informatika Atmaluhur*, 10(2), 40.
- Ambarwati. (2019). Model pengukuran risiko pencemaran udara terhadap kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 427–442.
- Armenda, E., & Helda. (2023). Literatur Review: Hubungan Paparan Asap Rokok dengan Kanker Serviks. *Jurnal Cahaya Mandalika*, 4(2), 444–453.
- Artifasari, A. (2020). *PADA MAHASISWA TINGKAT AKHIR PROGRAM STUDI AKADEMI KEPERAWATAN BATARI TOJA WATAMPONE YANG AKAN MENGHADAPI UJIAN ANGKATAN 2016*. 15, 69–73.
- Artini, B., Prasetyo, W., & Lestari, M. P. (2022). Hubungan Pola Makan dan Stres terhadap Penyakit Gastritis: A Literature Review. *Nursing Sciences Journal*, 6(1), 13. <https://doi.org/10.30737/nsj.v6i1.2634>
-

- Aryastami, N. K. (2019). peran budaya dala pemafaatan layanana Kesehatan ibu hamil. *Kemenkes RI, November, November*.
- Asiva Noor Rachmayani. (2015). *MANAJEMEN KONFLIK DAN STRES* (M. P. Prof. Dr. Drs. H. Ekawarna (ed.)).
- Bočkor, Tomislav; Kurtović, Josipa; Tremac, A. P. (2021). Perception Of Stres and Illness Among Nurses in Psychiatry. *Croatian Nursing Journal, Vol 5(1)*, 51. <https://doi.org/10.24141/2/5/1/5>
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin, 132(3)*, 477–495. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.477>
- Donsu, J. D. T. (2017). *Psikologi keperawatan : aspek-aspek psikologi / konsep dasar psikologi teori perilaku manusia / Dr. Jenita Doli Tine Donsu, SKM., MSi*.
- Ghassan Nebraska, M., Janar Wulan, A., Nuraisa Jausal, A., & Rudiyanto, W. (2024). Kerusakan Lambung Akibat Konsumsi Alkohol: Dampak dan Penanganannya. *Waluyo Rudiyanto | Kerusakan Lambung Akibat Konsumsi Alkohol: Dampak Dan Penanganannya Medula |, 14*, 482.
- Hanifah, S. D., Nurwati, R. N., & Santoso, M. B. (2022). SEKSUALITAS DAN SEKS BEBAS REMAJA. *Jurnal Kajian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (JPPM), 3(1)*, 57–65.
- Hasanudin, Adriyani, V. M., & Perwiraningtyas, P. (2018). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Tekanan Darah Pada Masyarakat Penderita Hipertensi Di Wilayah Tlogosuryo Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Kota Malang. *Journal Nursing News, 3(1)*, 787–799.
- Hasibiyuan & Abidin, J. (2019). Pengaruh dampak pencemaran udara terhadap kesehatan untuk menambah pemahaman masyarakat awam tentang bahaya polusi udara. *Prosiding SNFUR-4, 1–7*.
- Hasnidar, *FullBook Ilmu KesMas_compressed*.
- HonestDocs. (2023). *Perbedaan Overweight dan Obesitas*.
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan*.
- Kadir, S. (2019). Pola Makan Dan Kejadian Hipertensi. *Jambura Health and Sport Journal, 1(2)*, 56–60. <https://doi.org/10.37311/jhsj.v1i2.2469>
- Kirana, W., Dwi Anggreini, Y., Yousriatin, F., & Safitri, D. (2023). Hubungan Dukungan Psikososial dengan Stres Pada Keluarga Orang dengan Gangguan Jiwa (The Correlation between Psychosocial Support and Stres in Families of People with Mental Disorder). *Jurnal Kesehatan, 12(1)*, 138–145.
- Kivimaki, M., & Batty, G. D. (2022). Alcohol and health. *The Lancet, 400(10365)*, 1763–1764. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02122-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02122-5)

- Memah, M., Kandou, G. D., Nelwan, J. E., Kesehatan, F., Universitas, M., Ratulangi, S., & Abstrak, M. (2019). Hubungan Antara Kebiasaan Merokok Dan Konsumsi Alkohol Dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Kombi Kecamatan Kombi Kabupaten Minahasa. *Jurnal KESMAS*, 8(1), 68–74.
- Murtiningsih, M. K., Pandelaki, K., & Sedli, B. P. (2021). Gaya Hidup sebagai Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2. *E-CliniC*, 9(2), 328. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i2.32852>
- Musradinur. (2016). Stres Dan Cara Mengatasinya Dalam Perspektif Psikologi. *JURNAL EDUKASI: Jurnal Bimbingan Konseling*, 2(2), 183. <https://doi.org/10.22373/je.v2i2.815>
- N Afrinis, I Indrawati, R. R. (2021). Hubungan. Pengetahuan. Ibu, Pola Makan dan Penyakit. Infeksi Anak dengan Status. Gizi Anak Prasekolah. *Journal on Early Childhood*.
- Nadia, L. (2015). *Pengaruh Negatif Merokok terhadap Kesehatan dan Kesadaran Masyarakat Urban*.
- Prasetyo, A., & Supriyanto, S. (2022). Analisis Faktor Penyebab Kecelakaan Lalu Lintas di Kota Semarang. *Jurnal Teknik Sipil*, 10(1), 1–10.
- Pratama, P. H., Ghifary, H., Khairani, D. S., Syabil, S., & Amalia, R. (2022). Pengaruh Perbedaan Pola Makan Terhadap Penyebab Penyakit Gastritis Pada Remaja Laki-Laki Dan Perempuan: a Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(2), 168–174. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i2.4488>
- Priyoto. (2014). *Teori sikap dan perilaku dalam kesehatan : dilengkapi contoh kuesioner / Priyoto*.
- Putri, Wayan, D., A., W. (2014). Prevalensi Stres Psikososial Dan Faktor - Faktor Yang Memengaruhi Pada Siswa – Siswi Kelas Xii Studi Pendidikan IPA Dan IPS SMAN 6 Denpasar. *Stres Psikososial*, 3, 1–12.
- Putri, T. A. (2023). Hubungan Perilaku Merokok dan Konsumsi Alkohol dengan Kesehatan Mental Pada Remaja di SMK Negeri 5 Padang Tahun 2023. *Universitas Andalas*.
- Rafiq, A. A., Sutono, S., & Wicaksana, A. L. (2022). Pengaruh Aktivitas Fisik terhadap Penurunan Berat Badan dan Tingkat Kolesterol pada Orang dengan Obesitas: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas*, 5(3), 167. <https://doi.org/10.22146/jkkl.60362>
- Rahardjo, W. (2008). Konsumsi Alkohol, Obat – Obatan Terlarang Dan Perilaku Seks Berisiko: Suatu Studi Meta-Analisis. *Jurnal Psikologi , Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada*, 35(1), 80–100.
- Rahman, S., & Tasalim, R. (2022). Pengaruh Pemberian Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Terhadap Penurunan Tingkat Stres Dan Kecemasan Pada Masyarakat Banjar Di Masa Pandemi Covid 19. *Dinamika Kesehatan:*

Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan, 13(1), 1–15. <https://doi.org/10.33859/dksm.v13i1.788>

- Richard Blonna. (2012). *Coping with Stres in a Changing World -5/E*.
- Riekert, K. A., Ockene, J. K., & Pbert, L. (2002). *Health and Health*.
- Schwarzer, R. (2012). Health Behavior Change. In *The Oxford Handbook of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0024>
- Sehat, H. (2023). Perbedaan *Overweight* dan Obesitas yang Perlu Dikenali. *Hello Sehat*.
- Sriyanto, S.H.,M.H., A., & Putra Pangestu, A. (2022). Dampak Konsumsi Rokok Konvensional Dan Rokok Elektrik Terhadap Kesehatan, Penerimaan Negara. *Jurnal Perspektif Bea Dan Cukai*, 6(2), 428–450. <https://doi.org/10.31092/jpbc.v6i2.1782>
- Suirakoa, I. . (2012). *Penyakit degeneratif, mengenal, mencegah dan mengurangi faktor risiko 9 penyakit degeneratif*.
- Suryaningsih, D., & Supriyono, A. (2021). Pengaruh Faktor Manusia Terhadap Kecelakaan Lalu Lintas di Kota Yogyakarta. *Jurnal Teknik Sipil*, 9(2), 111–120.
- Sutiawati, E., Gusti Ansahari, & Fitri Sukmawati. (2024). Analisis Faktor Psikososial pada Tenaga Kesehatan di Kecamatan Sungai Raya Kabupaten Kubu Raya. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(3), 182–197. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v3i3.3072>
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1999). The Stres Process and the Social Distribution of Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), 374. <https://doi.org/10.2307/2676332>
- Umbas, I. M., Tuda, J., & Numansyah, M. (2019). Hubungan Antara Merokok Dengan Hipertensi Di Puskesmas Kawangkoan. *Jurnal Keperawatan*, 7(1). <https://doi.org/10.35790/jkp.v7i1.24334>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). *Global Study on Homicide 2021*.
- WHO. (2022). *Implementation roadmap for accelerating the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia 2022–2030* (Vol. 9).
- WHO. (2023). No level of alcohol consumption is safe for our health. *WHO Publication*.
- Widiyastuty, F., Suryawati, C., & Pawelas Arso, S. (2023). Hubungan Sosial Budaya Dengan Pemanfaatan Pelayanan di Puskesmas Entikong. *Jurnal Promotif Preventif*, 6(2), 304–310.
- Woods, R. T., & Clare, L. (2015). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Wiley.
- Yang, G. L., Zhou, K., Yi, Y. X., & Qiu, C. (2021). Epidemiology. In *Avian Influenza in Human*. https://doi.org/10.1007/978-981-16-1429-3_2
-

- Yasir, M. (2021). Pencemaran udara di perkotaan berdampak bahaya bagi manusia, hewan, tumbuhan dan bangunan. *J OSFOi*, 1–10.
- Yosa NurSidiq Fadhilah, Suganda Tanuwidjaja, & Asep Saepulloh. (2021). Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Obesitas Pada Anak Sekolah Dasar Negeri 113 Banjarsari Kota Bandung Tahun 2019–2020. *Jurnal Riset Kedokteran*, 1(2), 80–84. <https://doi.org/10.29313/jrk.v1i2.449>
- Brian James Hoffman and David J. Woehr (2006) 'A Quantitative Review of the Relationship Between Person–Organization Fit and Behavioral Outcomes', *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), pp. 389–399.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. and Miller, G.E. (2007) 'Psychological Stres and Disease', *JAMA*, 298(14), pp. 1685–1687. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>.
- Dewe, P.J., O'Driscoll, M.P. and Cooper, C.L. (2012) 'Theories of Psychological Stres at Work', in *Handbook of Occupational Health and Wellness*. Boston, MA: Springer US, pp. 23–38. Available at: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4839-6_2.
- Green, M., DeCourville, N. and Sadava, S. (2012) 'Positive Affect, Negative Affect, Stres, and Social Support as Mediators of the Forgiveness-Health Relationship', *The Journal of Social Psychology*, 152(3), pp. 288–307. Available at: <https://doi.org/10.1080/00224545.2011.603767>.
- Gul, H. *et al.* (2018) 'Does the effect of power distance moderate the relation between person environment fit and job satisfaction leading to job performance? Evidence from Afghanistan and Pakistan', *Future Business Journal*, 4(1), pp. 68–83. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.fbj.2017.12.001>.
- Hinkle, L.E. (1974) 'The Concept of "Stres" in the Biological and Social Sciences', *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), pp. 335–357. Available at: <https://doi.org/10.2190/91DK-NKAD-1XP0-Y4RG>.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. and Layton, J.B. (2010) 'Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review', *PLoS Medicine*, 7(7), p. e1000316. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
- Lazarus, R.S. (1993) 'From Psychological Stres to the Emotions: A History of Changing Outlooks', *Annual Review of Psychology*, 44(1), pp. 1–22. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>.
- Lumban Gaol, N.T. (2016) 'Teori Stres: Stimulus, Respons, dan Transaksional', *Buletin Psikologi*, 24(1), p. 1. Available at: <https://doi.org/10.22146/bpsi.11224>.
- Oh, I. *et al.* (2014) 'Fit Happens Globally: A Meta Analytic Comparison of the Relationships of Person–Environment Fit Dimensions with Work Attitudes and Performance Across East Asia, Europe, and North America', *Personnel Psychology*, 67(1), pp. 99–152. Available at: <https://doi.org/10.1111/peps.12026>.

- Orcutt, H.K., Pickett, S.M. and Pope, E.B. (2005) 'Experiential Avoidance and Forgiveness As Mediators in the Relation Between Traumatic Interpersonal Events and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms', *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), pp. 1003–1029. Available at: <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1003>.
- Paul M Muchinsky and Carlyn J Monahan (1987) 'What is person-environment congruence? Supplementary versus complementary models of fit', *Journal of Vocational Behavior*, 31(3), pp. 268–277.
- Schwarzer, R. and Schulz, U. (2003) 'Stressful Life Events', in *Handbook of Psychology*. Wiley, pp. 25–49. Available at: <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0902>.
- Sinta Rahayu, D. *et al.* (2021) 'Gambaran Tingkat Stres Penderita Lupus Eritematosus Sistemik'. Available at: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jim/index>.
- Toussaint, L. *et al.* (2016) 'Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health', *Journal of Health Psychology*, 21(6), pp. 1004–1014. Available at: <https://doi.org/10.1177/1359105314544132>.
- Umnithan, S. (2000) 'Stress — Perspectives and Processes; D. Bartlett: Open University Press, Buckingham (1998), vii+173 pp., £14.99', *Behaviour Research and Therapy*, 38(7), p. 750. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00116-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00116-3).

Bab 5

Social Empowerment

I. PENDAHULUAN

Di negara kita masih terdapat banyak penduduk miskin yang tersebar di perkotaan dan pedesaan. Di antara masyarakat miskin di pedesaan ini, 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 pedesaan terpencil ini bermukim masyarakat adat dan masyarakat umum. Masyarakat disana umumnya masih sangat terbelakang, belum mampu mengembangkan pengetahuan untuk meningkatkan kualitas hidupnya dan sangat sedikit menerima sentuhan pembangunan. 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. Menurut catatan *World Bank*, 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 Brazil 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. Dengan kata lain sepanjang tahun 2005-2012, angka kemiskinan menurun rata-rata antara 1,16 persen hingga 1,27 persen per Desember 2014 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 Sumber Daya Manusia (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 Lembaga Swadaya Masyarakat (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.

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.

Pemberdayaan pada hakekatnya adalah upaya pemberian daya atau peningkatankeberdayaan.Pemberdayaan masyarakat dapat diartikan sebagai upaya untuk memandirikanmasyarakat 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. Pemberdayaan masyarakat dapat diartikan sebagai proses pembangunan di mana masyarakat berinisiatif untuk memulai proses kegiatan sosial untuk memperbaiki situasi dan kondisi diri sendiri.

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 Indonesia. Kedua permasalahan ini memiliki keterkaitan satu sama lain.

Kemiskinan adalah situasi serba kekurangan yang terjadi bukan karena dikehendaki oleh si miskin melainkan karena tak dapat dihindari dengan kekuatan yang ada. 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. 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 berusaha dengan kelembagaan yang tangguh sehingga masyarakat sejahtera
7. Konsep Pemberdayaan Masyarakat dalam konteks kesehatan
8. Karakteristik Pemberdayaan Masyarakat dalam konteks 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 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).

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 dalam menentukan masa depan mereka, serta berpartisipasi dan memengaruhi kehidupan dalam 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 membantu meningkatkan kualitas hidup mereka dan melepaskan diri dari keterbelakangan dan ketergantungan.

Dalam kajian yang dilakukan oleh Nur Elyna (2014) mengemukakan bahwa 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*

Community empowerment seringkali 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 sumber daya yang dimiliki sehingga pada akhirnya mereka memiliki kemampuan dan kemandirian secara ekonomi, ekologi dan sosial secara berkelanjutan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya berkaitan erat dengan *sustainable development* yang membutuhkan pra-syarat 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 *people centered, 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 alternatif pertumbuhan ekonomi lokal. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai strategi alternatif 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 (zaman 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. Perubahan pelaksanaan pemerintahan dengan otonomi 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, praktik 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 UU 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 implisit mengandung pengertian penegakan demokrasi ekonomi (kegiatan ekonomi berlangsung dari rakyat, oleh rakyat dan untuk rakyat). Dengan demikian konsep ekonomi yang dimaksud menyangkut

penguasaan teknologi, pemilikan modal, akses pasar serta keterampilan 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 publik (*public policies*) untuk mencapai tujuan yang dikehendaki masyarakat.

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 Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) Tahun 1999 dan UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Dalam GBHN tahun 1999, khususnya dalam "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 undang-undang ini adalah mendorong untuk memberdayakan masyarakat, menumbuhkembangkan prakarsa dan kreatifitas serta meningkatkan peran serta masyarakat"
3. Mencermati kedua rumusan Kebijakan Pemerintah di atas 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 sosial masyarakat, peningkatan keswadayaan masyarakat luas guna membantu masyarakat untuk meningkatkan kehidupan ekonomi, sosial 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.
 - 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 pembangunan ekonomi suatu negara terjadi apabila tidak didukung pertumbuhan ekonomi. Walaupun demikian, pertumbuhan ekonomi tidak menjadi satu-satunya ukuran keberhasilan pembangunan ekonomi. Pembangunan ekonomi pada dasarnya adalah merupakan usaha untuk meningkatkan dan mempertahankan kenaikan PDB (*Product Domestic 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.

Untuk mencapai tujuan pembangunan yang menyejahterakan 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 pembangunan yang dipakai sebagai pijakan dalam evaluasi kinerja pembangunan meliputi 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 Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) mencanangkan dasawarsa pembangunan pertama (1960-1970) dengan strategi pertumbuhan ekonomi di negara-negara berkembang sebesar 5% per tahun. Tetapi pada dasawarsa ini yang terjadi adalah diabaikannya distribusi pendapatan nasional dan masalah yang timbul di negara-negara berkembang pada dasawarsa ini adalah pengangguran, kemiskinan, kesenjangan pembagian pendapatan (kue pembangunan), urbanisasi dan kerusakan lingkungan. Kenyataan itulah kemudian terjadi pegeseran 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.

