

ETIKA

DAN PERILAKU KESEHATAN

UUNo. 28 Tahun 2014 tentang Hak
Cipta Ketentuan Pidana
Pasal 113

- 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 100.000.000,00 (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 g 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 dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

ETIKA DAN PERILAKU KESEHATAN

Dr. Irwan S.KM, M.Kes



ETIKA

DAN PERILAKU KESEHATAN

Cetakan I Mei 2017

xii+227 hlm.; 15,5 cm x 23 cm

ISBN: 978-602-1083-68-0

Penulis

Dr. Irwan. S.KM, M.Kes

Desain Cover

Narto A.

Layout

Eko Taufiq

Penerbit

CV. ABSOLUTE MEDIA

Krapyak Kulon RT 03 No. 100, Panggunharjo Sewon Bantul
Yogyakarta

Email: absolutemedia09@yahoo.com

Telp: 087839515741 / 082227208293

Website: www.penerbitabsolutemedia.com

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya sehingga kami berhasil menyelesaikan buku ini yang Alhamdulillah buku ini merupakan karya kami yang ketiga dalam rentetan usaha dan niat baik dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa khususnya dalam bidang kesehatan masyarakat.

Buku ini berisikan tentang informasi kesehatan masyarakat dalam konteks etika dan perilaku kesehatan lebih khususnya membahas tentang ruang lingkup dan sejarah kesehatan masyarakat, konsep sehat dan sakit, etika dan perilaku kesehatan. Kami berharap buku ini dapat memberikan informasi tambahan kepada kita semua khususnya kepada mahasiswa kesehatan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan.

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah SWT senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin.

Gorontalo, April 2017

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT.....	1
1.1. Pengertian Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	1
1.2. Sejarah Kesehatan Masyarakat.....	3
1.3. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat.....	5
1.4. Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Pohon Ilmu.....	6
1.4. Upaya-upaya Kesehatan Masyarakat.....	7
1.6. Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia	8
1.7. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat.....	10
1.8. Paradigma Sehat.....	12
1.9. Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia.....	15
BAB 2 KONSEP SEHAT DAN SAKIT.....	23
2.1. Pengertian Sehat dan Sakit.....	23
2.1.1. Pengertian sehat.....	24
2.1.2. Pengertian sakit.....	26
2.2. Pengertian Penyakit.....	28
2.3. Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Individu.....	29
2.4. Ruang lingkup Sehat dan Sakit.....	30
2.4.1. Sehat dan sakit berdasarkan dimensi Sosial, Medis dan Psikologis.....	30
2.4.2. Konsep Sehat dan Sakit dalam Aspek Sosial.....	32
2.4.3. Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial budaya.....	33
2.4.4. Konsep Sehat Sakit menurut Budaya Masyarakat.	34

BAB 3 KONSEP KEJADIAN PENYAKIT.....	39
3.1. Kejadian Penyakit.....	39
3.2. Persepsi Masyarakat Terhadap Sakit dan Penyakit.....	41
3.3 . Konsep Sakit berdasarkan Trias Epidemiologi.....	42
3.4. Distribusi Penyakit berdasarkan Orang, Tempat dan Waktu	45
3.5. Riwayat Alamiah Penyakit.....	51
3.6. Pencegahan Penyakit.....	54
3.6.1. Pencegahan primer.....	54
3.6.2. Pencegahan sekunder.....	55
3.6.3. Pencegahan Tersier.....	56
BAB 4 KONSEP ETIKA DALAM KESEHATAN	
MASYARAKAT.....	57
4.1. Pengertian Etika.....	57
4.2. Jenis-Jenis Etika.....	60
4.2.1. Etika deskriptif.....	61
4.2.2. Etika normatif.....	62
4.2.3. Etika Khusus.....	62
4.3. Etika Dalam Kesehatan Masyarakat.....	64
4.3.1. Etika dalam Pelayanan Kesehatan.....	67
4.3.2. Etiko Medikolegal.....	68
4.3.3. Bioetika Medis.....	68
4.3.4. Petunjuk Medikolegal dalam Pelayanan Kesehatan	69
4.4. Prinsip Dasar Etika Kesehatan.....	71
4.4.1. Beneficence (Berbuat baik).....	72
4.4.2. Non-Malficence (Tidak merugikan).....	73
4.4.3. Justice (Keadilan).....	73
4.4.4. Autonomy {Otonomi}.....	74
4.4.5. Confidentiality (kerahasiaan).....	75
4.4.6. Fidelity (Menepati janji).....	75
4.4.7. Fiduciarity (Kepercayaan)	76

4.5.	Etika Dalam Penelitian Kesehatan.....	76
4.5.1.	Sejarah Etik Penelitian Kesehatan.....	81
4.5.2.	Penelitian Yang Membutuhkan Ethical Clearance	84
4.6.	Tindakan Medis (Informed Consent).....	85
4.6.1.	Pengertian Informed Consent.....	85
4.6.1.	Fungsi dan Tujuan Informed Consent.....	90
4.6.2.	Pengaturan Hukum Informed Consent.....	91
4.7.	Standar dan Prinsip Etik Penelitian Kesehatan.....	94
4.7.1.	Etika Penelitian pada Hewan Percobaan.....	96
4.7.2.	Etika Penelitian dengan menggunakan Bahan Biologik Tersimpan (BBT).....	99
4.7.3.	Etika Pada Penelitian Sosial Budaya.....	102
BAB 5	KONSEP PERILAKU KESEHATAN.....	105
5.1.	Pengertian Perilaku.....	105
5.2.	Proses Pembentukan Perilaku.....	110
5.3.	Domain Perilaku.....	115
5.3.1.	Pengetahuan.....	115
5.3.2.	Sikap (Attitude).....	118
5.3.3.	Praktik atau Tindakan.....	119
5.4.	Perilaku Kesehatan.....	121
5.5.	Bentuk –Bentuk Perilaku Kesehatan.....	123
5.6.	Perilaku Terhadap Sakit dan Penyakit.....	124
5.7.	Perilaku Sakit (<i>Illness Behavior</i>).....	125
5.7.1.	Definisi Perilaku Sakit.....	125
5.7.2.	Penyebab Perilaku Sakit.....	126
5.7.3.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Sakit	128
5.7.4.	Tahap-tahap Perilaku Sakit.....	129
5.7.5.	Dampak Sakit.....	132
5.8.	Perilaku Peran Sakit (<i>The Sick role Behavior</i>).....	134
5.9.	Perilaku Pencegahan Penyakit.....	137

5.10. Perilaku Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan.....	139
5.10.1. Perilaku Pemeliharaan Kesehatan . (<i>Health Maintenance</i>).....	139
5.10.2. Perilaku Terhadap Lingkungan Kesehatan (<i>Environmental behaviour</i>).....	140
5.10.3. Perilaku Hidup Sehat.....	141
BAB 6 TEORI-TEORI PERILAKU KESEHATAN.....	143
6. 1. Teori Snehandu B.Kar.....	143
6.2 . Teori <i>Health Belief Model</i>	144
6.3. <i>Theory Self efficacy</i>	152
6.4. Teori Dukungan Sosial (<i>Social Support Theory</i>).....	157
6.4.1. Pengertian dukungan sosial.....	157
6.4.2. Faktor- faktor yang mempengaruhi . dukungan social.....	159
6.5. <i>Theory Social Cognitive of Self-Regulation</i>	161
6.6. <i>Theory of Planned Behavior</i>	164
6.6.1. Pengertian Teori <i>Planned Behavior</i>	164
6.6.2. Sejarah Teori <i>Planned Behavior</i>	165
6.6.3. Intensi.....	167
6.6.4. Pengukuran Intensi.....	171
6.6.5. Sikap (<i>Attitude</i>).....	172
6.6.6. Norma Subyektif.....	175
6.6.7. <i>Perceived behavioral control (PBC)</i>	177
6.6.8. Variabel Lain yang Mempengaruhi Intensi.....	181
6.7. Teori " <i>Precede-Proceed Model</i> " Lawrence Green (1991).....	182
6.7.1. Faktor Predisposisi (<i>Predisposing factors</i>).....	182
6.7.2. Faktor pemungkin atau pendukung . (<i>Enabling factors</i>).....	182
6.7.3. Faktor penguat (<i>Reinforcing factors</i>).....	183

BAB 7 KONSEP PERUBAHAN PERILAKU.....	185
7.1. Konsep Perubahan.....	185
7.2. Perubahan Perilaku.....	185
7.2.1. Faktor Internal.....	186
7.2.2. Faktor Eksternal.....	187
7.3. Tahap-Tahap Perubahan Perilaku.....	188
7.3.1.. Pengetahuan.....	189
7.3.2. Sikap.....	190
7.3.3. Praktik (Tindakan).....	190
7.4. Bentuk dan Strategi Perubahan Perilaku.....	191
7.4.1. Karena terpaksa (<i>Compliance</i>).....	193
7.4.2. Karena Meniru (<i>Identification</i>).....	194
7.4.3. Karena Menghayati (<i>Iinternalization</i>).....	194
7.5. Proses Perubahan Perilaku.....	195
7.5.1. Menyadari.....	197
7.5.2. Mengganti.....	197
7.5.3. Mengintrospeksi.....	198
7.6. Cara-Cara Perubahan Perilaku.....	199
7.6.1. Dengan Paksaan.....	199
7.6.2. Dengan memberi imbalan.....	200
7.6.3. Dengan membina hubungan baik.....	200
7.6.4. Dengan menunjukkan contoh-contoh.....	200
7.6.5. Dengan memberikan kemudahan.....	200
7.6.6. Dengan menanamkan kesadaran dan motivasi.....	201
7.7. Respon Terhadap Suatu Perubahan.....	201
7.8. Sepuluh Teori Perubahan Perilaku.....	203
7.8.1. Teori <i>Model Transstheoretical</i>	203
7.8.2. Teori S-O-R.....	207
7.8.3. Teori Perubahan " <i>Driving Forces</i> ".....	207
7.8.4. Teori Perubahan Fungsi.....	208
7.8.5. Teori Perubahan <i>Dissonance</i>	208

7.8.6. Teori Lewin	209
7.8.7. Teori Lippitt	209
7.8.8. Teori Rogers	210
7.8.9. Teori Havelock.....	210
7.8.10. Teori Spradley	210
DAFTAR PUSTAKA	213
INDEKS	221
GLOSARIUM	225
BIOGRAFI PENULIS	227

BAB 1

KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

1.1 Pengertian Ilmu Kesehatan Masyarakat

Definisi Ilmu Kesehatan Masyarakat mengalami evolusi seiring berjalannya waktu. Definisi awal ilmu kesehatan masyarakat terbatas kepentingannya untuk mengukur sanitasi dalam melawan gangguan dan bahaya (risiko) kesehatan yang individu tidak mampu menanggulangnya. Sehingga sanitasi yang buruk dan penyebaran penyakit sebagai patokan dalam memecahkan masalah kesehatan, menjadi ruang lingkup ilmu kesehatan masyarakat.

Penemuan-penemuan baru dalam bakteriologi dan imunologi pada akhir abad XIX dan awal abad XX, dan perkembangan aplikasinya, menambah cakupan ilmu kesehatan masyarakat dengan konsep pencegahan penyakit pada individu. Ilmu kesehatan masyarakat seperti menjadi gabungan antara ilmu kesehatan lingkungan dan ilmu kedokteran, bahkan ilmu sosial. Winslow (tahun 1920) berusaha keras untuk meyakinkan kebenaran definisinya tentang ilmu kesehatan masyarakat, dan hubungannya dengan bidang ilmu lain. Winslow mendefinisikan ilmu kesehatan masyarakat sebagai Ilmu dan seni tentang pencegahan penyakit, memperlama hidup, dan meningkatkan derajat kesehatan, serta mengatur komunitas agar berupaya untuk:

1. Menjaga sanitasi lingkungan,
2. Mengendalikan penularan infeksi,
3. Melakukan pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri bagi individu,
4. Mengatur pelayanan kesehatan untuk diagnosis dini, pencegahan dan pengobatan penyakit,

5. Mengembangkan sarana dan prasarana sosial untuk menjamin setiap anggota komunitas memiliki standar hidup yang cukup untuk mempertahankan status kesehatannya.

Definisi Winslow ini meskipun bersifat komprehensif dan tepat pada zamannya, dan sebagian masih layak digunakan sampai saat ini, namun memiliki kelemahan. Definisi ini memungkinkan masuknya hampir semua lingkup pelayanan sosial yang berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan, padahal harapan masyarakat pada kesehatan terus berubah. Penekanan pada memperlama hidup telah mulai berubah menjadi umur panjang dengan batas yang mungkin dicapai, ditambah dengan hal yang penting yaitu kualitas hidup yang baik. Winslow juga tidak memasukkan upaya perawatan medis (*medical care*) dan kesehatan mental dalam definisinya Menurut UU kesehatan No.23 tahun 1992 Keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Badan Kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental, dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Pender, (1992) Sehat adalah aktualisasi atau 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 struktural.

Ilmu Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni pencegahan penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik dan efisiensi melalui usaha yang terorganisir dari masyarakat untuk sanitasi lingkungan, pengendalian infeksi pada masyarakat, pendidikan individu untuk melakukan higiene perorangan, organisasi pelayanan medis dan keperawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan preventif dari penyakit, dan pembangunan mesin sosial yang akan memastikan setiap individu dalam suatu masyarakat memiliki standard kehidupan yang layak untuk memelihara kesehatannya.

Menurut Winslow (1920) bahwa Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) adalah Ilmu dan Seni : mencegah penyakit, memperpanjang

hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian masyarakat” untuk :

- a. Perbaiki sanitasi lingkungan
- b. Pemberantasan penyakit-penyakit menular
- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
- d. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Pendekatan ilmu kesehatan masyarakat terhadap masalah kesehatan telah dideskripsikan menjadi proses 5 langkah yang meliputi :

1. Menetapkan masalah kesehatan masyarakat;
2. Mengidentifikasi faktor risiko yang berhubungan dengan masalah kesehatan
3. Mengembangkan intervensi di tingkat masyarakat untuk mengendalikan atau mencegah penyebab masalah;
4. Menerapkan intervensi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
5. Monitoring intervensi untuk menilai efektivitasnya.

1.2 Sejarah Kesehatan Masyarakat

Berbicara kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Berdasarkan cerita Mitos Yunani tersebut Asclepius disebutkan sebagai seorang dokter pertama yang tampan dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan apa yang telah ditempuhnya, tetapi diceritakan bahwa ia telah dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu dengan baik.

Hegeia, seorang asistennya yang juga istrinya juga telah melakukan upaya kesehatan. Bedanya antara Asclepius dengan Higeia dalam pendekatan/penanganan masalah kesehatan adalah ;

- a. Asclepius melakukan pendekatan (pengobatan penyakit), setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang.
- b. Higeia mengajarkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah kesehatan melalui “hidup seimbang”, seperti menghindari makanan/minuman yang beracun, makan makanan yang bergizi (baik) cukup istirahat dan melakukan olahraga. Apabila orang sudah jatuh sakit Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya secara alamiah untuk menyembuhkan penyakitnya tersebut, antara lain lebih baik dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik, daripada dengan pengobatan/ pembedahan.

Dari cerita dua tokoh di atas, berkembanglah 2 aliran/pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Kelompok pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit), yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif/pengobatan. Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan fisik, mental maupun sosial. Sedangkan kelompok kedua, seperti halnya pendekatan Higeia, cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadi penyakit. Ke dalam kelompok ini termasuk para petugas kesehatan masyarakat lulusan-lulusan sekolah/institusi kesehatan masyarakat dari berbagai jenjang.

Dalam perkembangan selanjutnya, seolah-olah terjadi dikotomi antara kelompok kedua profesi, yaitu pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*), dan pelayanan pencegahan/preventif (*preventive health care*). Kedua kelompok ini dapat dilihat perbedaan pendekatan :

- a. Pendekatan kuratif :
 - 1) Dilakukan terhadap sasaran secara individual.
 - 2) Cenderung bersifat reaktif (menunggu masalah datang, misal dokter menunggu pasien datang di Puskesmas/tempat praktek).
 - 3) Melihat dan menangani klien/pasien lebih kepada sistem biologis manusia/pasien hanya dilihat secara parsial

(padahal manusia terdiri dari bio-psiko-sosial yang terlihat antara aspek satu dengan lainnya.

- b. Pendekatan preventif,
 - 1) Sasaran/pasien adalah masyarakat (bukan perorangan).
 - 2) Menggunakan pendekatan proaktif, artinya tidak menunggu masalah datang, tetapi mencari masalah. Petugas turun di lapangan/masyarakat mencari dan mengidentifikasi masalah dan melakukan tindakan.
 - 3) Melihat klien sebagai makhluk yang utuh, dengan pendekatan holistik. Terjadiya penyakit tidak semata karena terganggunya sistem biologis tapi aspek bio-psiko-sosial.

1.3 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup :

- a. Ilmu biologi
- b. Ilmu kedokteran
- c. Ilmu kimia
- d. Fisika
- e. Ilmu Lingkungan
- f. Sosiologi
- g. Antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat)
- h. Psikologi
- i. Ilmu pendidikan

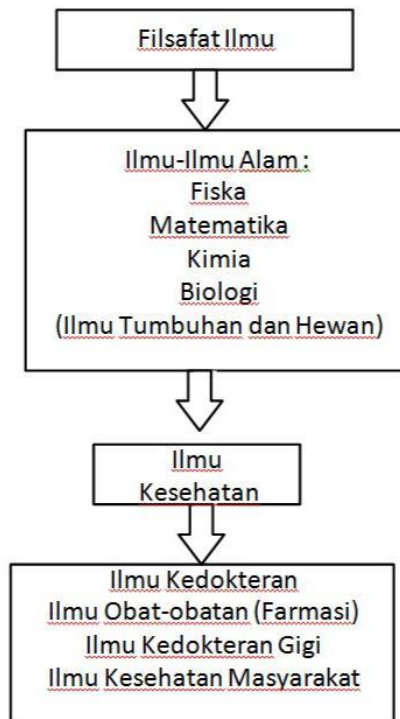
Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain sbb :

- 1. Epidemiologi.
- 2. Biostatistik/Statistik Kesehatan.

3. Kesehatan Lingkungan.
4. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
5. Administrasi Kesehatan Masyarakat.
6. Gizi Masyarakat.
7. Kesehatan Kerja.

1.4 Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Pohon Ilmu

Dalam pohon ilmu (*The Body of Knowledge*), maka Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) dapat dilihat dalam diagram sebagai berikut di bawah ini:



Alam gambar tersebut di atas, kenyataannya Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) dilahirkan dari rahim Ilmu Kedokteran, karena

dalam sejarah Ilmu Kesehatan Masyarakat itu diselenggarakan untuk menopang penyelenggaraan Pendidikan Calon Dokter, sehingga Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Masyarakat itu ibarat mata uang logam yang memperlihatkan bahwa sisi yang satu tidak dapat dipisahkan dari sisi mata uang lainnya.

Dilihat dari 5 tahap pencegahan, maka seharusnya yang dirnaksudkan itu seorang dokter mampu melakukan 5 tahap itu seluruhnya, yaitu sejak dan tahap promotif, preventif, protektif, kuratif dan rehabilitatif, jadi kiranya pada titik inilah sebenarnya Ilmu Kesehatan Masyarakat diselenggarakan di dalam penyelenggaraan pendidikan dokter, yaitu agar dokter mampu memahami Ilmu Kesehatan Masyarakat

1.4 Upaya-upaya Kesehatan Masyarakat

Masalah Kesehatan Masyarakat adalah multikausal, maka pemecahannya harus secara multidisiplin. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat sebagai seni atau prakteknya mempunyai bentangan yang luas. Semua kegiatan baik langsung maupun tidak untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (terapi fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitatif) kesehatan (fisik, mental, sosial) adalah upaya kesehatan masyarakat.

Secara garis besar, upaya-upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut:

- a. Pemberantasan penyakit, baik menular maupun tidak menular.
- b. Perbaikan sanitasi lingkungan
- c. Perbaikan lingkungan pemukiman
- d. Pemberantasan Vektor
- e. Pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat
- f. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
- g. Pembinaan gizi masyarakat
- h. Pengawasan Sanitasi Tempat-Tempat Umum

- i. Pengawasan Obat dan Minuman
- j. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

1.6 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Abad Ke-16	Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan
	kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.
Tahun 1807	Pemerintahan Jendral Daendels, telah dilakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi pada waktu itu, tetapi tidak berlangsung lama, karena langkanya tenaga pelatih.
Tahun 1888	Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, yang kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.
Tahun 1925	Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.
Tahun 1927	STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia
Tahun 1930	Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan
Tahun 1935	Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.

Tahun 1951	Diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) oleh Dr.Y. Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena), yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari
	Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut Puskesmas .
Tahun 1952	Pelatihan intensif dukun bayi dilaksanakan
Tahun 1956	Dr.Y.Sulianti mendirikan —Proyek Bekasil sebagai proyek percontohan/model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan, sebuah model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis.
Tahun 1967	Seminar membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan masyarakat Indonesia. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari Puskesmas tipe A, tipe B, dan C.
Tahun 1968	Rapat Kerja Kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Depkes) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya/ kabupaten.
Tahun 1969	Sistem Puskesmas disepakati 2 saja, yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa Pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah Kabupaten di tiap Propinsi.

Tahun 1979	Tidak dibedakan antara Puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja, yang dikepalai seorang dokter dengan stratifikasi puskesmas ada 3 (sangat baik, rata-rata dan standard). Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain, yaitu Micro Planning untuk perencanaan, dan Lokakarya Mini (LokMin) untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerjasama tim.
Tahun 1984	Dikembangkan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas (KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare, Immunisasi)
awal tahun 1990-an	Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Sumber : Notoatmodjo, 2003

1.7 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

Menurut Hendrik L. Bloom ada empat faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat yaitu lingkungan , perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Dari bagian tersebut dapat dilihat bahwa faktor yang paling mempengaruhi derajat kesehatan adalah faktor lingkungan, kemudian disusul oleh faktor perilaku pelayanan kesehatan dan terakhir keturunan. Uraian faktor - faktor tersebut adalah :

1. Lingkungan hidup

Fisik: sampah, air, udara, perumahan dsb.

Sosial : kebudayaan , pendidikan, ekonomi (interaksi manusia)

Biologi : hewan , jasad remik, tetumbuhan.

2. Perilaku

Merupakan adat atau kebiasaan dari masyarakat. Sehat tidaknya lingkungan dan keluarga tergantung perilaku.

3. Pelayanan kesehatan

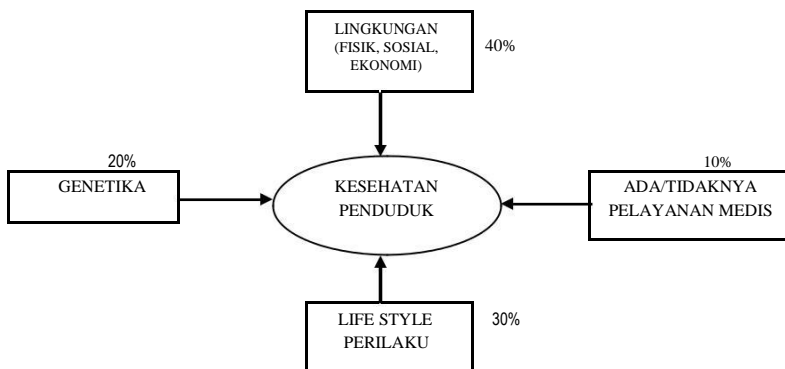
Peranan pelayanan kesehatan adalah :

- a) Menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan penyakit pengobatan, dan perawatan kesehatan.
- b) Dipengaruhi oleh faktor lokasi atau jarak ke tempat pelayanan kesehatan sumber daya manusia, informasi kesesuaian program pelayanan kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.

4. Keturunan

Faktor keturunan adalah faktor yang telah ada dalam diri manusia yang dibawa sejak lahir. Sebagai contoh : diabetes mellitus, asma, epilepsy, retardasi mental, hipertensi, buta warna.

DETERMINAN KESEHATAN HENDRICK H. BLUM (1974)



Upaya -upaya kesehatan masyarakat meliputi 4 area kegiatan yaitu: upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

1. Promotif

Adalah usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan ,meliputi usaha-usaha untuk peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan , olahraga teratur dan istirahat cukup sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal.

2. Preventif

Adalah usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit meliputi usaha-usaha pemberian imunisasi (bayi, anak, bumil). Pemeriksaan kesehatan berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini.

3. Kuratif

Adalah usaha yang ditujuikan kepada orang yang sakit untuk diobati secara tepat dan adekuat sehingga kesehatan pulih.

4. Rehabilitative

Adalah usaha yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya, untuk memperbaiki kelemahan fisik mental dan sosial pasien sebagai akibat dari penyakit yang dideritanya meliputi latihan-latihan terprogram pisioterafi.

1.8 Paradigma Sehat

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 Mexico (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 mempengaruhi kesehatan penduduk.

Menurut Hendrik L. Blum (1974) dalam Azrul A. (1992) status kesehatan penduduk bukanlah hasil pelayanan medis semata-mata akan tetapi faktor-faktor lain seperti lingkungan, perilaku dan genetika justru lebih menentukan terhadap status kesehatan penduduk, dimana perubahan pemahaman dan pengetahuan tentang determinan kesehatan tersebut, tidak diikuti dengan perubahan kebijakan dalam upaya pelayanan kesehatan di Indonesia, seperti membuat peraturan perundang-undangan yang penting dalam Undang-undang kesehatan No. 23 tahun 1992 terutama yang berkaitan dengan upaya promotif dan preventif.

Dalam perkembangan reformasi politik mempengaruhi kebijaksanaan pembangunan kesehatan era reformasi untuk Indonesia telah terjadi perubahan pola pikir dan konsep dasar strategis pembangunan kesehatan dalam bentuk paradigma sehat. Sebelumnya pembangunan kesehatan cenderung menggunakan paradigma sakit dengan menekankan upaya- upaya pengobatan (kuratif) terhadap masyarakat Indonesia dengan kata lain strategi pembangunan bersifat hilir tidak menyelesaikan akar permasalahan kesehatan.

Perubahan paradigma dan re- orientasi mendasar dengan mempertimbangkan jumlah penduduk sebagai sasaran pembangunan kesehatan dimana 85% masyarakat kita berada dalam kondisi yang sehat dan hanya maksimal 15% dalam keadaan sakit, sehingga prioritas kebijakan kesehatan harus lebih dominan pada intervensi orang sehat dalam bentuk promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif terhadap penduduk yang sakit.

Paradigma Sehat adalah cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistic. Melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor. Upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, bukan hanya pemyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan tetapi bagaimana menjadikan orang tetap dalam kondisi sehat. Kesehatan dipengaruhi banyak faktor, yang utama lingkungan dan perilaku. Kesehatan juga merupakan hak azasi manusia dan menentukan kualitas hidup sumber daya manusia. Sejalan dengan

berkembangnya waktu paradigma pelayanan kesehatan sedang dikaji ulang.

Paradigma sehat adalah perubahan orientasi pembangunan kesehatan dari penanaman pada pendekatan kuratif menuju pendekatan promotif dan preventif sebagai upaya prioritas, untuk mewujudkan program tersebut saat ini telah diperkenalkan program gerakan masyarakat sehat, gerakan ini menjadi bagian rencana strategis pemerintah yang dilaksanakan dalam kerangka konsep *five level prevention* atau dikenal dengan lima tahap pencegahan. Kelima tahap tersebut dilaksanakan secara berjenjang dan skala prioritas yang diawali dengan ; *Health promotion*, *Spesific protection*, *Rarly diagnosis* dan *Promt treatment*, *Dissability limitation* dan *Rehabilitation*. Gerakan masyarakat sehat sebagai bagian dari perubahan orientasi paradigma sehat.

Agar pelayanan kesehatan relevan dengan peningkatan derajat kesehatan bangsa perlu kebijakan-kebijakan baru dalam pelayanan kesehatan. Paradigma kesehatan masyarakat adalah Orientasi pelayanan kesehatan dari pelayanan kesehatan yang konvensional (paradigma sakit) ke pelayanan kesehatan yang sesuai dengan paradigma baru (Paradigma sehat), Pelayanan Kesehatan Konvensional yang mempunyai karakteristik :

- 1) Sehat dan sakit dipandang sebagai dua hal seperti ”hitam” dan ”putih”
- 2) Pelayanan kesehatan diasosiasikan dengan pengobatan dan penyembuhan
3. 3) Pelayanan kesehatan diidentikkan dengan rumah sakit dan poliklinik
- 4) Tujuan pelayanan kesehatan untuk meringankan penderitaan dan menghindarkan dari kesakitan dan kematian
- 5) Tenaga pelayanan kesehatan utamanya dokter
- 6) Sasaran utama pelayanan kesehatan adalah individu yang sakit

Berdasarkan ciri tersebut diatas, program- program pelayanan kesehatan hanya untuk kelangsungan hidup saja (*Health Programs for*

Survival), dan harus digeser ke Pelayanan Kesehatan Paradigma Baru atau Paradigma Sehat, yang mempunyai karakteristik :

- a. Sehat dan sakit bukan sesuatu yang hitam dan putih, sehat bukan berarti tidak sakit, dan sakit tidak berarti tidak sehat
- b. Pelayanan kesehatan tidak hanya penyembuhan dan pemulihan, tetapi mencakup preventif dan promotif
- c. Pelayanan kesehatan bukan hanya Rumah Sakit, dan Poliklinik
- d. Tujuan pelayanan kesehatan utamanya peningkatan kesehatan (promotif), dan pencegahan penyakit (preventif)
- e. Tenaga pelayanan kesehatan utamanya : untuk kesehatan masyarakat
- f. Sasaran utama pelayanan adalah kelompok atau masyarakat yang sehat.

Gerakan masyarakat hidup sehat menjadi salah satu program prioritas kementerian kesehatan yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif. Gerakan Masyarakat hidup sehat didukung oleh kegiatan-kegiatan prioritas yang dilaksanakan secara berjenjang di tingkat desa sampai ketinggian Kabupaten/Kota dan Provinsi.

1.9 Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Perubahan masalah kesehatan ditandai dengan terjadinya berbagai macam transisi kesehatan berupa transisi demografi, transisi epidemiologi, transisi gizi dan transisi perilaku. Transisi kesehatan ini pada dasarnya telah menciptakan beban ganda (*double burden*) masalah kesehatan.

1. Transisi demografi, misalnya mendorong peningkatan usia harapan hidup yang meningkatkan proporsi kelompok usia lanjut sementara masalah bayi dan BALITA tetap menggantung.
2. Transisi epidemiologi, menyebabkan beban ganda atas penyakit menular yang belum pupus ditambah dengan penyakit tidak menular yang meningkat dengan drastis.

3. Transisi gizi, ditandai dengan gizi kurang dibarengi dengan gizi lebih.
4. Transisi perilaku, membawa masyarakat beralih dari perilaku tradisional menjadi modern yang cenderung membawa resiko.