Pada dasawarsa 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 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 paradigam pertumbuhan menjadi semakin dominan di negara-negara berkembang. Tetapi keberhasilan yang dicapai negara-negara berkembang dalam pertumbuhan ekonominya menimbulkan berbagai risiko 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 dasawarsa ketiga dengan munculnya konsep tata ekonomi dunia baru sebagai upaya perbaikan sosial ekonomi negara-negara berkembang dengan strategi pertumbuhan ekonomi 7% per tahun. Pada dasawarsa 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 dasawarsa ini masih timbul masalah baru yaitu pelaksanaan pembangunan tidak berdimensi pada pembangunan manusia, sehingga akan berpengaruh pada masalah ketidakadilan, keberlangsungan hidup dan ketidakterpaduan pembangunan.

Belajar dari pengalaman dasawarsa 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 ditandai dengan pelaksanaan pembangunan yang orientasinya pada pelayanan sosial melalui pemenuhan kebutuhan pokok (*basic needs*) berupa pelayanan sosial di sektor kesehatan, perbaikan gizi, pendidikan dan pendapatan serta peningkatan kesejahteraan masyarakat. Di samping itu, pelaksanaan pembangunan juga diarahkan untuk mewujudkan keadilan, pemerataan dan peningkatan budaya, kedamaian serta pembangunan yang berpusat pada 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 paradigma pembangunan manusia (*people centered development*) adalah pelayanan sosial (*social service*), pembelajaran sosial (*social learning*), pemberdayaan (*empowerment*), kemampuan (*capacity*) dan kelembagaan (*institutional building*). Memadukan antara 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).

Untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut diri dan masyarakatnya merupakan unsur penting, sehingga pemberdayaan masyarakat

sangat erat hubungannya dengan pemantapan, pembudayaan dan pengalaman demokrasi (Friedmann, 1994). Pendekatan pemberdayaan pada intinya memberikan tekanan pada otonomi pengambilan keputusan dari kelompok masyarakat yang berlandaskan pada sumber daya pribadi, langsung, demokratis dan pembelajaran sosial. Dalam hal ini Friedmann menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat tidak hanya sebatas bidang ekonomi saja tetapi juga secara politik, 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. 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 :

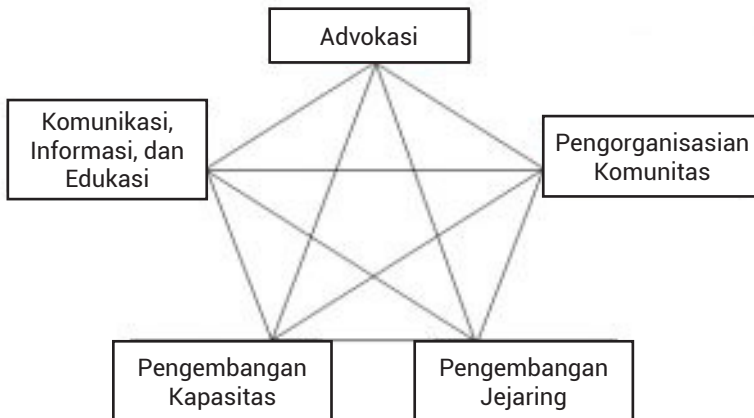
1. *Targeted* artinya upayanya harus terarah kepada yang memerlukan dengan program yang dirancang untuk mengatasi masalahnya

dan sesuai kebutuhannya.

2. 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 mempertanggungjawabkan upaya peningkatan diri dan ekonominya.
3. Menggunakan pendekatan kelompok, karena secara individual masyarakat miskin sulit memecahkan masalahnya sendiri. Di samping itu kemitraan usaha antar kelompok dengan kelompok yang lebih baik saling menguntungkan dan memajukan kelompok.

C. Komponen Pemberdayaan Masyarakat

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



Gambar 1. Lima aksi pemberdayaan masyarakat (Lubis 2012)

1. Advokasi (*Advocacy*)

Upaya untuk mengubah atau memengaruhi perilaku penentu kebijakan 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 di sekitarnya. 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 bisa dibentuk 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 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

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.

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.

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).

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 di lingkungan sekitar untuk mengatasi permasalahan yang terjadi. Pemberdayaan kesehatan di masyarakat merupakan segala upaya mandiri dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah, merencana, dan mencari pemecahannya dengan memanfaatkan potensi dan fasilitas di sekitarnya 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 surveilans 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 di sekitar 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 Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dengan berbagai program pengembangan.

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 sebagai salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Kondisi ini ternyata mampu memacu munculnya berbagai bentuk UKBM lainnya seperti Polindes (Pondok Bersalin Desa), 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 masyarakat apapun baik pendesaan, perkotaan maupun pemukiman elit atau pemukiman kumuh, secara alamiah akan 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 (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga), 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 Departemen Kesehatan (Depkes) diperluas dengan nama program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)

4) Material masyarakat (*Community Material*)

Seperti telah diuraikan sebelumnya sumber daya alam 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*)

Di beberapa 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 di tengahnya ditaruh kaca. Untuk pengawetan makanan dengan pengasapan dan sebagainya. Untuk kasus di Sumatera Barat, masih perlu kajian lanjutan.

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, karena 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 kajian yang telah oleh Restuastuti 2016, penulis 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 UKBM, antara lain: Posyandu dengan klasifikasi: Pratama, Madya, Purnama maupun Mandiri, Pos Pembinaan Terpadu; Lanjut Usia (Posyandu Lansia); Kelurahan/Desa Siaga aktif; Pondok Bersalin Desa (Polindes dan Kesehatan Ibu dan Anak/KIA); 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 kajian 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 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.

Salah satu aspek penting yang mengakibatkan belum terlaksananya di semua Puskesmas adalah ketersediaan dana masyarakat. Keuangan dalam pemberdayaan masyarakat merupakan barang publik (*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 Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD), PKK, pembinaan muda mudi, kelompok tani, keagamaan, kesehatan, penanganan kenakalan remaja, dan lain-lain. Oleh karena itu, pendanaanya akan terbagi untuk kebutuhan dan kegiatan lainnya.

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

- Bryant Coralie, White G Louise, 1987. Menegemen Pembangunan untuk Negara-negara Berkembang, LP3ES.
- Cristina (2015). Sosial Empowerment. Source 29 Maret 2020
- Grindle S Merille, (1980). Politics And Policy Implementation In The Third World. Princeton New Jersey.
- Kartasasmita, Ginanjar. (1995). Pemberdayaan Masyarakat. Kumpulan Materi CommunityDevelopment: Pustaka Pribadi Alizar Isna.Msi
- Keleher H, MacDougall C. Understanding health a determinants proach. 2nd Ed. Australia dan New Zealand: Oxford University Press; 2009
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor.1529/Menkes/SK/x/2010 tentang pedoman umumpengembangan desa dan kelurahan siaga aktif.Jakarta; Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
- 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.
- Restuastuti, T., Zahtamal., Chandra, F., dan Restila R. (2017). Analisis pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Jurnal Kesehatan Melayu, 1(1), 14-19
- Ripley B Randal. (1982).Bureaucracy and Policy Implementation. The Dorsey Press.
- Soetomo, (2010).Masalah Sosial dan Upaya Pemecahannya, Pustaka Pelajar.
- Suharto, Edy.(2010).Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat.Aditama.
- Suryono, Agus, (2001), "Teori dan Isu Pembangunan", Universitas Malang Press, Malang.
- Uffort van Ph Quarles.(1988). Krisis Tersembunyi Dalam Pembangunan (Birokrasi Dalam Pembangunan).Gramedia.
- United Nations Development Programme. Overcoming barriers: mobility and development.Human Development Indices; 2011. Available from: <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/hdi>.

Bab 6

Perubahan Perilaku di Individu, Rumah Tangga dan Komunitas

I. PENDAHULUAN

Perubahan perilaku merupakan perubahan yang terjadi pada tindakan seseorang dalam melakukan sesuatu terhadap diri dan lingkungannya. Seseorang akan berubah sesuai dengan apa yang telah mereka pelajari baik dari keluarga, teman, sahabat atau diri mereka sendiri. Proses pembelajaran diri ini yang nantinya akan membentuk seseorang tersebut. Pembentukan tersebut berbeda antara satu orang dengan yang lain, hal ini bergantung pada kondisi dan kebutuhan dari setiap orang baik dalam kesehariannya ataupun dalam keadaan tertentu.

Perubahan perilaku dipengaruhi oleh; lingkungan, dimulai dari diri sendiri, kemudian berlanjut ke rumah tangga atau lingkungan sekitar, dan yang terakhir komunitas atau lingkungan secara luas. Perilaku merupakan hasil daripada semua pengalaman dan interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk

pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respons seseorang terhadap rangsangan yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Wibowo, 2014).

Perubahan perilaku diawali dengan individu yang mempertimbangkan sesuatu yang diyakini dan dianggap benar berdasar pada pengetahuan yang dimilikinya. Perubahan perilaku pada individu ini kemudian akan berpengaruh pada lingkup rumah tangga dan tempat individu tinggal dan berkembang hingga ke komunitas dalam lingkungan yang lebih luas. Perilaku memiliki pengaruh yang besar dalam meningkatkan derajat kesehatan. Dalam konsep kesehatan, sehat akan lebih terbentuk dan lebih bertahan lama bila dilandasi kesadaran oleh diri sendiri sehingga terjadi konsep upaya sehat dari, oleh, dan untuk kita sendiri.

Kesehatan dan perilaku memiliki hubungan yang sangat erat dan saling berkesinambungan. Individu yang sehat akan tercermin dari perilaku yang sehat pula. Begitupun sebaliknya, individu dengan perilaku yang tidak sehat akan mencerminkan individu dengan kualitas hidup yang tidak baik. Manfaat dari hidup sehat yang paling utama adalah meningkatkan produktivitas individu dengan segala kemampuan dan potensi yang individu tersebut miliki. Untuk itu, konsep hidup sehat seperti tingkatan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) harus dimulai dari tiap individu untuk dapat meningkatkan kualitas hidup yang lebih sehat.

II. TUJUAN

1. Untuk mengetahui pengertian perilaku dan perubahan perilaku
2. Untuk mengetahui perubahan perilaku di individu, rumah tangga dan komunitas

III. MATERI INTI

Perilaku manusia merupakan semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak dapat diamati secara langsung. Skinner menyatakan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap suatu rangsangan yang berasal dari luar. Berdasarkan bentuk respons terhadap stimulus, perilaku dibagi menjadi dua yaitu perilaku tertutup dan perilaku terbuka. Perilaku tertutup dapat terjadi apabila respons dari suatu stimulus belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respons seseorang terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus tersebut. Perilaku terbuka dapat terjadi apabila respons terhadap suatu stimulus dapat diamati oleh orang lain. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik yang dapat diamati oleh orang lain dengan mudah (Rachmawati, 2019).

Perubahan perilaku merupakan perubahan yang terjadi pada tindakan seseorang dalam melakukan sesuatu terhadap diri dan lingkungannya. Seseorang akan berubah sesuai dengan apa yang telah mereka pelajari baik dari keluarga, teman, sahabat atau diri mereka sendiri. Proses pembelajaran diri ini yang nantinya akan membentuk seseorang tersebut. Pembentukan tersebut berbeda antara satu orang dengan yang lain. Hal ini bergantung pada kondisi dan kebutuhan dari setiap orang baik dalam kesehariannya ataupun dalam keadaan tertentu (Irwan, 2017).

Pengetahuan merupakan suatu istilah yang digunakan untuk menyampaikan apabila seseorang mengenal sesuatu. Sesuatu hal yang menjadi pengetahuannya selalu terdiri atas unsur yang mengetahui dan diketahui serta kesadaran mengenai hal yang ingin diketahui. Pengetahuan selalu menuntut adanya subjek yang memiliki kesadaran untuk mengetahui tentang sesuatu dan objek yang merupakan sesuatu

yang dihadapi. Sehingga dapat dikatakan pengetahuan adalah seluruh perbuatan manusia untuk memahami suatu objek tertentu.

Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan adalah ingatan, kesaksian, minat dan rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa dan kebutuhan manusia. Pengetahuan dibedakan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Di nyatakan baik apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 75-100% dari jumlah pertanyaan, dinyatakan cukup apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan. Sedangkan dinyatakan kurang apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 40-50% dari jumlah pertanyaan.

Pengetahuan merupakan sebuah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui pancaindra manusia. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Rachmawati, 2019).

Perilaku perubahan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berasal dari kata ubah yang memiliki arti menjadi lain atau berbeda. Perubahan merupakan sebuah proses terjadinya perpindahan dari status tetap statis menjadi status tetap yang dinamis, artinya dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan yang ada. Mencakup keseimbangan sosial individu maupun organisasi agar dapat menerapkan ide atau konsep terbaru dalam mencapai suatu tujuan (Irwan, 2017).

Perubahan merupakan suatu proses terjadinya peralihan sebagai peluang untuk menuju ke arah yang lebih baik, mencakup keseimbangan sosial pada individu maupun organisasi. Perilaku secara etimologis berasal dari kata “peri” dan “laku”. Peri yang memiliki arti

cara berbuat dan laku yang artinya kelakuan. Perilaku merupakan sesuatu yang dilakukan seseorang atau diamati seseorang, Perilaku juga bagian dari fungsi seseorang yang terlibat dalam suatu tindakan yang merupakan respons atau reaksi terhadap stimulus (Pakpahan et al., 2021).

Perubahan perilaku adalah proses perubahan yang dialami oleh seseorang berdasarkan apa yang telah didapatkan dan dipelajarinya melalui berbagai sumber seperti keluarga, teman, lingkungan ataupun diri sendiri. Proses perubahan pada diri seseorang ditentukan oleh kondisi dan kebutuhan dirinya.

A. Perubahan Perilaku Individu

1. Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku dibagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut (Irwan, 2017):

- a) *Terpaksa (Compliance)*. Perubahan perilaku karena keterpaksaan. Perubahan ini cenderung tidak baik dan sifatnya sementara atau tidak bertahan lama. Bentuk perubahan perilaku karena keterpaksaan ini juga sering terjadi pemberontakan pikiran pada individu.
- b) *Meniru (Identification)*. Perubahan perilaku karena meniru adalah perubahan perilaku yang banyak terjadi. Individu cenderung meniru tindakan orang lain atau apa yang mereka lihat tanpa mereka mencerna terlebih dahulu apa yang mereka lihat.
- c) *Menghayati (Internalization)*. Manusia adalah makhluk yang mampu berpikir tentang hidup, pandai memahami rahasia hidup, menghayati kehidupan dengan bijaksana dan mencoba pengalaman-pengalaman baru. Perubahan perilaku karena penghayatan ini biasanya berasal dari pengalaman pribadi

atau mengadopsi dari pengalaman orang lain. Individu yang merasa bahwa perilaku tersebut layak dan harus ada pada dirinya, maka dengan sukarela individu tersebut akan melakukan perubahan perilaku dalam dirinya.

Ciri-ciri dari perubahan perilaku yaitu (Pratyani, 2020):

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 bertambah atau keterampilannya meningkat dibandingkan sebelum dia mengikuti suatu proses belajar.

2) Perubahan yang fungsional

Pengetahuan, sikap dan keterampilan yang telah diperoleh sebelumnya menjadi dasar bagi pengembangan pengetahuan, sikap dan keterampilan berikutnya. Setiap perubahan perilaku yang terjadi dapat dimanfaatkan untuk kepentingan hidup individu yang bersangkutan, baik untuk kepentingan masa sekarang maupun masa mendatang.

3) Perubahan yang bersifat positif

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

4) Perubahan yang bersifat aktif

Untuk memperoleh perilaku baru maka individu yang bersangkutan harus aktif berupaya melakukan perubahan.

5) Perubahan yang bersifat permanen

Perubahan perilaku yang diperoleh dari proses belajar cenderung menetap dan menjadi bagian yang melekat dalam dirinya.

- 6) Perubahan yang bertujuan dan terarah
Kegiatan belajar yang dilakukan individu dengan tujuan yang ingin dicapai, baik tujuan dalam jangka waktu yang pendek maupun dalam jangka waktu yang panjang.
- 7) Perubahan perilaku secara keseluruhan
- 8) Perubahan perilaku belajar bukan hanya sekedar memperoleh pengetahuan semata, tetapi termasuk memperoleh pula perubahan dalam sikap dan keterampilannya.

2. Strategi Perubahan Perilaku

Strategi perubahan perilaku dapat terbentuk dengan berbagai cara, yaitu sebagai berikut (Irwan, 2017):

a) *Inforcement*

Perubahan perilaku yang dilakukan dengan adanya keterpaksaan, atau menggunakan perundungan atau peraturan. Model perubahan ini akan menghasilkan perubahan yang cepat namun cenderung tidak bertahan lama.

b) *Education*

Perubahan perilaku dilakukan melalui proses pembelajaran, mulai dari pemberian informasi atau penyuluhan. Model perubahan ini akan membutuhkan waktu yang lama namun akan membuahkan hasil yang baik atau perubahan perilaku akan bertahan lebih lama.

Proses pembentukan perilaku terbagi atas tiga yaitu (Asriati et al., 2023):

1) Pembentukan perilaku dengan kebiasaan (*conditioning*)

Proses pembentukan perilaku yang berlandaskan pada membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan, sehingga terbentuk kebiasaan yang rutin dilakukan. Contohnya, anak dibiasakan untuk bangun pagi, atau menggosok gigi sebelum tidur, mengucapkan terima kasih saat mendapatkan

sesuatu atau bantuan dari orang lain, dan membiasakan diri untuk tidak terlambat datang ke sekolah

2) Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

Proses pembentukan perilaku ini berlandaskan teori belajar kognitif yang mengatakan bahwa seseorang akan selalu belajar dengan disertai adanya kognisi atau pengertiannya. Contohnya, menggunakan helm sebagai proteksi diri saat berkendara, datang kuliah tepat waktu untuk menghindari sanksi atau hukuman apabila terlambat.

3) Pembentukan perilaku dengan menggunakan model

Proses pembentukan perilaku dengan melibatkan pihak lain sebagai contoh dalam melakukan sesuatu. Contohnya, anak yang selalu mencontoh orang tuanya, pemimpin yang menjadi panutan bagi yang mereka pimpin.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat diketahui bahwa strategi dalam perubahan perilaku dapat terjadi dengan berbagai cara. Perubahan perilaku dapat terbentuk dengan keterpaksaan maupun dengan edukasi atau pemberian informasi. Selain itu perubahan perilaku juga dapat terbentuk dengan adanya pembiasaan diri, pengertian terhadap apa yang seseorang pelajari dan mencontoh apa yang orang lain lakukan.

3. Faktor yang Memengaruhi Perubahan Perilaku

World Health Organization menyatakan bahwa penyebab seseorang berperilaku tertentu karena empat alasan utama, yaitu:

- a. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap dan penilaian seseorang terhadap objek.
- b. Orang penting sebagai referensi.
- c. Perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila orang tersebut penting

untuknya, maka apa yang dia katakan atau perbuatan cenderung untuk dicontoh.

- d. Sumber daya (*resources*), sumber daya yang dimaksudkan adalah fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.

Berdasarkan alasan diatas dapat dilihat bahwa terdapat banyak alasan yang melatarbelakangi seseorang untuk berperilaku. Oleh karena itu perilaku yang sama dari beberapa orang yang sama dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berbeda (Pakpahan et al., 2021).

World Health Organization menyatakan bahwa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku dikelompokkan dalam 3 kelompok yaitu (Pakpahan et al., 2021):

- 1) Memberikan kekuatan kekuasaan dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau berperilaku seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan atau undang-undang yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh eksadaran sendiri.

- 2) Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

3) Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku akan mereka peroleh dengan lebih mendalam. Diskusi partisipasi adalah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

4. Tahapan Perubahan Perilaku

Individu yang akan mengubah perilakunya harus melalui proses yang kompleks dan membutuhkan waktu. Tahap dari perubahan perilaku tersebut adalah sebagai berikut (Irwan, 2017):

a. Pengetahuan

Individu akan mencontoh sebuah perilaku apabila ia mengetahui terlebih dahulu arti dan manfaat perilaku tersebut. Contohnya ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya karena sudah mengetahui tujuan dan manfaat dari pemeriksaan kehamilan bagi ibu, janin dan keluarga.

b. Sikap

Sikap adalah perilaku yang tertutup. Setelah seorang individu menerima stimulus selanjutnya individu akan menilai dan merespon stimulus tersebut.

c. Praktik (tindakan)

Praktik (tindakan) dalam perilaku terjadi apabila individu telah melewati terlebih dahulu tahapan dari pengetahuan dan sikap. Setelah melewati kedua tahap sebelumnya, maka individu akan mempraktikkan atau melaksanakan apa yang

diketahui dan disikapinya.

Perubahan perilaku terbagi menjadi beberapa tahapan, diantaranya (Pakpahan et al., 2021):

1. Tahap *awareness* adalah tahapan individu mengetahui atau menyadari adanya ide baru.
2. Tahap *interest* adalah tahapan dimana individu menaruh perhatian pada ide baru yang telah ditemukan.
3. Tahap *trial* adalah tahap saat individu mulai meng-*explore* ide baru yang sudah ditemukan.
4. Tahap *adoption* adalah tahapan ketika individu tertarik maka ia akan menerima ide baru yang sebelumnya sudah ditemukan. Tahapan ini dapat berubah akibat pengaruh lingkungan.

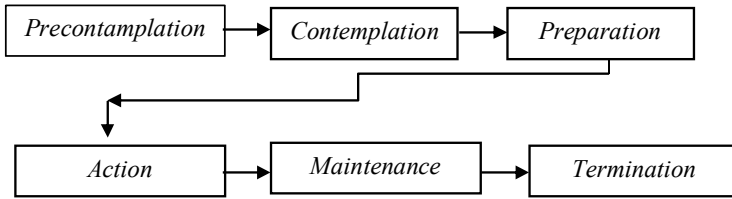
Berdasarkan penjelasan terkait tahap perubahan perilaku diatas maka dapat disimpulkan bahwa tahap perubahan perilaku seseorang dapat diawali dari pengetahuannya mengenai suatu hal. Tahap selanjutnya adalah tahapan menerima dan menyaring pengetahuannya. Kemudian tahap terakhir adalah tahapan menerima dan menyaring pengetahuannya selanjutnya akan diterapkan menjadi suatu perubahan perilaku dalam diri seseorang tersebut.

5. Teori Tentang Perubahan Perilaku Individu

a. *Transtheoretical model of behavior change*

Perubahan perilaku *Transtheoretical Theory Model* menilai kesiapan seseorang untuk bertindak terhadap perilaku sehat dan menyediakan startegi-strategi atau proses-proses perubahan untuk membimbing seseorang melalui tahapan perubahan dan pemeliharaan. James O. Prochaska dari Universitas Rhode Island dan kawannya mengembangkan awal model *transtheoretical* pada tahun 1997. Hal ini dibentuk berdasarkan pada analisis teori yang berbeda dari psioterapi

sehingga terbentuk nama “*transtheoretical*”. Perubahan merupakan sebuah proses yang melibatkan kemajuan melalui serangkaian tahapan berikut (Decy Situngkir, 2016):



Gambar 2. Transtheoretical Model

a. *Precontemplation* (Tidak Siap)

Pada tahap ini tidak ada niat untuk memulai perilaku sehat dalam waktu dekat (6 bulan) dan mungkin tidak menyadari kebutuhan untuk berubah.

b. *Contemplation* (Niat)

Pada tahapan ini seseorang sudah berniat untuk memulai perilaku sehat dalam 6 bulan kedepan.

c. *Preparation* (Persiapan)

Pada tahap ini seseorang sudah siap untuk mulai mengambil tindakan dalam 30 hari ke depan. Mereka mengambil langkah-langkah kecil yang mereka percaya dapat membantu perilaku sehat menjadi bagian dari hidup mereka. Selama tahap ini seseorang didorong untuk mencari dukungan dari teman mereka yang dipercaya.

d. *Action* (Aksi)

Pada tahap ini seseorang telah mengubah perilaku mereka dalam 6 bulan terakhir dan harus bekerja keras untuk maju. Pada tahapan ini seseorang harus belajar untuk memperkuat komitmen mereka untuk berubah dan

melawan dorongan untuk menyelinap kembali.

e. *Maintenance* (Perawatan)

Pada tahap ini seseorang telah merubah perilaku mereka lebih dari 6 bulan. Tahapan ini diperkirakan dari 6 bulan sampai 5 tahun. Pada tahap ini penting bagi seseorang untuk menyadari situasi yang dapat membuat mereka tergoda untuk kembali menyelinap melakukan perilaku yang tidak sehat atau situasi stres.

f. *Termination*

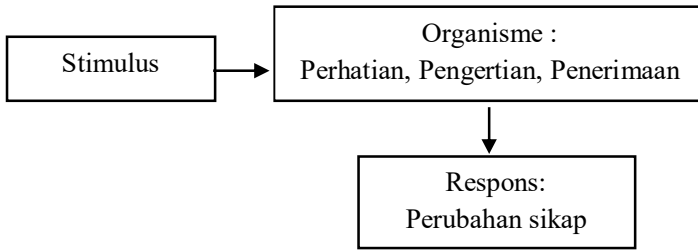
Pada tahap ini seseorang sudah memiliki perilaku sehat yang permanen, seseorang memiliki godaan nol dan 100% efektivitas diri mereka yakin bahwa mereka tidak akan kembali pada kebiasaan lama mereka yang tidak sehat.

b. Teori *Stimulus Organism Response* (S-O-R)

Teori *Stimulus Organism Response* disampaikan oleh Houlard pada tahun 1953. Teori ini berasal dari psikologi, kemudian diterapkan dalam ilmu komunikasi karena objek psikologi dan komunikasi sama, yaitu manusia. Manusia terdiri dari komponen sikap, pendapat dan persepsi, afeksi, dan konasi. Asumsi awal teori ini adalah penyebab terjadinya perubahan perilaku bergantung pada kualitas rangsangan (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme (komunikan) (Rahmat abidin & Abidin, 2021) therefore it is important for educators (teachers).

Model S-O-R menunjukkan bahwa komunikasi merupakan proses reaksi-aksi. Dengan kata lain, teori ini berpendapat bahwa kata-kata tertentu, isyarat non-verbal, simbol akan merangsang orang lain untuk bereaksi dengan cara tertentu. Model S-O-R ini bisa positif atau negatif. Misalnya, jika orang tersenyum, mereka tersenyum balik, yang berarti itu

menunjukkan respons positif, tetapi jika mereka tersenyum dibalas tidak peduli, itu berarti respons negatif. Unsur terpenting dalam model komunikasi ini ada tiga, hal tersebut dapat dilihat pada bagan sebagai berikut (Rahmat abidin & Abidin, 2021) therefore it is important for educators (teachers:



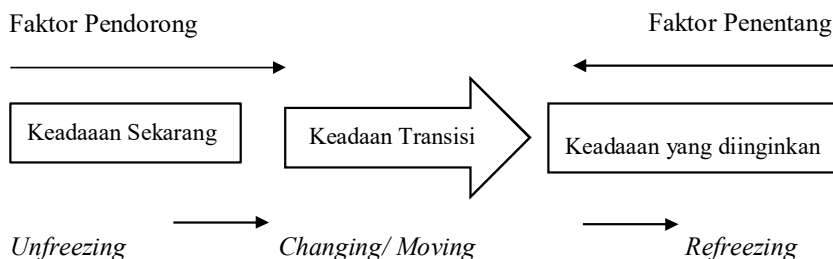
Gambar 3. Model Komunikasi S-O-R

Berdasarkan gambar di atas, dapat diketahui bagaimana alur model komunikasi ini memiliki peran dalam perkembangan sikap. Dalam arti, setiap tindakan pasti terdapat respons dan komunikasi. Penting juga untuk memperhatikan stimulus untuk membuat suatu perubahan sikap dapat terbentuk. Stimulus yang diberikan harus memenuhi tiga faktor, yaitu: perhatian, pemahaman, dan penerimaan (Rahmat abidin & Abidin, 2021) therefore it is important for educators (teachers.

c. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin terkenal sebagai bapak dari manajemen perubahan. Dengan tiga tahapan perubahan; *unfreeze*, *change (move)*, *refreeze* atau biasa dikenal dengan sebutan *Changing As Three Steps (CATS)*. CATS yang dikenalkan oleh Lewin ini merupakan teori mendasar atau paradigma klasik dalam manajemen perubahan. Teori-teori manajemen perubahan

yang berkembang selanjutnya menjadikan CATS oleh Lewin ini sebagai bahan rujukan yang utama. Model perubahan Lewin ditampilkan dalam gambar sebagai berikut (Widyaningrum et al., 2022):



Gambar 4. Model Perubahan Terencana Kurt Lewin

Kunci dari model Lewin terdiri oleh tiga tahapan, yaitu: *unfreezing* (mencairkan), *change* (perubahan), dan *refreezing* (membekukan kembali). Dalam proses perubahan hal pertama yang dilakukan adalah “*unfreezing*” di mana kondisi seseorang dalam kondisi yang netral. Menetralkan status quo memberikan efek bagi individu untuk terbuka dan siap untuk menerima sebuah perubahan. Tahap kedua adalah “*change*” di mana perubahan dilakukan dengan memanfaatkan faktor pendorong dan meminimalisir faktor penentang perubahan. Saat perubahan sudah terjadi maka hal berikutnya yang dilakukan adalah membekukan kembali “*refreezing*” perubahan yang terjadi dan terbentuklah status quo baru.

d. Teori Fungsi

Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu bergantung pada kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku

seseorang apabila stimulus tersebut dapat dimengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan, Katz berasumsi bahwa (Pratyani, 2020):

1. Perilaku memiliki fungsi instrumental, perilaku dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat berperilaku baik terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya, ketika objek tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka seseorang dapat berperilaku buruk.
2. Perilaku dapat berfungsi sebagai *defense mechanism* atau sebagai pertahanan diri bagi seseorang dalam menghadapi lingkungannya.
3. Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan memberikan arti. Dalam peranannya dengan tindakannya itu, seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya.
4. Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi.

B. Perilaku Rumah Tangga

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

C. Komunitas

1. Teori Norma Sosial
 - a) Norma sosial adalah nilai tidak tertulis dalam suatu komunitas yang mengharapakan anggota untuk berperilaku tertentu.

- b) 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 di sekitarnya. Tahap-tahap tanggung jawab untuk bertindak:
 - a) Orientasi perhatian pada lingkungan sosial
 - b) Individu merasa bertanggung jawab untuk ikut bertindak
 - c) 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 peran khas 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 terhubung dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Dalam keterhubungannya dengan kelompok ini membuka kemungkinan bagi individu untuk memengaruhi dan dipengaruhi oleh anggota-anggota dalam kelompok tersebut. Oleh karena ini pada setiap kelompok senantiasa berlaku atura-aturan sosial tertentu. Sehingga perilaku tiap individu sebagai anggota kelompok berlangsung dalam suatu jaringan normatif. Demikian pula perilaku individu tersebut

terhadap masalah-masalah kesehatan.

Aris Widayati dalam kajiannya yang berjudul “*Health Seeking Behaviour Di Kalangan Masyarakat Urban Di Kota Yogyakarta*” tahun 2021 menyatakan bahwa, perubahan perilaku individu dalam upaya pencarian pengobatan dipengaruhi oleh anjuran dari orang yang dianggap berpengaruh atau penting bagi individu tersebut. Seseorang akan memengaruhi orang lain untuk melakukan suatu tindakan, anjuran ini kemudian memengaruhi orang lain. Dengan catatan orang yang memberi anjuran adalah orang yang dianggap penting bagi individu tersebut (Widayati, 2012).

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 berpengaruh pada orang lain yang berada di lingkungan rumah tangga tersebut.

Ardhini dan Ahyani dalam kajiannya 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 memengaruhi perilaku anak, sehingga anak akan selalu mencuci tangan mereka sebelum makan (Raksanagara & Raksanagara, 2015).

3. Perubahan Perilaku di Komunitas

Komunitas merupakan sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, biasanya 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 kajiannya 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, maka hal tersebut bisa memperkecil penularan Penyakit Menular Seksual (Demartoto, 2019).

IV. EVALUASI

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

DAFTAR PUSTAKA

- Asriati, Baroroh, E. Z., & Fajriah, L. (2023). *Pengantar Psikologi Kebidanan*.
- Decy Situngkir. (2016). *Dasar-dasar Promosi Kesehatan*. Universitas Esa Unggul.
- Demartoto, A. (2019). Intervensi Perubahan Perilaku Kesehatan Orang Dengan Hiv/Aids (Studi Kasus Pada Kelompok Dukungan Sebaya Solo Plus Di Surakarta),. *Jurnal Aanlisa Sosiologi*, 8.
- Irwan. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Absolute Media.
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Ramdani, M. R., Manurung, evany indah, Sianturi, E., Tampunu, mariana remepeca gadis, Sitanggung, yeni

- ferawati, & M, M. (2021). *Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Pratyani, D. (2020). *Manajemen Perubahan Dan Faktor Individu* (Issue Ebm 513). Universitas Esa Unggul.
- Rachmawati, windi C. (2019). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Wineka Media.
- Rahmat abidin, A., & Abidin, M. (2021). Urgensi Komunikasi Model Stimulus Organism Response (S-O-R) Dalam Meningkatkan Kualitas Pembelajaran. *Al-Iltizam: Jurnal Pendidikan Agama Islam*, 6(2), 74. <https://doi.org/10.33477/alt.v6i2.2525>
- Raksanagara, A. S., & Raksanagara, A. (2015). Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Sebagai Determinan Kesehatan yang Penting pada Tatanan Rumah Tangga di Kota Bandung. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 1.
- Wibowo, A. (2014). *Keesehatan Masyarakat Di Indonesia*. PT Rajagrafindo Persada.
- Widayati, A. (2012). Health Seeking Behavior Di Kalangan Masyarakat Urban Di Kota Yogyakarta. *Jurnal Farmasi Sains Dan Komunitas*.
- Widyaningrum, B., Roro, R., & Nurdianti, S. (2022). *Teori Manajemen Perubahan Kurt Lewin : Kajian dalam Menghadapi Disrupsi Pendidikan Post-Covid 19*. September, 297–307.

Bab 7

Determinan Sosial dan Kesehatan (*Social Determinant of Health*) Dalam Ilmu Sosial dan Perilaku

I. PENDAHULUAN

Untuk memahami konsep “*Social Determinants of Health*” (SDH)/Determinan Sosial Kesehatan (DSK), terdapat tiga hal yang harus dipahami; Kesenjangan Kesehatan (disparitas kesehatan/*health disparity*), Ketidaksamaan Kesehatan (*health inequality*) dan Ketidakmerataan Kesehatan (*health equality*). Ketiga konsep tersebut bukan hanya sekedar ukuran kuantitatif, melainkan mengandung konsep kualitatif berupa keadilan. Istilah disparitas kesehatan lebih banyak digunakan di Amerika Serikat sedangkan di luar AS lebih banyak digunakan istilah “*health equality*” dan “*health inequality*” (Sujardi et al., 2019).

Ketidaksamaan kesehatan (*health inequality*) merupakan istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan perbedaan, variasi, kesenjangan kesehatan individu atau kelompok masyarakat. Misalnya dalam hal perbedaan kejadian suatu penyakit, kelompok masyarakat A mempunyai kejadian penyakit lebih tinggi dibandingkan kelompok masyarakat B. Bila penyakit tersebut secara acak tersebar di antara kelompok masyarakat maka tidak terdapat ketidaksamaan kesehatan di antara kelompok/ populasi itu (Sujardi et al., 2019).