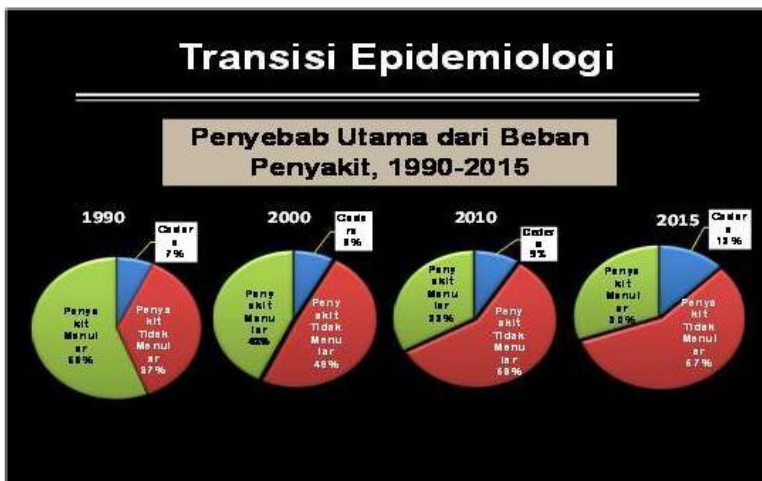
Masalah kesehatan tidak hanya ditandai dengan keberadaan penyakit, tetapi gangguan kesehatan yang ditandai dengan adanya perasaan terganggu fisik, mental dan spiritual. Gangguan pada lingkungan juga merupakan masalah kesehatan karena dapat memberikan gangguan kesehatan atau sakit. Di negara kita mereka yang mempunyai penyakit diperkirakan 15% sedangkan yang merasa sehat atau tidak sakit adalah selebihnya atau 85%. Selama ini nampak bahwa perhatian yang lebih besar ditujukan kepada mereka yang sakit. Sedangkan mereka yang berada di antara sehat dan sakit tidak banyak mendapat upaya promosi. Untuk itu, dalam penyusunan prioritas anggaran, peletakan perhatian dan biaya sebesar 85 % seharusnya diberikan kepada 85% masyarakat sehat yang perlu mendapatkan upaya promosi kesehatan.

Jika kita berbicara masalah kesehatan maka masalah kesehatan itu bukan saja berbicara soal teori dalam suatu lingkungan masyarakat itu sendiri, karena terkadang masyarakat mengalami beberapa masalah tentang penyakit, gizi makanan, kesehatan lingkungan, Namun masalah itu juga berbicara bagaimana aplikasi atau penerapan dari teori tersebut untuk menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat sehingga berguna untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia mengalami perkembangan yang sangat berarti dalam beberapa tahun terakhir. Perkembangan ini memperlihatkan dampak dari ekspansi penyediaan fasilitas kesehatan publik di tahun 1970 hingga saat ini, serta dampak dari program keluarga berencana. Meski demikian masih terdapat tantangan baru sebagai akibat perubahan sosial dan ekonomi, masalah kesehatan masyarakat Indonesia yang dialami saat ini meliputi :

1. Beban ganda penyakit. Dimana pola penyakit yang diderita oleh masyarakat adalah penyakit infeksi menular dan pada waktu yang

bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular, sehingga Indonesia menghadapi beban ganda pada waktu yang bersamaan (*double burden*) Indonesia saat ini berada pada pertengahan transisi epidemiologi dimana penyakit tidak menular meningkat drastis sementara penyakit menular masih menjadi penyebab penyakit yang utama. Kemudian saat ini penyakit kardiovaskuler (jantung) menjadi penyebab dari 30 persen kematian di Jawa dan Bali. Indonesia juga berada diantara sepuluh negara di dunia dengan penderita diabetes terbesar. Di saat bersamaan penyakit menular dan bersifat parasit menjadi penyebab dari sekitar 22 persen kematian.

Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia juga lebih tinggi dibandingkan dengan kebanyakan negara tetangga. Satu dari dua puluh anak meninggal sebelum mencapai usia lima tahun dan seorang ibu meninggal akibat proses melahirkan dari setiap 325 kelahiran hidup. Perubahan yang diiringi semakin kompleksnya pola penyakit merupakan tantangan terbesar bagi sistem kesehatan di Indonesia. Dampak dari transisi epidemiologi tersebut diatas antara lain terjadinya peningkatan keadian penyakit-penyakit *Non Communicable disease*, sebagaimana dijelaskan pada gambar berikut ini ;



Sumber : Double Bourden Of Disease & WHO NCD Country Profile 2014.

2. Masih tingginya disparitas status kesehatan.

Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. Dibanyak propinsi, angka kematian bayi dan anak terlihat lebih buruk dibandingkan dengan situasi di beberapa negara Asia termiskin. Kelompok miskin mendapatkan akses kesehatan yang paling buruk dan umumnya mereka sedikit mendapatkan imunisasi ataupun mendapatkan bantuan tenaga medis yang terlatih dalam proses melahirkan. Kematian anak sebelum mencapai usia lima tahun dari keluarga termiskin mencapai sekitar empat kali lebih tinggi dibandingkan anak dari keluarga terkaya. Tingginya tingkat terkena penyakit, baik yang disebabkan dari penyakit menular maupun penyakit tidak menular, telah mengurangi kemampuan orang miskin untuk menghasilkan pendapatan, dan hal ini berdampak pada lingkaran setan kemiskinan.

3. Kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih rendah.

Angka penduduk yang diimunisasi mengalami penurunan semenjak pertengahan 1990, dimana hanya setengah dari anak-anak di Indonesia yang diimunisasi. Indonesia bahkan telah tertinggal dibandingkan dengan negara-negara seperti Filipina dan Bangladesh. Program kontrol penyakit tuberkulosis (TB) diindikasikan hanya mengurangi kurang dari sepertiga penduduk yang diperkirakan merupakan penderita baru tuberkulosis. Secara keseluruhan, penggunaan fasilitas kesehatan umum terus menurun dan semakin banyak orang Indonesia memilih fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pihak swasta ketika mereka sakit.

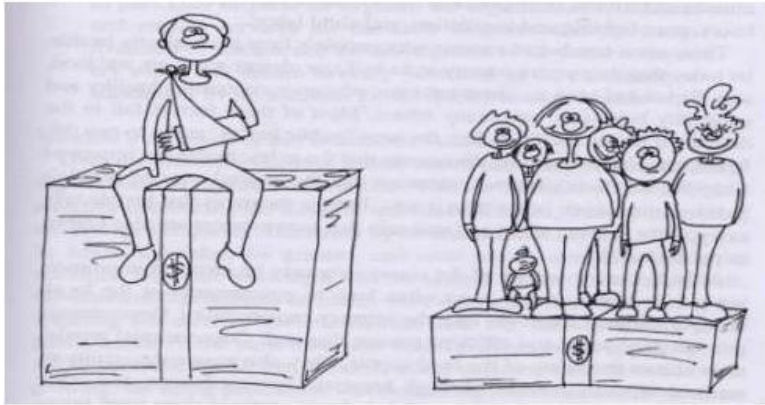
Di sebagian besar wilayah Indonesia, sektor swasta mendominasi penyediaan fasilitas kesehatan dan saat ini terhitung lebih dari dua pertiga fasilitas ambulans yang ada disediakan oleh pihak swasta. Juga lebih dari setengah rumah sakit yang tersedia merupakan rumah sakit swasta, dan sekitar 30-50 persen segala

bentuk pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak swasta (satu dekade yang lalu hanya sekitar 10 persen). Dalam masalah kesehatan kaum miskin cenderung lebih banyak menggunakan staf kesehatan non-medis, sehingga angka pemanfaatan rumah sakit oleh kaum miskin masih amat rendah.

4. Pembiayaan kesehatan yang rendah dan timpang.

Pembiayaan kesehatan saat ini lebih banyak dikeluarkan dari uang pribadi, dimana pengeluaran kesehatan yang harus dikeluarkan oleh seseorang mencapai sekitar 75-80 persen dari total biaya kesehatan dan kebanyakan pembiayaan kesehatan ini berasal dari uang pribadi yang dikeluarkan ketika mereka memanfaatkan pelayanan kesehatan. Secara keseluruhan, total pengeluaran untuk kesehatan di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan sejumlah negara tetangga (US \$ 16 per orang per tahun pada 2001). Hal ini disebabkan oleh rendahnya pengeluaran pemerintah maupun pribadi untuk kesehatan. Lebih lanjut, cakupan asuransi amat terbatas, hanya mencakup pekerja di sektor formal dan keluarga mereka saja, atau hanya sekitar sepertiga penduduk dilindungi oleh asuransi kesehatan formal. Meski demikian mereka yang telah diasuransikan pun masih harus mengeluarkan sejumlah dana pribadi yang cukup tinggi untuk sebagian besar pelayanan kesehatan. Akibatnya kaum miskin masih kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibiayai oleh pemerintah. Dampaknya, mereka menerima lebih sedikit subsidi dana pemerintah untuk kesehatan dibandingkan dengan penduduk yang kaya. Sebanyak 20 persen penduduk termiskin dari total penduduk menerima kurang dari 10 persen total subsidi kesehatan pemerintah sementara seperlima penduduk terkaya menikmati lebih dari 40 persen. Ketimpangan pola pembiayaan kesehatan jika dilihat dari aspek utilitas dan efisiensi biaya yang digunakan, maka jumlah biaya yang digunakan untuk mengintervensi satu orang sakit (kuratif) sebanding dengan biaya yang digunakan untuk memunjang kegiatan promotif dan

preventif terhadap 10 orang sehat, sebagaimana ditampilkan pada gambar berikut ;



5. Desentralisasi menciptakan tantangan dan memberikan kesempatan baru.
Saat ini, pemerintah daerah merupakan pihak utama dalam penyediaan fasilitas kesehatan. Jumlah pengeluaran daerah untuk kesehatan terhadap total pengeluaran kesehatan meningkat dari 10 persen sebelum desentralisasi menjadi 50 persen pada tahun 2001. Hal ini dapat membuat pola pengeluaran kesehatan menjadi lebih responsif terhadap kondisi lokal dan keragaman pola penyakit. Akan tetapi hal ini akan berdampak juga pada hilangnya skala ekonomis, meningkatnya ketimpangan pembiayaan kesehatan secara regional dan berkurangnya informasi kesehatan yang penting.
6. Angka penularan HIV/AIDS meningkat
Diperkirakan sekitar 120.000 penduduk Indonesia terinfeksi oleh HIV/AIDS, dengan konsentrasi terbesar berada di provinsi dengan penduduk yang sedikit (termasuk Papua) dan di kota kecil maupun kota besar yang terdapat aktifitas industri, pertambangan, kehutanan dan perikanan. Virus tersebut menyebar lebih lambat dibandingkan dengan yang diperkirakan sebelumnya. Akan tetapi penularan virus tersebut meningkat pada kelompok yang

berisiko tinggi, yaitu penduduk yang tidak menerapkan perilaku pencegahan terhadap virus tersebut, seperti menggunakan kondom pada aktivitas seks komersial atau menggunakan jarum suntik yang bersih dalam kasus pecandu obat-obatan. Tantangan bagi profesi kesehatan masyarakat ialah bagaimana untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan sambil merestrukturisasi dan mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi ini. Tugas yang paling penting ialah memberikan perhatian lebih kepada kondisi kesehatan utama meningkatkan kelayakan kondisi kesehatan serta pemanfaatan sistem kesehatan, melibatkan peran swasta, mengevaluasi ulang mekanisme pendanaan kesehatan dan melaksanakan desentralisasi, termasuk juga menyangkut isu tenaga kesehatan.

7. Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusinya tidak merata.
8. Perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat.
9. Kinerja pelayanan kesehatan yang rendah.
10. Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan. Masih rendahnya kondisi kesehatan lingkungan juga berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan merupakan kegiatan lintas sektor belum dikelola dalam suatu sistem kesehatan kewilayahan.
11. Lemahnya dukungan peraturan perundang-undangan, kemampuan sumber daya manusia, standarisasi, penilaian hasil penelitian produk, pengawasan obat tradisional, kosmetik, produk terapan/obat, obat asli Indonesia, dan sistem informasi.

BAB 2

KONSEP SEHAT DAN SAKIT

2.1 Pengertian Sehat dan Sakit

Konsep sakit-sehat senantiasa berubah sejalan dengan pengalaman kita tentang nilai, peran penghargaan dan pemahaman kita terhadap kesehatan. Dimulai pada zaman keemasan Yunani bahwa sehat itu sebagai virtue, sesuatu yang dibanggakan sedang sakit sebagai sesuatu yang tidak bermanfaat. Filosofi yang berkembang pada saat ini adalah filosofi Cartesian yang berorientasi pada kesehatan fisik semata-mata yang menyatakan bahwa seseorang disebut sehat bila tidak ditemukan disfungsi alat tubuh. Mental dan roh bukan urusan dokter-dokter melainkan urusan agama.

Setelah ditemukan kuman penyebab penyakit batasan sehat juga berubah. Seseorang disebut sehat apabila setelah diadakan pemeriksaan secara seksama tidak ditemukan penyebab penyakit. Tahun lima puluhan kemudian definisi sehat WHO mengalami perubahan seperti yang tertera dalam UU kesehatan RI No. 23 tahun 1992 telah dimasukkan unsur hidup produktif sosial dan ekonomi. Definisi terkini yang dianut di beberapa negara maju seperti Kanada yang mengutamakan konsep sehat produktif. Sehat adalah sarana atau alat untuk hidup sehari-hari secara produktif.

Sehat dan sakit tidak selalu sebagai hal yang bertentangan, melainkan suatu hal yang berkelanjutan dan sebagai suatu keadaan yang berlawanan dan berkesinambungan (seperti siang dan malam), seseorang dapat mempunyai penyakit atau luka, dan tetap sehat atau paling tidak tetap merasa sehat, misalnya pada olimpiade penyandang cacat. Sebaliknya ada seseorang yang tanpa suatu penyakit yang spesifik atau luka, merasa sakit atau tak sehat. Kondisi sehat dan sakit selengkapnya dijelaskan sebagai berikut.

2.1.1 Pengertian sehat

Sehat itu sukar untuk didefinisikan, lebih-lebih untuk mengukurnya, dan sehat menjadi keadaan yang bebas dari penyakit. Badan 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 mempengaruhi 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 **U** 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 **U** 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 **U** fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*Self Care Resources*) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (*Self Care Action*) secara adekuat.
 - *Self Care Resources* **U** mencakup pengetahuan, ketrampilan dan sikap
 - *Self Care Action* **U** perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlakukan untuk memperoleh, mempertahankan dan meningkatkan fungsi, psikososial dan spiritual.
5. Menurut Perseorangan
- Pengertian dan gambaran seseorang tentang sehat sangat bervariasi, persepsi

Sehat tidak dapat diartikan sesuatu yang statis, menetap pada kondisi tertentu, tetapi sehat harus dipandang sesuatu fenomena yang dinamis. Kesehatan sebagai suatu spektrum merupakan suatu kondisi yang fleksibel antara badan dan mental yang dibedakan dalam rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna. Banyak yang menjadi rujukan mengenai apa itu pengertian sehat sakit. Pengertian sehat adalah bukan hanya sekedar sehat secara jasmani dan badan saja, akan tetapi hal ini juga mencakup akan kesehatan kita secara mental jiwa dan juga spiritual sosial kita juga. Kesehatan adalah merupakan suatu pandangan akan kondisi yang fleksibel antara kesehatan badan jasmani dengan kesehatan mental rohani yang dibedakan dalam sebuah rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna.

Dari beberapa penjelasan dan defenisi sehat diatas, maka kesehatan itu terdiri dari 3 dimensi yaitu fisik, psikis dan sosial yang dapat diartikan secara lebih positif, dengan kata lain bahwa seseorang diberi kesempatan untuk mengembangkan seluas-luasnya kemampuan yang dibawanya sejak lahir untuk mendapatkan atau mengartikan sehat.

Sehat dan sakit berada pada suatu rentang dimana setiap orang bergerak sepanjang rentang tersebut Rentang sehat sakit ; Suatu skala ukur secara relatif dalam mengukur keadaan sehat/kesehatan seseorang kedudukannya pada tingkat skala ukur : dinamis dan bersifat individual, Jarak dalam skala ukur : keadaan sehat secara optimal pada satu titik dan kematian pada titik lain.

Rentang sehat ke sakit adalah Suatu skala ukur secara relative dalam mengukur keadaan sehat/kesehatan seseorang, kedudukannya pada tingkat skala ukur : dinamis dan bersifat individual, Jarak dalam skala ukur meliputi keadaan sehat secara optimal pada satu titik dan kematian pada titik yang lain.

2.1.2 Pengertian sakit

Pengertian sakit pada umumnya diartikan suatu keadaan yang tidak normal atau lazim pada diri seseorang. Misalnya bila seseorang mempunyai keluhan tanda gejala sakit gigi yang tidak tertahankan, demam, dan lain sebagainya ini yang dikatakan dengan sakit atau bahkan mengalami penyakit bila telah didiagnosis oleh dokter atau pun medis

Sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, atau seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit. Oleh karena itu sakit tidak sama dengan penyakit. Sebagai contoh klien dengan Leukemia yang sedang menjalani pengobatan mungkin akan mampu berfungsi seperti biasanya, sedangkan klien lain dengan kanker payudara yang sedang mempersiapkan diri untuk menjalani operasi mungkin akan merasakan akibatnya pada dimensi lain, selain dimensi fisik.

Beberapa pengertian sakit yang dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut;

1. Parsors (1972)

Sakit adalah Gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas, termasuk keadaan organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian sosialnya

2. Boursams (1965)

Seseorang menggunakan tiga criteria untuk menentukan apakah mereka sakit :

- Adanya gejala : naiknya temperatur, nyeri
- Persepsi tentang bagaimana mereka merasakan baik, buruk, sakit
- Kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari, bekerja atupun sekolah

Sakit sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga seseorang menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari baik itu dalam aktivitas jasmani, rohani dan sosial. (Perkins). Menurut (Pemons, 1972) Sakit adalah gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas termasuk keadaan organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian sosialnya. Sakit sebagai suatu keadaan dari badan atau sebagian dari organ badan dimana fungsinya terganggu atau menyimpang. Pengertian sakit dapat juga ditinjau dari beberapa aspek antara lain:

a) Pendekatan biologis

Sakit dinyatakan dalam hubungannya dengan tubuh yang melaksanakan fungsi biologis, dapat dibedakan dengan jelas antara sakit dan sehat. Pengalaman hidup seseorang disini tak berperan pada suhu tubuh 38°C, maka terjadilah sakit yaitu demam, tetapi tergantung orang yang bersangkutan, merasa sakit atau tidak.

b). Pendekatan Medis

Pengertian sakit seseorang secara badaniah, rohaniah dan secara sosial memiliki kemampuan untuk mengembangkan diri dan memanfaatkannya. Manusia akan berfungsi secara baik. Jika disbanding dengan cara biologis masalah ini lebih luas. Sakit bukan hanya penyimpangan badaniah tapi gangguan dalam memfungsikan manusia secara total

c). Pendekatan Antropologis

Pendekatan kesehatan dari segi antropologi adalah memandang kesehatan berdasarkan pengalaman manusia dalam arti kata yang

seluas-luasnya. Antropologi Kesehatan adalah disiplin biobudaya yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya di sepanjang sejarah kehidupan manusia, yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit dengan pendekatan antropologis secara jelas dikemukakan, bahwa manusia tidak mutlak hanya dari badaniah, rohaniah dan sosial saja. Secara sendiri manusia sebagai sesuatu yang total terdiri dari aspek- aspek sosial dan kultural yang secara terus menerus saling berpengaruh dan tak dapat dilihat terpisah satu dari yang lainnya.

2.2 Pengertian Penyakit

Penyakit adalah Istilah medis yang digambarkan sebagai gangguan dalam fungsi tubuh yang menghasilkan berkurangnya kapasitas. Hubungan antara sehat, sakit dan penyakit Pada dasarnya merupakan keadaan sehat dan sakit sebagai hasil intraksi seseorang dengan lingkungan, sebagai manifestasi keberhasilan/kegagalan dalam beradaptasi dengan lingkungan dan akibat gangguan kesehatan berupa ketidakseimbangan antara *factor Host-Agent* dan *Environment*.

Pengertian penyakit dapat diartikan sebagai suatu istilah dalam dunia medis yang digambarkan sebagai adanya gangguan dalam fungsi tubuh yang menghasilkan berkurangnya kapasitas. Tanpa adanya pemahaman yang benar mengenai berbagai konsep penyakit, kita tidak mampu mempunyai dasar pemikiran yang kuat untuk mendeteksi serta mengenal setiap perbedaan yang ditemukan pada pelayanan kesehatan pada masa kini. Kesenjangan antara konsep penyakit yang dianut oleh petugas kesehatan dan yang dianut oleh masyarakat sering menyebabkan gagalnya upaya meningkatkan kesehatan di masyarakat kita ini.

Pengertian penyakit/disease secara umum adalah merupakan suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka. Hal ini adalah suatu fenomena yang objektif yang di tandai oleh perubahan fungsi-fungsi tubuh. Sedangkan sakit/illnes adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengakaman yang

langsung dialaminya. Hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak.

2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Individu.

1. Status perkembangan
 - Kemampuan mengerti tentang keadaan sehat dan kemampuan berespon terhadap perubahan dalam kesehatan dikaitkan dengan usia.
 - Contoh : Bayi dapat merasakan sakit, tapi tidak dapat mengungkapkan dan mengatasinya.
 - Pengetahuan perawat tentang status perkembangan individu memudahkan untuk melaksanakan pengkajian terhadap individu dan membantu mengantisipasi perilaku-perilaku selanjutnya
2. Pengaruh sosiokultural
 - Masing-masing kultur punya pandangan tentang sehat yang diturunkan dari orang tua pada anaknya.
 - Contoh : Orang Cina, sehat adalah keseimbangan antara Yin dan Yang Orang dengan ekonomi rendah memandang flu sesuatu yang biasa dan merasa sehat
3. Pengalaman masa lalu
 - Seseorang dapat merasakan nyeri/sakit atau disfungsi (tidak berfungsi) keadaan normal karena pengalaman sebelumnya
 - Membantu menentukan defenisi seseorang tentang sehat
4. Harapan seseorang tentang dirinya
 - Seseorang mengharapkan dapat berfungsi pada tingkat yang tinggi baik fisik maupun psikososialnya jika mereka sehat

Faktor Lain Yang mempengaruhi kesehatan yaitu yang berhubungan secara langsung dengan diri manusia yang meliputi ; bagaimana individu menerima dirinya dengan baik, *Self Esteem*. *Body Image*, kebutuhan peran dan kemampuan serta Jika ada ancaman :

anxiety sehat dan sakit di dalam rentang kehidupan manusia tentunya tidak akan terlepas dari kedua hal tersebut. Keadaan sehat juga pastinya akan selalu kita inginkan di dalam menjalani kehidupan kita sehari-hari. Akan tetapi mendapatkan sakit dan penyakit juga tidak akan dapat kita cegah secara keseluruhan. Karena itulah memang kodrat kehidupan kita sebagai makhluk hidup di dunia ini.

2.4 Ruang lingkup Sehat dan Sakit

2.4.1 Sehat dan sakit berdasarkan dimensi Sosial, Medis dan Psikologis.

Badan Kesehatan dunia {WHO} memberikan batasan sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat sehat saja. Dari batasan ini terlihat adanya konsep tiga dimensi sehat, yakni : fisik, mental dan sosial. Berdasarkan defenisi diatas, maka kondisi sehat dan sakit seseorang di tuangkan dalam konsep tiga dimensi status kesehatan seseorang yang meliputi aspek medis, sosial dan psikologis, perpaduan ketiga dimensi tersebut melahirkan delapan tingkatan sehat sebagaimana dijelaskan pada gambar berikut ini.

Tabel : Komposisi Dari 8 Tingkatan Sehat

Tingkatan	Dimensi Sehat		
	Psikologis	Medis	Sosial
1. Sehat Walafiat	Baik	Baik	Baik
2. Pesimistik	Sakit	Baik	Baik
3. Sakit secara Sosial	Baik	Baik	Sakit
4. Gusar	Sakit	Baik	Sakit
5. Sakit secara medis/fisik	Baik	Sakit	Baik
6. Martir	Sakit	Sakit	Baik
7. Optimistik	Baik	Sakit	Sakit
8. Sakit Parah	Sakit	Sakit	Sakit

Sumber : Wolinsky, The Sociology Of Health.

Dari tabel diatas diketahui terdapat delapan tingkatan sehat dan sakit pada diri seseorang sebagaimana dapat dijelaskan sebagai berikut ;

- 1} Sehat Walafiat (*Normally Well*)
Status Kesehatan ini merupakan satu dari dua status kesehatan yang paling mudah ditentukan, yaitu sehat dan sakit. Pada Status ini penilai kesehatan masyarakat bahwa ketiga dimensi kesehatan yaitu psikologis, media dan sosial baik. Seseorang yang berada didalam status ini mempunyai kesehatan yang normal.
- 2} Pesimistik (*Pessimistic*)
Golongan pessimistic ini percaya bahwa ia sakit, padahal pada penilaian dimensi medis dan sosialnya ia baik. Golongan ini paling sering menyelidiki penilaian sakitnya dari golongan penilai media dan sosial.
- 3} Sakit Sosialnya (*Socially ill*)
Status kesehatan ini ditandai apabila seseorang mempunyai penilaian kesehatan yang baik dalam dimensi Psikologis & Medis, tetapi sakit dalam penilaian dimensi sosial.
- 4} Gusar (*Hypochondriacal*)
Hypochondriacal adalah status kesehatan seseorang yang mempunyai penilaian baik dalam dimensi medis, tetapi sakit dalam penilaian dimensi psikologis dan sosial
- 5} Sakit Secara Medis (*Medically ill*)
Seseorang mempunyai penilaian sakit dalam dimensi medis tetapi baik dalam penilaian dimensi psikologis dan sosial.
- 6} Martir
Seseorang dalam penilaian medis dan psikologisnya sakit. Tetapi mereka dapat tetap menampilkan dirinya melaksanakan tugas dan peranan sosialnya dengan baik.
- 7} Optimistik (*Optimistic*)
Seseorang menganggap dirinya tetap sehat, tetapi pada penilaian kesehatan dalam dimensi sosial dan medisnya sakit.

8} Sakit Parah (*Seriously ill*)

Seseorang dalam status kesehatan ini dinyatakan sangat sakit dan membutuhkan perawatan medis, sosial dan psikologis.

2.4.2 Konsep Sehat dan Sakit dalam Aspek Sosial

Konsep sehat dan sakit dari aspek sosial kesehatan (antropologi kesehatan, sosiologi kesehatan), dalam berbagai analisis para ahli sosiologi mereka berpandangan bahwa walaupun manusia secara biologis termasuk kategori mamalia, namun manusia secara kualitatif dianggap berbeda dengan binatang. Satu kemampuan yang ada pada manusia, yang dianggap oleh pakar manusia yang membedakan dengan makhluk-makhluk lain di muka bumi, yaitu kemampuannya menggunakan, menciptakan, memahami, dan menggunakan simbol-simbol dalam kehidupan mereka (Spradley, 1972).

Simbol adalah obyek atau peristiwa apapun yang menunjuk pada sesuatu. Semua simbol melibatkan tiga unsur, simbol itu sendiri, satu rujukan atau lebih, dan hubungan antara simbol dengan rujukan. Ketiga hal ini merupakan dasar bagi semua makna simbolik (Blumer, 1969). Simbol itu sendiri meliputi apapun yang dapat dirasakan atau dialami. Seperti telah disebutkan sebelumnya, bahwa simbol bersifat sosial yang dikembangkan dan diberi makna dalam kehidupan individu manusia sebagai warga dari suatu antar individu. Beberapa simbol yang membentuk suatu sistem yang terintegrasi secara fungsional serta menjadi suatu sistem yang logico meaningful, yang kini biasa disebut sebagai kebudayaan. Kebudayaan dewasa ini biasa diartikan sebagai jaringan simbol yang dipakai oleh manusia untuk menafsirkan dan memahami lingkungan fisik, maupun non fisik, serta untuk membimbing mewujudkan perilaku yang sesuai agar dapat merasa bahagia berada dalam lingkungan tersebut. Bila mana suatu perilaku seseorang tidak dapat membuat bahagia, maka orang tersebut akan berusaha untuk mengubah perilakunya. Jika usaha tersebut tetap tidak berhasil, walaupun telah dilakukan berkali-kali, maka dia akan mempengaruhi atau mengubah lingkungan tersebut. Jika langkah ini belum juga berhasil, maka dia akan pindah ke tempat atau lingkungan

lain dimana dia akan dapat merasakan kebahagiaan inilah yang terkait erat dengan soal kesehatan dalam sosial kesehatan tidak hanya diartikan secara fisik, atau biomedis, tetapi juga secara sosial dan budaya, bahkan kejiwaan.

Perkins (1972), dalam Azwar, (1992) mengemukakan bahwa sehat atau tidaknya seseorang sangat bergantung pada keseimbangan relatif dari bentuk dan fungsi tubuh, yang terjadi sebagai hasil kemampuan penyesuaian secara dinamis terhadap berbagai tenaga atau kekuatan yang mengganggunya. Artinya, kesehatan seseorang bergantung pada faktor lingkungan, pejamu dan bibit penyakit. Berangkat dari pengertian inilah dalam perkembangannya mendasari timbulnya ilmu kesehatan lingkungan. Batasan tentang sehat dan kesehatan yang digunakan oleh para dokter di rumah sakit, pada dasarnya hanya salah satu dari sekian banyak cara mendefinisikan gejala tersebut dan cara ini berakar pada sudut pandang filosofis tertentu yang berasal dari dunia barat. Batasan ini tentu saja dapat dan sangat mungkin berbeda, dengan batasan yang diberikan oleh para tabib yang menggunakan cara lain untuk melakukan penyembuhan, atau dengan batasan yang diberikan oleh seseorang dukun. Kemampuan mengerti tentang keadaan sehat dan kemampuan merespon terhadap perubahan dalam kesehatan dikaitkan dengan usia.: Contoh Bayi dapat merasakan sakit, tapi tidak dapat mengungkapkan dan mengatasinya. Pengetahuan perawat tentang status perkembangan individu memudahkan untuk melaksanakan pengkajian terhadap individu dan membantu mengantisipasi perilaku-perilaku selanjutnya.

2.4.3 Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial budaya

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Dan kesehatan yang demikian yang menjadi dambaan setiap orang sepanjang hidupnya.

Tetapi datangnya penyakit merupakan hal yang tidak bisa ditolak meskipun kadang- kadang bisa dicegah atau dihindari.

Konsep sehat dan sakit sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal karena ada faktor-faktor lain di luar kenyataan klinis yang mempengaruhinya terutama faktor sosial budaya. Kedua pengertian saling mempengaruhi dan pengertian yang satu hanya dapat dipahami dalam konteks pengertian yang lain. Banyak ahli filsafat, biologi, antropologi, sosiologi, kedokteran, dan lain-lain bidang ilmu pengetahuan telah mencoba memberikan pengertian tentang konsep sehat dan sakit ditinjau dari masing-masing disiplin ilmu.

Masalah sehat dan sakit merupakan proses yang berkaitan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia beradaptasi dengan lingkungan baik secara biologis, psikologis maupun sosio budaya. Undang- Undang kesehatan No.23 Tahun1992 menyatakan bahwa; Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan. Definisi sakit: seseorang dikatakan sakit apabila ia menderita penyakit menahun (kronis), atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas kerja/kegiatannya terganggu. Walaupun seseorang sakit (istilah sehari-hari) seperti masuk angin, pilek, tetapi bila ia tidak terganggu untuk melaksanakan kegiatannya, maka ia dianggap tidak sakit.

2.4.4 Konsep Sehat Sakit menurut Budaya Masyarakat

Istilah sehat mengandung banyak muatan kultural, sosial dan pengertian profesional yang beragam. Dulu dari sudut pandangan kedokteran, sehat sangat erat kaitannya dengan kesakitan dan penyakit. Dalam kenyataannya tidaklah sesederhana itu, sehat harus dilihat dari berbagai aspek.

WHO mendefinisikan pengertian sehat sebagai suatu keadaan sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang. Sebatas mana seseorang dapat dianggap sempurna jasmaninya? Oleh

para ahli kesehatan, antropologi kesehatan dipandang sebagai disiplin biobudaya yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit.

Penyakit sendiri ditentukan oleh budaya, hal ini karena penyakit merupakan pengakuan sosial bahwa seseorang tidak dapat menjalankan peran normalnya secara wajar. Cara hidup dan gaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit, selain itu hasil berbagai kebudayaan juga dapat menimbulkan penyakit.