Ketidakmerataan Kesehatan (*health inequity*) merujuk pada perbedaan kesehatan yang terjadi karena adanya ketidakadilan. Pada kondisi tersebut tidak ada pemerataan/keadilan. Keadaan ini sebagai suatu kondisi ketidakadilan/tidak ada pemerataan dalam keadaan kesehatan. sebenarnya dapat dihindari dan tidak perlu terjadi. Beda antara ketidakmerataan didasarkan pada konsep keadilan dan keadaan masyarakat, serta kejadian ketidaksamaan kesehatan (Sujardi et al., 2019).

Disparitas kesehatan (*health disparities*) adalah perbedaan status kesehatan yang terjadi antar kelompok populasi yang mempunyai ciri khas tertentu. Untuk kebijakan ciri tersebut maka secara konsisten dikaitkan dengan variasi status kesehatan yang terdiri dari status sosial ekonomi, rasial, gender, lokasi geografi, kelompok marginal dan wilayah kumuh (*slums area*) dan lain lain (Sujardi et al., 2019).

Determinan sosial merupakan sejumlah variabel yang tergolong dalam faktor sosial, seperti budaya, politik, ekonomi, pendidikan, faktor biologi dan perilaku yang memengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Determinan sosial berperan terhadap kesenjangan kesehatan dalam kelompok masyarakat yang disebut determinan sosial kesehatan. Determinan sosial kesehatan ini kemudian berpengaruh terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Sehingga dapat menjadi tolak ukur status kesehatan masyarakat (Devy & Wibowo, 2019).

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) menyatakan bahwa determinan sosial kesehatan dan perilaku berpengaruh terhadap mortalitas dan morbiditas dalam suatu komunitas. Hubungan determinan sosial kesehatan dan perilaku terhadap mortalitas atau kematian sangat menarik perhatian, karena mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen demografis yang memengaruhi 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 (Devy & Wibowo, 2019).

II. TUJUAN

1. Untuk mengetahui terkait determinan sosial kesehatan
2. Untuk mengetahui faktor Determinan sosial bagi kesehatan serta bukti oleh jurnal ilmiah

III. MATERI INTI

A. Determinan Sosial Kesehatan

Determinan sosial merupakan sejumlah variabel yang tergolong dalam faktor sosial, seperti: budaya, politik, ekonomi, pendidikan, faktor biologi dan perilaku yang memengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Determinan sosial berperan terhadap kesenjangan kesehatan dalam kelompok masyarakat yang disebut determinan sosial kesehatan. Determinan sosial kesehatan ini kemudian berpengaruh terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Sehingga dapat menjadi tolak ukur status kesehatan masyarakat (Devy & Wibowo, 2019).

Bappenas menyatakan bahwa determinan sosial kesehatan dan perilaku berpengaruh terhadap mortalitas dan morbiditas dalam suatu komunitas. Hubungan determinan sosial kesehatan dan perilaku

terhadap mortalitas atau kematian sangat menarik perhatian, karena mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen demografis yang memengaruhi 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 (Devy & Wibowo, 2019).

Dalam upaya menjaga kesehatan dibutuhkan keseimbangan dari berbagai determinan kesehatan. WHO menyatakan bahwa determinan kesehatan adalah perpaduan faktor-faktor yang dapat memengaruhi kesehatan baik individu maupun masyarakat. Teori klasik terkait determinan kesehatan dicetuskan oleh H. I Blum pada tahun 1981 melalui bukunya yang berjudul *Planning of Health*. Teori ini menyatakan bawah terdapat 4 determinan yang memengaruhi kesehatan, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik. Faktor lingkungan merupakan faktor yang paling memengaruhi status kesehatan (45%), kemudian faktor perilaku (30%), faktor pelayanan kesehatan (20%), dan yang terakhir faktor genetik (5%) (Nurhayati & Fitriyana, 2020).

B. Faktor-faktor Determinan Kesehatan

Djanah dalam bukunya “Ajar Ilmu Sosial dan Perilaku” menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang memengaruhi determinan sosial kesehatan, yaitu (Djannah et al., 2020):

1. Faktor Budaya

Latar belakang budaya berpengaruh terhadap keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, termasuk sistem pelayanan kesehatan dan cara pelaksanaan kesehatan pribadi. Indonesia yang terbentang dari Sabang sampai Merauke mempunyai beragam suku dengan adat istiadat yang tentunya juga beragam. Sebagaimana adat istiadat yang ada tersebut masih “primitif” dan tidak sejalan dalam

aspek kesehatan. Contohnya saja pada Suku Baduy yang tidak memperbolehkan menggunakan alas kaki. Hal ini tentu tidak sejalan dengan aspek kesehatan dimana alas kaki berfungsi sebagai pelindung kaki saat berjalan.

Kajian yang dilakukan oleh Sri Wahyuni Ritonga, Nurhamidah, dan Citra Lestari 2019 dengan judul “Pengaruh Budaya Makan Sirih terhadap Penyakit Periodental pada Masyarakat di Desa Tanjung Medan Kecamatan Bila Barat Labuhan Batu” menyampaikan bahwa dari 14 responden dengan frekuensi menyirih 3-5 kali paling banyak mengalami periodontritis sebanyak 50% dan dari 20 responden dengan frekuensi menyirih >5 kali paling banyak responden mengalami periodontritis yaitu 75%. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa frekuensi menyirih per hari memiliki hubungan atau berpengaruh terhadap kejadian penyakit periodontitis. Mengonsumsi sirih memiliki akibat yang buruk, yaitu merusak jaringan periodontal. Jaringan periodontal ini memiliki fungsi sebagai penyokong utama bagi kesehatan di dalam rongga mulut (Ritonga et al., 2019).

2. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi bagi determinan kesehatan seperti lingkungan sosial, tingkat pendapatan, pekerjaan, dan ketahanan pangan dalam keluarga adalah faktor yang memiliki peran yang besar dalam penentuan derajat kesehatan seseorang. Dalam masalah gizi buruk misalnya, masyarakat dengan tingkat ekonomi dan berpendapatan rendah biasanya lebih rentan untuk menderita gizi buruk. Hal ini dapat terjadi karena masyarakat dengan kalangan ekonomi rendah sulit dalam menadapatkan makanan yang layak dan bergizi.

Ana Mariza 2016 dalam kajiannya yang berjudul “Hubungan Pendidikan dan Sosial Ekonomi dengan Kejadian Anemia

pada Ibu Hamil di BPS Yohan Way Halim Bandara Lampung” menyatakan bahwa tingkat sosial ekonomi berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan ibu hamil. Hasil dari kajian tersebut menyatakan bahwa dari 19 responden dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah 14 orang mengalami anemia, dan sisanya lima orang tidak anemia. Dari 11 responden dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggal, hanya dua orang yang mengalami anemia dan sembilan orang lainnya tidak mengalami anemia. Berdasarkan hasil tersebut dapat diketahui bahwa tingkat sosial ekonomi memiliki pengaruh terhadap kondisi fisik dan psikologis ibu hamil. Ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi yang baik akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula (Mariza, 2016).

3. Faktor Pendidikan dan Pengetahuan

Pendidikan merupakan usaha sadar dan terencana untuk membangun suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik aktif mengembangkan potensi untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta penampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan akan berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka seseorang tersebut akan semakin mudah dalam menerima informasi dan berdampak pada semakin banyak pengetahuan yang dimiliki oleh orang tersebut.

Sutinah dan Maulani 2017 dalam kajiannya yang berjudul “Hubungan Pendidikan, Jenis Kelamin dan Status Perkawinan” dapat diketahui bahwa pendidikan berpengaruh terhadap kejadian depresi pada lansia. Hasil kajian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan lansia mengalami depresi adalah pendidikan, jenis kelamin dan status perkawinan. Hasil kajian

tersebut menyatakan bahwa 68% lansia memiliki pendidikan rendah, sehingga mereka beranggapan bahwa depresi bukan merupakan sebuah penyakit dan tidak perlu mencari tahu tentang depresi dan cara pengobatannya (Sutinah & Maulani, 2017).

4. Faktor Perilaku

Perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi individu dengan lingkungannya. Interaksi ini kemudian terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Sehingga dapat diperoleh keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Finda Anesia C. P dan Hari Basuki Notobroto 2013 dalam kajiannya yang berjudul “Faktor yang Memengaruhi Perilaku Seksual Pranikah Remaja yang Bertunangan” menunjukkan bahwa perilaku seksual yang dilakukan oleh remaja yang bertunangan di Kecamatan Kendit Kabupaten Situbondo Sebagian besar mengarah pada perilaku seks pranikah kategori tidak intim. 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 sensitif mereka, 17,5% pernah melakukan *petting* dan 10% pernah melakukan hubungan seks. Berdasarkan kajian ini juga dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *control* orang tua dan tradisi pertunangan usia muda dalam keluarga dengan perilaku seks pranikah remaja yang telah bertunangan di Kecamatan Kendit Kabupaten Situbondo (Notroboto, 2014).

5. Faktor Pelayanan

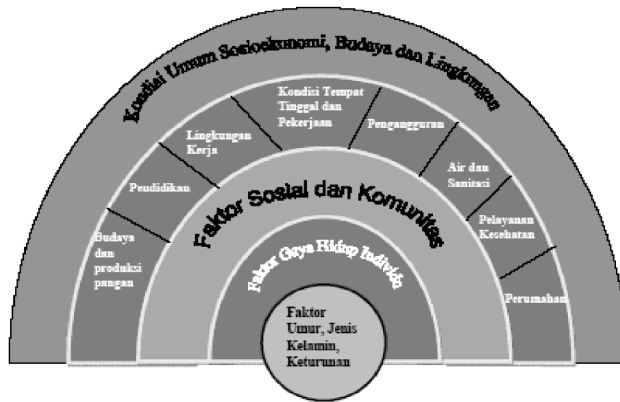
Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan kebutuhan yang penting bagi masyarakat. Masyarakat

mempunyai 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 oleh masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga harus ditingkatkan. Puskesmas yang berperan sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan memiliki peran yang besar karena di puskesmaslah edukasi dan perawatan primer akan diberikan.

Erna Kusumawati dan Setiyowati Rahardjo 2012 dalam kajiannya yang berjudul "Pengaruh Pelayanan Kesehatan terhadap Gizi Buruk Anak Usia 6-24 Bulan" dapat diketahui bahwa terdapat pengaruh antara pemanfaatan pelayanan kesehatan, penyakit infeksi, pola asuh makan, pendapatan keluarga, pengetahuan, dan pekerjaan ibu terhadap status gizi buruk pada anak usia 6-24 bulan. Aspek yang berpengaruh secara bermakna terhadap gizi buruk meliputi infeksi, pola asuh amakanana dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Kusumawati & Rahardjo, 2012).

C. Kerangka Dasar Determinan Sosial

Kerangka dasar yang biasa digunakan untuk memahami determinan sosial kesehatan adalah kerangka yang dikemukakan oleh Dahlgren. Dalam kerangka tersebut disebutkan bahwa kesehatan individu dipengaruhi oleh karakteristik perorangan (umur, seks, dan faktor keturunan), perilaku, lingkungan yang lebih luas seperti kondisi kehidupan dan pekerjaan, produksi makanan dan situasi pertanian, pendidikan, lingkungan kerja, sanitasi dan air, ada tidaknya pekerjaan, pelayanan kesehatan, perumahan dan akhirnya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan dan sosial ekonomi yang lebih besar (Sujardi et al., 2019).



The Determinants of Health (1992) Dahlgren and Whitehead

Gambar 5. Determinan Kesehatan Model Dahlgreen dan Whitecard

Berdasarkan gambar 1. Determinan kesehatan model Dahlgreen dan Whitecard di atas dapat diketahui bahwa terdapat empat lapisan dalam pembentukan determinan kesehatan, lapisan tersebut adalah sebagai berikut (Devy & Wibowo, 2019):

- 1) Lapisan Pertama (level mikro) dalam determinan kesehatan terdiri atas perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan maupun merugikan bagi kesehatan. Contohnya adalah pilihan untuk merokok atau tidak merokok. Pada level ini, faktor konstitusional genetik berinteraksi dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pertemanan dan norma di dalam komunitas.
- 2) Level kedua (Level meso) dalam determinan kesehatan terdiri atas pengaruh sosial dan komunitas, yang meliputi norma komunitas, nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada level komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota komunitas pada keadaan

yang menguntungkan bagi kesehatan. Sebaliknya, faktor yang ada pada level komunitas dapat juga memberikan dampak negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas.

- 3) Lapisan ketiga (level ekso) dalam determinan kesehatan meliputi faktor struktural yaitu lingkungan pemukiman/perumahan/papan yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi di tempat bekerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, lapangan kerja yang layak.
- 4) Lapisan terluar (level makro) dalam determinan kesehatan terdiri atas kondisi dan kebijakan makro sosial-ekonomi, budaya, politik, dan lingkungan fisik. Termasuk faktor makro yang terletak di lapisan luar adalah kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi dan politik, hubungan internasional/kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/perdamaian. Perubahan iklim dan cuaca, eko-sistem, bencana alam (maupun bencana buatan manusia/*man-made disaster* seperti kebakaran hutan).

Berdasarkan model determinan eko sosial kesehatan Dahlgren dan Whitehead dapat diketahui bahwa kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang optimal membutuhkan realisasi potensi penuh dari individu, baik secara fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi, pemenuhan ekspektasi peran seseorang dalam keluarga, komunitas, tempat bekerja, dan realisasi kebijakan makro yang dapat memperbaiki kondisi lingkungan makro.

IV. EVALUASI

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

.....

DAFTAR PUSTAKA

- Devy, S. R. R. ., & Wibowo, A. (2019). *Determinants in The Implemenstation Independents Maternal Helath Promotion*. UNS Press.
- Djannah, S. N., Faekhanti, D. U., & Safitri, A. R. (2020). *Buku Ajar Ilmu Sosial dan Perilaku*. CV Mine.
- Kusumawati, E., & Rahardjo, S. (2012). Pengaruh Pelayanan Kesehatan terhadap Gizi Buruk Anak Usia 6 _ 24 Bulan. *Kesmas: National Public Health Journal*, 6(4), 158. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v6i4.93>
- Mariza, A. (2016). Hubungan Pendidikan Dan Sosial Ekonomi Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Bps TYohan Way Halim Bandar Lampung Tahun 2015. *Kesehatan Holistik*, 10(1), 5.
- Notroboto, H. (2014). Factors affecting sexual behavior in adolescent premarital betrothed. *Biometrika Dan Kependudukan*, 140–147. <http://210.57.222.46/index.php/JBK/article/view/1132>
- Nurhayati, E., & Fitriyana, S. (2020). Determinan Kesehatan dalam Perspektif Islam: Studi Pendahuluan. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, 2(1), 52–56. <https://doi.org/10.29313/jiks.v2i1.5865>
- Ritonga, S. W., Nurhamidah, N., & Lestari, C. (2019). Pengaruh Budaya Makan Sirih Terhadap Penyakit Periodontal Pada Masyarakat Di Desa Tanjung Medan Kecamatan Bilah Barat Labuhan Batu. *B-Dent, Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Baiturrahmah*, 4(1), 45–51. <https://doi.org/10.33854/jbdjbd.88>
- Sujardi, C., Sunyoto, L., & Djarir, H. (2019). *Determinan sosial kesehetan: Panduan Belajar Sendiri*. Universitas Atma Jaya.
- Sutinah, S., & Maulani, M. (2017). Hubungan Pendidikan, Jenis Kelamin Dan Status Perkawinan Dengan Depresi Pada Lansia. *Jurnal Endurance*, 2(2), 209. <https://doi.org/10.22216/jen.v2i2.1931>

Bab 8

LITERASI KESEHATAN: Tantangan dan Strategi untuk Komunikasi Kesehatan yang Efektif

I. PENDAHULUAN

Health literacy adalah kemampuan yang penting untuk dimiliki oleh seseorang, karena dengan memiliki kemampuan literasi seseorang dapat lebih meningkatkan pengetahuan dan peluang untuk mencapai tujuan mereka. Sehingga seseorang dapat berpartisipasi lebih di masyarakat, baik secara ekonomi maupun sosial. Kajian literasi kesehatan di Indonesia masih sangat terbatas, namun data di luar negeri menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang konsisten antara literasi kesehatan rendah (diukur dengan kemampuan membaca) dan pengetahuannya yang berhubungan dengan kesehatan. Literasi kesehatan juga berhubungan dengan variabel sosiodemografi, persepsi diri, kesehatan dan kondisi kronis pada pasien pelayanan kesehatan primer (Wahyuningsih, 2019).

Literasi kesehatan dalam *American Library Association* menjelaskan bahwa literasi diperlukan 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 memiliki kemampuan mengidentifikasi sumber-sumber informasi yang dapat memenuhi kebutuhan informasi. Literasi informasi dilakukan secara selektif berdasarkan informasi yang memiliki tingkat kredibilitas tinggi. Kriteria menentukan informasi yang memiliki tingkat kredibilitas tinggi antara lain akurasi, otoritas, dan komprehensif (Djannah et al., 2020).

Literasi kesehatan yang berada pada ranah pengguna layanan kesehatan, yaitu masyarakat pada umumnya sering menjadi masalah yang terabaikan. Kemampuan masyarakat untuk dapat mengakses informasi juga masih belum merata antara masyarakat yang tinggal di kota provinsi dengan masyarakat yang tinggal di daerah pedesaan. Pasien dengan literasi kesehatan yang tidak memadai menghadapi banyak kendala ketika mengakses dan menggunakan sistem perawatan kesehatan. Masalah kemampuan membaca juga dapat menghambat kemampuan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang baik. Literasi kesehatan menjadi masalah yang tidak dapat diabaikan. Di samping perlu upaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan, perlu juga peningkatan kemampuan untuk menggunakan dan memanfaatkan informasi yang diperoleh secara efektif (Prasanti, 2018).

II. TUJUAN

1. Untuk mengetahui tantangan dalam literasi kesehatan dalam komunikais efektif

2. Untuk mengetahui strategi literasi kesehatan dalam komunikasi efektif

III. MATERI INTI

A. Pengertian Literasi Kesehatan

Menurut the *American Medical Association's* 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"*. Pengertian menurut *AMA* tersebut mengungkapkan bahwa literasi kesehatan merupakan kemampuan dasar untuk membaca dan pemahaman numerik yang berada pada lingkungan pelayanan kesehatan. Kemampuan dasar untuk membaca dan memahami numerik tersebut meliputi pemahaman terhadap resep obat, lembar persetujuan dan semua materi penting yang berhubungan dengan kesehatan yang berada pada area pelayanan kesehatan (Djannah et al., 2020).

Literasi kesehatan merupakan hubungan antara pendidikan kesehatan dengan pemberdayaan, kemudian berkembang sebagai konsep dalam promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan lebih dari sekedar pertukaran informasi namun juga berfokus pada pengembangan keterampilan serta kepercayaan diri. Dengan pengembangan keterampilan serta kepercayaan diri ini harapannya dapat membantu orang lain untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang memungkinkan mereka untuk menggunakannya sebagai kendali yang besar pada kehidupan dan kesehatan mereka (Laverack, 2022).

Literasi kesehatan merupakan ukuran sejauh mana individu memiliki kapasitas untuk memperoleh, memproses, dan memahami

informasi dari layanan kesehatan dasar yang akan berguna untuk pengambilan keputusan kesehatan yang tepat. Konsep literasi telah digambarkan sebagai kemampuan seseorang untuk membaca dan menulis. Literasi kesehatan juga sering diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam membaca, menulis dan memperoleh informasi terkait dengan kesehatan (Emilia & Wahjuni, 2020).

Literasi memiliki tiga tingkatan, yaitu literasi dasar, literasi komunikatif, literasi kritis. Literasi dasar merupakan keterampilan dasar yang memadai dalam membaca dan menulis yang berfungsi secara efektif dalam situasi sehari-hari. Literasi komunikatif merupakan keterampilan kognitif dan literasi yang lebih maju, bersama dengan keterampilan sosial dapat digunakan untuk secara aktif berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari, untuk menggali informasi dan memperoleh makna dari berbagai bentuk komunikasi, dan untuk menerapkan informasi baru ke keadaan yang berubah. Literasi kritis merupakan keterampilan kognitif lebih lanjut, bersama dengan keterampilan sosial, dapat diterapkan untuk menganalisis informasi secara kritis, dan menggunakan informasi ini untuk menggunakan kendali yang lebih besar atas peristiwa dan situasi kehidupan (Laverack, 2022).

B. Tantangan Literasi Kesehatan

Kondisi saat ini menunjukkan bahwa terpaan informasi kesehatan sangat besar karena mudahnya akses terhadap informasi kesehatan. Informasi kesehatan menjadi tidak efektif apabila penerima pesan tidak memiliki level literasi kesehatan yang cukup untuk mengakses informasi, memahami, mengomunikasikan serta mengaplikasikan informasi kesehatan yang diterima tersebut kurangnya kemampuan literasi dapat menyebabkan ketimpangan, kondisi ini sering digunakan oleh mereka yang memiliki kuasa untuk mempertahankan status dan posisi mereka (Djannah et al., 2020).

Pada sistem pelayanan kesehatan yang terjadi saat ini, masih terdapat masyarakat dengan tingkat literasi kesehatan yang rendah. Masih terdapat masyarakat yang tidak bisa mengisi formulir-formulir yang diperlukan dalam pemberian pelayanan kesehatan, seperti formulir asuransi dan resep obat. Masyarakat tersebut memberikan persetujuan dengan membubuhkan tanda tangan tanpa mengerti isi dari formulir yang mereka setujui. Selain itu masih terdapat juga masyarakat yang salah mengikuti petunjuk yang sudah tertera pada resep obat maupun pada kemasan obat, sehingga mereka mengonsumsi obat dengan cara, jumlah dan waktu yang tidak sesuai. Masyarakat dengan kemampuan literasi rendah ini juga sering tidak mengetahui kapan harus datang kembali untuk pemeriksaan selanjutnya. Rendahnya kemampuan literasi ini tentunya berdampak pada penanganan penyakit yang diderita oleh masyarakat tersebut (Ramadhan, 2017).

Petugas kesehatan yang sedang bertugas di lapangan untuk menyebarkan informasi, sering mengalami hal yang mengecewakan ketika *leaflet* yang dibagikannya hanya menjadi sampah yang mengotori lingkungan dimana kegiatan berlangsung. Masyarakat yang menerima atau mengambil *leaflet* hanya membaca informasi secara sekilas bahkan tidak membacanya sama sekali, kemudian membuang *leaflet* tersebut. Minat baca masyarakat yang rendah ditambah dengan tingkat pendidikan yang rendah menjadi penyebab upaya penyebaran informasi kesehatan menjadi tidak efektif (Hadisiwi & Suminar, 2016).

Sebuah kajian di Belgrade, Serbia menunjukkan hasil 41% responden memiliki tingkat literasi kesehatan yang kurang. Pada hasil survei nasional di Taiwan pada tahun 2003 menyatakan bahwa 30,3% penduduk tidak memiliki tingkat literasi kesehatan yang cukup. Studi serupa di Turki memberikan hasil 71,9% responden memiliki

tingkat literasi kesehatan yang rendah (Batubara et al., 2020).

Konsep literasi kesehatan adalah konsep yang dapat berubah, atau akan berubah dengan siring waktu. Perubahan konsep literasi kesehatan ini mungkin akan lambat atau sangat cepat bergantung pada faktor yang memengaruhinya. Atribut literasi kesehatan seperti keterampilan membaca, keterampilan berhitung, komunikasi lisan, komunikasi menulis, pemahaman dan kemampuan untuk menggunakan dan mengakses informasi adalah dinamis dan akan berubah berdasarkan bukti saat ini (Batubara et al., 2020).

C. Dampak Rendahnya Literasi Kesehatan

Literasi kesehatan sangat erat hubungannya dengan perilaku sehat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan seseorang, sehingga literasi kesehatan akan memberikan dampak pada hasil kesehatan dan pembiayaan kesehatan masyarakat. Literasi kesehatan rendah akan mempersulit individu untuk dapat mengakses, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi terkait kesehatan, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk menyesuaikan perawatan berdasarkan status kesehatan. Literasi kesehatan yang rendah akan memengaruhi kesehatan seseorang (A. Labib, 2019).

Literasi kesehatan menjadi salah satu faktor penting dalam upaya pencegahan terjadinya PTM, yang biasa disebabkan karena kurangnya aktivitas fisik, kebiasaan diet yang kurang baik, merokok, dan minum beralkohol. Literasi kesehatan juga banyak dihubungkan dengan penyakit kanker, diabetes, hipertensi, dan HIV/AIDS. Kurangnya literasi kesehatan dapat berkontribusi terhadap beban penyakit. Ketidakseimbangan perekonomian, dan kesenjangan kesehatan terutama pada negara berkembang. Fokus intervensi literasi kesehatan yang efektif dengan cara mendukung seseorang dengan literasi kesehatan yang rendah, meningkatkan kapasitas literasi kesehatan,

dan peningkatan pada organisasi, pemerintah, kebijakan, dan sistem (A. G. Prasetiani, 2020).

Berdasarkan informasi yang telah disampaikan pada bagian tantangan literasi kesehatan, kita juga dapat mengetahui bahwa rendahnya literasi berdampak besar pada bagaimana seorang individu mengakses pelayanan kesehatan. Masih terdapat masyarakat yang menandatangani berkas persetujuan tindakan tanpa mengetahui isi dari berkas yang mereka tanda tangani. Masih terdapat masyarakat yang tidak mengetahui kapan jadwal kunjungan selanjutnya. Masih terdapat masyarakat yang tidak mampu membaca maupun memahami terkait anjuran untuk meminum obat sesuai resep maupun petunjuk. Kejadian kejadian ini tentunya merugikan bagi masyarakat yang memiliki daya literasi yang rendah.

Berdasarkan informasi yang telah disampaikan pada bagian tantangan literasi kesehatan, kita juga dapat mengetahui bahwa rendahnya literasi juga berdampak pada pemberi layanan kesehatan. Seorang petugas kesehatan yang memberikan informasi kesehatan dengan media *leaflet*, kemudian *leaflet* tersebut hanya berakhir dibuang oleh peserta. Kejadian ini tentunya membuat semua usaha terlihat sia-sia bagi petugas kesehatan yang telah meluangkan waktu tenaga dan biaya untuk membuat *leaflet* tersebut.

D. Literasi Kesehatan Melalui Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan merupakan salah satu bentuk komunikasi massa yang melancarkan strategi komunikasinya semata-mata untuk menjaga kesehatan masyarakat sehingga selalu berada pada tingkatan tertentu yang dinilai baik. Komunikasi kesehatan dibutuhkan agar masyarakat dari berbagai kalangan mengetahui dan memahami sistem kerja penanganan kesehatan masyarakat. Selain itu, komunikasi kesehatan juga diperlukan untuk mempersuasi dan mengarahkan

masyarakat untuk melakukan serangkaian tindakan yang dapat mempertahankan kesehatan mereka (Putri et al., 2022).

Proses kegiatan sosialisasi pengobatan alternatif dilakukan dalam tiga tahapan, yaitu persiapan, pelaksanaan sosialisasi dan evaluasi kegiatan sosialisasi. Pada tahapan persiapan ini direncanakan pelaksanaan secara konseptual, operasional, menentukan jumlah peserta sosialisasi, pembuatan instrumen Program Kreativitas Mahasiswa (PKM), perisapan konsumsi, publikasi dan dokumentasi. Tahapan pelaksanaan sosialisasi merupakan tahap sosialisasi sekaligus pendampingan. Evaluasi kegiatan sosialisasi dapat dilihat dari antusiasme para warga yang hadir dalam sosialisasi, keberhasilan materi yang disajikan dapat dilihat dengan melihat hasil dari kuesioner maupun wawancara (Dida et al., 2020).

Setelah dilakukan kegiatan sosialisasi kepada masyarakat dapat diketahui bahwa para peserta mendapatkan pengetahuan dan informasi terkait literasi informasi antara berita *hoax* dan berita yang dapat dipercaya terutama informasi di bidang kesehatan. Informasi yang didapatkan seputar macam-macam pengobatan alternatif berbasis islami dan cara berobatnya. Setelah mendapat pengetahuan dan informasi tersebut diharapkan masyarakat akan memiliki banyak informasi dan wawasan mengenai *hoax* di bidang kesehatan dan pengobatan alternatif berbasis islami (Dida et al., 2020).

Bersamaan dengan pemerataan akses informasi kesehatan melalui peningkatan sistem komunikasi kesehatan yang efektif diperlukan untuk perhatian dan partisipasi dari berbagai pihak supaya komunikasi kesehatan dapat lebih terfokuskan, terencana, terstruktur, dan terintegrasikan dengan baik sehingga disiplin komunikasi kesehatan dapat terus dipertahankan dan dikembangkan. Komunikasi kesehatan dapat disebarluaskan dengan melakukan kerja sama, upaya pengorganisasian dan pengolaborasi yang efektif dengan berbagai

pihak. Pihak yang di dalamnya mencakup pemerintah, pejabat, atau pegawai pemerintahan, tenaga kesehatan, aparat, tokoh agama, tokoh masyarakat dan seluruh masyarakat Indonesia (Putri et al., 2022).

E. Isu-Isu Literasi Kesehatan

1. Literasi Kesehatan Mental

Berdasarkan kajian yang dilakukan oleh Syafitri & Wijayanti pada tahun 2017 dengan judul “Pentingnya Literasi Kesehatan Mental Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Masyarakat” menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum mengetahui apa itu kesehatan mental dan gangguan-gangguanannya. Selain itu, sebagian besar responden juga tidak mengetahui dimana 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 (Syafitri & Wijayanti, 2017).

2. Literasi Kesehatan Pencegahan HIV/AIDS

Berdasarkan kajian Kusumawati, Ibrahim & Witdiawati pada tahun 2019 dengan judul “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 perlu menerapkan informasi kesehatan (61,7%). Perlunya bagi petugas kesehatan untuk memberikan informasi secara sederhana namun mudah dan jelas untuk dipahami serta menyediakan sarana prasarana bagi ODHA untuk memenuhi kebutuhan perwatan kesehatannya (Kesumawati & Witidawati, 2019).

3. Literasi Kesehatan Pada Keluarga Penderita Penyakit Diabetes Melitus

Berdasarkan kajian yang dilakukan oleh Shandy Raha Ramdhan pada tahun 2017 dengan judul “Tingkat Literasi Kesehatan pada Keluarga Penderita Penyakit Diabetes Melitus di RSUD Dr. M. Siewandhie Surabaya” dengan hasil tingkat literasi kesehatan pada keluarga penderita diabetes terdapat pada posisi tingkat literasi kesehatan interaktif dengan presentasi 86,5% (77 responden). Anggota keluarga pasien mengembangkan keterampilan dan kemampuan yang dimiliki secara pribadi dalam lingkungannya dengan berbagai cara. Cara-cara tersebut adalah menentukan pemilihan jenis sumber informasi, reaksi terhadap permasalahan, memanfaatkan pelayanan kesehatan lanjut dan dapat memahami resep atau label pada obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan (Ramadhan, 2017).

IV. EVALUASI

1. Uraikan tantangan dan strategi literasi kesehatan!
2. Uraikan isu-isu literasi kesehatan berdasarkan artikel yang mendukung!

DAFTAR PUSTAKA

- A. G. Prasetiani. (2020). Literasi Kesehatan Penyakit Tidak Menular: Literature Review (Health Literacy Of Noncommunicable Disease: A Literature Review). *Jurnal Ners Lentera*, 8 (1), 91–101.
- A. Labib. (2019). *Implementasi Literasi Kesehatan Terkait Covid-19 Di Kampung Tangguh Semeru 1000 Masker Kelurahan Jebreng Kidul Kota Probolinggo*. Universitas Airlangga.
- Batubara, S. O., Wang, H. H., & CHOU, F. H. (2020). Literasi Kesehatan: Kondep Analisis. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* 5.
- Dida, S., Novianti, E., Lusiana, E., Rodiah, S., Damayanti, T., Yuliani, R., & Faidol Juddi, M. (2020). Sosialisasi Literasi Komunikasi Kesehatan Pengobatan
-

- Alternatif Islami Di Desa Hegarmanah Kecamatan Jatinangor. *Dharmakarya*, 9(3), 167. <https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v9i3.23688>
- Djannah, S. N., Faekhanti, D. U., & Safitri, A. R. (2020). *Buku Ajar Ilmu Sosial dan Perilaku*. CV Mine.
- Emilia, D., & Wahjuni, E. . (2020). Gambaran Tingkat Literasi Kesehatan Mahasiswa Fakultas Ilmu Olahraga Universitas Negeri Surabaya. *OJS Universitas Negeri Surabaya*, 08 (01), 163–167.
- Hadisiwi, P., & Suminar, J. R. (2016). Literasi Kesehatan Masyarakat Dalam Menopang Pembangunan Kesehatan DI Indonesia. *BMJ JOURNALS*.
- Kesumawati, I. R., & Witidawati, W. (2019). Literasi Kesehatan Orang dengan HIV/AIDS. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 5 (1), 77–88.
- Laverack, G. (2022). *Literasi Kesehatan: Tantangan dan Strategi Untuk Komunikasi Efektif*. Airlangga University Press.
- Prasanti, D. (2018). Literasi Informasi Kesehatan sebagai Upaya Pencegahan Informasi Hoax dalam Penggunaan Obat Tradisional di Era Digital. *Jurnal Pekommas*, 3 (1), 45–52.
- Putri, K.Y. , Fathurrahman, H., Riady, Y., & Andriani, Y. (2022). Literasi Komunikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia. *Communications*, 4(1), 114–134. <https://doi.org/Communications4.1.2>
- Ramadhan, S. R. (2017). *Tingkat Literasi Kesehatan Pada Keluarga Penderita Penyakit Diabetes Melitus Di Rsud Dr. M Soewandie Surabaya*. Doctoral Dissertation Universitas Airlangga.
- Shandy, R. R. (2017). *Tingkat literasi kesehatan pada keluarga penderita penyakit diabetes mellitus di RSUD Dr. M. Soewandhie Surabaya shandy*. Univeritas Airlangga.
- Syafitri, D. U., & Wijayanti, N. (2017). Pntingnya Literasi Kesehtan Mental Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Masyarakat. *Semnas Bappeda Provinsi Jawa Tengah*.
- Wahyuningsih, T. (2019). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Literasi Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas Banguntapan I Bantul D.I.Y. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 2 (1), 26–31.

Bab 9

Perencanaan Program untuk Perubahan Perilaku Kesehatan

I. PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Pembangunan kesehatan juga dimuat dalam RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) 2020-2024. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 Lampiran I dimana arah kebijakan RPJMN bidang kesehatan tahun 2020-2024 yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan menuju jaminan kesehatan semesta, terutama melalui penguatan pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan dan didukung dengan peningkatan upaya promotif dan upaya preventif. Mengatasi pencegahan melalui inovasi dan penggunaan teknologi di sektor kesehatan (Irawan, 2022).

Hendrik L. Blum mengatakan bahwa terdapat empat faktor yang memengaruhi status kesehatan masyarakat, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkungan mempunyai pengaruh peranan yang besar diikuti perilaku, fasilitas kesehatan dan keturunan. Perilaku merupakan faktor kedua yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan, karena sehat atau tidaknya lingkungan individu, keluarga dan masyarakat ditentukan oleh perilaku individu itu sendiri. Selain itu juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonomi dan perilaku lain yang melekat pada dirinya. Pelayanan kesehatan sebagai faktor ketiga yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan karena keberadaan fasilitas kesehatan memiliki peran dalam pelayanan pemulihan masyarakat dan pencegahan terhadap penyakit. Faktor keturunan merupakan faktor terakhir yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan dan telah ada dalam tubuh manusia yang dibawanya sejak lahir (Nurul, 2022).

Perubahan perilaku merupakan perubahan yang terjadi pada tindakan seseorang dalam melakukan sesuatu terhadap diri dan lingkungannya. Seseorang akan berubah sesuai dengan apa yang telah mereka pelajari, baik dari keluarga, teman, sahabat atau diri mereka sendiri. Proses pembelajaran diri ini yang nantinya akan membentuk seseorang tersebut. Pembentukan tersebut berbeda antara satu orang dengan yang lain, hal ini bergantung pada kondisi dan kebutuhan dari setiap orang baik dalam kesehariannya ataupun dalam keadaan tertentu (Irwan, 2017).