Masyarakat dan pengobat tradisional atau biasanya dikenal dengan istilah tabib menganut dua konsep penyebab sakit, yaitu penyebab naturalistik dan personalistik, Penyebab bersifat Naturalistik yaitu seseorang menderita sakit akibat pengaruh lingkungan, makanan (salah makan), kebiasaan hidup, ketidakseimbangan dalam tubuh, termasuk juga kepercayaan panas dingin seperti masuk angin dan penyakit bawaan. Konsep sehat sakit yang dianut pengobat tradisional (Batra) sama dengan yang dianut masyarakat setempat, yakni suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan badan atau kondisi tubuh kelainan-kelainan serta gejala yang dirasakan. Sehat bagi seseorang berarti suatu keadaan yang normal, wajar, nyaman, dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan gairah. Sedangkan sakit dianggap sebagai suatu keadaan badan yang kurang menyenangkan, bahkan dirasakan sebagai siksaan sehingga menyebabkan seseorang tidak dapat menjalankan aktivitas sehari-hari seperti halnya orang yang sehat.

Sedangkan konsep Personalistik menganggap munculnya penyakit (*illness*) disebabkan oleh intervensi suatu agen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia (hantu, roh, leluhur atau roh jahat), atau makhluk manusia (tukang sihir, tukang tenung). Menelusuri nilai budaya, misalnya mengenai pengenalan kusta dan cara perawatannya. Kusta telah dikenal oleh etnik Makasar sejak lama. Adanya istilah kaddala sikuyu (kusta kepiting) dan kaddala massolong (kusta yang lumer), merupakan ungkapan yang mendukung bahwa kusta secara

endemik telah berada dalam waktu yang lama di tengah-tengah masyarakat tersebut.

Hasil penelitian kualitatif dan kuantitatif atas nilai - nilai budaya di Kabupaten Soppeng, dalam kaitannya dengan penyakit kusta (Kandala,dalam bahasa bugis.) di masyarakat Bugis menunjukkan bahwa timbul dan diamalkannya leprophobia secara ketat karena menurut salah seorang tokoh budaya, dalam nasehat perkawinan orang-orang tua di sana, kata kandala ikut tercakup di dalamnya. Disebutkan bahwa bila terjadi pelanggaran melakukan hubungan intim saat istri sedang haid, mereka (kedua mempelai) akan terkutuk dan menderita kusta/kaddala. Ide yang bertujuan guna terciptanya moral yang agung di keluarga baru, berkembang menurut proses komunikasi dalam masyarakat dan menjadi konsep penderita kusta sebagai penanggung dosa.

Pengertian penderita sebagai akibat dosa dari ibu-bapak merupakan awal derita akibat leprophobia. Rasa rendah diri penderita dimulai dari rasa rendah diri keluarga yang merasa tercemar bila salah seorang anggota keluarganya menderita kusta. Dituduh berbuat dosa melakukan hubungan intim saat istri sedang haid bagi seorang fanatik Islam dirasakan sebagai beban trauma psikosomatik yang sangat berat. Orang tua, keluarga sangat menolak anaknya didiagnosis kusta. Pada penelitian Penggunaan Pelayanan Kesehatan Di Propinsi Kalimantan Timur dan Nusa Tenggara Barat (1990), hasil diskusi kelompok di Kalimantan Timur menunjukkan bahwa anak dinyatakan sakit jika menngis terus, badan berkeringat, tidak mau makan, tidak mau tidur, rewel, kurus kering. Bagi orang dewasa, seseorang dinyatakan sakit kalau sudah tidak bisa bekerja, tidak bisa berjalan, tidak enak badan, panas dingin, pusing, lemas, kurang darah, batuk-batuk, mual, diare. Sedangkan hasil diskusi kelompok di Nusa Tenggara Barat menunjukkan bahwa anak sakit dilihat dari keadaan fisik tubuh dan tingkah lakunya yaitu jika menunjukkan gejala misalnya panas, batuk pilek, mencret, muntah-muntah, gatal, luka, gigi bengkok, badan kuning, kaki dan perut bengkok.

Seorang pengobat tradisional yang juga menerima pandangan kedokteran modern, mempunyai pengetahuan yang menarik mengenai

masalah sakit-sehat. Baginya, arti sakit adalah sebagai berikut: sakit badaniah berarti ada tanda-tanda penyakit di badannya seperti panas tinggi, penglihatan lemah, tidak kuat bekerja, sulit makan, tidur terganggu, dan badan lemah atau sakit, maunya tiduran atau istirahat saja. Pada penyakit batin tidak ada tanda-tanda di badannya, tetapi bisa diketahui dengan menanyakan pada yang gaib. Pada orang yang sehat, gerakannya lincah, kuat bekerja, suhu badan normal, makan dan tidur normal, penglihatan terang, sorot mata cerah, tidak mengeluh lesu, lemah, atau sakit-sakit badan.

Sudarti (1987) dalam Soejoeti, Sunanti Z, (2009) menggambarkan secara deskriptif persepsi masyarakat beberapa daerah di Indonesia mengenai sakit dan penyakit; masyarakat menganggap bahwa sakit adalah keadaan individu mengalami serangkaian gangguan fisik yang menimbulkan rasa tidak nyaman. Anak yang sakit ditandai dengan tingkah laku rewel, sering menangis dan tidak nafsu makan. Orang dewasa dianggap sakit jika lesu, tidak dapat bekerja, kehilangan nafsu makan, atau “kantong kering” (tidak punya uang).

Selanjutnya masyarakat menggolongkan penyebab sakit ke dalam 3 bagian yaitu ; Karena pengaruh gejala alam (panas, dingin) terhadap tubuh manusia, Makanan yang diklasifikasikan ke dalam makanan panas dan dingin dan akibat Supranatural (roh, guna-guna, setan dan lain- lain). Untuk mengobati sakit yang termasuk dalam golongan pertama dan ke dua, dapat digunakan obat-obatan, ramuan-ramuan, pijat, kerok, pantangan makan, dan bantuan tenaga kesehatan. Untuk penyebab sakit yang ke tiga harus dimintakan bantuan dukun, kyai dan lain- lain. Dengan demikian upaya penanggulangannya tergantung kepada kepercayaan mereka terhadap penyebab sakit.

Beberapa contoh penyakit pada bayi dan anak yang dihubungkan dengan aspek budaya masyarakat sebagai berikut :

a) Sakit demam dan panas.

Penyebabnya adalah perubahan cuaca, kena hujan, salah makan, atau masuk angin. Pengobatannya adalah dengan cara mengompres dengan es, oyong, labu putih yang dingin atau beli obat influenza. Di Indramayu dikatakan penyakit adem meskipun

gejalanya panas tinggi, supaya panasnya turun. Penyakit tampek (campak) disebut juga sakit adem karena gejalanya badan panas.

b) Sakit mencret (diare).

Penyebabnya adalah salah makan, makan kacang terlalu banyak, makan makanan pedas, makan udang, ikan, anak meningkat kepandaiannya, susu ibu basi, encer, dan lain- lain. Penanggulangannya dengan obat tradisional misalkan dengan pucuk daun jambu dikunyah ibunya lalu diberikan kepada anaknya (Bima Nusa Tenggara Barat) obat lainnya adalah larutan Gula Garam (LGG), Oralit, pil Ciba dan lain-lain. Larutan Gula Garam sudah dikenal hanya proporsi campurannya tidak tepat.

c) Sakit kejang-kejang

Masyarakat pada umumnya menyatakan bahwa sakit panas dan kejang -kejang disebabkan oleh hantu. Di Sukabumi disebut hantu gegap, sedangkan di Sumatra Barat disebabkan hantu jahat. Di Indramayu pengobatannya adalah dengan dengan pergi ke dukun atau memasukkan bayi ke bawah tempat tidur yang ditutupi jaring.

d) Sakit tampek (campak)

Penyebabnya adalah karena anak terkena panas dalam, anak dimandikan saat panas terik, atau kesambet. Di Indramayu ibu-ibu mengobatinya dengan membalur anak dengan asam kawak, meminumkan madu dan jeruk nipis atau memberikan daun suwuk, yang menurut kepercayaan dapat mengisap penyakit.

BAB 3

KONSEP KEJADIAN PENYAKIT

3.1 Kejadian Penyakit

Penyakit merupakan suatu fenomena kompleks yang berpengaruh negatif terhadap kehidupan manusia. Perilaku dan cara hidup manusia dapat merupakan penyebab bermacam-macam penyakit baik di zaman primitif maupun di masyarakat yang sudah sangat maju peradaban dan kebudayaannya. Ditinjau dari segi biologis penyakit merupakan kelainan berbagai organ tubuh manusia, sedangkan dari segi kemasyarakatan keadaan sakit dianggap sebagai penyimpangan perilaku dari keadaan sosial yang normatif. Penyimpangan itu dapat disebabkan oleh kelainan biomedis organ tubuh atau lingkungan manusia, tetapi juga dapat disebabkan oleh kelainan emosional dan psikososial individu bersangkutan. Faktor emosional dan psikososial ini pada dasarnya merupakan akibat dari lingkungan hidup atau ekosistem manusia dan adat kebiasaan manusia atau kebudayaan.

Konsep kejadian penyakit menurut ilmu kesehatan bergantung jenis penyakit. Secara umum konsepsi ini ditentukan oleh berbagai faktor antara lain parasit, vektor, manusia dan lingkungannya. Para ahli antropologi kesehatan yang dari definisinya dapat disebutkan berorientasi ke ekologi, menaruh perhatian pada hubungan timbal balik antara manusia dan lingkungan alam-nya, tingkah laku penyakitnya dan cara-cara tingkah laku penyakitnya mempengaruhi evolusi kebudayaannya melalui proses umpan balik (Foster, Anderson, 1978)

Penyakit dapat dipandang sebagai suatu unsur dalam lingkungan manusia, seperti tampak pada ciri sel-sabit (*sickle-cell*) di kalangan penduduk Afrika Barat, suatu perubahan evolusi yang adaptif, yang memberikan imunitas relatif terhadap malaria. Ciri sel sabit sama sekali bukan ancaman, bahkan merupakan karakteristik yang diinginkan

karena memberikan proteksi yang tinggi terhadap gigitan nyamuk Anopheles.

Bagi masyarakat Dani di Papua, penyakit dapat merupakan simbol sosial positif, yang diberi nilai-nilai tertentu. Etiologi penyakit dapat dijelaskan melalui sihir, tetapi juga sebagai akibat dosa. Simbol sosial juga dapat merupakan sumber penyakit. Dalam peradaban modern, keterkaitan antara simbol-simbol sosial dan risiko kesehatan sering tampak jelas, misalnya remaja merokok.

Menurut Suchman (1985.) tahapan sakit terbagi menjadi 4 tahap yaitu:

1. Tahap mengalami gejala
 - ✓ Tahap transisi : Individu percaya bahwa ada kelainan dalam tubuhnya ; merasa dirinya tidak sehat/merasa timbulnya berbagai gejala/merasa ada bahaya.tahap traansisi ini terdiri atas 3 aspek yaitu aspek fisik meliputi ; nyeri, panas tinggi, aspek kognitif meliputi ; interpretasi terhadap gejala serta aspek respon emosi terhadap ketakutan/kecemasan
 - ✓ Konsultasin dengan orang terdekat : gejala + perasaan, kadang-kadangh mencoba pengobatan di rumah.
2. Tahap asumsi terhadap peran sakit (*sick Role*)
 - ✓ Penerimaan terhadap sakit
 - ✓ Individu mencari kepastian sakitnya keluarga atau teman : menghasilkan peran sakit.
 - ✓ Mencari pertolongan dari profesi kesehatan, yang lain mengobati sendiri, mengikuti nasehat teman/keluarga.
 - ✓ Akhir dari tahap ini dapat ditemukan bahwa gejala telah berubah dan merasa lebih baik. Invidu masih mencari penegasan dari keluarga tentang sakitnya. Rencana pengobatan dipenuhi/dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman selanjutnya.
3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan.
 - ✓ Individu yang sakit : meminta nasehat dari profesi kesehatan atas inisiatif sendiri. Tahap kontak dengan pelayanan terdiri

atas 3 tipe informasi yaitu validasi keadaan sakit, penjelasan tentang gejala yang tidak dimengerti dan tipe keyakinan bahwa mereka akan baik

- ✓ Jika tidak ada gejala : individu mempersepsikan dirinya sembuh jika ada gejala kembali pada profesi kesehatan.
- ✓ Tahap ketergantungan

4. Tahap penyembuhan

- ✓ Pasien belajar untuk melepaskan peran sakit dan kembali pada peran sakit dan fungsi sebelum sakit.
- ✓ Kesiapan untuk fungsi social.

3.2 Persepsi Masyarakat Terhadap Sakit dan Penyakit

Persepsi masyarakat mengenai terjadinya penyakit berbeda antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, karena tergantung dari kebudayaan yang ada dan berkembang dalam masyarakat tersebut. Persepsi kejadian penyakit yang berlainan dengan ilmu kesehatan sampai saat ini masih ada di masyarakat; dapat turun dari satu generasi ke generasi berikutnya dan bahkan dapat berkembang luas. Berikut ini contoh persepsi masyarakat tentang penyakit malaria yang saat ini masih ada di beberapa daerah pedesaan di Papua. Makanan pokok penduduk Papua adalah sagu yang tumbuh di daerah rawa-rawa. Selain rawa-rawa, tidak jauh dari mereka tinggal terdapat hutan lebat. Penduduk desa tersebut beranggapan bahwa hutan itu milik penguasa gaib yang dapat menghukum setiap orang yang melanggar ketentuannya. Pelanggaran dapat berupa menebang, memabat hutan untuk tanah pertanian, dan lain-lain akan diganjar hukuman berupa penyakit dengan gejala demam tinggi, menggigil, dan muntah.

Penyakit tersebut dapat sembuh dengan cara minta ampun kepada penguasa hutan, kemudian memetik daun dari pohon tertentu, dibuat ramuan untuk di minum dan dioleskan ke seluruh tubuh penderita. Dalam beberapa hari penderita akan sembuh.

Persepsi masyarakat mengenai penyakit diperoleh dan ditentukan dari penuturan sederhana dan mudah secara turun temurun. Misalnya

penyakit akibat kutukan Allah, makhluk gaib, roh-roh jahat, udara busuk, tanaman berbisa, binatang, dan sebagainya. Pada sebagian penduduk Pulau Jawa, dulu penderita demam sangat tinggi diobati dengan cara menyiram air di malam hari. Air yang telah diberi ramuan dan jampi-jampi oleh dukun dan pemuka masyarakat yang disegani digunakan sebagai obat malaria.

Perilaku sakit merupakan perilaku orang sakit yang meliputi cara seseorang memantau tubuhnya; mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami; melakukan upaya penyembuhan; dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan. Seorang individu yang merasa dirinya sedang sakit perilaku sakit bisa berfungsi sebagai mekanisme koping. Menurut Bauman (1965), Seseorang menggunakan tiga Kriteria untuk menentukan apakah mereka sakit yaitu :

1. Adanya gejala naiknya temperature, nyeri
2. Persepsi tentang bagaimana mereka merasakan : baik, buruk, sakit
3. Kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari : bekerja, sekolah.

3.3 Konsep Sakit berdasarkan Trias Epidemiologi

Penyakit adalah hasil dari interaksi kompleks (ketidak seimbangan) antara tiga faktor, yaitu agen, host (induk semang) dan lingkungan. Kesalahan yang paling sering dilakukan orang adalah memusatkan perhatian hanya pada salah satu dari ketiga faktor tersebut pada waktu mengendalikan atau mencegah penyakit. Segitiga epidemiologi merupakan teori dasar yang terkenal sejak disiplin ilmu epidemiologi mulai digunakan di dunia, yang menggambarkan hubungan dari ketiga faktor penyebab penyakit, yaitu *Host*, *Agent*, dan Lingkungan.

Segitiga epidemiologi ini sangat umum digunakan oleh para ahli dalam menjelaskan kosep berbagai permasalahan kesehatan termasuk salah satunya adalah terjainya penyakit. Hal ini sangat komprehensif dalam memprediksi suatu penyakit. Terjadinya suatu penyakit sangat

tergantung dari keseimbangan dan interaksi dari *Host*, *Agent* dan *environment*, ketiga unsur tersebut dijelaskan sebagai berikut :

a. Host

Host atau penjamu ialah keadaan manusia yang sedemikian rupa sehingga menjadi faktor risiko untuk terjadinya suatu penyakit. Faktor ini di sebabkan oleh faktor intrinsik. Komponen dari faktor penjamu yang biasanya menjadi faktor untuk timbulnya suatu penyakit sebagai berikut:

1. Umur. Misalnya, usia lanjut lebih rentang untuk terkena penyakit karsinoma, jantung dan lain-lain daripada yang usia muda.
2. Jenis kelamin (seks). Misalnya, penyakit kelenjar gondok, kolesistitis, diabetes melitus cenderung terjadi pada wanita serta kanker serviks yang hanya terjadi pada wanita atau penyakit kanker prostat yang hanya terjadi pada laki-laki atau yang cenderung terjadi pada laki-laki seperti hipertensi, dan jantung.
3. Ras, suku (etnik). Misalnya pada ras kulit putih dengan ras kulit hitam yang berbeda dalam hal kerentanan terhadap suatu penyakit.
4. Genetik (hubungan keluarga). Misalnya penyakit yang menurun seperti hemofilia, buta warna, sickle cell anemia.
5. Status kesehatan umum termasuk status gizi.
6. Bentuk anatomis tubuh
7. Fungsi fisiologis atau faal tubuh
8. Keadaan imunitas dan respons imunitas
9. Kemampuan interaksi antara host dengan agent
10. Penyakit yang diderita sebelumnya
11. Kebiasaan hidup dan kehidupan sosial dari host sendiri.

b. Agent

Agent atau pembawa bibit penyakit dapat berupa makhluk hidup ataupun jasad renik pembawa bibit penyakit yang disebabkan oleh berbagai unsur seperti unsur biologis yang dikarenakan oleh mikro organisme (virus, bakteri, jamur, parasit, protzoa, metazoa,).

unsur nutrisi karena bahan makanan yang tidak memenuhi standar gizi yang ditentukan, unsur kimiawi yang disebabkan karena bahan dari luar tubuh maupun dari dalam tubuh sendiri (karbon monoksida, obat-obatan, arsen, pestisida), unsur fisika yang disebabkan oleh panas, benturan, serta unsur psikis atau genetik yang terkait dengan hereditas atau keturunan. Demikian juga dengan unsur kebiasaan hidup (rokok, alkohol,) perubahan hormonal dan unsur fisiologis seperti kehamilan dan persalinan.

Komponen dari faktor *agent* yaitu:

- Dosis
- Kondisi lingkungan
- Virulensi (mikroba)
- Infektifitas(mikroba)
- Toksisitas (toksin)

c. **Environment**

Faktor lingkungan adalah faktor yang ketiga sebagai penunjang terjadinya penyakit, hal ini Karena faktor ini datangnya dari luar atau bisa disebut sebagai faktor ekstrinsik. Faktor lingkungan ini dibagi menjadi:

1. Lingkungan Biologis (flora & fauna)
2. Lingkungan Fisik Lingkungan fisik ini dapat bersumber dari udara, keadaan tanah, geografis, air sebagai sumber hidup dan sebagai sumber penyakit, zat kimia atau polusi, radiasi, dll.
3. Lingkungan Sosial Ekonomi
Yang termasuk dalam faktor lingkungan sosial ekonomi adalah sistem ekonomi yang berlaku yang mengacu pada pekerjaan seseorang dan berdampak pada penghasilan yang akan berpengaruh pada kondisi kesehatannya. Selain itu juga yang menjadi masalah yang cukup besar adalah terjadinya urbanisasi yang berdampak pada masalah keadaan kepadatan penduduk rumah tangga, sistem pelayanan kesehatan setempat, kebiasaan hidup masyarakat, bentuk organisasi masyarakat yang semuanya

dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan terutama munculnya berbagai penyakit.

Komponen dari faktor lingkungan:

- Kepadatan penduduk
- Perpindahan penduduk
- Tempat tinggal (misalnya, ventilasi, sanitasi)
- Keadaan lingkungan (misalnya, suhu, kelembaban, kecepatan angin, presipitasi)

3.4 Distribusi Penyakit berdasarkan Orang, Tempat dan Waktu

a. Orang (*Person*)

1) Umur

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan- penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian didalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur. Dengan cara ini orang dapat membacanya dengan mudah dan melihat pola kesakitan atau kematian menurut golongan umur. Persoalan yang dihadapi adalah apakah umur yang dilaporkan tepat, apakah panjangnya interval didalam pengelompokan cukup untuk tidak menyembunyikan peranan umur pada pola kesakitan atau kematian dan apakah pengelompokan umur dapat dibandingkan dengan pengelompokan umur pada penelitian orang lain. Di dalam mendapatkan laporan umur yang tepat pada masyarakat pedesaan yang kebanyakan masih buta huruf hendaknya memanfaatkan sumber informasi seperti catatan petugas agama, guru, lurah dan sebagainya. Hal ini tentunya tidak menjadi soal yang berat di kala mengumpulkan keterangan umur bagi mereka yang telah bersekolah.

2) Jenis Kelamin

Angka-angka dari luar negeri menunjukkan bahwa angka kesakitan lebih tinggi dikalangan wanita sedangkan angka kematian lebih tinggi dikalangan pria, juga pada semua golongan umur. Untuk Indonesia masih perlu dipelajari lebih lanjut. Perbedaan angka kematian ini, dapat disebabkan oleh faktor-faktor intrinsik. Yang pertama diduga meliputi faktor keturunan yang terkait dengan jenis kelamin atau perbedaan hormonal sedangkan yang kedua diduga oleh karena berperannya faktor-faktor lingkungan (lebih banyak pria mengisap rokok, minum minuman keras, candu, bekerja berat, berhadapan dengan pekerjaan-pekerjaan berbahaya, dan seterusnya).

Sebab -sebab adanya angka kesakitan yang lebih tinggi dikalangan wanita, di Amerika Serikat dihubungkan dengan kemungkinan bahwa wanita lebih bebas untuk mencari perawatan. Di Indonesia keadaan itu belum diketahui. Terdapat indikasi bahwa kecuali untuk beberapa penyakit alat kelamin, angka kematian untuk berbagai penyakit lebih tinggi pada kalangan pria.

3) Kelas Sosial

Kelas sosial adalah variabel yang sering pula dilihat hubungannya dengan angka kesakitan atau kematian, variabel ini menggambarkan tingkat kehidupan seseorang. Kelas sosial ini ditentukan oleh unsur-unsur seperti pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan banyak contoh ditentukan pula oleh tempat tinggal. Karena hal-hal ini dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan maka tidaklah mengherankan apabila kita melihat perbedaan-perbedaan dalam angka kesakitan atau kematian antara berbagai kelas sosial. Masalah yang dihadapi dilapangan ialah bagaimana mendapatkan indikator tunggal bagi kelas sosial. Di Inggris, penggolongan kelas sosial ini didasarkan atas dasar jenis pekerjaan seseorang yakni I (profesional), II (menengah), III (tenaga terampil), IV (tenaga setengah terampil) dan V (tidak mempunyai keterampilan).

Di Indonesia dewasa ini penggolongan seperti ini sulit oleh karena jenis pekerjaan tidak memberi jaminan perbedaan dalam penghasilan. Hubungan antara kelas sosial dan angka kesakitan atau kematian kita dapat mempelajari pula dalam hubungan dengan umur, dan jenis kelamin.

4) Jenis Pekerjaan

Jenis pekerjaan dapat berperan didalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan yakni:

- a) Adanya faktor-faktor lingkungan yang langsung dapat menimbulkan kesakitan seperti bahan-bahan kimia, gas-gas beracun, radiasi, benda-benda fisik yang dapat menimbulkan kecelakaan dan sebagainya.
- b) Situasi pekerjaan yang penuh dengan stress (yang telah dikenal sebagai faktor yang berperan pada timbulnya hipertensi, ulkus lambung).
- c) Ada tidaknya "gerak badan" didalam pekerjaan; di Amerika Serikat ditunjukkan bahwa penyakit jantung koroner sering ditemukan di kalangan mereka yang mempunyai pekerjaan dimana kurang adanya "gerak badan".
- d) Karena berkerumun di satu tempat yang relatif sempit maka dapat terjadi proses penularan penyakit antara para pekerja.
- e) Penyakit karena cacing tambang telah lama diketahui terkait dengan pekerjaan di tambang.

Penelitian mengenai hubungan jenis pekerjaan dan pola kesakitan banyak dikerjakan di Indonesia terutama pola penyakit kronis misalnya penyakit jantung, tekanan darah tinggi, dan kanker. Jenis pekerjaan apa saja yang hendak dipelajari hubungannya dengan suatu penyakit dapat pula memperhitungkan pengaruh variabel umur dan jenis kelamin.

5) Penghasilan

Yang sering dilakukan ialah menilai hubungan antara tingkat penghasilan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan

maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin oleh karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat, membayar transport, dan sebagainya.

6) Golongan Etnik

Berbagai golongan etnik dapat berbeda didalam kebiasaan makan, susunan genetika, gaya hidup dan sebagainya yang dapat mengakibatkan perbedaan-perbedaan didalam angka kesakitan atau kematian.

Didalam mempertimbangkan angka kesakitan atau kematian suatu penyakit antar golongan etnik hendaknya diingat kedua golongan itu harus distandarisasi menurut susunan umur dan kelamin ataupun faktor-faktor lain yang dianggap mempengaruhi angka kesakitan dan kematian itu.

Penelitian pada golongan etnik dapat memberikan keterangan mengenai pengaruh lingkungan terhadap timbulnya suatu penyakit. Contoh yang klasik dalam hal ini ialah penelitian mengenai angka kesakitan kanker lambung.

7) Status Perkawinan

Dari penelitian telah ditunjukkan bahwa terdapat hubungan antara angka kesakitan maupun kematian dengan status kawin, tidak kawin, cerai dan janda; angka kematian karena penyakit-penyakit tertentu maupun kematian karena semua sebab makin meninggi dalam urutan tertentu.

Diduga bahwa sebab-sebab angka kematian lebih tinggi pada yang tidak kawin dibandingkan dengan yang kawin ialah karena ada kecenderungan orang-orang yang tidak kawin kurang sehat. Kecenderungan bagi orang-orang yang tidak kawin lebih sering berhadapan dengan penyakit, atau karena adanya perbedaan-perbedaan dalam gaya hidup yang berhubungan secara kausal dengan penyebab penyakit-penyakit tertentu.

8) **Besarnya Keluarga**

Didalam keluarga besar dan miskin, anak-anak dapat menderita oleh karena penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang.

9) **Struktur Keluarga**

Struktur keluarga dapat mempunyai pengaruh terhadap kesakitan (seperti penyakit menular dan gangguan gizi) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Suatu keluarga besar karena besarnya tanggungan secara relatif mungkin harus tinggal berdesak-desakan didalam rumah yang luasnya terbatas hingga memudahkan penularan penyakit menular di kalangan anggota-anggotanya; karena persediaan harus digunakan untuk anggota keluarga yang besar maka mungkin pula tidak dapat membeli cukup makanan yang bernilai gizi cukup atau tidak dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia dan sebagainya.

10) **Parietas**

Tingkat paritas telah menarik perhatian para peneliti dalam hubungan kesehatan si ibu maupun anak. Dikatakan umpamanya bahwa terdapat kecenderungan kesehatan ibu yang berparitas rendah lebih baik dari yang berparitas tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan penyakit-penyakit tertentu seperti asma bronchiale, ulkus peptikum, pilorik stenosis dan seterusnya. Tapi kesemuanya masih memerlukan penelitian lebih lanjut.

b. Tempat (*Place*)

Pengetahuan mengenai distribusi geografis dari suatu penyakit berguna untuk perencanaan pelayanan kesehatan dan dapat memberikan penjelasan mengenai etiologi penyakit. Perbandingan pola penyakit sering dilakukan antara :

1. Batas daerah-daerah pemerintahan
2. Kota dan pedesaan

3. Daerah atau tempat berdasarkan batas-batas alam (pegunungan, sungai, laut atau padang pasir)
4. Negara-negara
5. Regional

Untuk kepentingan mendapatkan pengertian tentang etiologi penyakit, perbandingan menurut batas-batas alam lebih berguna daripada batas-batas administrasi pemerintahan. Hal-hal yang memberikan kekhususan pola penyakit di suatu daerah dengan batas-batas alam ialah : keadaan lingkungan yang khusus seperti temperatur, kelembaban, turun hujan, ketinggian diatas permukaan laut, keadaan tanah, sumber air, derajat isolasi terhadap pengaruh luar yang tergambar dalam tingkat kemajuan ekonomi, pendidikan, industri, pelayanan kesehatan, bertahannya tradisi-tradisi yang merupakan hambatan-hambatan pembangunan, faktor-faktor sosial budaya yang tidak menguntungkan kesehatan atau pengembangan kesehatan, sifat-sifat lingkungan biologis (ada tidaknya vektor penyakit menular tertentu, reservoir penyakit menular tertentu, dan susunan genetika), dan sebagainya.

Banyaknya penyakit hanya berpengaruh pada daerah tertentu. Misalnya penyakit demam kuning, kebanyakan terdapat di Amerika Latin. Distribusinya disebabkan oleh adanya “*reservoir*” infeksi (manusia atau kera), vektor (yaitu *Aedes aegypti*), penduduk yang rentan dan keadaan iklim yang memungkinkan suburnya agen penyebab penyakit. Daerah dimana vektor dan persyaratan iklim ditemukan tetapi tidak ada sumber infeksi disebut “*receptive area*” untuk demam kuning. Contoh-contoh penyakit lainnya yang terbatas pada daerah tertentu atau yang frekuensinya tinggi pada daerah tertentu, misalnya Schistosomiasis di daerah dimana terdapat vektor snail atau keong (Lembah Nil, Jepang), gondok endemi (endemic goiter) di daerah yang kekurangan yodium.

c. Waktu (*Time*)

Mempelajari hubungan antara waktu dan penyakit merupakan kebutuhan dasar di dalam analisis epidemiologis, oleh karena perubahan-perubahan penyakit menurut waktu menunjukkan adanya

perubahan faktor-faktor etiologis. Melihat panjangnya waktu di mana terjadi perubahan angka kesakitan, maka dibedakan :

1. Fluktuasi jangka pendek dimana perubahan angka kesakitan berlangsung beberapa jam, hari, minggu dan bulan. Pola perubahan kesakitan ini terlihat pada epidemi umpamanya epidemi keracunan makanan (beberapa jam), epidemi influenza (beberapa hari atau minggu), epidemi cacar (beberapa bulan).
2. Perubahan-perubahan secara siklus dimana perubahan-perubahan angka kesakitan terjadi secara berulang-ulang dengan antara beberapa hari, beberapa bulan (musiman), tahunan, beberapa tahun.
3. Perubahan-perubahan angka kesakitan yang berlangsung dalam periode waktu yang panjang, bertahun-tahun atau berpuluh tahun yang disebut "secular trends".

3.5 Riwayat Alamiah Penyakit



Riwayat alamiah penyakit (*Natural History of Disease*) adalah deskripsi tentang perjalanan waktu dan perkembangan penyakit pada individu, dimulai sejak terjadinya paparan dengan agen kausal hingga terjadinya akibat penyakit, seperti kesembuhan atau kematian, tanpa terinterupsi oleh suatu intervensi preventif maupun terapeutik. Riwayat alamiah penyakit merupakan salah satu elemen utama epidemiologi deskriptif. Riwayat alamiah penyakit perlu dipelajari. Pengetahuan tentang riwayat alamiah penyakit sama pentingnya dengan kausa penyakit untuk 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. Perkembangan secara alamiah suatu penyakit (tanpa intervensi/campur tangan medis) sehingga suatu penyakit berlangsung secara natural.

Proses perjalanan penyakit secara umum terdiri atas 5 tahap yaitu;

1. Tahap Pre Patogenesis (*Stage of Susceptibility*)
 2. Tahap Inkubasi (*Stage of Presymptomatic Disease*)
 3. Tahap Penyakit Dini (*Stage of Clinical Disease*)
 4. Tahap Penyakit Lanjut
 5. Tahap Akhir Penyakit
- a. Tahap Pre Patogenesis (*Stage Of Susceptibility*)
Terjadi interaksi antara host-bibit penyakit-lingkungan , interaksi di luar tubuh manusia Penyakit belum ditemukan, daya tahan tubuh host masih kuat, sudah terancam dengan adanya interaksi tersebut.(tahap ini kondisi masih sehat)
- b. Tahap Inkubasi (*Stage Of Presymptomatic Disease*)
Bibit penyakit sudah masuk ke dalam tubuh host, gejala penyakit belum nampak. Tiap penyakit mempunyai masa inkubasi berbeda-beda. Beberapa jam, hari, minggu, bulan sampai bertahun-tahun. Tahap inkubasi dimulai dari masuknya bibit penyakit sampai sesaat sebelum timbulnya gejala. Daya tahan tubuh tidak kuat, penyakit berjalan terus terjadi gangguan pada

bentuk dan fungsi tubuh, sehingga penyakit makin bertambah hebat dan timbul gejala. Horison Klinik ialah garis yang membatasi antara tampak atau tidaknya gejala penyakit.

c. Tahap Penyakit Dini (*Stage of Clinical Disease*)

Dihitung dari munculnya gejala penyakit, pada tahap ini pejamu sudah merasa sakit (masih ringan), penderita masih dapat melakukan aktifitas (tidak berobat). Perawatan cukup dengan obat jalan menjadi masalah besar dunia kesehatan (jika tingkat pengetahuan & pendidikan masyarakat rendah) mendatangkan masalah lanjutan yang makin besar Penyakit makin parah berobat memerlukan perawatan relatif mahal. Akibat lain bahaya masyarakat luas menularkan kepada orang lain dan dapat menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) atau wabah.

d. Tahap Penyakit Lanjut

Pada tahap ini penyakit makin bertambah hebat, penderita tidak dapat melakukan pekerjaan seperti biasanya, Jika berobat umumnya telah memerlukan perawatan (*bad rest*).

e. Tahap Akhir Penyakit

Tahap akhir pada perjalanan penyakit akan berhenti, berakhirnya perjalanan penyakit dengan beberapa keadaan yaitu:

a) Sembuh sempurna baik bentuk dan fungsi tubuh kembali semula seperti keadaan sebelum sakit;

b) Sembuh dengan cacat

Penderita sembuh kesembuhan tidak sempurna ditemukan cacat pada pejamu. Kondisi cacat cacat fisik, fungsional dan sosial.

c) Karier

Perjalanan penyakit seolah-olah terhenti gejala penyakit tidak tampak (dalam diri pejamu masih ditemukan bibit penyakit) suatu saat penyakit dapat timbul kembali daya tahan tubuh menurun).

- d) Kronis
Perjalanan penyakit tampak berhenti, gejala penyakit tidak berubah, tidak bertambah berat ataupun ringan.
- e) Meninggal Dunia
Terhentinya perjalanan penyakit, pejamu meninggal dunia. (keadaan yang tidak diharapkan).

3.6 Pencegahan Penyakit

Pengetahuan tentang perjalanan penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi berguna untuk menemukan strategi pencegahan penyakit yang efektif. Pencegahan penyakit adalah tindakan yang ditujukan untuk mencegah, menunda, mengurangi, membasmi, mengeliminasi penyakit dan kecacatan, dengan menerapkan sebuah atau sejumlah intervensi yang telah dibuktikan efektif. menyajikan tiga tingkat pencegahan penyakit: pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

3.6.1 Pencegahan primer.

Pencegahan primer adalah upaya memodifikasi faktor risiko atau mencegah berkembangnya faktor risiko, sebelum dimulainya perubahan patologis, dilakukan pada tahap suseptibel dan induksi penyakit, dengan tujuan mencegah atau menunda terjadinya kasus baru penyakit. Termasuk yang berkaitan dengan pencegahan primer adalah “pencegahan primordial” dan “reduksi kerugian”. Pencegahan primordial adalah strategi pencegahan penyakit dengan menciptakan lingkungan yang dapat mengeliminasi faktor risiko, sehingga tidak diperlukan intervensi preventif lainnya. Contoh: Program eliminasi global cacar (variola), sehingga tidak diperlukan imunisasi cacar; Penciptaan lingkungan bersih sehingga tidak diperlukan pengabutan nyamuk *Aedes aegypti*; Program eliminasi garam dari semua makanan yang jika tercapai sangat efektif untuk mencegah hipertensi. Promosi kesehatan

- Pendidikan kesehatan
- Gizi yang cukup sesuai dengan aktifitas tubuh

- Perumahan, rekreasi, tempat kerja
- Konseling perkawinan
- Genetika
- Pemeriksaan kesehatan berkala

Perlindungan khusus

- Imunisasi
- Kebersihan perorangan
- Sanitasi lingkungan
- Penggunaan gizi/suplemen tertentu

3.6.2 Pencegahan sekunder.

Pencegahan sekunder merupakan upaya pencegahan pada fase penyakit asimtomatis, tepatnya pada tahap preklinis, terhadap timbulnya gejala-gejala penyakit secara klinis melalui deteksi dini (*early detection*). Jika deteksi tidak dilakukan dini dan terapi tidak diberikan segera maka akan terjadi gejala klinis yang merugikan.

Deteksi dini penyakit sering disebut “skrining”. Skrining adalah identifikasi yang menduga adanya penyakit atau kecacatan yang belum diketahui dengan menerapkan suatu tes, pemeriksaan, atau prosedur lainnya, yang dapat dilakukan dengan cepat. Tes skrining memilah orang-orang yang tampaknya mengalami penyakit dari orang-orang yang tampaknya tidak mengalami penyakit. Tes skrining tidak dimaksudkan sebagai diagnostik. Orang-orang yang ditemukan positif atau mencurigakan dirujuk ke dokter untuk penentuan diagnosis dan pemberian pengobatan yang diperlukan.

Skrining yang dilakukan pada sub-populasi berisiko tinggi dapat mendeteksi dini penyakit dengan lebih efisien daripada populasi umum. Tetapi skrining yang diterapkan pada populasi yang lebih luas (populasi umum) tidak hanya tidak efisien tetapi sering kali juga tidak etis. Skrining tidak etis dilakukan jika tidak tersedia obat yang efektif untuk mengatasi penyakit yang bersangkutan atau menimbulkan trauma, stigma, dan diskriminasi bagi individu yang menjalani skrining. Sebagai

contoh, skrining HIV tidak etis dilakukan pada kelompok risiko tinggi jika tidak tersedia obat antiviral yang efektif, murah, terjangkau oleh individu yang ditemukan positif mengidap HIV. Selain itu skrining HIV tidak etis dilakukan jika hasilnya mengakibatkan individu yang ditemukan positif mengalami stigmatisasi, pengucilan, dan diskriminasi pekerjaan, asuransi kesehatan, pendidikan, dan berbagai aspek kehidupan lainnya.

Deteksi dini pada tahap preklinis memungkinkan dilakukan pengobatan segera (*Prompt treatment*) yang diharapkan memberikan prognosis yang lebih baik tentang kesudahan penyakit dari pada diberikan terlambat.

3.6.3 Pencegahan Tersier

Pencegahan penyakit pada tahap ini dapat dilakukan dengan dua aspek pertama Penanganan komplikasi dan Pembatasan cacat yang bertujuan untuk menghentikan proses penyakit dan mencegah komplikasi, penyediaan fasilitas untuk membatasi ketidakmampuan dan mencegah kematian. Aspek kedua yaitu dengan melakukan rehabilitasi langkah ini dilakukan dalam rangka Penyediaan fasilitas untuk pelatihan hingga fungsi tubuh dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya.

BAB 4

KONSEP ETIKA DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

4.1 Pengertian Etika

Etika adalah aturan bertindak atau berperilaku dalam suatu masyarakat tertentu atau komunitas. Aturan bertindak ini ditentukan oleh setiap kelompok masyarakat, dan biasanya bersifat turun-temurun dari generasi ke generasi, serta tidak tertulis. Etika berasal dari bahasa Yunani, yaitu Ethos, yang menurut Araskar dan David (1978) dalam Mimin Emi Suhaemi (2004) berarti "kebiasaan". "model perilaku" atau standar yang diharapkan dan kriteria tertentu untuk suatu tindakan. Penggunaan istilah etika sekarang ini banyak diartikan sebagai motif atau dorongan yang mempengaruhi perilaku.

Sedangkan hukum adalah aturan berperilaku masyarakat dalam suatu masyarakat atau negara yang ditentukan atau dibuat oleh para pemegang otoritas atau pemerintah negara, dan tertulis. Baik etika maupun hukum dalam suatu masyarakat mempunyai tujuan yang sama, yakni terciptanya kehidupan masyarakat yang tertib, aman, dan damai. Oleh sebab itu, semua anggota masyarakat harus mematuhi etika dan hukum ini. Apabila tidak, maka bagi para pelanggar kedua aturan perilaku ini memperoleh sanksi yang berbeda. Bagi pelanggar etika sanksinya adalah "moral", sedangkan bagi pelanggar hukum, sanksinya adalah hukuman (pidana atau perdata).

Berdasarkan pengertian etika di atas, bahwa ternyata etika adalah usaha manusia dalam memakai akal budi dan daya pikirnya untuk menyelesaikan masalah bagaimana ia harus hidup, kalau ia mau menjadi baik. Terdapat beberapa alasan mengapa etika dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari yaitu:

1. Masyarakat semakin pluralistic, termasuk dalam hal moralitas, norma-norma moral sendiri masih diperdebatkan misalnya dalam bidang etika seksual, hubungan anak dan orang tuanya, kewajiban terhadap negara, sopan santun dalam pergaulan.
2. Desakan transformasi pada dimensi kehidupan manusia, sehingga manusia secara evolusi, dan radikal menganut nilai-nilai baru yang sesungguhnya tidak sesuai dengan tatanan sosialnya.
3. Eksploitasi modernisasi dari kelompok tertentu untuk kepentingan sepihak, dan seringkali manusia tidak sadar, bahwa modernisasi bukanlah untuk mengabaikan tata nilai, tetapi justru memberikan kemudahan dalam pencapaian derajat kesejahteraan.
4. Kaum agama membutuhkan perbandingan tata nilai yang bersumber dari norma-norma budaya secara universalistic dalam kapasitas untuk memberikan kemudahan logic pada manusia dalam memahami keyakinan agama.

Di tengah masyarakat terdapat banyak norma yang berlaku secara khusus dan umum. Norma-norma tersebut adalah norma sopan santun, yaitu tentang sikap lahiriah manusia yang bersifat moral, norma hukum, yaitu norma yang tidak boleh dilanggar karena memiliki sanksi, norma moral, yaitu norma yang mengatur tentang tuntutan suara hati dalam suatu kesadaran tertinggi yang memiliki substansi sopan santun dan norma hukum.

Etika selalu berkaitan dengan dengan moralitas, dimana dibutuhkan pertanggung-gugatan dari manusia sebagai individu dan anggota dari individu-individu lainnya pada suatu system atau tatanan sosial. Pertanggung-gugatan itu sendiri dipengaruhi oleh kebebasan sosial dan eksistensi. Sementara kebebasan sosial adalah kebebasan yang diterima dari orang lain, yaitu kebebasan jasmani, kebebasan rohani dan kebebasan normative.

Sedangkan kebebasan eksistensi adalah kebebasan dalam arti kemampuan kita untuk menentukan tindakan kita sendiri. Kebebasan ini berakar pada kebebasan rohani dalam penguasaan manusia terhadap batinnya, pikiran dan kehendaknya, dalam pola yang otonom sehingga

bukan dipengaruhi oleh rasa takut dan tertekan, melainkan lahir dari suatu kesadaran karena adanya nilai dan makna. Manifestasi dari kebebasan eksistensi inilah yang melahirkan suara hati.

Suara hati adalah kesadaran moral dalam situasi yang konkrit. Kita sadar pada apa yang sesungguhnya kita tuntut, dengan memutuskan sendiri apa yang harus dikatakan dengan segala konsekuensi dari apa yang telah kita putuskan. Suatu keputusan akan melahirkan pertanggung-jugatan moralitas apakah karena menyebabkan resiko atau manfaat. Sebagai gerbang paling akhir dari suatu tindakan spritual untuk berbuat, suara hati merupakan pusat kemandirian manusia, yang bertataran pada lembaga-lembaga normative, yaitu komunitas, yang meliputi keluarga, dan anggota keluarga, serta karib dan kerabat. Superego, yang merupakan perasaan moral spontan yang memiliki manifestasi dalam rasa malu atau bersalah secara otomatis dalam diri kita, jika kita melanggar norma-norma yang telah kita adopsi dari lingkungan kita. Ideologi yang merupakan ajaran atau dogma-dogma tentang dasar dan makna hidup, dimana terjadi pengaruh yang kuat untuk menghadirkan kontrol ajaran atau dogma pada setiap tindakan dan pemikiran individu-individu. Thoreau dalam karyanya, *“life without principle”* (1861), dalam Andi Asri Etika Kesehatan masyarakat, (2012) menulis: “Jika seseorang berjalan-jalan di siang hari menelusuri hutan karena ia pencinta alam, mudah sekali ia dicap pemalas. Tetapi kalau ia menghabiskan seluruh harinya untuk menjadi speculator dan menebangi hutan itu dan menggunduli dunia sebelum waktunya, maka ia pasti dianggap seorang warga negara yang rajin berusaha dan membangun. Seakan-akan kota tak ada kaitannya dengan hutan kecuali untuk ditebangi.

Ilustrasi dalam karya Thoreau diatas secara dalam ingin memberikan pesan spritual pada suatu akuntabilitas, dan tentu saja bukan pemandangan sempit sebagaimana “pencinta alam” dianggap pemalas, dan “perusak lingkungan” dianggap rajin, karena pada satu segi keduanya melahirkan perbedaan makna pengakuan bahwa tindakan kebenaran adalah sesuatu yang universal, bukan hanya dimaknai untuk tujuan kebendaan. Alam adalah roh kehidupan. Manusia ditentukan keberlangsungannya oleh rohnya. Pelepasan roh dengan jasad sudah

ditentukan oleh Tuhan, ketika manusia bunuh diri, manusia tidak percaya pada apa yang sudah ditentukan secara pasti oleh sang khalik. Begitu pula dengan alam, manusia hanya bisa mengambil manfaat dari apa yang disediakan oleh alam sesuai hakekatnya, bukan menurut sekehendaknya sendiri sebagai sesuatu yang harus dimanfaatkan. Hutan raya memiliki fungsi sebagai pengendali kehidupan dalam arti yang seutuhnya, memanfaatkan hutan bukan berarti mengurangi kapasitasnya sebagai hutan, karena terkandung suatu upaya pelepasan fungsi- fungsi hutan itu sendiri secara alamiah. Ketika area hutan disulap sebagai lahan industri, dan menggantikannya dengan hutan buatan pada area yang berbeda, maka kapasitas hutan sudah dilepaskan dalam dimensi keutuhannya. Sebab hutan adalah asumsi dari sesuatu yang tersembunyi pada perut bumi yang membutuhkan perlindungan seperti pusat-pusat dari mata air yang tidak bisa tergantikan pada area yang lain.

Emile Durkheim menyebut, “Individu dan kelompok sudah tidak lagi berfungsi secara memuaskan, bahwa individu dan kelompok hidup dalam kondisi anomie” yaitu kurangnya kehidupan sosial yang terstruktur dan bermakna, sehingga individu-individu semakin mengikuti suatu gerakan yang gelisah, suatu perkembangan yang tak terencana, dan tujuan hidup yang tidak lagi mempunyai kriteria nilai. Didalamnya kebahagiaan selalu terletak di masa depan dan tak pernah ada kemajuan masa kini”. Pendapat Durkheim ini seringkali menjadi sesuatu yang dimaknai sebagai kenyataan pada kehidupan sekarang. Banyaknya pencemaran lingkungan yang banyak menghadirkan penderitaan pada manusia, secara bermakna adalah lahir dari suatu kegelisahan manusia pada hidupnya yang tidak pernah merasa cukup, dan ingin terus menambah tanpa mempertimbangkan nilai-nilai penderitaan bagi orang lain.

4.2 Jenis-Jenis Etika

Etika umum melahirkan berbagai ragam etika yang berhubungan dengan ajaran-ajaran atau doktrin yang dicetuskan oleh para filosof. Etika khusus, terutama etika sosial menghasilkan berbagai etika, seperti

etika keluarga, etika bisnis, etika pro-fesi dan sebagainya. Etika profesi mempunyai dinamika tersendiri yang berbeda dibandingkan dengan bentuk etika-etika sosial lainnya.

Dalam kehidupan berorganisasi atau menjalankan profesinya, seorang individu atau kelompok seringkali dihadapkan pada permasalahan yang menyangkut etika manajemen.

Bagaimanakah seharusnya seorang manajer menampilkan tingkah lakunya dalam kehidupan berorganisasi? Apakah seorang manajer sudah menjalankan perannya sesuai etika manajemen? Untuk memberikan pemahaman yang tepat, maka perlu dilakukan penelaahan yang lebih mendalam tentang hakekat etika, baik yang bersifat normatif maupun yang bersifat deskriptif, termasuk tujuan sebuah etika dan etika yang berlaku sebagai etika profesi. Penelaahan dilakukan dengan studi literatur dan dikaitkan dengan berbagai fenomena yang ditemui dalam kehidupan empiris.

Etika menganalisis makna yang dikandung dalam predikat kesucilaan dan menyelidiki penggunaan predikat dalam kehidupan sehari-hari. Dari sini lahirlah apa yang disebut sebagai etika deskriptif. Etika deskriptif menggambarkan suatu obyek secara cermat mengenai segala yang bersangkutan dengan bermacam-macam predikat dan tanggapan, terutama predikat dan tanggapan kesucilaan yang telah diterima dan digunakan dalam masyarakat.

4.2.1 Etika deskriptif

Etika deskriptif melukiskan segala sesuatu secara netral dan tidak memberikan penilaian. Etika deskriptif hanya memberikan gambaran apa adanya, berikut makna-makna yang terkandung dalam setiap perbuatan dan tidak memberikan penilaian. Etika tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga normatif. Etika tidak terbatas pada pemantauan terhadap moralitas, tetapi melakukan juga penilaian dengan refleksi kritis, metodis dan sistematis tentang tingkah laku manusia berkaitan dengan norma.

Penilaian tersebut merupakan refleksi ilmiah tentang tingkah laku manusia dari sudut norma atau sudut baik dan buruk. Etika normatif

membicarakan apa yang seharusnya dikerjakan, apa yang seharusnya terjadi atau apa yang memungkinkan seseorang melakukan hal yang bertentangan dengan seharusnya.

Etika deskriptif memberikan gambaran mengenai berbagai ajaran, doktrin, teori dan prinsip moral yang dapat dijadikan sebagai pedoman untuk menilai baik atau buruk tindakan seseorang. Ajaran, doktrin, teori atau prinsip moral merupakan aspek-aspek yang dipelajari dalam etika umum. Oleh karenanya, etika umum “lebih” bersifat deskriptif.

4.2.2 Etika normatif

Etika normatif merupakan norma-norma yang menuntun manusia bertindak secara baik dan menghindari hal-hal yang buruk sesuai dengan kaidah yang berlaku di masyarakat. Etika normatif melakukan penilaian terhadap tingkah laku manusia secara individual ataupun kelompok (sosial). Sebagai individu, manusia terikat oleh kewajiban dan berupaya mencapai akhlak yang luhur atau menjadi orang yang bajik. Sebagai anggota kelompok, manusia berkaitan dengan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, berinteraksi dengan individu lain atau kelompok baik formal ataupun non formal.

4.2.3 Etika Khusus

Etika khusus berkaitan dengan etika individual dan etika sosial. Etika individual berbicara tentang perilaku manusia terhadap dirinya sendiri untuk mencapai ahlak yang luhur.

Etika sosial berbicara mengenai kewajiban, sikap dan perilaku sebagai anggota masyarakat yang mempunyai nilai-nilai tertentu seperti saling berinteraksi, saling menghormati, dan sebagainya. Etika sosial melahirkan berbagai ragam etika seperti etika keluarga, etika bisnis, etika profesi dan sebagainya. Etika khusus, termasuk di dalamnya adalah etika sosial dan etika individual “lebih” bersifat normatif. Etika profesi yang merupakan bagian dari etika sosial juga “lebih” bersifat normatif.

Etika merupakan ilmu yang menetapkan ukuran atau kaidah yang mendasari pemberian tanggapan atau penilaian terhadap perbuatan manusia. Kaidah atau norma adalah nilai yang mengatur dan memberikan pedoman atau patokan tertentu bagi setiap orang atau masyarakat untuk berperilaku sesuai dengan peraturan yang telah disepakati.

Kaidah atau norma biasanya berisi tentang perintah yang merupakan keharusan bagi seseorang untuk berbuat sesuatu karena akibatnya dipandang baik, Kaidah atau norma juga biasanya berisi tentang larangan yang merupakan keharusan bagi seseorang untuk tidak berbuat sesuatu karena akibatnya dipandang tidak baik. Kaidah atau norma-norma tersebut umumnya berbentuk norma agama, susila, kesopanan dan norma hukum. Norma-norma tersebut menghasilkan etika agama, moral, etiket, kode etik dan sebagainya. Etika agama atau moral terwujud dalam predikat moral baik dan buruk, etiket terwujud dalam bentuk sopan santun, sedangkan norma hukum yang berbentuk kode etik berbentuk tata tertib yang memelihara perilaku profesional

Berdasarkan penjelasan di atas, diketahui bahwa kedua jenis etika memiliki perbedaan satu dengan yang lainnya etika deskriptif bersifat menggambarkan tingkah laku manusia apa adanya. Etika Jawa yang diritualkan dalam acara panggih tergambar norma-norma yang dianut oleh masyarakat Jawa, khususnya dalam menapaki bahtera rumah tangga. Sedangkan etika normatif menilai tingkah laku masyarakat berdasarkan norma-norma tertentu. Etika normatif mengharuskan masyarakat bertingkah laku tertentu atau seharusnya agar dinilai etis atau baik.

Etika juga sering disistematiskan menjadi dua bagian yaitu etika umum dan etika khusus. Etika umum melahirkan ajaran, doktrin atau teori, sedangkan etika khusus melahirkan etika individual dan etika sosial. Etika umum “lebih” bersifat deskriptif, sedangkan etika khusus “lebih” bersifat normatif. Sifat deskriptif etika umum terlihat dari paparan filosof tertentu pada ajaran, doktrin atau teorinya. Sifat normatif etika khusus terlihat, misalnya pada etika profesi. Etika menetapkan kaidah atau norma yang berisi keharusan-keharusan untuk

tidak berbuat sesuatu. Norma tersebut menghasilkan etika agama, moral, etiket, kode etik dan sebagainya.

4.3 Etika Dalam Kesehatan Masyarakat

Etika dalam kesehatan masyarakat adalah suatu tatanan moral berdasarkan system nilai yang berlaku secara universal dalam eksistensi mencegah perkembangan resiko pada individu, kelompok dan masyarakat yang mengakibatkan penderitaan sakit dan kecacatan, serta meningkatkan keberdayaan masyarakat untuk hidup sehat dan sejahtera.

Etika kesehatan masyarakat sangat berbeda dengan etika kedokteran yang menyatakan bahwa dalam menjalankan pekerjaan kedokteran seorang dokter janganlah dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan pribadi, seorang dokter harus senantiasa mengingat kewajiban melindungi hidup makhluk insani, seorang dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan, seorang dokter harus tetap memelihara kesehatan dirinya.

Menurut Ieenen Etika Kesehatan adalah suatu penerapan dari nilai kebiasaan (etika) terhadap bidang pemeliharaan/pelayanan kesehatan. Menurut Soerjono Soekanto: penilaian terhadap gejala kesehatan yang disetujui, dan juga mencakup terhadap rekomendasi bagaimana bersikap tidak secara pantas dalam bidang kesehatan. Hukum kesehatan lebih diutamakan dibanding Etika kesehatan. Contoh: Mantri dapat memberi suntikan tanpa ada dokter tapi Hukum kesehatan tidak membenarkan ini., ketentuan hukum kesehatan dapat mengesampingkan etika tenaga kesehatan. Contoh: kerahasiaan dokter (etika kedokteran) jika terkait dengan masalah hukum maka dikesampingkan. Etika kesehatan lebih diutamakan dari etika dokter. dokter dilarang mengiklankan diri, tapi dalam menulis artikel kesehatan tidak masalah. Sementara perbedaan etika Kesehatan dan hukum kesehatan dimana etika kesehatan objeknya semata-mata dalam pelayanan kesehatan, sedangkan hukum kesehatan objeknya tidak hanya hukum tapi melihat nilai-nilai hidup masyarakat., Hukum

berlaku umum, etika kesehatan berlaku hanya dalam pelayanan kesehatan, etika sifatnya tidak mengikat dan pelanggarannya tidak dapat dituntut sedangkan, hukum mengikat pelanggarnya dapat dituntut.

Dalam pelayanan kesehatan tidak jarang dokter mengetahui penyakit pasien yang merupakan aib untuk diri pasien atau rahasia pribadi pasien yang terpaksa disampaikan oleh pasien tersebut sebagai bagian dari proses pengobatan penyakit. Sejak masa Hipocrates rahasia pasien tetap aman di kalangan tenaga kesehatan. Jarang sekali terjadi rahasia pasien yang tidak terjaga. Dokter berkewajiban menyimpan rahasia kedokteran yang dipercayakan kepadanya dan dituangkan ke dalam medical record sebagai kewajiban profesinya, di sini penerjemahan etika profesi kedokteran. Hal ini sejalan dengan doktrin profesinya bahwa “saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena pekerjaan saya sebagai dokter”.

Rahasia kedokteran diterjemahkan sebagai segala sesuatu yang diketahui oleh orang-orang tersebut pada waktu atau selama melakukan pekerjaan dalam lapangan pengobatan. Segala sesuatu yang diketahui adalah segala fakta yang di dapat dalam pemeriksaan penderita, intepretasinya untuk menegakkan diagnosa dan melakukan pengobatan dari anamnesa, pemeriksaan jasmaniah, dan pemeriksaan dengan alat-alat kedokteran.

Dalam dimensi kesehatan masyarakat rahasiyah tidak dikenal, bahkan tranparansi merupakan kekuatan dari penyelesaian problema. Prosedur kerja tenaga kesehatan masyarakat adalah akuntabilitas dari masyarakat sebagai indicator dari kualitas. Ketika terjadi suatu upaya menyembuyan fakta-fakta dari tenaga kesehatan masyarakat, maka di situlah kegagalan dari pekerjaannya, karena fakta-fakta masalah kesehatan akan terus berkembang dan hadir sebagai sesuatu yang kongkrit melalui wabah penyakit, ataupun dalam bentuk KLB (kejadian luar biasa).

Petugas kesehatan dalam melayani masyarakat, juga akan terikat pada etika dan hukum, atau etika dan hukum kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan masyarakat, perilaku petugas kesehatan harus tunduk pada etika profesi (kode etik profesi) dan juga tunduk pada

ketentuan hukum, peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Apabila petugas kesehatan melanggar kode etik profesi, maka akan memperoleh sanksi “etika” dari organisasi profesinya. Dan mungkin juga apabila melanggar ketentuan peraturan atau perundang-undangan, juga akan memperoleh sanksi hukum (pidana atau perdata).

Seiring dengan kemajuan zaman, serta kemudahan dalam akses informasi, era globalisasi atau kesejagatan membuat akses informasi tanpa batas, serta peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi membuat masyarakat semakin kritis. Disisi lain menyebabkan timbulnya berbagai permasalahan etik. Selain itu perubahan gaya hidup, budaya dan tata nilai masyarakat, membuat masyarakat semakin peka menyikapi berbagai persoalan, termasuk memberi penilaian terhadap pelayanan yang diberikan petugas kesehatan.

Perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan yang semakin maju telah membawa manfaat yang besar untuk terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Perkembangan ini juga diikuti dengan perkembangan hukum di bidang kesehatan, sehingga secara bersamaan, petugas kesehatan menghadapi masalah hukum terkait dengan aktivitas, perilaku, sikap dan kemampuannya dalam menjalankan profesi kesehatan. Ketika masyarakat merasakan ketidakpuasan terhadap pelayanan atau apabila seorang petugas kesehatan merugikan pasien, tidak menutup kemungkinan untuk di meja hijaukan.

Bahkan didukung semakin tinggi peran media, baik media massa maupun elektronik dalam menyoroti berbagai masalah yang timbul dalam pelayanan kesehatan, merupakan hal yang perlu diperhatikan dan perlu didukung pemahaman petugas kesehatan mengenai kode etik profesi dan hukum kesehatan, dasar kewenangan dan aspek legal dalam pelayanan kesehatan. Untuk itu dibutuhkan suatu pedoman yang komprehensif dan integratif tentang sikap dan perilaku yang harus dimiliki oleh seorang petugas kesehatan, pedoman tersebut adalah kode etik profesi. Kode etik profesi penting diterapkan, karena semakin meningkatnya tuntutan terhadap pelayanan kesehatan dan pengetahuan serta kesadaran hukum masyarakat tentang prinsip dan nilai moral yang terkandung dalam pelayanan profesional.

Kode etik profesi mengandung karakteristik khusus suatu profesi. Hal ini berarti bahwa standar profesi harus diperhatikan dan mencerminkan kepercayaan serta tanggung jawab yang diterima oleh profesi dalam kontrak hubungan profesional antara tenaga kesehatan dan masyarakat. Masyarakat memberi kepercayaan kepada tenaga kesehatan untuk melaksanakan kewajibannya dalam memutuskan dan melakukan tindakan berdasarkan pada pertimbangan terbaik bagi kepentingan masyarakat (penerima layanan kesehatan) yang mengacu pada standar praktik dan kode etik profesi. Kode etik adalah seperangkat prinsip etik yang disusun atau dirumuskan oleh anggota-anggota kelompok profesi, yang merupakan cermin keputusan moral dan dijadikan standar dalam memutuskan dan melakukan tindakan profesi.

Etika sebagai kumpulan asas atau nilai moral yang sering dikenal dengan “kode Etik”; Sebagai ilmu tentang yang baik atau buruk, yang acapkali disebut “filsafat moral”. Perbedaan atas konsep etika dari konsep etiket adalah etika lebih menggambarkan norma tentang perbuatan itu sendiri yaitu apakah suatu perbuatan boleh atau tidak boleh dilakukan, misalnya mengambil barang milik orang tanpa ijin tidak pernah diperbolehkan. Sementara etiket menggambarkan cara suatu perbuatan itu dilakukan manusia, dan berlaku hanya dalam pergaulan atau berinteraksi dengan orang lain, dan cenderung berlaku dalam kalangan tertentu saja, misalnya memberi sesuatu kepada orang lain dengan tangan kiri merupakan cara yang kurang sopan menurut kebudayaan tertentu, tapi tidak ada persoalan bagi kebudayaan lain. Karena itu etiket lebih bersifat relatif, dan cenderung mengutamakan simbol lahiriah, bila dibandingkan dengan etika yang cenderung berlaku universal dan menggambarkan sungguh-sungguh sikap bathin.