Perubahan perilaku tidak terjadi begitu saja, ada beberapa hal yang membuat perilaku seseorang dapat berubah. Untuk memperoleh perubahan perilaku maka perlu dipahami pengalaman yang terjadi pada diri kita. Perubahan perilaku merupakan sebuah tindakan yang diawali oleh sebuah perencanaan. Proses perubahan perilaku berencana memiliki beberapa tahapan dan melibatkan peranan

masyarakat dan agen perubahan (Putu & Kurniati, 2016).

Perencanaan kesehatan merupakan kegiatan yang perlu dilakukan di masa yang akan datang dan memiliki tujuan yang jelas. Langkah-langkah perencanaan sebetulnya bersifat generik, sama dengan alur pemecahan masalah. Langkah-langkah pokok yang perlu dilakukan adalah analisis situasi, identifikasi masalah dan menetapkan prioritas, menetapkan tujuan, melakukan analisis untuk memilih alternatif kegiatan terbaik dan Menyusun rencana operasional (Suhartina; Khumaira, Putri Vivi ; Azis M Abd; Elmika, 2022).

II. TUJUAN

1. Mengetahui apa yang dimaksud dengan perencanaan program.
2. Mengetahui apa yang 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 merupakan kemampuan untuk memiliki sebuah kemungkinan yang tersedia dan yang dipandang paling tepat untuk mencapai tujuan. Dalam pengertian lain, perencanaan adalah upaya menyusun berbagai keputusan yang bersifat pokok yang dipandang paling penting yang akan dilaksanakan menurut urutannya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan adalah sebuah pekerjaan yang berhubungan dengan penyusunan konsep serta kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan demi masa depan yang lebih baik (Suhartina; Khumaira, Putri Vivi ; Azis M Abd; Elmika, 2022).

Perencanaan kesehatan merupakan sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling utama dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut. Perencanaan akan menjadi efektif apabila perumusan masalah dilakukan dengan berdasar pada fakta-fakta dan bukan berdasar emosi atau sebatas angan-angan. Fakta yang dimaksudkan adalah fakta-fakta yang diungkap dengan menggunakan data untuk menunjang perumusan masalah (Suhartina; Khumaira, Putri Vivi ; Azis M Abd; Elmika, 2022).

Terdapat tiga aspek pokok yang perlu diperhatikan dalam perencanaan (Suhartina; Khumaira, Putri Vivi ; Azis M Abd; Elmika, 2022):

1. Hasil perencanaan disebut *plan* berbeda antara satu perencanaan kegiatan dengan perencanaan kegiatan yang lainnya, contohnya rencana pendidikan atau rencan kesehatan
2. Perangkat pelaksanaan (*Mechanic of Planning*) merupakan suatu organisasi yang bertugas untuk bertanggung jawab menyelenggarakan pekerjaan pelaksanaan
3. Proses perencanaan (*Proccess of planning*) adalah langkah-langkah yang harus dilaksanakan pada pekerjaan perencanaan

Perencanaan memiliki beberapa tahapan yaitu sebagai berikut (Putu & Kurniati, 2016):

a. Analisis situasi

Analisis siatuasi merupakan kegiatan awal dalam sebuah perencanaan. Kegiatan ini merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui posisi perencana saat ini. Kegiatan yang dilakukan selama analisis situasi adalah pengumpulan data berupa fakta dan informasi (objektif), termasuk opini (subjektif).

Dalam bidang kesehatan, analisis situasi dilakukan dengan mengumpulkan indikator kesehatan yang sesuai dengan permasalahan dan indikator lain (termasuk non-kesehatan) yang terkait dengan permasalahan yang akan dipecahkan. Dalam bidang kesehatan, analisis situasi dilengkapi dengan mengumpulkan dan menelaah indikator perilaku kesehatan.

b. Penentuan Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain konsultasi dengan ahli, bermusyawarah dengan tokoh yang relevan, menyepakati hasil pemelihan dengan menggunakan teknik tertentu yang dianggap objektif. Pada perencanaan yang melibatkan banyak orang sering digunakan Metode Delphi. Metode Delphi dilakukan dengan mengusulkan pilihan dengan memasukkannya ke dalam amplop tertutup, kemudian dihitung, mana yang terbanyak pemilihannya, nantinya pilihan terbanyak adalah masalah yang menjadi prioritas. Pengusulan pilihan ini dilandasi dengan kriteria skor bahaya dari permasalahan yang dihadapi dan bobot masalah yang dihadapi dalam arti populasi yang akan terkena atau terancam.

c. Pemilihan Solusi/ Alternatif Perencanaan

Langkah selanjutnya adalah pemilihan solusi, sebagai kelanjutan penentuan masalah sebelumnya. Semua alternatif masalah yang ada pada penentuan prioritas dibahas, dikaji, dan dilihat kerkaitan satu sama lain. Dengan cara ini maka jumlah alternatif dapat berkurang. Setelah jumlah alternatif solusi berkurang hingga masing-masing berbeda, dapat dilakukan pemilahan. Pemilahan dapat dilakukan dengan cara yang sama dengan penentuan prioritas masalah. Namun kriteria yang digunakan untuk solusi berbeda dengan penentuan masalah. Kriteria yang digunakan dalam pemilihan solusi antara lain adalah

kelayakan solusi, kemanfaatan bagi orang banyak dan ketersediaan sumber daya.

d. Penyusunan Rencana

Langkah perencanaan berikutnya adalah penyusunan rencana. Pada langkah penyusunan rencana ini juga terdapat beberapa pendekatan. Pendekatan tersebut antara lain menyewa konsultan, dibuatkan oleh instansi yang lebih tinggi dan ada juga yang dibuat sendiri oleh instansi tersebut.

e. Komunikasi Rencana

Sebuah rencana dapat diimplementasikan secara efektif apabila dikomunikasikan kepada semua pihak yang bahkan sejak perencanaan tersebut masih berupa ide. Hal ini juga sesuai dengan pepatah yang mengatakan bahwa *“decisio is nothing but its communicatin”*. Paling tidak ini berlaku bagi promosi kesehatan yang bersifat spesifik, mensyarakatkan peran serta, dan keberlangungan.

B. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah pengetahuan dan sikap yang berkaitan dengan kesehatan hasil dari pengalaman dan interaksi dengan lingkungan serta pengalaman dan interaksi dengan lingkungan serta respons individu yang berhubungan dengan rangsang terkait sakit, penyakit, sistem layanan kesehatan, makanan, dan lingkungan. Perilaku kesehatan berhubungan dengan mempertahankan dan memelihara kesehatan. Jika perilaku kesehatan individu baik maka akan memberikan dampak yang baik juga bagi kondisi kesehatan, begitupun sebaliknya. Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan adalah terwujudnya pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dalam faktor predisposisi. Faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas

atau sarana kesehatan. Faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Faktor sosial budaya dalam masyarakat memengaruhi perilaku sikap dan penerimaan informasi (Pera et al., 2021).

Perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga jenis yaitu sebagai berikut (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018):

1. Memelihara kesehatan, yaitu perilaku untuk menjaga kesehatan secara pribadi agar tidak terserang penyakit dan upaya penyembuhan dari rasa sakit.
2. Mencari dan menggunakan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan. Perilaku ini muncul ketika seseorang menderita penyakit atau kecelakaan.
3. Kesehatan lingkungan, yaitu respons terhadap lingkungan, baik fisik maupun non-fisik (sosial dan budaya), sehingga lingkungan tidak mengganggu kesehatan diri sendiri, keluarga dan masyarakat.

Blum menyatakan bahwa perilaku kesehatan dapat dihubungkan dengan pendidikan kesehatan sehingga memiliki tiga domain, yaitu: pengetahuan afektif, dan psikomotor. Pada prinsipnya indikator perilaku terdiri dari beberapa kelompok, yaitu (Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, 2018):

- a. Menciptakan suatu perilaku sehat yang baru, contohnya memulai dan membiasakan olahraga secara teratur dari yang sebelumnya tidak pernah melakukan olahraga.
- b. Mengubah perilaku (yang sudah ada) agar lebih baik dari segi kesehatan, contohnya membiasakan makan buah-buahan dan sayuran setiap hari.
- c. Menghilangkan perilaku (lama) yang tidak baik untuk kesehatan, contohnya berhenti merokok.

- d. Mencegah berkembangnya perilaku (baru atau yang akan datang) yang tidak baik untuk kesehatan contohnya melindungi diri dari perilaku penggunaan obat-obatan secara salah termasuk NAPZA.

C. Perubahan Perilaku Kesehatan

Perilaku perubahan menurut KBBI berasal dari kata ubah yang memiliki arti menjadi lain atau berbeda. Perubahan merupakan sebuah proses terjadinya perpindahan dari status tetap statis menjadi status tetap yang dinamis, artinya dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan yang ada. Mencakup keseimbangan social individu maupun organisasi agar dapat menerapkan ide atau konsep terbaru dalam mencapai suatu tujuan (Irwan, 2017).

World Health Organization menyatakan bahwa penyebab seseorang berperilaku tertentu karena empat alasan utama, yaitu:

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap dan penilaian seseorang terhadap objek.
2. Orang penting sebagai referensi.
3. Perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila orang tersebut penting untuknya maka apa yang dia katakan atau perbuatan cenderung untuk dicontoh.
4. Sumber daya (*resources*), sumber daya yang dimaksudkan adalah fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.

Berdasarkan alasan diatas dapat dilihat bahwa terdapat banyak alasan yang melatarbelakangi seseorang untuk berperilaku. Oleh karena itu perilaku yang sama dari beberapa orang yang sama dapat disebabkan oleh sebab atau latar belakang yang berberda (Pakpahan et al., 2021).

Strategi perubahan perilaku dapat terbentuk dengan berbagai cara yaitu sebagai berikut (Irwan, 2017):

a. *Inforcement*

Perubahan perilaku yang dilakukan dengan adanya keterpaksaan, atau menggunakan perundungan atau peraturan. Model perubahan ini akan menghasilkan perubahan yang cepat namun cenderung tidak bertahan lama

b. *Education*

Perubahan perilaku dilakukan melalui proses pembelajaran, mulai dari pemberian informasi atau penyuluhan. Model perubahan ini akan membutuhkan waktu yang lama namun akan membuahkan hasil yang baik atau perubahan perilaku akan bertahan lebih lama.

Perubahan perilaku terbagi menjadi beberapa tahapan, diantaranya (Pakpahan et al., 2021):

1. Tahap *awareness*. Tahap *awareness* adalah tahapan individu mengetahui atau menyadari adanya ide baru
2. Tahap *interest*. Tahap *interest* adalah tahapan dimana individu menaruh perhatian pada ide baru yang telah ditemukan
3. Tahap *trial*. Tahap *trial* adalah tahap saat individu mulai meng-*explore* ide baru yang sudah ditemukan
4. Tahap *adoption*. Tahap *adoption* adalah tahapan ketika individu tertarik maka ia akan menerima ide baru yang sebelumnya sudah ditemukan. Tahapan ini dapat berubah akibat pengaruh lingkungan.

Berdasarkan penjelasan terkait tahap perubahan perilaku diatas maka dapat disimpulkan bahwa tahap perubahan perilaku seseorang dapat diawali dari pengetahuannya mengenai suatu hal. Tahap selanjutnya adalah tahapan menerima dan menyaring pengetahuannya. Tahap selanjutnya pengetahuan tersebut akan diterapkan menjadi suatu perubahan perilaku dalam diri seseorang tersebut.

D. Teori Perubahan Perilaku Kesehatan

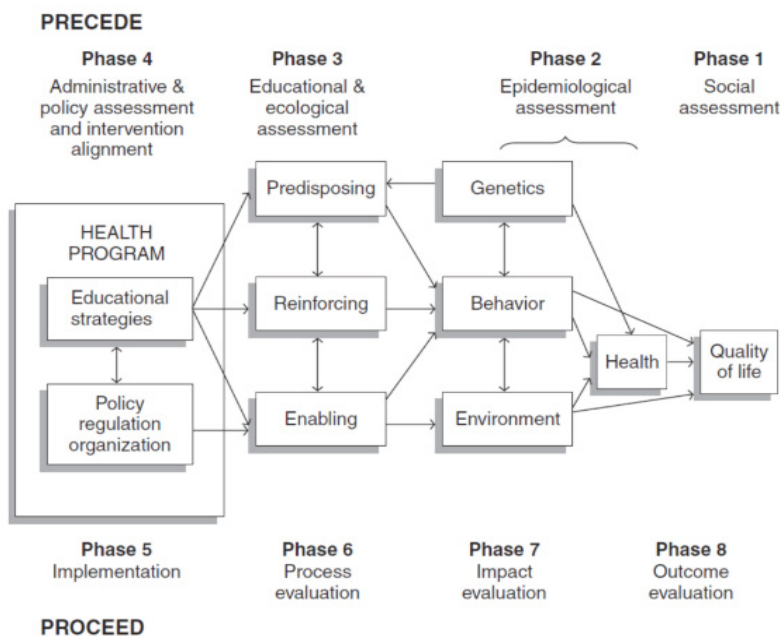
Terdapat beberapa teori perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam membuat program perubahan perilaku kesehatan dan promosi kesehatan, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Teori *Precede-Proceed*

Teori *Precede-Proceed* merupakan model yang dibuat untuk perencanaan, intervensi dan kerangka evaluasi. Kerangka tersebut dibuat berdasarkan asumsi bahwa intervensi akan efektif jika didasari konsep (Nindy et al., 2022):

- a. Berasal dari masyarakat
- b. Direncanakan secara menyeluruh
- c. Berdasarkan data
- d. Termasuk intervensi masyarakat melihat sebagai layak
- e. Meliputi beberapa strategi yang disusun menjadi sebuah program kohesif
- f. Mengandalkan umpan balik dan kemajuan evaluasi

Secara lebih rinci, *PRECEDE* terdiri dari *Predisposing, Reinforcing and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation*, sedangkan *PROCEED* merupakan *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*. Model *PRECEDE-PROCEED* dibagi menjadi beberapa fase yang bertujuan untuk mengidentifikasi prioritas dan tindakan intervensi (Nindy et al., 2022).



Gambar 6. Kerangka Teori Precede-Proceed

2. Theory of Reason Action and Theory Planned Behaviour

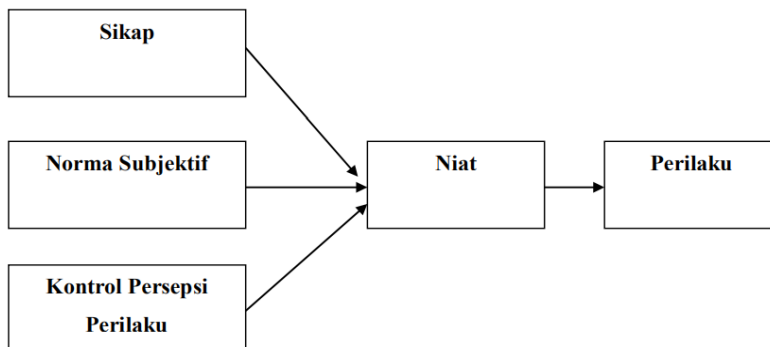
Theory of Reasones Action (TRA) dikembangkan karena kebutuhan untuk menampilkan sebuah terori yang disebut dengan *Theory of Planned Behaviour* (TPB). Tidak terdapat begitu banyak perbedaan antara TRA dengan TPB. Letak perbedaan antara TRA dengan TPB hanya pada penambahan *control* perspesi perilaku pada konstruk di dalam TPB. Kontrol persepsi perilaku ini berfungsi untuk mengontrol perilaku individual yang dibatasi oleh kekurangan-kekurangannya dan keterbatasan-keterbatasan dari kekurangan sumber-sumber daya yang digunakan untuk melakukan sebuah perilaku (Mahendra et al., 2019) value orientation and risk preference.

Kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) mempunyai implikasi motivasional terhadap minat. Orang-

orang yang percaya bahwa mereka tidak mempunyai sumber-sumber daya yang ada atau tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu mungkin tidak akan membentuk minat berperilaku yang kuat untuk melakukannya walaupun mereka mempunyai sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan perilaku tersebut. Dengan demikian diharapkan terjadi hubungan antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan minat yang tidak dimediasi oleh sikap dan norma subyektif. Di model ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) ke minat kemungkinan hubungan langsung antara kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dengan perilaku. Sebagai contoh seorang perokok tidak akan bisa berhenti merokok dikarenakan motivasi berhenti merokok saja tetapi juga kontrol yang cukup terhadap perilaku merokok yang bisa saja dilakukan (Mahendra et al., 2019) value orientation and risk preference.

Kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) dapat memengaruhi perilaku secara tidak langsung lewat minat, dan juga dapat memprediksi perilaku secara langsung. Di model hubungan langsung ini ditunjukkan dengan panah yang menghubungkan kontrol persepsi perilaku (*perceived behavioral control*) langsung ke perilaku (*behavior*). Kontrol perilaku yang dirasakan dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan perkiraan seseorang mengenai sulit atau tidaknya untuk melakukan perilaku tertentu. *Theory of Planned Behavior* (TPB) menganggap bahwa teori sebelumnya mengenai perilaku yang tidak dapat dikendalikan sebelumnya oleh individu melainkan juga dipengaruhi oleh faktor mengenai faktor non-motivasi yang dianggap sebagai kesempatan atau sumber daya yang dibutuhkan agar perilaku dapat dilakukan.

Sehingga dalam teorinya, Ajzen menambahkan satu determinan lagi, yaitu kontrol persepsi perilaku mengenai mudah atau sulitnya perilaku yang dilakukan. Oleh karena itu menurut *Theory of Planned Behavior* (TPB), intensi dipengaruhi oleh tiga hal yaitu: sikap, norma subjektif, kontrol perilaku (Mahendra et al., 2019) value orientation and risk preference.

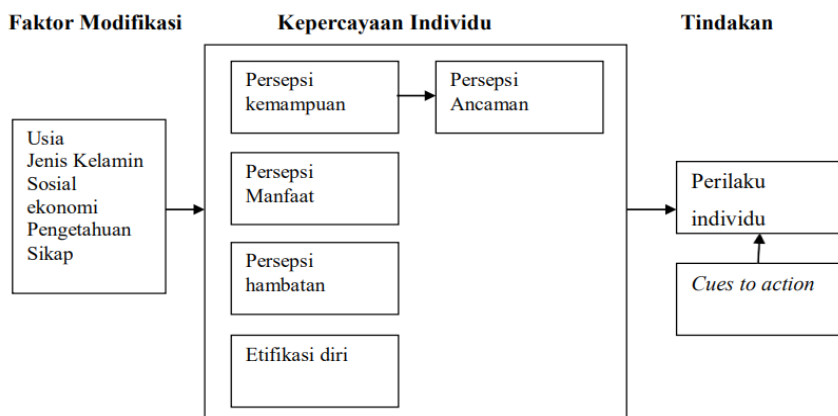


Gambar 7. *Theory of Planned Behaviour*

3. Teori Health Belief Model

HBM (*Health Belief Model*) dikembangkan pada tahun 1950-an untuk menjelaskan respon individu terhadap gejala penyakit, diagnosa, pengobatan dan alasan mengapa orang tidak berpartisipasi pada program kesehatan masyarakat. HBM (*Health Belief Model*) pada dasarnya adalah psikologi sosial dan didasari oleh pemikiran bahwa persepsi terhadap ancaman adalah prekursor yang penting dalam tindakan pencegahan. HBM berakar pada teori kognitif yang menekankan peran hipotesis atau harapan subjektif individu. Pada perspektif ini, perilaku merupakan fungsi dari nilai subjektif suatu dampak (*outcome*) dan harapan subjektif bahwa tindakan tertentu akan mencapai dampak tersebut. Konsep ini dikenal sebagai teori nilai-harapan (*value-expectancy*). Jadi Kontrol

Persepsi Perilaku Norma Subjektif Niat Perilaku dapat dikatakan HBM (*Health Belief Model*) merupakan teori-harapan. Jika konsep ini diaplikasikan pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka dapat diterjemahkan menjadi keinginan untuk tidak sakit atau menjadi sembuh (nilai), dan keyakinan (*belief*) bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah atau menyembuhkan penyakit (harapan). Harapan ini kemudian diterjemahkan sebagai perkiraan seseorang terhadap risiko mengidap suatu penyakit dan keseriusan akibat suatu penyakit, serta kemungkinan untuk mengurangi ancaman penyakit melalui suatu tindakan tertentu (Mahendra et al., 2019) value orientation and risk preference.



Gambar 8. Teori Health Belief Model

Ada 4 variabel yang menyebabkan seseorang mengobati penyakitnya berdasarkan teori HBM (*Health Belief Model*) (Mahendra et al., 2019) value orientation and risk preference:

- a) Kerentanan yang dirasakan (*Perceived susceptibility*): Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*)

terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindak pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

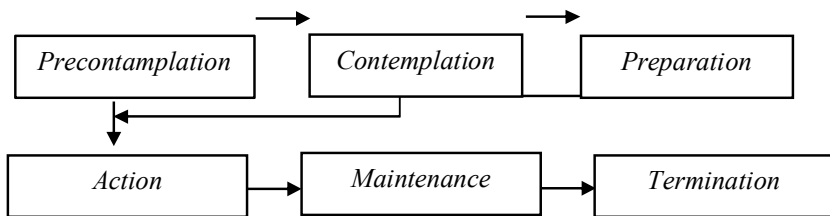
- b) Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Seriousness*): Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh persepsi keseriusan penyakit tersebut. Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat, dan sakit) dan konsekuensi sosial yang mungkin terjadi (seperti efek pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial). Banyak ahli yang menggabungkan kedua komponen di atas sebagai ancaman yang dirasakan (*perceived threat*). Contohnya terdapat sebuah anggota keluarga yang dinyatakan positif menderita penyakit Infeksi Menular Seks (IMS) namun setelah pemeriksaan tidak melakukan pengobatan dan tidak mengonsumsi obat karena tidak ada gejala yang berbahaya menurut pasien IMS bahkan pasien IMS tidak merubah perilakunya. Setelah dua bulan ternyata penyakit IMS semakin parah dan membuat penderita merasakan sangat sakit sehingga penderita melakukan pengobatan ke dokter dan berjanji tidak akan mengulangnya lagi.
- c) Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (*Perceived benefits and barriers*): Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan

daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut. Penerimaan *susceptibility* seseorang terhadap suatu kondisi yang dipercaya dapat menimbulkan keseriusan (*perceived threat*) adalah mendorong untuk menghasilkan suatu kekuatan yang mendukung ke arah perubahan perilaku. Ini tergantung pada kepercayaan seseorang terhadap efektivitas dari berbagai upaya yang tersedia dalam mengurangi ancaman penyakit, atau keuntungan-keuntungan yang dirasakan (*perceived benefit*) dalam mengambil upaya-upaya kesehatan tersebut. Ketika seorang memperlihatkan suatu kepercayaan terhadap adanya kepekaan (*susceptibility*) dan keseriusan (*seriousness*), sering tidak diharapkan untuk menerima apapun upaya kesehatan yang direkomendasikan kecuali jika upaya tersebut dirasa manjur dan cocok. Contoh, seseorang yang melakukan pengobatan ke tenaga kesehatan tradisional kemudian merasakan manfaat kesembuhan, ketenangan dibandingkan berobat ke tenaga kesehatan, maka jika pasien mengalami gejala sakit akan memanfaatkan pengobatan alternatif dibandingkan pengobatan medis.

- d) *Cues to action* adalah tanda/sinyal yang menyebabkan seseorang untuk bergerak ke arah perilaku pencegahan. Tanda tersebut berasal dari luar (kampanye di media massa, nasihat dari orang lain, kejadian pada kenalan/keluarga, artikel di majalah). Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut misalnya, pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit, dan sebagainya

4. Teori *Transtheoretical Model*

Perubahan perilaku *Transtheoretical Theory Model* menilai kesiapan seseorang untuk bertindak terhadap perilaku sehat dan menyediakan strategi-strategi atau proses-proses perubahan untuk membimbing seseorang melalui tahapan perubahan dan pemeliharaan. James O. Prochaska dari Universitas Rhode Island dan kawannya mengembangkan awal model *transtheoretical* pada tahun 1997. Hal ini dibentuk berdasarkan pada analisis teori yang berbeda dari psikoterapi sehingga terbentuk nama "*transtheoretical*". Perubahan merupakan sebuah proses yang melibatkan kemajuan melalui serangkaian tahapan berikut (Decy Situngkir, 2016):



Gambar 9. Transtheoretical Model

- a. *Precontemplation* (tidak siap). Pada tahap ini tidak ada niat untuk memulai perilaku sehat dalam waktu dekat (enam bulan) dan mungkin tidak menyadari kebutuhan untuk berubah.
- b. *Contemplation* (Niat). Pada tahapan ini seseorang sudah berniat untuk memulai perilaku sehat dalam enam bulan kedepan.
- c. *Preparation* (persiapan). Pada tahap ini seseorang sudah siap untuk mulai mengambil tindakan dalam 30 hari ke depan. Mereka mengambil langkah-langkah kecil yang mereka percaya dapat membantu perilaku sehat menjadi bagian dari

- hidup mereka. Selama tahap ini seseorang didorong untuk mencari dukungan dari teman mereka yang meraka percaya.
- d. *Action* (Aksi). Pada tahap ini seseorang telah mengubah perilaku mereka dalam enam bulan terakhir dan harus bekerja keras untuk maju. Pada tahapan ini seseorang harus belajar untuk memperkuat komitmen mereka untuk berubah dan melawan dorongan untuk menyelinap kembali.
 - e. *Maintenance* (Perawatan). Pada tahap ini seseorang telah merubah perilaku mereka lebih dari enam bulan. Tahapan ini diperkirakan dari enam bulan sampai lima tahun. Pada tahap ini penting bagi seseorang untuk menyadari situasi yang dapat membuat mereka tergoda untuk kembali menyelinap melakukan perilaku yang tidak sehat atau situasi stres.
 - f. *Termination*. Pada tahap ini seseorang sudah memiliki perilaku sehat yang permanen. Seseorang memiliki godaan nol dan 100% efektivitas diri mereka yakin bahwa mereka tidak akan kembali pada kebiasaan lama mereka yang tidak sehat.

E. Perencanaan Program Untuk Perubahan Perilaku Kesehatan

Selayaknya program kesehatan yang lain, perubahan perilaku kesehatan juga membutuhkan adanya suatu perencanaan. 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, pendukung, dan pendorong. Setelah melakukan diagnosis atau analisis dari setiap faktor, lalu membuat skala prioritas mengenai sasaran program perubahan perilaku dan membuat alternatif 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 kajian yang dilakukan oleh Sakinah pada tahun 2017, diketahui bahwa persepsi para pekerja terhadap kerentanan dan bahaya munculnya kecelakaan atau penyakit akibat tidak menggunakan kacamata pelindung saat bekerja tinggi serta persepsi mengenai manfaat menggunakan kacamata pelindung juga tinggi sehingga pendorong untuk berperilaku menggunakan kacamata pelindung tinggi. Dalam kajian ini dinyatakan bahwa persepsi mengenai kerentanan dan manfaat adalah proses menentukan skala prioritas bahwa memakai kacamata pelindung lebih banyak keuntungannya dibandingkan tidak menggunakan kacamata pelindung. Menentukan skala prioritas termasuk dalam tahap perencanaan yang kemudian mendorong munculnya perilaku pemakaian kacamata pelindung (Sakinah, 2017).

Lestarina dalam kajiannya pada tahun 2018 menjelaskan bahwa perubahan perilaku kesehatan dengan menggunakan Teori *Planned Behaviour* untuk mengembangkan model kepatuhan pasien Diabetes Melitus (DM). Dalam kajian ini dijelaskan bahwa *Theory Planned Behaviour* 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 penderita dalam menjalankan tatalaksana penyakitnya.

Perencanaan dalam membuat model kepatuhan pasien DM dengan menggunakan teori *Planned Behaviour* dapat dilihat dalam proses penguatan keyakinan dan niat pasien. Pembuat program pengembangan model kepatuhan pasien menganalisis bagaimana tingkat pengetahuan dan sikap pasien yang akan memengaruhi niatnya sehingga pengembangan model kepatuhan dapat didesain dengan meningkatkan pengetahuan pasien atau memberikan edukasi mengenai penanganan pasien DM (Lestarina, 208 C.E.).

IV. EVALUASI

Uraikan konsep dalam membuat perencanaan program kesehatan!

DAFTAR PUSTAKA

- Decy Situngkir. (2016). *Dasar-dasar Promosi Kesehatan*. Universitas Esa Unggul.
- Irawan, A. D. (2022). Gambaran Analisis Pembangunan Kesehatan Di Indonesia Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(3), 369–373. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i3.6103>
- Irwan. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Absolute Media.
- Lestarina, N. N. . (208 C.E.). Theory of Palanned Behaviour Sebagai Upaya Peningkatan Kepatuhan Pada Klien Diabetes Melitus. *JURNAL MKMI*, 14 (2).
- Mahendra, D., Jaya, I. M. M., & Lumban, A. M. R. (2019). Buku Ajar Promosi Kesehatan. *Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI*, 1–107.
- Nindy, A. N., Widdefrita, & John, A. (2022). *Perencanaan Program Promosi Kesehatan*. PT. Nasya Expanding Management.
- Nurmala, Ira; Rahman, Fauzie; Nugroho, adi; Erlyani, Neka; Laily, Nur; Yulia Anhar, V. (2018). *Promosi Kesehatan*. [https://repository.unair.ac.id/87974/2/Buku Promosi Kesehatan.pdf](https://repository.unair.ac.id/87974/2/Buku_Promosi_Kesehatan.pdf)
- Nurul, A. S. (2022). Faktor-faktor yang memengaruhi derajat kesehatan msyarakat menurut hendrik l.blum. *Prinsip-Aparinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, D*, 1–6.
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Ramdani, M. R., Manurung, evany indah, Sianturi, E., Tampunu, mariana remepeca gadis, Sitanggung, yeni ferawati, & M, M. (2021). *Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.

- Pera, Y., Desi, & Christovel, D. (2021). Perilaku Kesehatan Dan Kualitas Hidup Lansia Suku Dayak Tomun Di Desa Sungai Buluh. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 6(2), 51–63.
- Putu, D., & Kurniati, Y. (2016). *MODUL KERANGKA KERJA PERUBAHAN PERILAKU (Perubahan Perilaku Kesehatan)*. 3–17. [http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/850/1/4_PERILAKU KESEHATAN_1.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/850/1/4_PERILAKU%20KESEHATAN_1.pdf)
- Sakinah, Z. . (2017). Aplikasi Health Belief Model Dalam Menganalisis Perilaku Penggunaan Kacamata Pelindung. *Jurnal Promkes*, 5 (1), 105–116.
- Suhartina; Khumaira, PutriVivi ; Azis M Abd; Elmika, E. (2022). PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN Suhartina, PutriVivi Khumaira, Moh Abd Azis, Elma Elmika Program Studi Administrasi Kesehatan, Universitas Sains Islam Al Mawaddah Warrahmah Kolaka. *Perencanaan Program Kesehatan*, 1, 23–30. <http://journal.iaialmawar.ac.id/index.php/JKUSIMAR/article/view/319/187>

Pencegahan Berbasis Masyarakat dan Modal Sosial untuk Zat Adiktif Seperti Narkoba dan Rokok

I. PENDAHULUAN

Peredaran gelap dan penyalahgunaan narkoba di Indonesia semakin mengkhawatirkan, berbagai macam dampak buruknya dapat mengancam generasi muda dan masa depan bangsa Indonesia. Angka prevalensi setahun terakhir penyalahgunaan narkoba meningkat dari 1,8% pada tahun 2019 menjadi 1,95% di tahun 2021. Secara umum terjadi penurunan angka prevalensi di wilayah pedesaan. Risiko perempuan terpapar narkoba dalam setahun terakhir mengalami peningkatan dari 0,2% menjadi 1,21% pada tahun 2021. Peningkatan terbesar terjadi di wilayah perkotaan. Peningkatan keterpaparan narkoba juga mengalami kenaikan pada kelompok usia 15-24 dan 50-64 tahun (Pusat Penelitian, Data, 2021).

WHO menyatakan bahwa survei nasional yang diadakan pada tahun 2013 dan 2018 menunjukkan hasil orang yang menggunakan tembakau di Indonesia dalam kategori tinggi dalam kelompok remaja dan dewasa, dari total remaja yang di survei ditemukan 19,5% remaja pengisap tembakau selama 30 hari terakhir. Pada prevalensi orang dewasa belum terjadi penurunan dalam kurun waktu 5 tahun ini. Sementara pada prevalensi remaja usia 10-19 tahun mengalami kenaikan, dari 7,2% pada tahun 2013 menjadi 9,1% pada 2018, mengalami peningkatan sebanyak 20% (GYTS, 2019).

Kondisi tersebut seharusnya memacu semua pihak untuk melakukan upaya pencegahan sebelum meluas lebih jauh lagi. Indonesia sebenarnya memiliki potensi baik secara kuantitas maupun kualitas untuk menangkal menularnya penggunaan narkoba dari individu ke individu maupun dari kelompok kepada kelompok lain dalam masyarakat. Potensi tersebut adalah kehidupan kemasyarakatan dalam komunitas komunitas di tingkat akar rumput seperti di lingkungan Rukun Tetangga yang memiliki kedekatan satu sama lain.

Dalam pencegahan dan mengatasi penyimpangan-penyimpangan perilaku dalam masyarakat berkaitan dengan zat adiktif, narkoba dan rokok diperlukan modal sosial. Modal sosial adalah suatu serangkaian nilai atau norma-norma informal yang dimiliki bersama diantara para anggota suatu kelompok masyarakat yang saling terkait, yang didasarkan pada nilai kepercayaan, norma, dan jaringan sosial. Di harapkan modal sosial ini akan menjadi sarana yang efektif. Pencegahan di lingkungan masyarakat dengan cara memberdayakan lembaga-lembaga masyarakat dan anggota masyarakat untuk melakukan kegiatan pencegahan terhadap penyalahgunaan zat adiktif, narkoba dan rokok.

II. TUJUAN

1. Mengetahui yang dimaksud dengan zat adiktif dan golongannya .
2. Mengetahui modal sosial dan hubungannya dengan prevalensi penggunaan zat adiktif.

III. MATERI INTI

A. Pengertian Zat Adiktif dan Apa Yang Menjadi Golongannya

1. Pengertian Zat Adiktif

Bahan adiktif merupakan zat kimia yang memiliki efek spesifik terhadap susunan saraf pusat (otak dan sumsum tulang belakang) yang dapat menimbulkan perubahan pada perilaku, emosi, kognitif, persepsi dan kesadaran seseorang. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), arti kata adiktif adalah bersifat kecanduan, arti lainnya dari adiktif adalah bersifat menimbulkan ketergantungan pada pemakainya. Zat adiktif terbagi menjadi tiga jenis diantaranya zat adiktif narkotika, zat adiktif psicotropika dan zat adiktif non-narkotika dan psicotropika. Zat adiktif non-narkotika dan psicotropika merupakan zat yang paling sering dikonsumsi oleh manusia. Adapun minuman sehari-hari yang mengandung zat ini adalah teh dan kopi. Zat adiktif lainnya non-narkotika dan psicotropika juga terdapat dalam rokok yang berupa nikotin berada di dalam kandungan tembakau. Meskipun zat adiktif non-narkotika dan psicotropika tidak berbahaya, namun penggunaannya harus tetap disesuaikan dengan takaran atau dosis yang pas agar tidak terjadi hal yang tidak diinginkan (Karo et al., n.d.).