4.3.1 Etika dalam Pelayanan Kesehatan

Etika pelayanan kesehatan adalah suatu pemahaman akan asas norma dan nilai yang berlaku di masyarakat dalam tindakan medis pemberian obat-obatan dan jasa kepada masyarakat oleh pemerintah dalam rangka tanggung jawabnya kepada publik, baik

diberikan secara langsung maupun melalui kemitraan dengan swasta masyarakat, berdasarkan jenis dan intensitas kebutuhan masyarakat dan kemampuan masyarakat. Etika kesehatan merupakan cara/pendekatan dalam memahami dan menilai kehidupan masyarakat terhadap kesehatan berdasarkan cara normatif (tolak ukur tindakan kesehatan yang benar atau baik) dan cara deskriptif (tolak ukur kesehatan yang dipercaya masyarakat dan bagaimana masyarakat mengaplikasikan kesehatan). Berdasarkan pengertian diatas, dikenal beberapa macam etika dalam pelayanan kesehatan masyarakat yang dijelaskan sebagai berikut ;

4.3.2 Etiko Medikolegal

Menurut kamus besar bahasa Indonesia yang dimaksud dengan medikolegal adalah yang berkaitan, baik dengan kesehatan maupun hukum. Kebanyakan dokter kurang memahami peranan dan tanggungjawab dalam interaksi mereka dengan sistem hukum. Hal ini tidaklah mengejutkan, melihat meningkatnya kebutuhan mendesak akan praktisi medis oleh perundang- undangan, peraturan dan petunjuk.

4.3.3 Bioetika Medis

Bioetika Medis adalah studi interdisipliner tentang masalah-masalah yang ditimbulkan oleh perkembangan biologi dan kedokteran, tidak hanya memperhatikan masalah-masalah yang terjadi pada masa sekarang, tetapi juga memperhitungkan timbulnya masalah pada masa yang akan datang. Perkembangan yang begitu pesat di bidang biologi dan ilmu kedokteran membuat etika kedokteran tidak mampu lagi menampung keseluruhan permasalahan yang berkaitan dengan kehidupan. Etika kedokteran berbicara tentang bidang medis dan profesi kedokteran saja, terutama hubungan dokter dengan pasien, keluarga, masyarakat, dan teman sejawat. Oleh karena itu, sejak tiga dekade terakhir ini telah dikembangkan bioetika atau yang disebut juga dengan etika biomedis. Menurut F. Abel, dalam Hanafiah, J., Amri amir. (2009) bioetika adalah studi interdisipliner tentang masalah-

masalah yang ditimbulkan oleh perkembangan biologi dan kedokteran, tidak hanya memperhatikan masalah-masalah yang terjadi pada masa sekarang, tetapi juga memperhitungkan timbulnya masalah pada masa yang akan datang. Bioetika berasal dari kata bios yang berarti kehidupan dan ethos yang berarti norma-norma atau nilai-nilai moral. Bioetika merupakan studi interdisipliner tentang masalah yang ditimbulkan oleh perkembangan di bidang biologi dan ilmu kedokteran baik skala mikro maupun makro, masa kini dan masa mendatang. Bioetika mencakup isu-isu sosial, agama, ekonomi, dan hukum bahkan politik yang berhubungan dengan kesehatan Masyarakat.

Bioetika selain membicarakan bidang medis, seperti abortus, euthanasia, transplantasi organ, teknologi reproduksi butan, dan rekayasa genetik, membahas pula masalah kesehatan, faktor budaya yang berperan dalam lingkup kesehatan masyarakat, hak pasien, moralitas penyembuhan tradisional, lingkungan kerja, demografi, dan sebagainya. Bioetika memberi perhatian yang besar pula terhadap penelitian kesehatan pada manusia dan hewan percobaan.

Masalah bioetika mulai diteliti pertama kali oleh *Institute for the Study of Society, Ethics and Life Sciences, Hasting Center*, New York pada tahun 1969. Hartono, dkk (2011).

4.3.4 Petunjuk Medikolegal dalam Pelayanan Kesehatan

Persetujuan pengobatan Praktisi medis dituntut memberikan informasi pada pasien agar pasien mampu memahami terutama tentang pilihan pengobatan mereka, konsekuensi yang dapat diperkirakan dan efek samping dari setiap terapi atau intervensi yang diusulkan, konsekuensi jika tidak berproses dengan pengobatan, praktisi medis memberi nasehat pada pilihan klinis terbaik dan alasan mereka untuk opini profesional tersebut. Praktisi media diharuskan menyimpan rekam medis dengan akurat termasuk rekaman perawatan yang telah diberikan pada pasien.

Kerahasiaan dalam hubungan dokter-pasien adalah landasan hubungan dokter-pasien. Sebagai prinsip umum, pasien memiliki hak mengharapkan praktisi medis tidak akan menyingkap informasi yang

didapat dari pasien dalam rangka hubungan dokter-pasien tanpa ijin dari pasien. Pengecualian terhadap Kerahasiaan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan pada kondisi tertentu yaitu;

- a) Jika pasien setuju untuk diungkapkan statusnya.
- b) Dengan persetujuan seseorang yang berhak bertindak atas nama pasien
- c) Anggota keluarga
- d) Ketika informasi klinis perlu dibagi diantara tim yang melakukan pengobatan
- e) Untuk jaminan kualitas dan evaluasi pelayanan kesehatan
- f) Kelahiran, Kematian
- g) Wajib melaporkan penganiayaan anak-anak
- h) Pemberitahuan penyakit infeksi kepada otoritas yang berhubungan
- i) Kebugaran untuk mengendarai kendaraan bermotor
- j) Contoh darah setelah kecelakaan
- k) Pemenuhan surat perintah pencarian
- l) Pemberitahuan praktisi kesehatan yang kecacatan kesehatannya dapat membahayakan publik
- m) Sertifikasi orang dengan penyakit mental
- n) Panggilan tertulis untuk tampil di pengadilan
- o) Resiko serius untuk dirinya dan orang lain
- p) Pengungkapan terhadap otoritas pemerintah

Aspek lain dalam medikolegal pada praktek pelayanan kesehatan adalah ketika petugas kesehatan diharuskan untuk membuat laporan tentang diagnosa dalam bentuk surat keterangan, praktisi medis memiliki kewajiban untuk mengumpulkan dan membuat laporan informasi cukup berdasarkan fakta melalui anamnesa dan pemeriksaan untuk dicatat dalam bentuk apapun dalam surat keterangan. Surat keterangan harus tertanggal pada hari dimana surat tersebut ditulis tidak boleh dimundurkan dalam keadaan apapun.

Ketika memberikan Keterangan, Praktisi medis dapat dipanggil secara tertulis untuk tampil di pengadilan sebagai saksi di hadapan

hukum dan pengadilan dan juga dapat diminta untuk memberikan keterangan. Ini berhubungan dengan pengobatan yang dilakukan oleh mereka, penilaian yang dilakukan dan observasi yang mereka buat. Bukti tersebut dapat berupa bukti fakta dan bukti pendapat. Sebelum memberikan keterangan, praktisi medis harus meninjau kembali diri mereka dengan dokumen yang berhubungan dengan pasien tentang keadaan medis yang dibutuhkan untuk memberikan bukti. Petugas Kesehatan harus mendasarkan pendapat mereka pada data dan menahan diri dari spekulasi, kecuali dengan jelas diminta melakukannya oleh pengadilan. Mereka harus menggambarkan dengan jelas antara fakta dan pendapat pribadi dan dipersiapkan untuk menjelaskan alasan munculnya pendapat tersebut, jika diminta untuk melakukannya.

Memberi kesaksian ketika praktisi medis diminta untuk memberi kesaksian, para praktisi harus menganggap dirinya bertindak dalam kapasitas sebagai praktisi medis dan menerapkan kemampuan klinis mereka. Seorang praktisi seharusnya tidak memberikan kesaksian jika dia menerima uang untuk kesaksian tersebut. Bersaksi untuk dokumen hukum lainnya Praktisi medis diminta untuk bersaksi atas berbagai dokumen hukum yang pasti. Banyak pertimbangan garis besar dalam hubungan kesaksian yang bisa diterapkan pada kesaksian dokumen lainnya.

4.4 Prinsip Dasar Etika Kesehatan

Prinsip-prinsip dasar etika adalah suatu aksioma yang mempermudah penalaran etik. Prinsip-prinsip itu harus dibersamakan dengan prinsip-prinsip lainnya atau yang disebut spesifik. Tetapi pada beberapa kasus, karena kondisi berbeda, satu prinsip menjadi lebih penting dan sah untuk digunakan dengan mengorbankan prinsip yang lain. Keadaan terakhir disebut dengan *Prima Facie*. Konsil Kedokteran Indonesia, dengan mengadopsi prinsip etika kedokteran barat, menetapkan bahwa, praktik kedokteran Indonesia mengacu kepada 4 kaidah dasar moral yang sering juga disebut kaidah dasar etika

kedokteran atau bioetika, antara lain: *Beneficence Non- malficence Justice Autonomy* , ketiga hal tersebut dijelaskan sebagai berikut ;

4.4.1 Beneficence (Berbuat baik)

Dalam arti prinsip bahwa seorang dokter berbuat baik, menghormati martabat manusia, dokter tersebut juga harus mengusahakan agar pasiennya dirawat dalam keadaan kesehatan. Dalam suatu prinsip ini dikatakan bahwa perlunya perlakuan yang terbaik bagi pasien.

Beneficence membawa arti menyediakan kemudahan dan kesenangan kepada pasien mengambil langkah positif untuk memaksimalkan akibat baik daripada hal yang buruk. Ciri -ciri prinsip ini, yaitu; Mengutamakan Altruisme Memandang pasien atau keluarga bukanlah suatu tindakan tidak hanya menguntungkan seorang dokter Mengusahakan agar kebaikan atau manfaatnya lebih banyak dibandingkan dengan suatu keburukannya Menjamin kehidupan baik-minimal manusia Memaksimalkan hak-hak pasien secara keseluruhan Meenerapkan Golden Rule Principle , yaitu melakukan hal yang baik seperti yang orang lain inginkan Memberi suatu resep.

Beneficence yaitu prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan ke kebaikan pasien atau penyediaan keuntungan dan menyeimbangkan keuntungan tersebut dengan risiko dan biaya. Dalam Beneficence tidak hanya dikenal perbuatan untuk kebaikan saja, melainkan juga perbuatan yang sisi baiknya (manfaat) lebih besar daripada sisi buruknya (mudharat). Beneficence berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

Contoh: Dokter memberi obat gatal-gatal tetapi mempunyai efek yang lain, maka dokter harus mempertimbangkan secara cermat atas tindakannya tersebut. Contoh lainnya Seorang sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) memberikan pelayanan kepada seorang pasien yang menderita penyakit TBC, maka SKM tersebut

harus mempertimbangkan dan berkonsultasi dengan ahlinya dalam memberikan pelayanan kesehatan.

4.4.2 Non-Malficence (Tidak merugikan)

Non-malficence adalah suatu prinsip yang mana seorang dokter tidak melakukan perbuatan yang memperburuk pasien dan memilih pengobatan yang paling kecil resikonya bagi pasien sendiri. Pernyataan kuno *Fist, do no harm*, tetap berlaku dan harus diikuti. Non-malficence mempunyai ciri-ciri: Menolong pasien emergensi, Mengobati pasien yang luka, Tidak membunuh pasien, Tidak memandang pasien sebagai objek, Melindungi pasien dari serangan, Manfaat pasien lebih banyak daripada kerugian dokter, Tidak membahayakan pasien karena kelalaian, Tidak melakukan *White Collar Crime*.

Prinsip tidak merugikan “Non- maleficence” adalah prinsip menghindari terjadinya kerusakan atau prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk keadaan pasien. Prinsip ini dikenal sebagai “*primum non nocere*” atau “*above all do no harm* “. Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologis pada klien atau pasien. Contoh: Pendapat dokter dalam memberikan pelayanan tidak dapat diterima oleh pasien dan keluarganya sehingga jika dipaksakan dapat merugikan pasien. Contoh lainnya Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) memberikan pelayanan yang terbaik dalam usaha penyembuhan pencegahan tanpa merugikan masyarakat.

4.4.3 Justice (Keadilan)

Justice keadilan adalah suatu prinsip dimana seorang dokter memperlakukan sama rata dan adil terhadap untuk kebahagiaan dan kenyamanan pasien tersebut. Perbedaan tingkat ekonomi, pandangan politik, agama, kebangsaan, perbedaan kedudukan sosial, kebangsaan, dan kewarganegaraan tidak dapat mengubah sikap dokter terhadap pasiennya. Justice mempunyai ciri-ciri: Memberlakukan segala sesuatu secara universal Mengambil porsi terakhir dari proses membagi yang

telah ia lakukan Menghargai hak sehat pasien Menghargai hak hukum pasien.

4.4.4 Autonomy {Otonomi}

Dalam prinsip ini seorang dokter menghormati martabat manusia. Setiap individu harus diperlakukan sebagai manusia yang mempunyai hak menentukan nasib diri sendiri. Dalam hal ini pasien diberi hak untuk berfikir secara logis dan membuat keputusan sendiri. Autonomy bermaksud menghendaki, menyetujui, membenarkan, membela, dan membiarkan pasien demi dirinya sendiri. Autonomy mempunyai ciri-ciri: Menghargai hak menentukan nasib sendiri Berterus terang menghargai privasi Menjaga rahasia pasien.

Prinsip "Autonomy" (*self-determination*) Yaitu prinsip yang menghormati hak-hak pasien, terutama hak otonomi pasien (*the rights to self determination*) dan merupakan kekuatan yang dimiliki pasien untuk memutuskan suatu prosedur medis. Prinsip moral inilah yang kemudian melahirkan doktrin Informed consent.

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan

mampu membuat keputusan sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional.

Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Contoh: Pasien berhak menentukan tindakan-tindakan baru dapat dilakukan atas persetujuan dirinya. Contoh lainnya yaitu seorang warga menentukan sikap untuk ikut penyuluhan ataupun kegiatan kesehatanyang diselenggarakan oleh Sarjana Kesehatan Masyarakat SKM).

4.4.5 Confidentiality (kerahasiaan)

Institusi kesehatan akan menjaga kerahasiaan informasi yang bisa merugikan seseorang atau masyarakat. Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang pasien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang pasien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindar. Contoh : Seorang dokter maupun tenaga medis yang menangani pasien menjaga dan meng-back up setiap data informasi yang dimiliki dari pasien tersebut, baik itu nama, alamat, penyakit yang diderita, dan sebagainya. Contoh lainnya Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) merahasiakan segala bentuk data terkait dengan data survei yang bersifat pribadi (tidak dipublikasikan).

4.4.6 Fidelity (Menepati janji)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Tenaga Kesehatan setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari tenaga kesehatan adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Contoh: Seorang dokter berjanji dengan sungguh untuk menjaga setiap rahasia pasiennya, dan sampai kapanpun akan tetpa menjaga komitmennya untuk menjaga kerahasiaan setiap pasiennya Contoh lainnya Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) menepati janjinya dalam usaha peningkatan dan perbaikan kesehatan di masyarakat sesuai dengan program yang telah dibuat.

4.4.7 Fiduciarity (Kepercayaan)

Prinsip fiduciarity atau kepercayaan adalah hukum hubungan atau etika kepercayaan antara dua atau lebih pihak. Kepercayaan dibutuhkan untuk komunikasi antara professional kesehatan dan pasien. Seseorang secara hukum ditunjuk dan diberi wewenang untuk memegang aset dalam kepercayaan untuk orang lain. Para fidusia mengelola aset untuk kepentingan orang lain daripada untuk keuntungan sendiri. Contoh:

Seorang dokter dipercaya oleh pasiennya untuk melakukan operasi pengangkatan sel kanker dalam tubuhnya. Contoh lainnya Seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) diberi kepercayaan oleh masyarakat dalam memberantas wabah DBD dan malaria.

4.5 Etika Dalam Penelitian Kesehatan

Etika penelitian berkaitan dengan beberapa norma, yaitu norma sopan-santun yang memperhatikan konvensi dan kebiasaan dalam tatanan di masyarakat, norma hukum mengenai pengenaan sanksi ketika terjadi pelanggaran, dan norma moral yang meliputi itikad dan kesadaran yang baik dan jujur dalam penelitian. Etika penelitian membantu untuk merumuskan pedoman etis yang lebih adekuat dan norma-norma baru yang dibutuhkan karena adanya perubahan dinamis dalam kehidupan masyarakat. Etika penelitian menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan penelitian. Dalam melaksanakan seluruh kegiatan penelitian, peneliti harus memegang teguh sikap ilmiah (*scientific attitude*) serta menggunakan prinsip – prinsip etika penelitian Apakah etika penelitian berlaku bagi penelitian yang mengandung resiko, meskipun intervensi yang dilakukan dalam penelitian tidak memiliki resiko yang dapat merugikan atau membahayakan responden, namun peneliti perlu mempertimbangkan aspek sosioetika dan menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan.

Semua penelitian yang melibatkan subyek manusia harus dilakukan sesuai dengan tiga prinsip etik mendasar, yakni penghormatan terhadap manusia, kebaikan dan keadilan. Pada umumnya disepakati

bahwa prinsip-prinsip ini, secara abstrak memiliki kekuatan moral yang sama, mengarahkan persiapan hati-hati dari usulan-usulan penelitian ilmiah. Dalam berbagai keadaan prinsip-prinsip tersebut dapat diekspresikan secara berbeda dan diberikan tekanan moral yang berbeda, serta penerapannya dapat menghasilkan keputusan-keputusan atau tindakan yang berbeda. Pedoman ini diarahkan pada penerapan prinsip-prinsip tersebut terhadap penelitian yang melibatkan subyek manusia.

Penghormatan terhadap manusia mencakup paling tidak dua pertimbangan etik fundamental, yakni:

- a) Penghormatan terhadap otonomi, yang mengharuskan mereka yang mampu membuat pertimbangan mengenai pilihan-pilihan pribadi mereka harus diperlakukan dengan hormat untuk kemampuannya menentukan nasib sendiri (*self-determination*).
- b) Perlindungan terhadap orang-orang dengan otonomi yang cacat atau berkurang, yang mewajibkan mereka yang tergantung atau rentan diberikan keamanan terhadap kerugian atau penyalahgunaan.

Kebaikan mengacu pada kewajiban etik untuk memaksimalkan kebaikan dan meminimalkan kerugian serta kesalahan. Prinsip ini melahirkan norma-norma yang mewajibkan agar resiko penelitian menjadi wajar dalam kaitan dengan manfaat yang diharapkan, agar rancangan penelitian tersebut baik, serta agar peneliti kompeten baik dalam melakukan penelitian maupun dalam menjaga kesejahteraan subyek-subyek penelitian.

Kebaikan lebih jauh melarang perlakuan yang merugikan terhadap manusia. Aspek kebaikan ini kadangkala diekspresikan sebagai suatu prinsip terpisah, yakni non-kejahatan (jangan merugikan).

Keadilan merujuk pada kewajiban etik untuk memperlakukan setiap orang sesuai dengan apa yang benar dan layak secara moral, untuk memberikan kepada setiap orang apa yang layak baginya. Dalam etika penelitian yang melibatkan subyek manusia, prinsip tersebut merujuk terutama pada keadilan distributif, yang mewajibkan distribusi yang

setara dalam hal beban dan manfaat dari partisipasi dalam penelitian. Perbedaan dalam distribusi beban dan manfaat hanya dapat dibenarkan jika hal-hal tersebut didasarkan pada perbedaan yang relevan secara moral antara orang-orang. Salah satu perbedaan tersebut adalah kerentanan. “Kerentanan” merujuk pada ketidakmampuan mendasar untuk melindungi kepentingannya sendiri karena rintangan-rintangan seperti kurangnya kemampuan untuk memberikan *informed consent*, kurangnya cara-cara alternatif untuk memperoleh perawatan medis atau kebutuhan mahal lainnya, atau karena menjadi anggota muda atau bawahan dari suatu kelompok hierarki. Dengan demikian, ketetapan-ketetapan khusus harus dibuat untuk melindungi hak-hak dan kesejahteraan dari orang-orang yang rentan.

Istilah “penelitian” merujuk pada suatu kelompok aktivitas yang dirancang untuk mengembangkan atau memberikan sumbangan kepada pengetahuan yang bersifat umum.

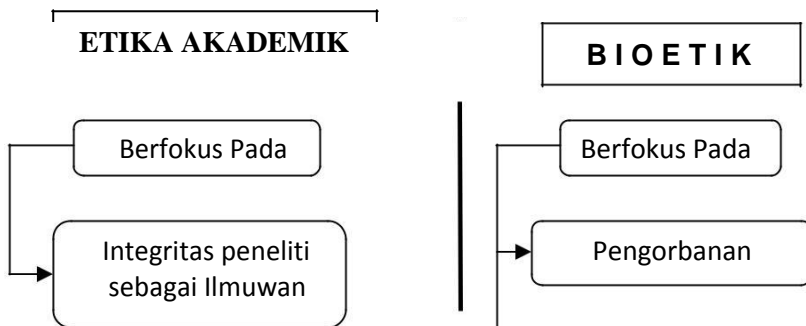
Pengetahuan yang bersifat umum mencakup teori, prinsip atau hubungan-hubungan, atau akumulasi informasi di mana hal-hal tersebut dilandaskan, yang dapat dikokohkan melalui metoda-metoda ilmiah pengamatan dan penyimpulan yang diterima. Dalam konteks ini “penelitian” mencakup baik penelitian medis maupun behavioral (perilaku) yang berkenaan dengan kesehatan manusia. Biasanya “penelitian” dimodifikasi dengan kata sifat “biomedis” untuk menunjukkan bahwa referensi ditujukan pada penelitian yang berkaitan dengan kesehatan. Kemajuan dalam perawatan medis dan pencegahan penyakit tergantung pada pemahaman proses-proses fisiologik dan patologik atau temuan-temuan epidemiologis, dan kadangkala mengharuskan penelitian yang melibatkan subyek manusia.

Pengumpulan, analisa dan interpretasi terhadap informasi yang diperoleh dari penelitian yang melibatkan manusia memberikan sumbangan yang bermakna pada perbaikan kesehatan manusia. Penelitian yang melibatkan subyek manusia mencakup penelitian yang dilakukan bersama dengan perawatan medis (penelitian klinis) dan penelitian yang dilakukan pada pasien atau subyek-subyek lain, atau dengan data yang berkaitan dengan hal-hal tersebut, untuk menyumbang pada pengetahuan umum (penelitian biomedis non-

klinis). Penelitian didefinisikan sebagai “klinis” jika satu atau lebih dari komponennya dirancang bersifat diagnostik, profilaktik.

Penelitian adalah kegiatan yang dilakukan berdasarkan kaidah dan metode ilmiah secara sistematis untuk memperoleh informasi, data, dan keterangan dari subjek terkait, dengan pemahaman teori dan pembuktian asumsi dan/atau hipotesis. Hasil yang didapat merupakan kesimpulan yang dapat diaplikasikan atau menjadi tambahan pengetahuan bagi kemajuan ilmu pengetahuan. Walaupun demikian, kegiatan penelitian harus tetap menghormati hak dan martabat subjek penelitian.

Etika penelitian kesehatan merupakan gabungan antara etika akademik dan bioetik yang dilakukan oleh peneliti atau akademisi dibidang kesehatan. Penerapan kedua disiplin ilmu tersebut akan menghasilkan kode etik dalam penelitian kesehatan atau kedokteran. Slengkapnya dapat dijelaskan pada gambar berikut ini;



Etika akademik dalam implementasinya berfokus pada integritas seorang peneliti sebagai seorang ilmuwan yang senantiasa taat pada prinsip dasar etika, sementara obyek penelitian dalam bidang kesehatan atau kedokteran berfokus pada etika pengelolaan khususnya subyek penelitian baik berupa benda mati atau makhluk hidup.

Penelitian kesehatan meliputi penelitian biomedik, epidemiologi, sosial, serta perilaku. Sebagian penelitian kesehatan dapat dilakukan secara in vitro, memakai model matematik, atau simulasi komputer. Jika hasil penelitian akan dimanfaatkan untuk manusia, diperlukan

penelitian lanjutan dengan menggunakan bahan hidup (*in vivo*) seperti galur sel dan biakan jaringan. Walaupun demikian, untuk mengamati, mempelajari, dan menyimpulkan seluruh kejadian pada makhluk hidup secara utuh diperlukan hewan percobaan karena hewan percobaan mempunyai nilai pada setiap bagian tubuh dan terdapat interaksi antara bagian tubuh tersebut.

Persetujuan etika penelitian berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 39 tahun 1995, tentang penelitian dan pengembangan kesehatan, persetujuan tertulis orang tua/ahli waris dapat dilakukan pada manusia yg diteliti apabila responden tidak mampu melakukan tindakan hukum. Karena keadaan kesehatan atau jasmaninya, responden sama sekali tidak memungkinkan dapat menyatakan persetujuan secara tertulis. serta telah meninggal dunia, dalam hal jasadnya akan digunakan sebagaimana objek penelitian dan pengembangan kesehatan.

Dalam menegakkan etika dalam penelitian hak dan kewajiban responden hendaknya diketahui oleh semua pihak yang berkepentingan, hak dan kewajiban tersebut meliputi :

- a. Hak responden
 1. Penghargaan kebebasan pribadi-nya
 2. Merahasiakan informasi yang diberikan
 3. Memperoleh jaminan keamanan dan keselamatan akibat dari informasi yang diberikan
 4. Memperoleh imbalan dan kompensasi
- b. Kewajiban responden
 1. Memberikan informasi yang diperlukan peneliti
 2. Hak dan kewajiban peneliti
- c. Hak responden
Memperoleh informasi yang dibutuhkan sejujur-jujurnya
- d. Kewajiban peneliti
 1. Menjaga kerahasiaan responden
 2. Menjaga privacy responden
 3. Memberikan kompensasi

4.5.1 Sejarah Etik Penelitian Kesehatan

Norma etik kedokteran sudah dilaksanakan sejak adanya orang yang mempunyai tugas mengobati orang sakit di masyarakat. Norma etik tersebut meskipun tidak tertulis, namun menggariskan perlakuan orang yang mengobati terhadap orang yang diobati. Norma yang tertua yang digariskan dalam peraturan adalah sumpah dokter Hindu yang ditulis pada tahun 1.500 SM. Seribu tahun kemudian dikeluarkan sumpah Hippocrates yang menyatakan bahwa seorang dokter pertama-tama harus mendahulukan kepentingan penderita. Forum internasional yang pertama telah menghasilkan Nuremberg Code. Hal ini dibentuk akibat berbagai eksperimen yang menjadikan manusia sebagai objek, yang dilakukan oleh para dokter Nazi terhadap tahanan Perang Dunia

II. Salah satu ketentuan yang penting dalam Nuremberg Code tersebut adalah keharusan adanya persetujuan didasarkan informasi (informed consent) dari manusia yang digunakan dalam eksperimen.

Kemajuan dalam bidang teknologi kedokteran terjadi dengan pesat sejak pertengahan abad ke-18 terutama setelah Perang Dunia II. Pada tahun 1964 *World Medical Association* dalam sidangnya ke-18, juga telah mengeluarkan beberapa peraturan untuk eksperimen pada manusia, yang dikenal dengan Deklarasi Helsinki I. Peraturan tersebut hanya merupakan pedoman umum bagi para dokter di seluruh dunia dalam melakukan penelitian biomedis yang melibatkan subjek manusia. Para dokter tidak dibebaskan dari tanggung jawab hukum menurut peraturan perundang undangan negaranya masing-masing. Namun baik dalam Nuremberg Code maupun dalam Deklarasi Helsinki, para peneliti hanya dihimbau untuk memperhatikan dan mematuhi peraturan itu. Kebijakan diserahkan kepada peneliti sendiri, tidak diharuskan adanya pihak lain yang mengawasinya dan peneliti berhak untuk membuat keputusan sendiri.

Dalam perkembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan pada umumnya dan ilmu kedokteran khususnya semakin meningkat jumlah penelitian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya, sehingga semakin banyak pula eksperimen yang melibatkan manusia baik yang sakit maupun yang sehat sebagai

subjek penelitian. Diperolehnya berbagai penemuan dari penelitian yang dilakukan telah menimbulkan spesialisasi dan subspecialisasi ilmu kedokteran. Akibatnya seringkali manusia ditinjau hanya sebagai objek (organ) saja sehingga hubungan interpersonal antara dokter dan pasien sebagai subjek hukum semakin kabur. Dalam situasi demikian, besar kemungkinan akan terjadi berbagai penyimpangan baik terhadap norma etik kedokteran maupun norma etik penelitian kedokteran, bahkan terhadap norma hukum yang berlaku.

Dilema yang tak dapat dihindarkan muncul karena pertentangan antara menghormati hak pasien dan memajukan ilmu pengetahuan. Ternyata berbagai penyimpangan masih terjadi baik terhadap norma etik kedokteran maupun norma etik penelitian. hal ini timbul, karena tidak adanya pengawasan ataupun karena peneliti tidak mengetahui/ tidak memahami secara jelas tentang norma-norma yang seharusnya dipatuhi baik dalam melakukan penelitian. Selain itu, juga karena belum dipahaminya alasan keharusan adanya *informed consent* dalam penelitian, pengembangan dan penerapan hasil penelitian yang dilakukan pada manusia. Oleh karena itu, dirasakan perlu adanya badan yang mengawasi penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek penelitian. Perubahan penting dalam Deklarasi Helsinki II adalah peraturan yang mengharuskan protokol penelitian pada manusia ditinjau oleh suatu Panitia yang akan memberikan pertimbangan, tuntunan dan komentar. Juga harus dicantumkan suatu pertimbangan etik dan hasil penelitian tidak boleh dipublikasikan apabila tidak ada *ethical clearance*.

Penelitian kesehatan pada manusia yang banyak dilakukan adalah mengenai khasiat dan keamanan penggunaan obat. Sebelum diijinkan beredar suatu obat harus melalui beberapa fase penelitian meliputi penelitian toksikologis di laboratorium dan pada hewan percobaan, penelitian klinis pada manusia yang dibagi dalam beberapa fase, dimulai fase I yang menggunakan beberapa orang subjek hingga fase III yang menggunakan beberapa ribu subjek. Setelah penelitian fase III dilakukan penelitian fase IV (post marketing study), yaitu penelitian yang dilakukan pada masyarakat di lapangan dengan subjek yang sangat banyak sebagai syarat untuk memperoleh ijin (*approval*) obat agar dapat

dipasarkan Sebenarnya setiap negara mempunyai undang-undang yang melindungi hak azasi manusia, akan tetapi seiring dengan pesatnya kemajuan dalam bidang teknologi banyak sekali penelitian yang dilakukan. sehingga dirasakan undang-undang itu tidak mencukupi. Sejak saat itu, dibentuklah Panitia Etik Penelitian di berbagai institusi.

Dokumen internasional pertama tentang etika penelitian, kode Nuremberg, diumumkan pada tahun 1947 sebagai konsekuensi dari pengadilan terhadap para dokter yang telah melakukan eksperimen kejam pada para tawanan tanpa kesukarelaan mereka selama perang dunia kedua. Kode tersebut dirancang untuk melindungi integritas subyek penelitian, menetapkan syarat- syarat bagi pelaksanaan penelitian etik yang melibatkan subyek manusia, dengan menekankan “persetujuan sukarela” dari subyek manusia terhadap penelitian. Untuk memberikan kekuatan legal dan moral pada deklarasi Universal Hak-hak Asasi Manusia, yang diadopsi oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, maka Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa mengadopsi perjanjian Internasional tentang Hak-hak Politik dan Sipil pada tahun 1966, di mana Pasal 7 menyatakan :”*Tidak seorangpun dapat dikenakan siksaan atau perlakuan merendahkan yang kejam, tidak manusiawi atau hukuman. Secara tegas, tidak seorangpun dapat diperlakukan demikian tanpa persetujuan bebas yang diberikannya untuk percobaan ilmiah.*”

Deklarasi Helsinki, yang dimumkan pada tahun 1964 oleh Ikatan Dokter Sedunia, merupakan dokumen fundamental dalam bidang etika penelitian biomedis dan memiliki pengaruh besar pada perumusan peraturan dan kode tingkah laku internasional, regional dan nasional. Deklarasi tersebut direvisi di Tokyo pada tahun 1975, dan di Venice tahun 1983, dan kemudian di Hongkong tahun 1989, merupakan pernyataan komprehensif internasional tentang etika penelitian yang melibatkan subyek manusia. Deklarasi tersebut menetapkan pedoman etik bagi para dokter yang terlibat dalam penelitian baik biomedis klinis maupun non-klinis, dan menyajikan informed consent subyek serta tinjauan etik dalam peraturan-peraturannya.