Pada dasarnya narkoba adalah istilah yang digunakan oleh masyarakat dan aparat penegak hukum, untuk bahan

atau obat yang masuk kategori berbahaya atau dilarang untuk digunakan, diproduksi, dipasok, diperjualbelikan, diedarkan, dan sebagainya di luar ketentuan hukum. Selain narkoba, istilah lain yang diperkenalkan khususnya oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah NAPZA yang merupakan singkatan dari Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lain, mencakup bahan, zat ataupun obat yang apabila masuk ke dalam tubuh manusia, akan memengaruhi tubuh, terutama otak/susunan syaraf pusat (psikoaktif), dan menyebabkan gangguan kesehatan jasmani, mental-emosional, dan fungsi sosialnya, karena terjadi kebiasaan, (adiksi), dan ketergantungan (dependensi) terhadap Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA). Kedua istilah ini, baik narkoba ataupun NAPZA, pada intinya mengacu pada kelompok senyawa yang umumnya memiliki risiko kecanduan bagi penggunaannya. Dengan demikian, apabila berbicara mengenai zat adiktif, pada dasarnya mencakup pembahasan mengenai narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya secara umum (Yahya et al., 2020).

2. Jenis-jenis zat adiktif

Berikut merupakan jenis-jenis zat adiktif (Eliyawati, 2020):

a. Narkotika

Kata narkotika berasal dari kata *narcosis* yang memiliki arti menidurkan, yaitu obat yang membiuskan. Dalam keperluan medis obat ini tergolong obat yang digunakan sebagai pembius pasien yang perlu dioperasi atau sakit karena penyakit tertentu. Berikut merupakan macam-macam narkotika:

1) Opioid

Opioid merupakan jus dari bunga *opium papaver somniferum*, yang mengandung kira-kira 20 alkaloid termasuk morfin. Bahan bahan opioid yang sering

disalahgunakan adalah *cansu, morfin, heroin, codein, demerol, methadone*.

2) Kokain

Kokain merupakan zat adiktif yang sering disalahgunakan dan sangat berbahaya. Kokain merupakan alkaloid yang didapatkan dari tanaman belukar *Erythroxylon Coca*, yang berasal dari Amerika Selatan. Kokain ini memiliki nama lain *snow, coke, girly, lady dan crack*. Kokain saat ini digunakan sebagai anestetik lokal, khususnya pembedahan mata, hidung, dan tenggorokan.

3) Cannabis (Ganja)

Semua bagian dari tanaman cannabis mengandung kanabooid psikoaktif. Tanaman kanabis biasanya dipotong kecil-kecil, dikeringkan dan digulung menjadi rokok (biasa disebut *joint*). *Joint* ini akan mengikat pikiran dan dapat membuat menjadi ketagihan. Nama lain dari tipe kanabis dalam berbagai kekuatan adalah *hemp, chasara, bhang, dagga, dinsemilia, ganja, gele, rumput atau grass, kangkong, oyen, marijuana, grass, pot, weed, tea, mary, jane* dan *cimenk*.

b. Psikotropika

Psikotropika adalah zat/obat yang berhasiat psikoaktif melalui susunan syaraf pusat secara khas mengubah aktivitas mental dan perilaku, disertai dengan munculnya halusinasi, ilusi, gangguan cara berpikir, perubahan alam perasaan dan dapat mengakibatkan ketergantungan dan memiliki efek stimulan bagi penggunaanya. Berdasarkan jenisnya obat psikotropika dibagi menjadi empat jenis, yaitu:

1. Psikotropika golongan I, merupakan psikotropika yang digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi. Contohnya bromamfetamin,

meskalin.

2. Psikotropika golongan II, merupakan psikotropika yang digunakan untuk ilmu pengetahuan dan terapi, Contohnya amfetamin, desamfetamin, fenetilin.
3. Psikotropika golongan III, merupakan psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan, ilmu pengetahuan tetapi potensinya lebih rendah dibandingkan golongan II. Contohnya amobarbital, pentazosin.
4. Psikotropika golongan IV, merupakan psikotropika yang berfungsi untuk pengobatan, ilmu pengetahuan dan potensinya sangat rendah. Contohnya Barbital, Dizepam, Luminal, Valium, Nitrazepam, Rohipnol, Mogadon.

Berdasarkan pengaruhnya terhadap susunan syaraf pusat manusia, psikotropika dikelompokkan menjadi:

- a) *Depressant*, bekerja dengan cara mengendorkan atau mengurangi aktivitas susunan syaraf pusat.
- b) Stimulan, bekerja dengan cara mengaktifkan kerja syaraf pusat.
- c) Halusinogen, yaitu bekerja dengan cara merangsang timbulnya perasaan halusinasi atau khayalan.

Penggunaan psikotropika biasaya dicampur dengan minuman beralkohol sehingga menimbulkan efek samping yang sama dengan narkotika.

1) Ekstasi

Ekstasi dengan rumus kimia 3,4 metilendioksimetamfetamin (MDMA) adalah salah satu obat psikotropika yang dibuat secara illegal di laboratorium dalam bentuk tablet atau kapsul. Ekstasi dapat membuat tubuh si pemakai memiliki energi yang lebih dan perasaan segar, mampu terjaga (tidak mengantuk) dan merasa tidak capek, Mem-

buat tubuh dan kepala untuk terus bergerak seperti joget/ dansa (*tripping* atau *gedeg*). Namun, penggunaan obat ini dapat mengurangi keinginan untuk minum, akibatnya pemakai dapat mengalami dehidrasi yang tinggi

2) Sabu-sabu

Nama aslinya *Methamphetamine*. Berbentuk kristal seperti gula atau bumbu penyedap masakan. Jenisnya antara lain yaitu *gold river*, *coconut* dan kristal. Sekarang ada yang berbentuk tablet. Obat ini dapat ditemukan dalam bentuk kristal dan tidak mempunyai warna maupun bau, sehingga disebut dengan kata lain yaitu *ice*. Obat ini juga mempunyai pengaruh yang kuat terhadap syaraf. Si pemakai sabu-sabu akan selalu bergantung pada obat bius dan akan terus berlangsung lama, bahkan bisa mengalami sakit jantung atau bahkan kematian. Sabu-sabu dikenal juga dengan *Glass*, *Quartz*, *Hirropon*, dan *Ice*

c. Zat Adiktif Lainnya

1. Nikotin

Nikotin terkandung dalam tembakau yang kemudian dibuat menjadi rokok. Kecanduan nikotin serupa dengan kecanduan obat-obatan keras seperti heroin atau kokain.

2. Minuman keras

Minuman keras merupakan semua jenis minuman yang mengandung alcohol.

3. *Voaltile Solvent* atau Inhalansia

Volatile Solvent atau Inhalansia adalah zat adiktif yang berbentuk cair. Zat ini mudah menguap, biasanya digunakan dengan cara dihirup/dihisap melalui hidung. Cara penggunaannya disebut Inhalansia atau orang sering menyebutnya *ngelem* (menghisap lem).

B. Epidemiologi Penggunaan Zat Adiktif Di Indonesia

Berdasarkan hasil Survei Nasional Penyalahgunaan Narkoba pada tahun 2021 oleh Badan Narkotika Nasional di 34 provinsi yang meliputi 176 kabupaten/kota dengan 3.345 blok sensus dan jumlah sampel 64.348. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dengan menggunakan sistem CAPI. Responden dipilih secara acak dengan menggunakan sistem tabel acak berdasarkan daftar anggota rumah tangga *eligible* (usia 15–64 tahun) pada rumah tangga terpilih. Sampel diambil melalui metode *stratified three stage cluster sampling* (penarikan sampel berkelompok tiga tahapan) dimana setiap provinsi dilakukan stratifikasi berdasarkan *frame matching* antara daerah rawan narkoba dan daerah tidak rawan narkoba, dengan daftar desa/kelurahan BPS. Suatu desa/kelurahan dinyatakan wilayah rawan narkoba maka seluruh blok sensus dalam desa/kelurahan sebagai blok sensus rawan narkoba (Pusat Penelitian, Data, 2021).

Angka prevalensi penyalahgunaan narkoba adalah angka yang menunjukkan berapa persen masyarakat yang menggunakan narkoba dibagi dengan jumlah penduduk secara keseluruhan. Hasil survei memperlihatkan bahwa angka prevalensi penyalahgunaan narkoba setahun pakai pada tahun 2021 adalah sebesar 1,95%. Artinya 195 dari 10.000 penduduk usia 15-64 tahun memakai narkoba dalam satu tahun terakhir. Sedang angka prevalensi pernah pakai sebesar 2,57% atau 257 dari 10.000 penduduk usia 15-64 tahun pernah memakai narkoba. Angka prevalensi setahun pakai lebih kecil dari angka prevalensi pernah pakai, menunjukkan bahwa kemungkinan sebagian penduduk usia 15-64 tahun yang pernah pakai narkoba, dalam setahun terakhir sudah tidak memakai narkoba lagi (Pusat Penelitian, Data, 2021).

Prevalensi penyalahgunaan narkoba di perkotaan lebih besar dibandingkan dengan di pedesaan. Kondisi ini disebabkan oleh

terdapatnya jaringan pengedar narkoba serta fasilitas yang mendukung di wilayah perkotaan. Kecenderungan laki-laki lebih banyak terpapar menjadi pengguna narkoba dibandingkan perempuan. Faktor lingkungan dan pergaulan sangat berpengaruh pada penyalahgunaan narkoba. Terdapat kelompok usia rentan penyalahgunaan narkoba, yaitu pada usia 50-64 tahun. Mayoritas pengguna narkoba memiliki kegiatan utama bekerja (Pusat Penelitian, Data, 2021).

Alasan penyalahgunaan narkoba bagi penyalahguna narkoba cukup beragam. Dari sembilan alasan penyalahgunaan narkoba, terdapat tiga alasan yang paling menonjol, yaitu ajakan atau bujukan teman ingin mencoba dan bersenang-senang. Kelompok kedua alasan penyalahgunaan narkoba yang memiliki persentase kecil adalah ketersediaan/mudah diberikan, stres akibat beban kerja/sekolah dan anggota keluarga menyalahgunakan narkoba. Sedangkan alasan penyalahgunaan narkoba yang dapat dikatakan sangat kecil atau tidak berarti adalah alasan konflik keluarga/hubungan tidak harmonis dalam keluarga dan dipaksa menyalahgunakan narkoba (Pusat Penelitian, Data, 2021).

Cara memperoleh narkoba yang paling banyak adalah diberikan secara gratis, yakni sebesar 78,0%. Pemberian secara gratis narkoba melalui jalur pertemanan kepada penyalahguna baru untuk pertama kali. Pemberian secara gratis ini ditujukan untuk menarik penyalahguna narkoba yang baru pertama coba sehingga menjadi ketagihan.

Tempat-tempat yang digunakan para penyalahguna sebagai tempat penyalahgunaan adalah rumah/kamar/apartemen/kos/asrama yang merupakan tempat paling banyak digunakan penyalahguna untuk menyalahgunakan narkoba. Tempat-tempat tersebut dianggap cukup aman bagi penyalahguna karena merupakan ruang privat yang tidak banyak mendapatkan pengawasan dari aparat penegak hukum maupun lingkungan masyarakat. Jika dilihat dari karakteristik

demografi, para penyalahguna baik di pedesaan maupun perkotaan juga banyak memanfaatkan rumah/kamar/apartemen/kos/asrama untuk menyalahgunakan narkoba (Pusat Penelitian, Data, 2021).

Berdasarkan jenis kelamin maka perempuan lebih banyak yang menyalahgunakan narkoba di rumah/kamar/apartemen/kos/asrama bila dibandingkan dengan laki-laki. Tempat kedua yang banyak dipakai untuk penyalahgunaan narkoba yakni rumah atau bangunan kosong, sebesar banyaknya bangunan kosong di wilayah perkotaan ini dimanfaatkan para penyalahguna narkoba untuk menyalahgunakan narkoba. Selain kedua tempat di atas, tempat hiburan malam (*café*/karaoke/ diskotik) masih menjadi tempat yang dimanfaatkan para penyalahguna untuk menyalahgunakan narkoba sebesar tempat lain yang dianggap aman dan juga dimanfaatkan oleh para penyalahguna narkoba serta di luar perkiraan justru di tempat kerja (Pusat Penelitian, Data, 2021).

C. Pengertian Modal Sosial dan Hubungannya dengan Penyalahgunaan Zat Adiktif

1. Pengertian Modal Sosial

Modal sosial adalah hubungan yang menjembatani antara individu dan kelompok masyarakat, yang memberi dampak positif bagi masing-masing pihak. Jaminan yang menghubungkan antar individu dan masyarakat bukanlah sesuatu yang muncul begitu saja, melainkan hasil dari interaksi secara individual maupun kolektif yang dilakukan baik secara sadar maupun tidak sadar sehingga menghasilkan relasi yang bersifat jangka panjang (Dollu, 2019).

2. Unsur-unsur modal sosial

Modal sosial bukanlah konsep yang tunggal melainkan konsep yang memiliki dimensi yang kompleks. Beberapa unsur model

sosial diantara adalah sebagai berikut (Sri Dwiyantari & Retor Kaligis, 2015):

a. Partisipasi dalam suatu jaringan

Modal sosial akan kuat bergantung pada kapasitas yang ada dalam kelompok masyarakat untuk membangun sejumlah asosiasi berikut membangun jaringannya.

b. *Reciprocity*

Kombinasi jangka pendek dan jangka panjang untuk membantu dan mementingkan kebutuhan orang lain. Seseorang atau sekelompok memiliki semangat membantu yang lain tanpa mengharap balasan

c. *Trust*

Sikap saling percaya dan saling mendukung, paling tidak yang lain tidak akan merugikan diri dan kelompoknya.

d. Norma Sosial

Pemahaman atau nilai-nilai dan harapan-harapan serta tujuan yang diyakini dan dijalankan bersama oleh sekelompok orang.

e. Nilai-nilai

Pilihan-pilihan yang turun-temurun dan dianggap benar dan penting oleh anggota kelompok masyarakat.

f. Tindakan yang proaktif

Keinginan yang kuat dari anggota kelompok untuk tidak hanya berpartisipasi namun juga mencari jalan bagi keterlibatan mereka dalam suatu kegiatan masyarakat.

3. Hubungan Modal Sosial dengan Penggunaan Zat Adiktif

Dalam rangka upaya penanggulangan meluasnya pengguna narkoba selain dapat dipandang sebagai potensi secara kuantitas, masyarakat merupakan potensi sosial yang dapat diharapkan memiliki arti yang signifikan dalam penanggulangan meluasnya

pengguna narkoba di masyarakat. Penanggulangan meluasnya pengguna narkoba di masyarakat tidak terlepas dengan konsep pembangunan masyarakat (Sri Dwiyantari & Retor Kaligis, 2015).

Berangkat dari prinsip bahwa mencegah (*preventif*) lebih baik daripada mengobati (*kuratif*) maka untuk keluar dari permasalahan narkoba diperlukan model penanggulangan yang sangat mendasar serta berdasarkan pada prinsip dasar yang mengandalkan kekuatan-kekuatan dan inisiatif warga masyarakat. Pendekatan ini dibangun atas asumsi bahwa pada dasarnya setiap komunitas selain memiliki modal sosial juga memiliki berbagai mekanisme pemecahan masalah (*problem solving*) yang seringkali lebih handal dibandingkan dengan mekanisme artifisial yang didesain orang luar secara instan (Sri Dwiyantari & Retor Kaligis, 2015).

Untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi mekanisme pemecahan masalah (*problem solving*) yang telah dimiliki masyarakat tersebut, maka Metode Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat menjadi metode kunci untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dalam permasalahan narkoba dan penanggulangannya. Metode tersebut juga perlu dikombinasikan dengan Metode Pekerjaan Sosial dengan kelompok yang mengedepankan berbagai teknik terapi kelompok dan manajemen akses setiap warga negara terhadap berbagai pelayanan yang tersedia. Pengguna metode-metode tersebut di atas perlu didasarkan pada hasil penerapan teknik-teknik asemen partisipatif yang berbasis masyarakat. Teknik-teknik seperti *Community Involvement (CI)*, *Participatory Learning Action (PLA)*, *Methods of Participatory Assessment (MPA)* dan lain-lain memegang peranan yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan upaya yang dilakukan (Sri Dwiyantari & Retor Kaligis, 2015).

IV. EVALUASI

Uraikan konsep modal sosial dan hubungannya dengan penyalahgunaan narkoba serta kajian dari artikel ilmiah yang sesuai!

DAFTAR PUSTAKA

- Dollu, E. B. S. (2019). Modal Sosial (Studi tentang Kumpo Kampo sebagai Strategi Melestarikan Kohesivitas pada Masyarakat Larantuka di Kabupaten Flores Timur). *Warta Governare: Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 1(1), 59–72. <https://journal.unwira.ac.id/index.php/WG/article/download/329/172/>
- Eliyawati. (2020). *Pembelajaran 4. Zat Aditif dan Zat Adiktif*. 12. <https://cdn-gbelajar.simpkb.id/s3/p3k/IPA/Kimia/Pembelajaran/IPA-KIMIA - PB4.pdf>
- GYTS. (2019). Lembar Informasi Indonesia 2019 (Global Youth Tobacco Survey). *World Health Organization*, 1–2. <https://www.who.int/indonesia/news/events/world-no-tobacco-day-2020>
- Karo, M. B., Ernawati, & Luluk, W. (n.d.). *Kesehatan Reproduksi Reamaja Dan Napza*. Rena Cipta Mandiri.
- Pusat Penelitian, Data, dan I. B. N. N. (2021). Indonesia Drugs Report. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (Vol. 5, Issue 2, pp. 40–51).
- Sri Dwiyantari, M., & Retor Kaligis, dan A. (2015). Penguatan Komunitas Melalui Pemanfaatan Modal Sosial Untuk Penanggulangan Penyalahgunaan Narkoba Di Masyarakat. *Desember*, 2(2), 43.
- Yahya, F., Fadhila, & N.U.U. (2020). Penyalahgunaan Zat Adiktif Oleh Anak Di Bawah Umur (Studi Kasus di Kecamatan Blangkejeren KAbupaten Gayo Lues). *Jurnak Legitimasi9* (1), 9 (1), 17–45.