Sejarah Perkembangan etik penelitian dijelaskan secara berurutan sebagai berikut ;

- 1920's-1930's : Eugenics movement
- 1930's-1940's : Mass sterilization of "defectives" in United States and Sweden.
- 1930-1940's : Mass murder of - defectives in Germany (750,000)
- 1940' : Quarantining as pretext for ghettos by Nazis
- 1940s : Concentration camps, human experimentation
- 1940s : The Holocaust (6 million Jews and others)
- 1946 : Nuremberg Trials
- 1932-1970 : Tuskegee syphilis trial
- 1950 : Willowbrook : hepatitis
- 1963 : Jewish hospital, cancer immunology
- 1964 : Deklarasi Helsinki (WMA), revisi th 1975, 1983, 1989, 1986, 2000

4.5.2 Penelitian Yang Membutuhkan Ethical Clearance

Perkembangan ilmu kesehatan diarahkan dan dipacu oleh penelitian kesehatan. Penelitian kesehatan dapat dilakukan dengan model komputer, penelitian biokimia di laboratorium, atau penelitian menggunakan bahan hidup seperti biakan sel dan jaringan yang kemudian perlu dilanjutkan pada sistem hidup terpadu (integrated living system) menggunakan hewan percobaan. Pada akhirnya, sebelum hasil penelitian dapat dimanfaatkan secara aman dan efektif untuk kesehatan manusia, perlu penelitian dengan mengikutsertakan relawan manusia.

Relawan manusia yang bersedia menjadi subjek penelitian mungkin akan mengalami ketidaknyamanan dan rasa nyeri serta dipaparkan pada berbagai macam risiko. Sebagai bangsa dan peneliti yang beradab, kesediaan serta pengorbanan relawan manusia harus dihargai. Selain itu, kita juga wajib menghormati dan melindungi kehidupan, kesehatan, keleluasaan pribadi (*privacy*), serta martabat

(*dignity*) subjek penelitian. Pelaksanaan kewajiban tersebut adalah inti Etik Penelitian Kesehatan (EPK).

Ethical Clearance merupakan ijin etika. Ethical clearance adalah pernyataan, bahwa rencana kegiatan penelitian yang tergambar dalam protocol, telah dilakukan kajian dan telah memenuhi kaidah etik sehingga layak dilaksanakan. Seluruh penelitian/riset yang menggunakan manusia sebagai subyek penelitian harus mendapatkan ethical clearance, baik penelitian yang melakukan pengambilan spesimen, ataupun yang tidak melakukan pengambilan spesimen. Penelitian/riset yang dimaksud adalah penelitian biomedik yang mencakup riset pada farmasetik, alat kesehatan, radiasi dan pemotretan, prosedur bedah, rekam medis, sampel biologik, serta penelitian epidemiologik, sosial dan psikososial.

4.6 Tindakan Medis (Informed Consent)

Tindakan Medis (Informed Consent) adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam melaksanakan kegiatan penelitian khususnya penelitian bidang kesehatan. Berikut ini akan dibahas beberapa informasi mengenai Informed consent yang dirangkum dari berbagai sumber literatur dan bahan kajian dari berbagai ahli.

4.6.1 Pengertian Informed Consent

Pengertian Tindakan Medis (Informed Consent) adalah Tindakan medik dinamakan juga informed consent. Consent artinya persetujuan, atau izin. Jadi informed consent adalah persetujuan atau izin oleh pasien atau keluarga yang berhak kepada dokter untuk melakukan tindakan medis pada pasien, seperti pemeriksaan fisik dan pemeriksaan lain-lain untuk menegakkan diagnosis, memberi obat, melakukan suntikkan, menolong bersalin, melakukan pembiusan, melakukan pembedahan, melakukan tindak-lanjut jika terjadi kesulitan, dan sebagainya (Sunarto Adi Wibowo).

Informed consent terdiri dari kata informed yang berarti telah mendapat informasi dan consent berarti persetujuan (ijin). Yang

dimaksud dengan informed consent dalam profesi kedokteran adalah pernyataan setuju (*consent*) atau ijin dari seseorang pasien yang diberikan dengan bebas, rasional, tanpa paksaan (*voluntary*) tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi cukup tentang tindakan kedokteran yang dimaksud. Definisi Tindakan Medis (*Informed Consent*) Menurut Para Ahli memberikan penjelasan mengenai pengertian persetujuan tindakan medis atau informed consent. Adapun pendapat para ahli tersebut diantaranya adalah :

1. Menurut Thiroux, Informed consent merupakan suatu pendekatan terhadap kebenaran dan keterlibatan pasien dalam keputusan mengenai pengobatannya. Seringkali suatu pendekatan terbaik untuk mendapatkan informed consent adalah jika dokter yang akan mengusulkan atau melakukan prosedur memberi penjelasan secara detail disamping meminta pasien membaca formulir tersebut. Para pasien serta keluarganya sebaiknya diajak untuk mengajukan pertanyaan menurut kehendaknya, dan harus dijawab secara jujur dan jelas. Maksud dari penjelasan lisan ini adalah untuk menjamin bahwa jika pasien menandatangani formulir itu, benar-benar telah mendapat informasi yang lengkap.
2. Menurut Appelbaum, informed consent bukan sekedar formulir persetujuan yang didapat dari pasien, tetapi merupakan suatu proses komunikasi. Tercapainya kesepakatan antara dokter-pasien merupakan dasar dari seluruh proses tentang informed consent. Formulir itu hanya merupakan pengukuhan atau pendokumentasian dari apa yang telah disepakati.
3. Menurut Faden dan Beauchamp, informed consent adalah hubungan antara dokter dengan pasien berdasarkan kepercayaan, adanya hak otonomi atau menentukan nasib atas dirinya sendiri, dan adanya hubungan perjanjian antara dokter dan pasien.
4. Menurut Veronika Komalawati, informed consent merupakan toestemming (kesepakatan/persetujuan). Jadi informed consent adalah suatu kesepakatan/ persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan dokter terhadap dirinya, setelah pasien

mendapat informasi dari dokter mengenai upaya medis yang dapat menolong dirinya disertai informasi mengenai segala risiko yang mungkin terjadi.

Berdasarkan defenisi diatas, dapat disimpulkan bahwa pernyataan persetujuan atau infont concent adalah suatu lembar persetujuan yang diberikan oleh peneliti kepada responden untuk Izin atau persetujaundari subyek penelitian untuk turut berpartisipasi dalam penelitian, dalam bentuk tulisan yang ditandatangani atau tidak ditandatangani oleh subyek dan saksinya, disebut informed consent. Aspek-aspek yang perlu dicantumkan dalam suatu informed consent adalah sebagai berikut :

1. Judul penelitian Pada bagian judul penelitian, latar belakang dan tujuan penelitian hendaknya penjelasan bahwa kegiatan yang akan dilaksanakan adalah penelitian, hindari kalimat yang dapat menimbulkan salah penafsiran.
2. Latar belakang penelitian
3. Tujuan penelitian
4. Alasan mengapa Bapak/Ibu/Anak dianggap cocok menjadi subjek Pada bagian ini hendaknya menjelaskan kriteria inklusi dan kriteri eksklusi peneltian.
5. Perkiraan jumlah subjek yang diikutsertakan. Peneliti mencantumkan jumlah responden yang akan dilibatkan pada penelitian.
6. Tata cara/prosedur penelitian.
Penjelasan tentang tahapan dan tindakan apa saja yang akan dialami subjek, termasuk jadwal tindakan dan estimasi waktu tindakan. Harus dipisahkan dengan jelas tindakan yang merupakan prosedur/tindakan rutin untuk kondisi orang tersebut sebagai pasien dan prosedur/tindakan yang merupakan bagian dari penelitian.Tidak boleh tersirat agar jelas antara risiko prosedur/tindakan rutin dan risiko prosedur/tindakan penelitian.

7. Risiko dan rasa tidak nyaman

Risiko, rasa nyeri, ketidaknyamanan (*discomfort*), dan rasa tidak enak (*inconvenience*) yang mungkin akan dialami calon subjek, juga dipertimbangkan risiko yang berakibat pada mitranya (suami/istri) termasuk penjelasan tentang kemungkinan timbulnya risiko yang belum diketahui. Harus ada penjelasan tentang jangka waktu keikutsertaannya, termasuk jumlah dan lamanya kedatangannya ke pusat penelitian serta kemungkinan penelitian/keikutsertaannya dihentikan lebih awal.

Pada uji klinik dengan pembandingan (*controlled trials*) calon subjek harus diberi penjelasan tentang beberapa teknik penelitian, seperti tentang pengacakan (*randomization*) dan ketersamaran ganda (*double blinding*). Jika akan dilakukan pengacakan dan pembagian kelompok eksperimen, harus ada penjelasan bahwa subjek tidak dapat memilih kelompok. Harus ada penjelasan bahwa subjek tidak akan diberitahu tentang pengobatan yang diterimanya sampai penelitian berakhir dan ketersamaran (*blinding*) sudah dihapus.

8. Manfaat langsung bagi subjek

Penjelasan tentang manfaat langsung dapat berupa informasi kesehatan, informasi hasil pemeriksaan laboratorium diagnostik rutin, atau pembebasan biaya diagnostik rutin. Jika ada, dapat ditambahkan manfaat yang diharapkan untuk masyarakat setempat atau masyarakat luas atau sumbangan kepada ilmu pengetahuan. Harus ada penjelasan tentang adanya akses subjek terhadap informasi/produk hasil penelitian setelah penelitian selesai dan bagaimana cara mendapatkannya. Jika tidak ada, maka harus dijelaskan. Secara umum subjek berhak melihat data tentang dirinya, kecuali lembaga yang berwenang telah mengizinkan untuk menutup informasi tersebut.

9. Kerahasiaan data penelitian

Penjelasan mengenai tindakan yang akan diambil ketua peneliti untuk menjamin kekeluargaan pribadi subjek serta penjagaan

terhadap kerahasiaan identitas subjek, dijelaskan siapa saja yang dapat mengakses data yang dirahasiakan itu.

Pada keadaan penelitian. Apabila melibatkan specimen biologis maka dijelaskan kemungkinan rencana pemusnahan bahan biologis pada akhir penelitian. Kalau tidak dimusnahkan, perlu dijelaskan cara, tempat, lama penyimpanannya dan pemusnahan akhir serta kemungkinan penggunaannya untuk penelitian di kemudian hari. Subjek berhak mengambil keputusan tentang penggunaannya dikemudian hari, menolak penyimpanan, dan meminta pemusnahan. Jika ada potensi dihasilkan produk komersial dari bahan biologik tersebut, maka harus ada penjelasan apakah subjek akan memperoleh keuntungan berupa uang atau dalam bentuk lain hasil pengembangan produk tersebut.

Apabila melibatkan penelitian genetik harus dijelaskan kebijakan mengenai pemanfaatan hasil uji genetik dan informasi genetik keluarga, serta tindakan pencegahan guna mencegah pengungkapan hasil tes genetik subjek kepada keluarga atau pihak lain tanpa persetujuan subjek.

10. Pemberian kompensasi dan atau imbalan

Penjelasan tentang kompensasi atas kehilangan penghasilan, biaya perjalanan atau transportasi dari rumah ke tempat penelitian dan pengeluaran lain yang ditimbulkan akibat keikutsertaannya dalam penelitian ditulis dengan lengkap. Kompensasi dapat diberikan terutama jika tidak ada manfaat langsung bagi subjek. Jika tidak ada kompensasi, maka harus dijelaskan secara eksplisit. Kompensasi berbeda dengan imbalan. Nominal uang atau jenis barang imbalan harus dijelaskan. Imbalan dapat berupa uang atau bukan dalam jumlah secukupnya, tanpa mengakibatkan timbulnya undue inducement (bujukan atau iming-iming). Jika tidak ada imbalan harus dijelaskan eksplisit.

11. Kesukarelaan dalam penelitian

Penjelasan bahwa orang tersebut diminta berpartisipasi menjadi subjek secara sukarela, tanpa adanya paksaan, intimidasi, dan/atau

penyalahgunaan, sejalan dengan prinsip menghormati otonomi perorangan. Subjek bebas memilih untuk ikut serta penelitian atau tidak, kemudian jika tidak mampu maka persetujuan diperoleh dari orang yang menurut hukum berhak mewakili. Harus ada penjelasan bahwa subjek akan diberi waktu cukup untuk mengambil keputusan/konsultasi dengan keluarga/orang lain.

12. Subyek dapat mengundurkan diri/dikeluarkan dari penelitian. Peneliti harus menjelaskan eksplisit bahwa bersangkutan bebas untuk menolak ikut serta dan bebas menarik diri dari penelitian setiap saat tanpa ada akibat apapun yang merugikan dirinya atau kehilangan keuntungan yang sebenarnya merupakan haknya.
13. Pertanggung jawaban Ketua Peneliti untuk komplikasi penelitian. Penjelasan pertanggung jawaban apabila ada komplikasi bahwa peneliti memberikan pelayanan medis kepada subjek jika terjadi kejadian tidak diinginkan yang terkait langsung dengan penelitian; termasuk pengobatan bebas biaya akan diberikan untuk kerugian (*ijury*) atau komplikasi akibat penelitian, bentuk dan lamanya pelayanan, nama organisasi/asuransi atau orang yang akan memberi pelayanan medis. Jika ada ketidakpastian tentang pembiayaan pelayanan medis tersebut, atau bahwa subjek tidak akan ditanggung asuransi, maka harus dijelaskan.
14. Penanggung jawab penelitian (Nama, alamat, nomor telp) Ketua Peneliti harus menulis nama, alamat, dan nomor telepon atau anggota peneliti yang bisa dihubungi jika terjadi kejadian tidak diinginkan atau untuk bertanya.
15. Tanda tangan Subjek Penelitian dan Saksi

4.6.1 Fungsi dan Tujuan Informed Consent

Dilihat dari fungsinya, informed consent memiliki fungsi ganda, yaitu fungsi bagi pasien dan fungsi bagi dokter. Dari sisi pasien, informed consent berfungsi untuk:

1. Bahwa setiap orang mempunyai hak untuk memutuskan secara bebas pilihannya berdasarkan pemahaman yang memadai

2. Proteksi dari pasien dan subyek
3. Mencegah terjadinya penipuan atau paksaan
4. Menimbulkan rangsangan kepada profesi medis untuk mengadakan introspeksi diri sendiri (*self-Secrunity*)
5. Promosi dari keputusan-keputusan yang rasional
6. Keterlibatan masyarakat (dalam memajukan prinsip otonomi sebagai suatu nilai sosial dan mengadakan pengawasan penyelidikan biomedik).

Bagi profesi dokter informed consent berfungsi untuk membatasi otoritas dokter terhadap pasiennya sehingga dokter dalam melakukan tindakan medis lebih berhati-hati, dengan kata lain mengadakan tindakan medis atas persetujuan dari pasien. Adapun tujuan dari Informed consent menurut jenis tindakan dibagi atas tiga yaitu bertujuan untuk penelitian, mencari diagnosis dan untuk terapi.

Adapun tujuan dari Informed Consent menurut J. Guwandi adalah:

1. Melindungi pasien terhadap segala tindakan medis yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien;
2. Memberikan perlindungan hukum kepada dokter terhadap akibat yang tidak terduga dan bersifat negatif, misalnya terhadap *risk of treatment* yang tak mungkin dihindarkan walaupun dokter sudah mengusahakan dengan cara semaksimal mungkin dan bertindak dengan sangat hati-hati dan teliti.

4.6.2 Pengaturan Hukum Informed Consent

Dalam pengaturan hukum informed consent pelaksanaannya jika pasien atau walinya yang sah telah menyatakan persetujuan terhadap rencana tindakan medis yang akan dilakukan, maka Pelaksanaan tindakan medis tersebut harus sesuai dengan standar profesi kedokteran. Setiap kelalaian, kecelakaan, atau bentuk kesalahan lain yang timbul dalam pelaksanaan tindakan medis itu tetap bisa

menyebabkan pasien merasa tidak puas dan berpotensi untuk mengajukan tuntutan hukum.

Dalam pengertian informed consent menyatakan bahwa pasien sudah paham dan siap menerima resiko sesuai yang telah diinformasikan sebelumnya. Namun demikian tidak berarti bahwa pasien bersedia menerima apapun resiko dan kerugian yang akan timbul, apalagi menyatakan bahwa pasien tidak akan menuntut apapun kerugian yang timbul. Informed consent tidak menghilangkan hak pasien atas pelayanan yang sesuai prosedur, sehingga Informed consent tidak menjadikan dokter kebal terhadap hukum atas kejadian yang disebabkan karena kelalaiannya dalam melaksanakan tindakan medis.

Informed consent dapat diberikan secara tertulis, secara lisan, atau secara isyarat, dalam bahasa aslinya yang terakhir ini dinamakan *implied consent*. Misalnya, jika pasien mengangguk atau langsung membuka baju jika dokter mengatakan, “boleh saya memeriksa saudara?”. Untuk tindakan medis berisiko tinggi (misalnya pembedahan atau tindakan invasive lainnya), persetujuan harus secara tertulis, ditanda tangani oleh pasien sendiri atau orang lain yang berhak dan sebaiknya juga saksi dari pihak keluarga. “Dengan adanya persetujuan antara pihak dan pasien dan tenaga kesehatan terbitlah perjanjian/kontrak

Begitu pula sebelum persetujuan tindakan medik atau informed consent dilaksanakan terlebih dahulu, tenaga kesehatan harus memberikan penjelasan- penjelasan secara lengkap. Hal ini sesuai dengan isi ketentuan pasal 45 ayat (3) Undang-Undang Praktik Kedokteran Nomor 29 tahun 2004 yang isinya sebagai berikut “Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan” Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup Diagnosis dan tata cara tindakan medis, Tujuan tindakan medis yang dilakukan, Alternative tindakan lain dan risikonya, Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

Menurut Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor HK. 00.06.3.5. 1886 tanggal 21 April 1999 tentang Pedoman

Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*), pada angka II butir (4), isi informasi dan penjelasan yang harus diberikan oleh pemberi layanan kesehatan kepada pasien adalah sebagai berikut :

1. Informasi dan penjelasan tentang tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medic yang akan dilakukan (*purpose of medical procedure*).
2. Informasi dan penjelasan tentang tata cara tindakan medis yang akan dilakukan (*contemplated medical procedures*).
3. Informasi dan penjelasan tentang resiko (*risk inherent in such medical procedures*) dan komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Informasi dan penjelasan tentang alternatif tindakan medis lain yang bersedia dan serta resikonya masing-masing (*alternative medical procedure and risk*).
5. Informasi dan penjelasan tentang prognosis penyakit apabila tindakan medis tersebut dilakukan (*prognosis with and without medical procedure*).
6. Diagnosis

Memang informed consent harus dilaksanakan, Namun tidak selamanya informed consent diperlukan atau harus dilaksanakan dimana terdapat pengecualian. Hal ini dinyatakan dalam pasal 4 Permenkes No.290 tahun 2008 yang menyatakan bahwa: “Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/ atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran.” Oleh karena peraturan tersebut, apabila pasien dalam keadaan darurat, tidak bisa memberikan persetujuan dan keluarga belum tiba di rumah sakit maka dokter dibenarkan melakukan tindakan medis tanpa adanya persetujuan karena dalam keadaan darurat dokter tidak mungkin menunda tindakan atau mempermasalahkan informed consent, sebab jika terlambat akan membahayakan kondisi pasien atau dikenal dengan *zaakwarneming* (perbuatan sukarela tanpa kuasa) diatur dalam pasal 1354 KUH Perdata.

4.7 Standar dan Prinsip Etik Penelitian Kesehatan

Deklarasi Helsinki memuat prinsip etika, dimana kepentingan subyek harus diatas kepentingan lain, berarti harus diperhatikan. Seorang dokter harus bertindak demi kepentingan pasiennya, dan tidak dapat melakukan tindakan yang merugikan pasien. Terdapat dua pernyataan yang merupakan kunci suatu penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek, yaitu :

1. Kepentingan individu subjek harus diberi prioritas dibandingkan dengan komunitas.
2. Setiap subjek dalam penelitian klinis harus mendapatkan pengobatan terbaik yang ada.

Pada Declaration of Helsinki ditetapkan bahwa selain diperlukan informed consent dari subjek penelitian, diperlukan juga *ethical clearance* yang dikeluarkan oleh Komisi Etik. *Declaration of Helsinki* juga mengatur tentang pemanfaatan hewan percobaan dalam penelitian kesehatan dengan memperhatikan kesejahteraan hewan percobaan.

Berbeda dengan etika praktek kedokteran yang telah berusia tua sejak jaman Hippocrates, etika dalam penelitian kesehatan pada umumnya termasuk epidemiologi masih relatif baru, namun istilah penelitian kedokteran sudah bergeser menjadi penelitian kesehatan mengingat semakin luasnya aspek kesehatan manusia yang menjadi lahan penelitian dan pengembangan. Pedoman etik pada penelitian epidemiologi diterbitkan oleh *Council of International Organization of Medical Science* (CIOMS) dengan bantuan Badan Kesenatan Dunia (WHO) pada tahun 1991. Selanjutnya CIOMS dan WHO pada tahun 1993 menerbitkan pedoman etika dalam penelitian Biomedik yang kemudian dijadikan pedoman bagi banyak negara termasuk Indonesia.

Standar etik penelitian kesehatan di Indonesia yang melibatkan manusia sebagai subyek didasarkan pada azas perikemanusiaan yang merupakan salah satu dasar falsafah bangsa Indonesia, yaitu Pancasila. Hal tersebut diatur dalam UU Kesehatan no 23/ 1992, PP no 39/ 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan mengenai perlindungan dan hak-hak manusia sebagai subyek penelitian dan

sanksi bila penyelenggaraan penelitian melanggar ketentuan dalam Peraturan Pemerintah tersebut.

Dalam pelaksanaan penelitian, peneliti harus membuat dan menyesuaikan protokol dengan standar yang berlaku secara ilmiah dan etik penelitian kesehatan. Etik penelitian kesehatan secara umum tercantum dalam *World Medical Association*, yaitu: *respect* (menghormati hak dan martabat makhluk hidup, kebebasan memilih dan berkeinginan, serta bertanggung jawab terhadap dirinya, termasuk di dalamnya hewan coba), *beneficiary* bermanfaat bagi manusia dan makhluk lain, manfaat yang didapatkan harus lebih besar dibandingkan dengan risiko yang diterima), dan *justice* (bersikap adil dalam memanfaatkan hewan percobaan). Contoh sikap tidak adil, antara lain: hewan disuntik/ dibedah berulang untuk menghemat jumlah hewan, memakai obat euthanasia yang menimbulkan rasa nyeri karena harga yang lebih murah.

Ilmuwan penelitian kesehatan yang menggunakan model hewan menyepakati bahwa hewan coba yang menderita dan mati untuk kepentingan manusia perlu dijamin kesejahteraan dan diperlakukan secara manusiawi. Dalam penelitian kesehatan yang memanfaatkan hewan coba, juga harus diterapkan prinsip 3 R dalam protokol penelitian, yaitu: *replacement*, *reduction*, dan *refinement*.

Replacement adalah keperluan memanfaatkan hewan percobaan sudah diperhitungkan secara seksama, baik dari pengalaman terdahulu maupun literatur untuk menjawab pertanyaan penelitian dan tidak dapat digantikan oleh makhluk hidup lain seperti sel atau biakan jaringan. *Replacement* terbagi menjadi dua bagian, yaitu: relatif (mengganti hewan percobaan dengan memakai organ/jaringan hewan dari rumah potong, hewan dari ordo lebih rendah) dan absolut (mengganti hewan percobaan dengan kultur sel, jaringan, atau program komputer).

Reduction diartikan sebagai pemanfaatan hewan dalam penelitian sesedikit mungkin, tetapi tetap mendapatkan hasil yang optimal. Jumlah minimum biasa dihitung menggunakan rumus Frederer yaitu $(n-1)(t-1) > 15$, dengan n adalah jumlah hewan yang diperlukan dan t adalah jumlah kelompok perlakuan. Kelemahan dari rumus itu adalah

semakin sedikit kelompok penelitian, semakin banyak jumlah hewan yang diperlukan, serta sebaliknya. Untuk mengatasinya, diperlukan penggunaan desain statistik yang tepat agar didapatkan hasil penelitian yang sah.

Refinement adalah memperlakukan hewan percobaan secara manusiawi (*humane*), memelihara hewan dengan baik, tidak menyakiti hewan, serta meminimalisasi perlakuan yang menyakitkan sehingga menjamin kesejahteraan hewan coba sampai akhir penelitian. Pada dasarnya prinsip *refinement* berarti membebaskan hewan coba dari beberapa kondisi. Kondisi yang pertama adalah bebas dari rasa lapar dan haus, dengan memberikan akses makanan dan air minum yang sesuai dengan jumlah yang memadai baik jumlah dan komposisi nutrisi untuk kesehatannya. Makanan dan air minum memadai dari kualitas, dibuktikan melalui analisa proximate makanan, analisis mutu air minum, dan uji kontaminasi secara berkala.

4.7.1 Etika Penelitian pada Hewan Percobaan

Penelitian adalah kegiatan yang dilakukan berdasarkan kaidah dan metode ilmiah secara sistematis untuk memperoleh informasi, data, dan keterangan dari subjek terkait, dengan pemahaman teori dan pembuktian asumsi dan/atau hipotesis. Hasil yang didapat merupakan kesimpulan yang dapat diaplikasikan atau menjadi tambahan pengetahuan bagi kemajuan ilmu pengetahuan. Walaupun demikian, kegiatan penelitian harus tetap menghormati hak dan martabat subjek penelitian.

Penyakit dapat diobati dengan catatan tidak mengganggu penelitian yang sedang dijalankan. Bebas dari nyeri diusahakan dengan memilih prosedur yang meminimalisasi nyeri saat melakukan tindakan invasif, yaitu dengan menggunakan analgesia dan anesthesia ketika diperlukan. Euthanasia dilakukan dengan metode yang manusiawi oleh orang yang terlatih untuk meminimalisasi atau bahkan meniadakan penderitaan hewan coba. Hewan juga harus bebas dari ketakutan dan stress jangka panjang, dengan menciptakan lingkungan yang dapat

mencegah stress, misalnya memberikan masa adaptasi/aklimatisasi, memberikan latihan prosedur penelitian untuk hewan.

Hewan percobaan dalam penelitian disebut sebagai semi final test tube. Sampai saat ini peneliti kesehatan masih melakukan penelitian dengan memanfaatkan hewan percobaan, namun masih ada kekurangan dalam penanganan dan perawatan hewan percobaan tersebut sebagaimana layaknya diatur dalam etika pemanfaatan hewan percobaan.

Semua prosedur dilakukan oleh tenaga yang kompeten, terlatih, dan berpengalaman dalam merawat/memperlakukan hewan percobaan untuk meminimalisasi stres. Hewan diperbolehkan mengekspresikan tingkah laku alami dengan memberikan ruang dan fasilitas yang sesuai dengan kehidupan biologi dan tingkah laku spesies hewan percobaan, hal tersebut dilakukan dengan memberikan sarana untuk kontak sosial (bagi spesies yang bersifat sosial), termasuk kontak sosial dengan peneliti; menempatkan hewan dalam kandang secara individual, berpasangan atau berkelompok; memberikan kesempatan dan kebebasan untuk berlari dan bermain. Di dalam protokol penelitian harus dijelaskan secara rinci berbagai hal berikut: pemilihan, strain, asal hewan, aklimatisasi, pemeliharaan, tindakan yang direncanakan, (termasuk tindakan untuk meringankan/mengurangi rasa nyeri dan meniadakan penderitaan hewan), pihak yang bertanggung jawab terhadap perawatan hewan, dan cara menewaskan, serta cara membuang kadaver. Uraian perlakuan pada hewan percobaan dapat dianalogikan sebagai *informed*

Bahan uji (obat) yang ditujukan untuk penggunaan pada manusia, perlu diteliti dengan menyertakan subjek manusia sebagai final test tube. Relawan manusia secara etis boleh diikutsertakan jika bahan yang akan diuji telah lolos pengujian di laboratorium secara tuntas, dilanjutkan dengan menggunakan hewan percobaan untuk kelayakan dan keamanannya. Hewan percobaan adalah setiap hewan yang dipergunakan pada sebuah penelitian biologis dan biomedis yang dipilih berdasarkan syarat atau standar dasar yang diperlukan dalam penelitian tersebut. Dalam menggunakan hewan percobaan untuk penelitian diperlukan pengetahuan yang cukup mengenai berbagai

aspek tentang sarana biologis, dalam hal penggunaan hewan percobaan laboratorium.

Pengelolaan hewan percobaan diawali dengan pengadaan hewan, meliputi pemilihan dan seleksi jenis hewan yang cocok terhadap materi penelitian. Pengelolaan dilanjutkan dengan perawatan dan pemeliharaan hewan selama penelitian berlangsung, pengumpulan data, sampai akhirnya dilakukan terminasi hewan percobaan dalam penelitian.

Beberapa pertimbangan mengapa hewan percobaan tetap diperlukan dalam penelitian khususnya di bidang kesehatan, pangan dan gizi antara lain:

(1) keragaman dari subjek penelitian dapat diminimalisasi, (2) variabel penelitian lebih mudah dikontrol, (3) daur hidup relatif pendek sehingga dapat dilakukan penelitian yang bersifat multigenerasi, (4) pemilihan jenis hewan dapat disesuaikan dengan kepekaan hewan terhadap materi penelitian yang dilakukan, (5) biaya relatif murah, (6) dapat dilakukan pada penelitian yang berisiko tinggi, (7) mendapatkan informasi lebih mendalam dari penelitian yang dilakukan karena kita dapat membuat sediaan biologi dari organ hewan yang digunakan, (8) memperoleh data maksimum untuk keperluan penelitian simulasi, dan (9) dapat digunakan untuk uji keamanan, diagnostik dan toksisitas. Penelitian yang memanfaatkan hewan coba, harus menggunakan hewan percobaan yang sehat dan berkualitas sesuai dengan materi penelitian.

Hewan yang menjadi subyek penelitian dikembang-biakkan dan dipelihara secara khusus dalam lingkungan yang diawasi dan dikontrol dengan ketat. Tujuannya adalah untuk mendapatkan defined laboratory animals sehingga sifat genotipe, fenotipe (efek maternal), dan sifat dramatis (efek lingkungan terhadap fenotipe) menjadi konstan. Hal itu diperlukan agar penelitian bersifat reproducible, yaitu memberikan hasil yang sama apabila diulangi pada waktu lain, bahkan oleh peneliti lain. 8 Penggunaan hewan yang berkualitas dapat mencegah pemborosan waktu, kesempatan, dan biaya.

Berbagai hewan kecil memiliki karakteristik tertentu yang relatif serupa dengan manusia, sementara hewan lainnya mempunyai kesamaan dengan aspek fisiologis metabolis manusia. Tikus putih sering digunakan dalam menilai mutu protein, toksisitas, karsinogenik, dan kandungan pestisida dari suatu produk bahan pangan hasil pertanian. Saat ini, beberapa strain tikus digunakan dalam penelitian di laboratorium hewan coba di Indonesia, antara lain: Wistar; (asalnya dikembangkan di Institut Wistar), yang turunannya dapat diperoleh di Pusat Teknologi Dasar Kesehatan dan Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik Badan Litbangkes; dan Sprague-Dawley; (tikus albino yang dihasilkan di tanah pertanian Sprague-Dawley), yang dapat diperoleh di laboratorium Badan Pengawasan Obat dan Makanan dan Pusat Teknologi Dasar Kesehatan Badan Litbangkes. Peneliti yang akan memanfaatkan hewan percobaan pada penelitian kesehatan harus mengkaji kelayakan dan alasan pemanfaatan hewan dengan mempertimbangkan penderitaan yang akan dialami oleh hewan percobaan dan manfaat yang akan diperoleh untuk manusia.

4.7.2 Etika Penelitian dengan menggunakan Bahan Biologik Tersimpan (BBT)

Bahan biologik tersimpan (BBT) adalah terjemahan istilah *Archived Biological materials*. dalam istilah lain juga dikenal dengan Archived Biological Materials. BBT adalah bahan biologik yang tersisa dan disimpan sesudah kegiatan penelitian. BBT dapat berupa kegiatan penelitian atau sisa dalam pelayanan kesehatan berupa sisa tindakan diagnostik (biopsi), tindakan pengobatan (operasi) atau autopsi dan suplemen lainnya.

Dewasa ini masyarakat ilmu kesehatan khususnya kedokteran belum memiliki kesamaan pendapat dan kesepakatan mengenai penanganan Bahan Biologik tersimpan (BBT) yang secara etis dapat dipertanggungjawabkan Penanganan BBT secara teknis mencakup aspek pengumpulan, penyimpanan, pemanfaatan dan pemusnahannya. Pada penanganan BBT terdapat empat alternatif pemanfaatan yang secara etis dapat dipertanggungjawabkan yaitu:

1. Menghormati BBT sebagai bagian tubuh manusia dan menguburnya atau memusnahkannya dengan cara dibakar (incineration) sebagai lazim yang dilakukan di rumah sakit. BBT akan lebih tepat dan lebih baik apabila dimanfaatkan untuk kepentingan pendidikan dan pengajaran.
2. BBT yang anonim atau dianonimkan dapat dimanfaatkan untuk tujuan yang jelas
3. BBT dapat dimanfaatkan untuk kepentingan penelitian kesehatan.
4. BBT tetap disimpan dengan harapan bahwa dikemudian hari akan diperlukan untuk kepentingan penelitian kesehatan yang memenuhi persyaratan ilmiah dan etik.

Penilaian (*review*) protokol penelitian dan pemberian persetujuan ilmiah dan etik (*scientific and ethical approval*) untuk penelitian kesehatan yang memanfaatkan BBT dilakukan secara lazim dan dilengkapi dengan persyaratan khusus sebagai bagian dari pemanfaatan BBT. Persetujuan ilmiah dan etik terhadap penelitian yang menggunakan BBT dapat diberikan dengan kriteria :

1. Peneliti yang menggunakan BBT baru boleh memulai penelitian setelah mendapatkan persetujuan ilmiah dan etik dari komisi etik, penilaian terhadap penelitian yang menggunakan BBT dapat dilakukan dengan cepat (*expedited*) dengan alasan resiko minimal pada subyek manusia.
2. Persetujuan minimal terdiri atas dua unsur yaitu persetujuan ilmiah dan persetujuan etik yang pada hakekatnya merupakan satu kesatuan dengan cakupan saling tumpang tindih urutan pemberian izin didahului dengan persetujuan ilmiah baru kemudian disusul dengan persetujuan etik.
3. Melaksanakan penelitian yang tidak memenuhi persyaratan ilmiah (*Ipso facto*) tidak etis karena memaparkan subyek penelitian (Manusia sebagai sumber BBT) tanpa kejelasan akan memperoleh manfaat.

4. Penelitian yang memanfaatkan BBT hanya boleh dilaksanakan jika penelitian hanya akan mendapatkan informasi yang sekiranya tidak akan mungkin dapat diperoleh dengan cara lain.
5. Peneliti utama dan seluruh tim peneliti harus kompeten dan memenuhi syarat kemampuan yang dinilai dari latar belakang pendidikan, pengetahuan, kemampuan dan *trade record* yang berangkutan.
6. Penelitian harus didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai
7. Pada penilaian protokol penelitian guna memberi persetujuan etik dilakukan suatu risk benefit analysis dengan membandingkan resiko yang ditanggung oleh manusia sebagai sumber BBT dengan manfaat langsung atau tidak langsung yang akan diperoleh.
8. Penilaian protokol penelitian dan Pemberian persetujuan etik dimaksud untuk menjamin kehidupan (*life*), kesehatan (*health*) kesejahteraan (*welfare*) keleluasaan pribadi (*privacy*) dan martabat (*dignity*) manusia sebagai sumber BBT.

Kepemilikan dan pengelolaan Bahan biologik terpadu (BBT) perlu kejelasan dalam pengelolaan dan pemanfaatannya oleh karena itu berdasarkan pedoman Nasional kementerian kesehatan tentang etika penelitian terhadap bahan biologik tersimpan bahwa penyimpanan dan pengelolaan BBT yang baik harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Semua bahan biologik yang dikumpulkan untuk kepentingan penelitian menjadi hak milik lembaga pelayanan atau penelitian
2. Kepala lembaga penelitian bertanggungjawab terhadap penyimpanan, pemanfaatan dan pemusnahan BBT.
3. BBT tidak boleh dijual atau diperdagangkan
4. Peneliti utama mendapatkan kesempatan pertama untuk menggunakan BBT tersebut, jika terdapat sisa setelah selesai penelitian, maka pemanfaatannya harus mendapatkan ijin dari lembaga penelitian.

5. BBT hanya boleh digunakan pada penelitian kesehatan yang telah mendapat persetujuan ilmiah dan etik dari lembaga penelitian.

4.7.3 Etika Pada Penelitian Sosial Budaya

Penelitian dalam ilmu Sosial berbeda dengan penelitian dalam ilmu alam. Dalam penelitian ilmu-ilmu alam, para ilmuwan menggunakan subyek penelitiannya berupa benda-benda atau gejala alam. Jika manusia dijadikan subyek penelitianpun dalam batas-batas manusia sebagai gejala fisik, sehingga tidak menimbulkan reaktivitas dari manusia itu sendiri. Sebaliknya dalam penelitian ilmu-ilmu sosial para ilmuwan sosial menggunakan manusia sebagai subyek penelitiannya, yakni manusia dikaji dari gejala sosial dan perilakunya. Kenyataan tersebut sering membawa kepada masalah reaktivitas. Masalah sentral bagi ilmuwan sosial yang mempelajari manusia (dari gejala sosial dan perilakunya) adalah bahwa ilmuwan harus tetap memperhatikan kesejahteraan sesama manusia.

Seorang ilmuwan sosial harus mempertimbangkan konsekuensi yang ditimbulkan oleh penelitiannya terhadap subyeknya. Oleh karena itu seorang ilmuwan harus yakin bahwa penelitiannya tidak akan menyebabkan perubahan, kerusakan dan penderitaan yang permanen pada orang yang ditelitinya. Penelitian yang dilakukan oleh para ilmuwan sosial diarahkan pada kepentingan kemajuan pengetahuan ilmiah, agar ilmu pengetahuan dapat berkembang. Namun demikian penelitian bukan semata-mata untuk kemajuan pengetahuan ilmiah belaka tetapi harus pula mempertimbangkan aspek kesejahteraan manusia. Pada hakikatnya penelitian sosial dilakukan dengan tujuan untuk memecahkan suatu masalah atau menjawab suatu pertanyaan atas fenomena yang terjadi. Dalam proses pembuatannya, secara teknis memang diperlukan unsur penelitian ilmiah, namun dalam pelaksanaannya peneliti dituntut untuk mematuhi kode etik riset ilmiah, baik selama proses pengerjaannya maupun pada penulisan laporan penelitian.

Etika penelitian melibatkan penerapan prinsip-prinsip etik dasar untuk berbagai topik yang melibatkan penelitian ilmiah, termasuk

desain dan pelaksanaan penelitian eksperimen yang melibatkan manusia, hewan percobaan, berbagai aspek skandal akademik, termasuk kesalahan ilmiah (seperti penipuan, rekayasa data dan plagiarisme), dan lain sebagainya. Dalam hal penelitian ilmiah, sejumlah isu utama yang dibahas didalamnya harus termasuk dan tidak terbatas pada 4 aspek, yakni kejujuran, *review process*, standar etika, serta kepengarangan.

Aspek kejujuran dan integritas merupakan syarat wajib dari masing-masing peneliti. Dalam aspek *review process*, *peer-review* yang memberikan kontribusi untuk proses pengawasan mutu dan ini merupakan langkah penting untuk memastikan berdiri dan orisinalitas dari penelitian. Aspek standar etika meliputi berbagai perbuatan ataupun tindakan moral yang harus dilakukan oleh peneliti. Sedangkan aspek kepengarangan bertujuan untuk mengakui hasil karya orang lain yang tercantum dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Pada nilai *risk/ gain assessment*, peneliti dituntut untuk meminimalisir resiko. Resiko yang diantisipasi dalam riset tidak boleh lebih besar dari pada yang biasa ditemukan dalam kehidupan sehari-hari. Peneliti juga harus mengutamakan keuntungan riset tersebut bagi partisipan, ilmu pengetahuan dan masyarakat.

Pada nilai *informed consent*, subjek yang menjadi partisipan penelitian harus secara sukarela dan diijinkan keluar kapan saja tanpa sanksi. Sebelumnya peneliti wajib untuk memberitahu tentang semua aspek penelitian yang dapat mempengaruhi keinginan partisipan untuk bekerja sama. Pada nilai *confidential*, informasi yang diperoleh selama penelitian tentang subjek penelitian harus dirahasiakan. Informasi tersebut tidak boleh diberitahukan kepada orang lain tanpa persetujuan yang bersangkutan.

Pada nilai *beneficial treatment*, setiap subjek berhak mendapatkan keuntungan yang sama dari setiap perlakuan yang menguntungkan yang berikan kepada partisipan lain dalam proyek penelitian. Pada nilai *full compensation*, setiap subjek berhak mendapatkan kompensasi penuh atas waktu dan usahanya sebagai partisipan penelitian, meskipun mereka mengundurkan diri ataupun tidak menyelesaikan secara lengkap partisipasinya. Pada nilai *informed result*, setiap subjek berhak mengetahui informasi tentang hasil penelitian. apabila subjek

penelitian tersebut terlalu muda, maka informasi tersebut disampaikan pada orang tua subjek.

Basis Susilo dalam buku *Metode Penelitian Sosial* (2008. 243-244) mengutarakan bahwa dalam penulisan laporan penelitian peneliti harus memperhatikan tujuh nilai utama. Pertama, membedakan antara laporan hasil penelitian dengan proposal penelitian. Kesalahan yang umum terjadi adalah penggunaan kata “akan” pada laporan penelitian. Padahal kata “akan” seharusnya hanya ditulis pada proposal penelitian, dan tidak menjadikan proposal penelitian tersebut sebagai pendahuluan laporan penelitian. Kedua, menjelaskan unsur penelitian yang telah dilakukan secara jujur dan objektif. Peneliti tidak dianjurkan untuk melaporkan sesuatu yang tidak ada dalam penelitiannya. Unsur yang dilaporkan seharusnya tidak dilebih-lebihkan atau dikurangi, apalagi manipulasi data untuk mendukung hipotesisnya. Ketiga, menggunakan tata bahasa yang lugas. Setiap instrumen kalimat yang ada dalam laporan penelitian, seperti tanda baca, paragraf, huruf dan angka harus dapat dipertanggungjawabkan. Penggunaan kata-kata serta penyusunan kalimat harus jelas artinya. Tujuannya adalah agar tidak terjadi konotasi, metafora, multi interpretasi maupun ambiguitas. Peneliti juga harus menghindari penghalusan makna (*Euphemisme*) ataupun pengerasan makna (*Puffery*). Keempat, menggunakan teknik penulisan yang singkat dan jelas. Peneliti harus menghindari pengulangan data, informasi, atau kutipan apabila tidak diperlukan atau apabila dapat mengurangi kejelasan makna kata atau kalimat. Kelima, ketaatan pada asumsi dasar, kerangka teoretis, dan jangkauan penelitian yang telah ditentukan. Keenam, dapat diteliti ulang oleh peneliti lain. Sehingga apabila penelitian tersebut diteliti ulang dengan kerangka teoretis dan metode yang sama harus ditemukan data yang sama. Ketujuh, konsistensi terhadap cara penulisan yang baku dan diakui oleh semua pihak.

BAB 5

KONSEP PERILAKU KESEHATAN

5.1 Pengertian Perilaku

Perilaku berasal dari kata “peri” dan “laku”. Peri berarti cara berbuat kelakuan perbuatan, dan laku berarti perbuatan, kelakuan, cara menjalankan. . Belajar dapat didefinisikan sebagai satu proses dimana suatu organisasi berubah perilakunya sebagai akibat pengalaman. Skinner membedakan perilaku menjadi dua, yakni perilaku yang alami (*innate behaviour*), yaitu perilaku yang dibawa sejak organisme dilahirkan yang berupa refleks-refleks dan insting-insting. Perilaku operan (*operant behaviour*) yaitu perilaku yang dibentuk melalui proses belajar. Pada manusia, perilaku operan atau psikologis inilah yang dominan. Sebagian terbesar perilaku ini merupakan perilaku yang dibentuk, perilaku yang diperoleh, perilaku yang dikendalikan oleh pusat kesadaran atau otak (kognitif).

Timbulnya perilaku (yang dapat diamati) merupakan resultan dari tiga daya pada diri seseorang, yakni daya seseorang yang cenderung untuk mengulangi pengalaman yang enak dan cenderung untuk menghindari pengalaman yang tidak enak (disebut *conditioning* dari Pavlov & *Fragmatisme* dari James); daya rangsangan (stimulasi) terhadap seseorang yang ditanggapi, dikenal dengan “*stimulus-respons theory*” dari Skinner; daya individual yang sudah ada dalam diri seseorang atau kemandirian.

Perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya. Dari batasan dapat diuraikan bahwa reaksi dapat diuraikan bermacam-macam bentuk, yang pada hakekatnya digolongkan menjadi 2, yaitu bentuk pasif (tanpa tindakan nyata atau konkret) dan dalam bentuk aktif dengan tindakan nyata atau (konkret). Perilaku adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi),

pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Dalam pengertian umum perilaku adalah segala perbuatan tindakan yang dilakukan makhluk hidup. Perilaku adalah suatu aksi dan reaksi suatu organisme terhadap lingkungannya. Hal ini berarti bahwa perilaku baru berwujud bila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan tanggapan yang disebut rangsangan. Dengan demikian suatu rangsangan tentu akan menimbulkan perilaku tertentu pula

Proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari diri individu itu sendiri, antara lain susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi dan belajar. Susunan syaraf pusat memegang peranan penting dalam perilaku manusia, karena perilaku merupakan perpindahan dari rangsangan yang masuk ke respon yang dihasilkan. Perpindahan ini dilakukan oleh susunan syaraf pusat dengan unit-unit dasarnya yang disebut neuron. Neuron memindahkan energi dalam impuls-impuls syaraf. Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi ini adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra pendengaran, penciuman dan sebagainya.

Para psikolog mengemukakan bahwa perilaku terbentuk dari adanya interaksi antara domain trikomponen sikap yakni interaktif antara komponen kognitif, afektif dan domain konatif. Namun masih terdapat kekeliruan yang menganggap komponen konatif salah satu komponen dalam trikomponen sikap sebagai perilaku (*behaviour*), sehingga perilaku dianggap sebagai salah satu komponen sikap (*attitude*).

Pemikiran ini didukung oleh Mueler yang berpendapat bahwa Komponen konatif dalam trikomponen sikap tidak disamakan dengan perilaku. Komponen konatif merupakan baru sebatas kecenderungan perilaku yang terkristalisasi dalam kata akan, mau dan hendak. Sedangkan perilaku merupakan suatu bentuk tindakan nyata dari individu yang dapat diukur dengan panca indera langsung. Dengan demikian, Mueler menegaskan bahwa makna *behaviour* adalah perilaku aktual sedangkan makna konatif adalah trikomponen sikap sebagai “kecendrungan” perilaku. Pemikiran ini menunjukkan bahwa

komponen konatif dalam trikomponen sikap hanyalah salah satu penyebab pembentukan perilaku aktual.

Ada tiga asumsi yang saling berkaitan mengenai perilaku manusia. Pertama, perilaku itu disebabkan; Kedua, perilaku itu digerakan; Ketiga, perilaku itu ditujukan pada sasarannya / tujuan". dalam hal ini berarti proses perubahan perilaku mempunyai kesamaan untuk setiap individu, yakni perilaku itu ada penyebabnya, dan terjadinya tidak dengan spontan, dan mengarah kepada suatu sasaran baik secara eksklusif maupun inklusif. "Perilaku pada dasarnya berorientasi tujuan (*Goal oriented*)". Dengan perkataan lain, perilaku kita pada umumnya dimotivasi oleh suatu keinginan untuk mencapai tujuan tertentu. Senada dengan itu Ndraha, mendefinisikan perilaku sebagai operasionalisasi dan aktualisasi sikap seseorang atau suatu kelompok dalam atau terhadap sesuatu (situasi atau kondisi) lingkungan (masyarakat, alam, teknologi atau organisasi).

Pengaruh lingkungan dalam pembentukan perilaku adalah bentuk perilaku yang berdasarkan hak dan kewajiban, kebebasan dan tanggung jawab baik pribadi maupun kelompok masyarakat. Perilaku mendapat pengaruh yang kuat dari motif kepentingan yang disadari dari dalam faktor intrinsik dan kondisi lingkungan dari luar / faktor ekstrinsik atau exciting condition. Oleh karena itu perilaku terbentuk atas pengaruh pendirian, lingkungan eksternal, kepentingan yang disadari, kepentingan responsif, ikut-ikutan atau yang tidak disadari serta rekayasa dari luar.

Lebih lanjut Kwick dalam Notoatmodjo, "perilaku adalah "tindakan atau perbuatan organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari" Motif merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi atau penyebab timbulnya perilaku dalam hal ini Winardi mengemukakan bahwa motif-motif merupakan "mengapa" dan "perilaku" mereka muncul dan mempertahankan aktifitas dan determinasi arah umum perilaku seorang individu. Pada intinya dapat dikatakan bahwa motif-motif atau kebutuhan merupakan penyebab terjadinya tindakan-tindakan-Kekuatan motif merupakan alasan yang melandasi perilaku, kekuatan motif cenderung menyusut, apabila ia terpenuhi atau apabila terhalangi. Sebelum terbentuknya suatu pola

perilaku, seseorang memiliki bentuk sikap dari suatu rangsangan yang datang dari luar dalam bentuk aktifitas, kemudian dari sikap tersebut terbentuklah perilaku (Baron). Sikap individu tersebut dalam bentuk pikiran dan perasaan yang tidak kasat mata (*intangible*) membentuk pola perilaku masyarakat sebagai perilaku yang tampak (*tangible*) perilaku yang tidak tampak (*innert, covert behaviour*) dan perilaku yang tampak (*overt behaviour*). Sarwono menyebutkan aspek-aspek pikiran yang tidak kasat mata (*covert behaviour intangible*) dapat berupa pandangan, sikap, pendapat dan sebagainya. Bentuk kedua adalah perilaku yang tampak (*overt behavior, tangible*) yang biasanya berupa aktifitas motoris seperti berpidato mendengar dan sebagainya.

Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan respon/ reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmodjo, 2010). Perilaku merupakan fungsi karakteristik individu dan lingkungan. Karakteristik individu meliputi berbagai variabel seperti motif, nilai-nilai, sifat, keperibadian, dan sikap yang saling berinteraksi satu sama lain dan kemudian berinteraksi pula dengan faktor-faktor lingkungan dalam menentukan perilaku. Faktor lingkungan memiliki kekuatan besar dalam menentukan perilaku, bahkan kekuatannya lebih besar dari karakteristik individu (Azwar, 2010).

Sementara pengertian perubahan perilaku menurut Emilia (2008), ditentukan oleh konsep risiko, penentu respon individu untuk mengubah perilaku adalah tingkat beratnya risiko atau penyakit secara umum, bila seseorang mengetahui ada risiko terhadap kesehatan maka secara sadar orang tersebut akan menghindari risiko. Teori lain dikemukakan Lohrmann dalam Azwar (2010) dengan teori perubahan perilaku *The Ecology Model of Health Behavior* menekankan pada perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh situasi lingkungan sekitar. Pendekatan perubahan perilaku digunakan pada pendekatan perubahan perilaku yang pesan perubahan perilaku di bawa oleh anak didik untuk merubah perilaku orang tua maupun masyarakat. Informasi/ pesan yang diterima di dalam meja studi diharapkan dapat diterima oleh

orang tua maupun masyarakat. Informasi/ pesan menjadi keyakinan dan persepsi sebuah kebenaran sehingga terjadi perubahan perilaku pada orang tua atau masyarakat. Perilaku seseorang atau masyarakat ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Selain itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Perubahan perilaku ditentukan oleh konsep risiko. Penentu respon individu untuk mengubah perilaku adalah tingkat beratnya risiko atau penyakit. Secara umum, bila seseorang mengetahui ada risiko terhadap kesehatan maka secara sadar orang tersebut akan menghindari risiko.

Konsep Perilaku Kesehatan Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, (2003) menyatakan perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus – Organisme – Respon.

Di Indonesia istilah perilaku kesehatan sudah lama dikenal dalam 15 tahun akhir-akhir ini konsep-konsep di bidang perilaku yang berkaitan dengan kesehatan ini sedang berkembang dengan pesatnya, khususnya dibidang antropologi medis dan kesehatan masyarakat. Istilah ini dapat memberikan pengertian bahwa kita hanya berbicara mengenai perilaku yang secara sengaja dilakukan dalam kaitannya dengan kesehatan. Kenyataannya banyak sekali perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, bahkan seandainya seseorang tidak mengetahuinya, atau melakukannya dengan alasan yang sama sekali berbeda (menurut Gochman,1988 yang dikutip dalam irwan (2014).

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2003) yaitu :

1. Perilaku tertutup (*Convert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

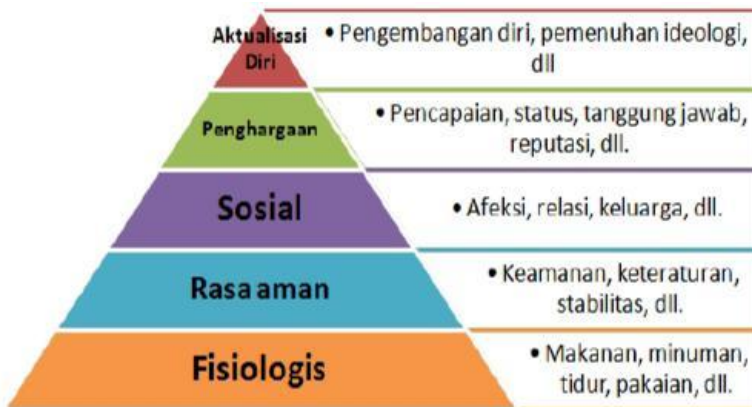
2. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

5.2 Proses Pembentukan Perilaku

Proses pembentukan perilaku antara lain yang dikemukakan oleh Abraham Maslow yang dikenal dengan hirarki kebutuhan Maslow yang menyatakan bahwa perilaku manusia pada dasarnya dipengaruhi oleh tingkat kebutuhan pada setiap jenjang atau hierarki kebutuhan dasar ini bermula ketika Maslow melakukan observasi terhadap perilaku monyet. Berdasarkan pengamatannya, didapatkan kesimpulan bahwa beberapa kebutuhan lebih diutamakan dibandingkan dengan kebutuhan yang lain. Contohnya jika individu merasa haus, maka individu akan cenderung untuk mencoba memuaskan dahaga. Individu dapat hidup tanpa makanan selama berminggu-minggu. Tetapi tanpa air, individu hanya dapat hidup selama beberapa hari saja karena kebutuhan akan air lebih kuat daripada kebutuhan akan makan. Teori piramida kebutuhan menurut Abraham Maslow sering disebut Maslow sebagai kebutuhan-kebutuhan dasar yang digambarkan sebagai sebuah hierarki atau tangga yang menggambarkan tingkat kebutuhan. Terdapat lima tingkat kebutuhan dasar, yaitu : kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan rasa aman, kebutuhan akan rasa memiliki dan kasih sayang, kebutuhan akan

penghargaan dan kebutuhan akan aktualisasi diri. Maslow memberi hipotesis bahwa setelah individu memuaskan kebutuhan pada tingkat paling bawah, individu akan memuaskan kebutuhan pada tingkat yang berikutnya. Jika pada tingkat tertinggi tetapi kebutuhan dasar tidak terpenuhi, maka individu dapat kembali pada tingkat kebutuhan yang sebelumnya. Menurut Maslow, pemuasan berbagai kebutuhan tersebut didorong oleh dua kekuatan yakni motivasi kekurangan (*deficiency motivation*) dan motivasi perkembangan (*growth motivation*). Motivasi kekurangan bertujuan untuk mengatasi masalah ketegangan manusia karena berbagai kekurangan yang ada, Sedangkan motivasi pertumbuhan didasarkan atas kapasitas setiap manusia untuk tumbuh dan berkembang. Kapasitas tersebut merupakan pembawaan dari setiap manusia. Pembentukan perilaku berdasarkan jenjang /hirarki kebutuhan Maslow dijelaskan pada gambar berikut ini ;



Perilaku manusia terbentuk karena adanya kebutuhan. Menurut Abraham Harold Maslow, manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yakni:

1. Kebutuhan fisiologis/biologis.

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan paling dasar pada setiap orang adalah kebutuhan fisiologis yakni kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik. Kebutuhan- kebutuhan itu seperti kebutuhan akan makanan, minuman, tempat berteduh, seks,

tidur dan oksigen. Kebutuhan-kebutuhan fisiologis adalah potensi paling dasar dan besar bagi semua pemenuhan kebutuhan di atasnya. Manusia yang lapar akan selalu termotivasi untuk makan, bukan untuk mencari teman atau dihargai. Manusia akan mengabaikan atau menekan dulu semua kebutuhan lain sampai kebutuhan fisiologisnya itu terpuaskan.

Kebutuhan fisiologis berbeda dari kebutuhan-kebutuhan lain dalam dua hal. Pertama, kebutuhan fisiologis adalah satu-satunya kebutuhan yang bisa terpuaskan sepenuhnya atau minimal bisa diatasi. Manusia dapat merasakan cukup dalam aktivitas makan sehingga pada titik ini, daya penggerak untuk makan akan hilang. Bagi seseorang yang baru saja menyelesaikan sebuah santapan besar, dan kemudian membayangkan sebuah makanan lagi sudah cukup untuk membuatnya mual. Kedua, yang khas dalam kebutuhan fisiologis adalah hakikat pengulangannya. Setelah manusia makan, mereka akhirnya akan menjadi lapar lagi dan akan terus menerus mencari makanan dan air lagi. Sementara kebutuhan di tingkatan yang lebih tinggi tidak terus menerus muncul. Sebagai contoh, seseorang yang minimal terpenuhi sebagian kebutuhan mereka untuk dicintai dan dihargai akan tetap merasa yakin bahwa mereka dapat mempertahankan pemenuhan terhadap kebutuhan tersebut tanpa harus mencari-carinya lagi.

Jenis kebutuhan fisiologis yang merupakan kebutuhan pokok utama, yaitu H₂, H₂O, cairan elektrolit, makanan dan seks. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan fisiologis. Misalnya, kekurangan O₂ yang menimbulkan sesak nafas dan kekurangan H₂O dan elektrolit yang menyebabkan dehidrasi.

2. Kebutuhan Rasa Aman

Setelah kebutuhan-kebutuhan fisiologis terpuaskan secukupnya, muncullah apa yang disebut Maslow sebagai kebutuhan-kebutuhan akan rasa aman. Kebutuhan-kebutuhan akan rasa aman ini diantaranya adalah rasa aman fisik, stabilitas, ketergantungan, perlindungan dan kebebasan dari daya-daya mengancam seperti perang, terorisme, penyakit, takut, cemas, bahaya, kerusakan dan bencana alam. Kebutuhan akan rasa aman berbeda dari kebutuhan fisiologis karena

kebutuhan ini tidak bisa terpenuhi secara total. Manusia tidak pernah dapat dilindungi sepenuhnya dari ancaman-ancaman meteor, kebakaran, banjir atau perilaku berbahaya orang lain.

Menurut Maslow, orang-orang yang tidak aman akan bertindak laku sama seperti anak-anak yang tidak aman. Mereka akan bertindak laku seakan-akan selalu dalam keadaan terancam besar. Seseorang yang tidak aman memiliki kebutuhan akan keteraturan dan stabilitas secara berlebihan serta akan berusaha keras menghindari hal-hal yang bersifat asing dan yang tidak diharapkannya. Yang termasuk kedalam jenis kebutuhan rasa aman adalah ;

- a) Rasa aman terhindar dari pencurian, penodongan, perampokan dan kejahatan lain.
- b) Rasa aman terhindar dari konflik, tawuran, kerusuhan, peperangan dan lain-lain.
- c) Rasa aman terhindar dari sakit dan penyakit
- d) Rasa aman memperoleh perlindungan hukum.

3. Kebutuhan mencintai dan dicintai

Kebutuhan akan mencintai dan dicintai atau kasih sayang akan menjadi tuntutan apabila kebutuhan fisiologis dan kebutuhan akan rasa aman telah terpenuhi, maka muncullah kebutuhan akan cinta, kasih sayang dan rasa memiliki-dimiliki. Kebutuhan-kebutuhan ini meliputi dorongan untuk bersahabat, keinginan memiliki pasangan dan keturunan, kebutuhan untuk dekat pada keluarga dan kebutuhan antarpribadi seperti kebutuhan untuk memberi dan menerima cinta. Seseorang yang kebutuhan cintanya sudah relatif terpenuhi sejak kanak-kanak tidak akan merasa panik saat menolak cinta. Ia akan memiliki keyakinan besar bahwa dirinya akan diterima orang-orang yang memang penting bagi dirinya. Ketika ada orang lain menolak dirinya, ia tidak akan merasa hancur. Bagi Maslow, cinta menyangkut suatu hubungan sehat dan penuh kasih mesra antara dua orang, termasuk sikap saling percaya. Sering kali cinta menjadi rusak jika salah satu pihak merasa takut jika kelemahan-kelemahan serta kesalahan-kesalahannya.

Maslow juga mengatakan bahwa kebutuhan akan cinta meliputi cinta yang memberi dan cinta yang menerima. Kita harus memahami cinta, harus mampu mengajarkannya, menciptakannya dan meramalkannya. Jika tidak, dunia akan hanyut ke dalam gelombang permusuhan dan kebencian. Bagian dari jenis kebutuhan kasih sayang adalah;

- a) Mendambakan kasih sayang/cinta kasih orang lain baik dari orang tua, saudara, teman, kekasih, dan lain-lain.
- b) Ingin dicintai/mencintai orang lain.
- c) Ingin diterima oleh kelompok tempat ia berada.

4. Kebutuhan harga diri.

Setelah kebutuhan dicintai dan dimiliki tercukupi, manusia akan bebas untuk mengejar kebutuhan akan penghargaan. Maslow menemukan bahwa setiap orang yang memiliki dua kategori mengenai kebutuhan penghargaan, yaitu kebutuhan yang lebih rendah dan lebih tinggi. Kebutuhan yang rendah adalah kebutuhan untuk menghormati orang lain, kebutuhan akan status, ketenaran, kemuliaan, pengakuan, perhatian, reputasi, apresiasi, martabat, bahkan dominasi. Kebutuhan yang tinggi adalah kebutuhan akan harga diri termasuk perasaan, keyakinan, kompetensi, prestasi, penguasaan, kemandirian dan kebebasan. Sekali manusia dapat memenuhi kebutuhan untuk dihargai, mereka sudah siap untuk memasuki gerbang aktualisasi diri, kebutuhan tertinggi yang ditemukan Maslow. Yang termasuk dalam jenis kebutuhan ini adalah;

- a) Ingin dihargai dan menghargai orang lain
- b) Adanya respek atau perhatian dari orang lain
- c) Toleransi atau saling menghargai dalam hidup berdampingan

5. Kebutuhan aktualisasi diri, misalnya :

Tingkatan terakhir dari kebutuhan dasar Maslow adalah aktualisasi diri. Kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan yang tidak melibatkan keseimbangan, tetapi melibatkan keinginan yang terus menerus untuk memenuhi potensi. Maslow melukiskan kebutuhan ini

sebagai hasrat untuk semakin menjadi diri sepenuh kemampuannya sendiri, menjadi apa saja menurut kemampuannya.

Awalnya Maslow berasumsi bahwa kebutuhan untuk aktualisasi diri langsung muncul setelah kebutuhan untuk dihargai terpenuhi. Akan tetapi selama tahun 1960 -an, ia menyadari bahwa banyak anak muda di Brandeis memiliki pemenuhan yang cukup terhadap kebutuhan - kebutuhan lebih rendah seperti reputasi dan harga diri, tetapi mereka belum juga bisa mencapai aktualisasi diri. Jenis kebutuhan akan aktualisasi diri pada manusia yaitu ;

- a) Ingin dipuja atau disanjung oleh orang lain
- b) Ingin sukses atau berhasil dalam mencapai cita-cita
- c) Ingin menonjol dan lebih dari orang lain, baik dalam karier, usaha, kekayaan, dan lain-lain.

5.3 Domain Perilaku

5.3.1 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Ada empat macam pengetahuan yaitu:

1. Pengetahuan Faktual (*Factual knowledge*)

Pengetahuan yang berupa potongan - potongan informasi yang terpisah-pisah atau unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pengetahuan faktual pada umumnya merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam pengetahuan faktual yaitu pengetahuan tentang terminologi (*knowledge of terminology*) mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu baik yang bersifat verbal maupun non verbal dan pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (*knowledge of specific details and element*) mencakup pengetahuan tentang kejadian, orang, waktu dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik.

2. Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya berfungsi bersama - sama. Pengetahuan konseptual mencakup skema, model pemikiran, dan teori baik yang implisit maupun eksplisit. Ada tiga macam pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi, dan pengetahuan tentang teori, model, dan struktur.

3. Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik yang bersifat rutin maupun yang baru. Seringkali pengetahuan prosedural berisi langkah-langkah atau tahapan yang harus diikuti dalam mengerjakan suatu hal tertentu.

4. Pengetahuan Metakognitif

Mencakup pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri. Penelitian-penelitian tentang metakognitif menunjukkan bahwa seiring dengan perkembangannya siswa menjadi semakin sadar akan pikirannya dan semakin banyak tahu tentang kognisi, dan apabila siswa bisa mencapai hal ini maka mereka akan lebih baik lagi dalam belajar.

Dimensi proses kognitif dalam taksonomi yang baru yaitu:

1). Menghafal (*Remember*)

Menarik kembali informasi yang tersimpan dalam memori jangka panjang. Mengingat merupakan proses kognitif yang paling rendah tingkatannya. Untuk mengkondisikan agar “mengingat” bisa menjadi bagian belajar bermakna, tugas mengingat hendaknya selalu dikaitkan dengan aspek pengetahuan yang lebih luas dan bukan sebagai suatu yang lepas dan terisolasi. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif: mengenali (*recognizing*) dan mengingat (*recalling*).

2.) Memahami (*Understand*)

Mengkonstruksi makna atau pengertian berdasarkan pengetahuan awal yang dimiliki, mengaitkan informasi yang baru dengan pengetahuan yang telah dimiliki, atau mengintegrasikan pengetahuan yang baru ke dalam skema yang telah ada dalam pemikiran siswa. Karena penyusunan skema adalah konsep, maka pengetahuan konseptual merupakan dasar pemahaman. Kategori memahami mencakup tujuh proses kognitif: menafsirkan (*interpreting*), memberikan contoh (*exemplifying*), mengklasifikasikan (*classifying*), meringkas (*summarizing*), menarik inferensi (*inferring*), membandingkan (*comparing*), dan menjelaskan (*explaining*).

3.) Mengaplikasikan (*Applying*)

Mencakup penggunaan suatu prosedur guna menyelesaikan masalah atau mengerjakan tugas. Oleh karena itu mengaplikasikan berkaitan erat dengan pengetahuan prosedural. Namun tidak berarti bahwa kategori ini hanya sesuai untuk pengetahuan prosedural saja. Kategori ini mencakup dua macam proses kognitif: menjalankan (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).

4.) Menganalisis (*Analyzing*)

Menguraikan suatu permasalahan atau obyek ke unsur-unsurnya dan menentukan bagaimana saling keterkaitan antar unsur-unsur tersebut dan struktur besarnya. Ada tiga macam proses kognitif yang tercakup dalam menganalisis: membedakan (*differentiating*), mengorganisir (*organizing*), dan menemukan pesan tersirat (*attributing*).

5.) Mengevaluasi

Membuat suatu pertimbangan berdasarkan kriteria dan standar yang ada. Ada dua macam proses kognitif yang

tercakup dalam kategori ini: memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*).

6). Membuat (*create*)

Menggabungkan beberapa unsur menjadi suatu bentuk kesatuan. Ada tiga macam proses kognitif yang tergolong dalam kategori ini, yaitu: membuat (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007).

5.3.2 Sikap (Attitude)

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respons. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung, melalui pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek secara tidak langsung dilakukan dengan pertanyaan hipotesis, kemudian dinyatakan pendapat responden.

Menurut Notoatmodjo (2005), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan juga merupakan pelaksanaan motif tertentu. Menurut Gerungan (2002), sikap merupakan pendapat maupun pandangan seseorang tentang suatu objek yang mendahului tindakannya. Sikap tidak mungkin terbentuk sebelum mendapat informasi, melihat atau mengalami sendiri suatu objek.

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

1. Menerima (receiving). Diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
2. Merespon (responding). Memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan atau menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (valuing). Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (responsibility). Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

5.3.3 Praktik atau Tindakan

Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka (Notoatmodjo, 2003). Suatu rangsangan akan direspon oleh seseorang sesuai dengan arti rangsangan itu bagi orang yang bersangkutan. Respon atau reaksi ini disebut perilaku, bentuk perilaku dapat bersifat sederhana dan kompleks. Dalam peraturan teoritis, tingkah laku dapat dibedakan atas sikap, di dalam sikap diartikan sebagai suatu kecenderungan potensi untuk mengadakan reaksi (tingkah laku). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi fasilitas yang memungkinkan.

Menurut Notoatmodjo (2005), tindakan adalah gerakan atau perbuatan dari tubuh setelah mendapat rangsangan ataupun adaptasi dari dalam maupun luar tubuh suatu lingkungan. Tindakan seseorang terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Secara biologis, sikap dapat dicerminkan dalam suatu bentuk tindakan, namun tidak pula dapat dikatakan bahwa sikap tindakan memiliki hubungan yang sistematis. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan

mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh karena itu disebut juga *over behavior*.

Menurut Notoatmodjo (2005), empat tingkatan tindakan adalah:

1. Persepsi (*Perception*), Mengenal dan memiliki berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang diambil.
2. Respon terpimpin (*Guided Response*), dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar.
3. Mekanisme (*Mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu merupakan kebiasaan.
4. Adaptasi (*Adaptation*), adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Menurut Green yang dikutip oleh Notoatmodjo (2002), faktor-faktor yang merupakan penyebab perilaku menurut Green dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi seperti pengetahuan, sikap keyakinan, dan nilai, berkenaan dengan motivasi seseorang bertindak. Faktor pemungkin atau faktor pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Terakhir faktor penguat seperti keluarga, petugas kesehatan dan lain-lain. Jadi, dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Seperti halnya pengetahuan dan sikap, praktik juga memiliki tingkatan-tingkatan, yaitu :

- a) Persepsi, yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan.
- b) Respons terpimpin, yaitu individu dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai contoh.

- c) Mekanisme, individu dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan.
- d) Adaptasi, adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dan dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran.

Perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi 3, kelompok yaitu:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), yaitu usaha seseorang untuk memelihara kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sedang sakit.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku yang menyangkut upaya atau tindakan seseorang saat sakit dan atau kecelakaan untuk berusaha mulai dari self treatment sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan, yaitu cara seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

5.4 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyektif yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007). Perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat (Notoatmodjo, 2007; 2010)

Perilaku sehat adalah suatu respon seseorang terhadap rangsang dari luar untuk menjaga kesehatan secara utuh. Terbentuknya perilaku sehat disebabkan oleh tiga aspek antara lain yaitu: Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia yang melalui proses belajar atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki. Terbentuknya

pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Definisi lain pengetahuan tentang kesehatan adalah segala sesuatu yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan tentang cara-cara memelihara kesehatan meliputi: (1) Pengetahuan tentang penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, gejala-gejala penyakit, penyebab penyakit, cara penularan dan pencegahan penyakit; (2) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait atau mempengaruhi kesehatan antara lain: gizi makanan, sarana air bersih, pembuangan air limbah, sampah atau kotoran manusia, perumahan sehat, polusi udara dan sebagainya; (3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional; (4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum (Notoatmodjo, 2007; 2010).

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya). Sikap juga merupakan suatu sindroma atau kumpulan gejala atau objek sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain. Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan yang mencakup empat hal yaitu: (1) Sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, gejala penyakit, penyebab penyakit, cara penularan, cara pencegahan penyakit; (2) Sikap terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan; (3).Sikap terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang profesional maupun tradisional; (4) Sikap untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga, lalu lintas maupun tempat-tempat umum (Notoatmodjo, 2007; 2010)

Tindakan atau praktik seperti yang telah disebutkan di atas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan karena untuk mewujudkan tindakan memerlukan faktor lain yaitu adanya fasilitas atau sarana dan prasarana sedangkan yang dimaksud dengan praktik kesehatan menurut Notoatmodjo (2007) adalah semua kegiatan atau aktifitas

dalam rangka memelihara kesehatan seperti pengetahuan dan sikap kesehatan, tindakan atau praktik kesehatan juga meliputi empat faktor antara lain: (1) Tindakan atau praktik sehubungan dengan penyakit menular dan tidak menular; (2) Tindakan atau praktik sehubungan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan; (3) Tindakan atau praktik sehubungan dengan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan; (4) Tindakan atau praktik untuk menghindari kecelakaan baik kecelakaan rumah tangga, lalu lintas maupun di tempat- tempat umum (Notoatmodjo, 2007; 2010).

5.5 Bentuk –Bentuk Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Respons atau reaksi organisme dapat berbentuk pasif (respons yang masih tertutup) dan aktif (respons terbuka, tindakan yang nyata atau practice/psychomotor). Menurut Notoatmodjo (2003), rangsangan yang terkait dengan perilaku kesehatan terdiri dari empat unsur, yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan.

Menurut Green dalam buku Notoatmodjo (2003), menganalisis bahwa perilaku manusia dari tingkatan kesehatan. Tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behaviour causer*) dan faktor dari luar perilaku (*non behaviour causer*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya Puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Di simpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Menurut Leavel dan Clark yang disebut pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Pencegahan berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar (Notoatmodjo, 2007).

5.6 Perilaku Terhadap Sakit dan Penyakit

Perilaku tentang bagaimana seseorang menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respons internal (berasal dari dalam dirinya) maupun eksternal (dari luar dirinya), baik respons pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan sakit dan penyakit. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkatan-tingkatan pemberian pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau sesuai dengan tingkatan pencegahan penyakit, yaitu:

- a. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*)
- b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*)
- c. Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)
- d. Perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*)

Menurut Sarwono dalam Soekidjo (2004) yang dimaksud dengan perilaku sakit sebagai berikut : Perilaku sakit adalah segala

bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan. Perilaku sakit menurut Suchman adalah tindakan untuk menghilangkan rasa tidak enak atau rasa sakit sebagai akibat dari timbulnya gejala tertentu.

Penyebab perilaku Sakit Menurut Mechanic sebagaimana diuraikan oleh Soekidjo (2004) bahwa penyebab perilaku sakit itu sebagai berikut :

- a. Dikenal dan dirasakannya tanda dan gejala yang menyimpang dari keadaan normal.
- b. Anggapan adanya gejalaan serius yang dapat menimbulkan bahaya.
- c. Gejala penyakit dirasakan akan menimbulkan dampak terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja, dan kegiatan kemasyarakatan.
- d. Frekuensi dan persisten (terus-menerus, menetap) tanda dan gejala yang dapat dilihat.
- e. Kemungkinan individu untuk terserang penyakit.
- f. Adanya informasi, pengetahuan dan anggapan budaya tentang penyakit.
- g. Adanya perbedaan interpretasi tentang gejala penyakit.
- h. Adanya kebutuhan untuk mengatasi gejala penyakit.
- i. Tersedianya berbagai sarana pelayanan kesehatan, seperti : fasilitas, tenaga, obat-obatan, biaya dan transportasi.

5.7 Perilaku Sakit (*Illness Behavior*)

Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap penyakit, pengetahuan tentang penyebab, gejala, pengobatan penyakit, dan sebagainya.

5.7.1 Definisi Perilaku Sakit

Perilaku sakit merupakan perilaku orang sakit yang meliputi: cara seseorang memantau tubuhnya, mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami, melakukan upaya

penyembuhan, dan penggunaan system pelayanan kesehatan. Seorang individu yang merasa dirinya sedang sakit, perilaku sakit bisa berfungsi sebagai mekanisme koping.

Perilaku sakit (*illness behavior*), yaitu semua aktivitas yang dilakukan oleh individu yang merasa sakit untuk mengenal keadaan kesehatan atau rasa sakitnya, pengetahuan dan kemampuan individu untuk mengenal penyakit, pengetahuan dan kemampuan individu tentang penyebab penyakit, dan usaha-usaha untuk mencegah penyakit.

Menurut Parsons, perilaku spesifik yang tampak bila seseorang memilih peran sebagai orang sakit, yaitu orang sakit tidak dapat disalahkan sejak mulai sakit, dikecualikan dari tanggung jawab pekerjaan, social dan pribadi, kemudian orang sakit dan keluarganya diharapkan mencari pertolongan agar cepat sembuh. Menurut Cockerham, meskipun konsep Parsons tersebut tidak berguna untuk memahami peran sebagai orang sakit, namun tidak terlalu tepat untuk :menerangkan variasi perilaku sakit, dipakai pada penyakit kronis, keadaan dan situasi yang mempengaruhi hubungan pasien-dokter, atau untuk menerangkan perilaku sakit masyarakat kelas bawah. Juga menurut Meile, konsep Parsons tersebut tidak cocok dipakai pada orang sakit jiwa.

5.7.2 Penyebab Perilaku Sakit

Menurut Mechanic sebagaimana diuraikan oleh Solito Sarwono (1993) bahwa penyebab perilaku sakit itu sebagai berikut ; menyimpang dari keadaan normal. dikenal dan dirasakan nyata tanda dan gejala yang Anggapan dan gejala serius yang dapat menimbulkan bahaya, gejala penyakit dirasakan akan menimbulkan dampak terhadap hubungan keluarga, hubungan kerja, dan kegiatan kemasyarakatan. Frekuensi dan persisten (terus-menerus, menetap) tanda dan gejala yang dapat dilihat. Kemungkinan individu untuk terserang penyakit. Adanya informasi, pengetahuan, dan anggapan budaya tentang penyakit. Adanya perbedaan interpretasi tentang gejala penyakit. Adanya kebutuhan untuk mengatasi gejala penyakit. Tersedianya berbagai

sarana pelayanan kesehatan, seperti: fasilitas ,tenaga, obat-obatan, biaya, dan transportasi.

Menurut Sri Kusmiyati dan Desmaniarti dalam Irwan (2014), terdapat tujuh perilaku orang sakit yang dapat diamati yaitu; Fearfulness (merasa ketakutan), umumnya individu yang sedang sakit memiliki perasaan takut. Bentuk ketakutannya, meliputi takut penyakitnya tidak sembuh, takut mati, takut mengalami kecacatan, dan takut tidak mendapat pengakuan dari lingkungan sehingga merasa diisolasi. Regresi, salah satu perasaan yang timbul pada orang sakit adalah ansietas (kecemasan). Untuk mengatasi kecemasan tersebut, salah satu caranya adalah dengan regresi (menarik diri) dari lingkungannya. Egosentris, mengandung arti bahwa perilaku individu yang sakit banyak mempersoalkan tentang dirinya sendiri. Perilaku ego sentris, ditandai dengan hal – hal berikut hanya ingin menceritakan penyakitnya yang sedang diderita, tidak ingin mendengarkan persoalan orang lain, hanya memikirkan penyakitnya sendiri, Senang mengisolasi dirinya baik dari keluarga, lingkungan maupun kegiatan. Terlalu memperhatikan persoalan kecil, yaitu perilaku individu yang sakit dengan melebih-lebihkan persoalan kecil. Akibatnya pasien menjadi cerewet, banyak menuntut, dan banyak mengeluh tentang masalah sepele. Reaksi emosional tinggi, yaitu perilaku individu yang sakit ditandai dengan sangat sensitive terhadap hal hal remeh sehingga menyebabkan reaksi emosional tinggi. Perubahan persepsi terhadap orang lain, karena beberapa factor diatas, seorang penderita sering mengalami perubahan persepsi terhadap orang lain. Berkurangnya minat, individu yang menderita sakit di samping memiliki rasa cemas juga kadang – kadang timbul stress. Faktor psikologis inilah salah satu sebab berkurangnya minat sehingga ia tidak mempunyai perhatian terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungannya.

5.7.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Sakit

a. Faktor Internal

Faktor internal yang mempengaruhi perilaku sakit meliputi dua hal yaitu pertama persepsi individu terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami, klien akan segera mencari pertolongan jika gejala tersebut dapat mengganggu rutinitas kegiatan sehari-hari. Misalnya: Tukang Kayu yang menderita sakit punggung, jika ia merasa hal tersebut bisa membahayakan dan mengancam kehidupannya maka ia akan segera mencari bantuan. Akan tetapi persepsi seperti itu dapat pula mempunyai akibat yang sebaliknya. Bisa saja orang yang takut mengalami sakit yang serius, akan bereaksi dengan cara menyalakannya dan tidak mau mencari bantuan.

Faktor yang kedua adalah asal atau jenis penyakit, pada penyakit akut dimana gejala relatif singkat dan berat serta mungkin mengganggu fungsi pada seluruh dimensi yang ada, Maka klien biasanya akan segera mencari pertolongan dan mematuhi program terapi yang diberikan. Sedangkan pada penyakit kronik biasanya berlangsung lama (>6 bulan) sehingga jelas dapat mengganggu fungsi diseluruh dimensi yang ada.

b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal meliputi gejala yang dapat dilihat, gejala yang terlihat dari suatu penyakit dapat mempengaruhi citra tubuh dan perilaku sakit. misalnya: orang yang mengalami bibir kering dan pecah-pecah mungkin akan lebih cepat mencari pertolongan dari pada orang dengan serak tenggorokan, karena mungkin komentar orang lain terhadap gejala bibir pecah-pecah yang dialaminya.

Faktor kelompok sosial, Kelompok sosial klien akan membantu mengenali ancaman penyakit, atau justru meyangkal potensi terjadinya suatu penyakit. Misalnya: Ada 2 orang wanita, sebut saja Ny. A dan Ny.B berusia 35 tahun yang berasal dari dua kelompok sosial yang berbeda telah menemukan adanya benjolan pada Payudaranya saat melakukan SADARI. Kemudian mereka

mendiskusikannya dengan temannya masing-masing. Teman Ny. A mungkin akan mendorong mencari pengobatan untuk menentukan apakah perlu dibiopsi atau tidak; sedangkan teman Ny.B mungkin akan mengatakan itu hanyalah benjolan biasa dan tidak perlu diperiksakan ke dokter. faktor latar belakang budaya, Latar belakang budaya dan etik mengajarkan seseorang bagaimana menjadi sehat, mengenal penyakit, dan menjadi sakit. Dengan demikian perawat perlu memahami latar belakang budaya yang dimiliki klien.

Faktor ekonomi, semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang ia rasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Faktor kemudahan akses terhadap sistem pelayanan, dekatnya jarak klien dengan RS, klinik atau tempat pelayanan medis lain sering mempengaruhi kecepatan mereka dalam memasuki sistem pelayanan kesehatan. Demikian pula beberapa klien enggan mencari pelayanan yang kompleks dan besar dan mereka lebih suka untuk mengunjungi Puskesmas yang tidak membutuhkan prosedur yang rumit. Faktor dukungan sosial, dukungan sosial disini meliputi beberapa institusi atau perkumpulan yang bersifat peningkatan kesehatan.

5.7.4 Tahap-tahap Perilaku Sakit

Jika seseorang mengalami sakit Tahap perilaku sakit

1. Tahap I (Mengalami Gejala)

Pada tahap ini pasien menyadari bahwa “ada sesuatu yang salah” Mereka mengenali sensasi atau keterbatasan fungsi fisik tetapi belum menduga adanya diagnosa tertentu. Persepsi individu terhadap suatu gejala meliputi kesadaran terhadap perubahan fisik (nyeri, benjolan, dll); Evaluasi terhadap perubahan yang terjadi dan memutuskan apakah hal tersebut merupakan suatu gejala penyakit. Respon emosional akan muncul jika gejala itu

dianggap merupakan suatu gejala penyakit dan dapat mengancam kehidupannya maka ia akan segera mencari pertolongan.

2. Tahap II (Asumsi Tentang Peran Sakit)

Terjadi jika gejala menetap atau semakin berat, orang yang sakit akan melakukan konfirmasi kepada keluarga, orang terdekat atau kelompok sosialnya bahwa ia benar-benar sakit sehingga harus diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya.

Menimbulkan perubahan emosional seperti: menarik diri/depresi, dan juga perubahan fisik. Perubahan emosional yang terjadi bisa kompleks atau sederhana tergantung beratnya penyakit, tingkat ketidakmampuan, dan perkiraan lama sakit. Seseorang awalnya menyangkal pentingnya intervensi dari pelayanan kesehatan, sehingga ia menunda kontak dengan sistem pelayanan kesehatan akan tetapi jika gejala itu menetap dan semakin memberat maka ia akan segera melakukan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan dan berubah menjadi seorang klien.

3. Tahap III (Kontak dengan Pelayanan Kesehatan)

Pada tahap ini klien mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli, mencari penjelasan mengenai gejala yang dirasakan, penyebab penyakit, dan implikasi penyakit terhadap kesehatan dimasa yang akan datang. Profesi kesehatan mungkin akan menentukan bahwa mereka tidak menderita suatu penyakit atau justru menyatakan jika mereka menderita penyakit yang bisa mengancam kehidupannya. Klien bisa menerima atau menyangkal diagnosa tersebut. Bila klien menerima diagnosa mereka akan mematuhi rencana pengobatan yang telah ditentukan, akan tetapi jika menyangkal mereka mungkin akan mencari sistem pelayanan kesehatan lain, atau berkonsultasi dengan beberapa pemberi pelayanan kesehatan lain sampai mereka menemukan orang yang membuat diagnosa sesuai dengan

keinginannya atau sampai mereka menerima diagnosa awal yang telah ditetapkan.

Klien yang merasa sakit, tapi dinyatakan sehat oleh profesi kesehatan, mungkin ia akan mengunjungi profesi kesehatan lain sampai ia memperoleh diagnosa yang diinginkan. Klien yang sejak awal didiagnosa penyakit tertentu, terutama yang mengancam kelangsungan hidup, ia akan mencari profesi kesehatan lain untuk meyakinkan bahwa kesehatan atau kehidupan mereka tidak terancam. Misalnya: klien yang didiagnosa mengidap kanker, maka ia akan mengunjungi beberapa dokter sebagai usaha klien menghindari diagnosa yang sebenarnya.

4. Tahap IV (Peran Klien Dependen)

Pada tahap ini klien menerima keadaan sakitnya, sehingga klien bergantung pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada. Klien menerima perawatan, simpati, atau perlindungan dari berbagai tuntutan dan stress hidupnya. Secara sosial klien diperbolehkan untuk bebas dari kewajiban dan tugas normalnya, semakin parah sakitnya, semakin bebas. Pada tahap ini klien juga harus menyesuaikan dengan perubahan jadwal sehari-hari. Perubahan ini jelas akan mempengaruhi peran klien di tempat ia bekerja, rumah maupun masyarakat.

5. Tahap V (Pemulihan dan Rehabilitasi)

Merupakan tahap akhir dari perilaku sakit, dan dapat terjadi secara tiba-tiba, misalnya penurunan demam. Penyembuhan yang tidak cepat, menyebabkan seorang klien butuh perawatan lebih lama sebelum kembali ke fungsi optimal, misalnya pada penyakit kronis. Tidak semua klien melewati tahapan yang ada, dan tidak setiap klien melewatinya dengan kecepatan atau dengan sikap yang sama. Pemahaman terhadap tahapan perilaku sakit akan membantu perawat dalam mengidentifikasi perubahan-perubahan perilaku sakit klien dan bersama-sama klien membuat rencana perawatan yang efektif.

2.7.5. Dampak Sakit

1. Dampak terhadap perilaku dan emosi.

Dampak sakit dapat berpengaruh terhadap perilaku dan emosi klien karena setiap orang memiliki reaksi yang berbeda-beda tergantung pada asal penyakit, reaksi orang lain terhadap penyakit yang dideritanya, dan lain-lain. Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupan seseorang akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi klien dan keluarga. Misalnya seorang Ayah yang mengalami demam, mungkin akan mengalami penurunan tenaga atau kesabaran untuk menghabiskan waktunya dalam kegiatan keluarga dan mungkin akan menjadi mudah marah, dan lebih memilih menyendiri. Sedangkan penyakit berat, apalagi jika mengancam kehidupannya, dapat menimbulkan perubahan emosi dan perilaku yang lebih luas, seperti ansietas, syok, penolakan, marah, dan menarik diri. Perawat berperan dalam mengembangkan koping klien dan keluarga terhadap stress, karena stressor sendiri tidak bisa dihilangkan.

2. Terhadap Peran Keluarga

Setiap orang memiliki peran dalam kehidupannya, seperti pencari nafkah, pengambil keputusan, seorang profesional, atau sebagai orang tua. Saat mengalami penyakit, peran-peran klien tersebut dapat mengalami perubahan. Perubahan tersebut mungkin tidak terlihat dan berlangsung singkat atau terlihat secara drastis dan berlangsung lama. Individu / keluarga lebih mudah beradaptasi dengan perubahan yang berlangsung singkat dan tidak terlihat.

Perubahan jangka pendek adalah klien tidak mengalami tahap penyesuaian yang berkepanjangan. Akan tetapi pada perubahan jangka panjang klien memerlukan proses penyesuaian yang sama dengan 'Tahap Berduka'. Peran perawat adalah melibatkan keluarga dalam pembuatan rencana keperawatan.

3. Terhadap Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang terhadap penampilan fisiknya. Beberapa penyakit dapat menimbulkan perubahan dalam penampilan fisiknya, dan klien/keluarga akan bereaksi dengan cara yang berbeda-beda terhadap perubahan tersebut. Reaksi klien/keluarga terhadap perubahan gambaran tubuh itu tergantung pada: Jenis Perubahan (mis: kehilangan tangan, alat indera tertentu, atau organ tertentu) ; Kapasitas adaptasi, kecepatan perubahan dan dukungan yang tersedia.

4. Terhadap Konsep Diri

Konsep Diri adalah citra mental seseorang terhadap dirinya sendiri, mencakup bagaimana mereka melihat kekuatan dan kelemahannya pada seluruh aspek kepribadiannya. Konsep diri tidak hanya bergantung pada gambaran tubuh dan peran yang dimilikinya tetapi juga bergantung pada aspek psikologis dan spiritual diri. Perubahan konsep diri akibat sakit mungkin bersifat kompleks dan kurang bisa terobservasi dibandingkan perubahan peran.

Konsep diri berperan penting dalam hubungan seseorang dengan anggota keluarganya yang lain. Klien yang mengalami perubahan konsep diri karena sakitnya mungkin tidak mampu lagi memenuhi harapan keluarganya, yang akhirnya menimbulkan ketegangan dan konflik.

Akibatnya anggota keluarga akan merubah interaksi mereka dengan klien.

5. Terhadap Dinamika Keluarga

Dinamika Keluarga merupakan proses dimana keluarga melakukan fungsi, mengambil keputusan, memberi dukungan kepada anggota keluarganya, dan melakukan koping terhadap perubahan dan tantangan hidup sehari-hari.

5.8 Perilaku Peran Sakit (*The Sick role Behavior*)

Konsep perilaku sakit sebagian besar didefinisikan dan diadopsi pada abad kedua puluh. Secara garis besar, pemahaman tentang perilaku sakit pada saat itu adalah perilaku yang dilakukan oleh individu yang merasa sakit untuk meringankan sakit yang dialami. Ada berbagai jenis perilaku sakit yang telah dikemukakan oleh para ahli yang didasari pada pengalaman individu yang mengalami gejala sakit baik secara fisik atau mental. Reaksi individu terhadap sakit yang dikeanal dengan istilah perilaku peran sakit bermacam-macam, pada umumnya memutuskan untuk mencari pelayanan kesehatan atau perawatan medis, yang lain mungkin beralih ke strategi pengobatan secara alternatif. Sementara yang lain mungkin memutuskan untuk mengabaikan gejala penyakit tersebut. Dalam kehidupan sehari-hari, seseorang yang mengalami sakit berulang-ulang dapat melakukan perilaku yang berbeda berdasarkan pengalaman sebelumnya. Sebagai contoh, seorang individu dihadapkan dengan berulang gejala nyeri sendi dapat beralih ke pengobatan komplementer atau alternatif untuk meredakan gejala sakit yang dialami. Namun, apabila sakit yang dialami muncul dalam skala yang lebih besar yang dapat menyebabkan seseorang menjadi gawat, maka pada saat itu perilaku sakit lebih dimediasi oleh interpretasi subjektif yang kuat akan makna gejala penyakit yang dialami. Seperti halnya jenis perilaku manusia secara umum dipengaruhi oleh faktor sosial dan psikologis kedua faktor tersebut terkadang menentukan jenis perilaku sakit yang dilakukan oleh individu.

Menurut Parsons mendefinisikan “peran sakit” memiliki empat karakteristik utama. Pertama, orang yang sakit dibebaskan atau dibebaskan dari melaksanakan peran sosial yang normal. Semakin parah penyakit, semakin seseorang dibebaskan dari peran sosial yang normal. Semua orang di masyarakat mengalami ini; misalnya, Seseorang merasa sakit dengan gejala panas dingin pada bagian tubuh “ maka pada saat itu memungkinkan orang tersebut untuk dibebaskan dari kewajiban kecil seperti menghadiri arisan. Sebaliknya, jika seseorang mengalami serangan jantung maka “memungkinkan” seseorang dibebaskan dari pekerjaan atau kewajiban sosial dimasyarakat dalam waktu yang cukup

lama. Kedua, orang-orang yang menjalani peran sakit tidak langsung bertanggung jawab atas nasib mereka. Ketiga, orang yang sakit akan mendapatkan respon yang baik dari lingkungan sosial disekitarnya. Peran sakit dianggap sebagai tahap sementara penyimpangan yang tidak boleh diperpanjang jika mungkin. Akhirnya, dalam peran orang sakit orang sakit atau pasien harus mencari bantuan yang kompeten dan bekerja sama dengan perawatan medis untuk sembuh. skema konseptual ini menyiratkan banyak hubungan timbal balik antara orang yang sakit (pasien), dan penyembuh (dokter). Dengan demikian fungsi dari dokter adalah salah satu kontrol sosial.

Perilaku sakit adalah segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sementara perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, misalnya pencegahan penyakit, personal hygiene, penjagaan kebugaran & mengkonsumsi makanan bergizi. Dalam perilaku sakit penilaian medis bukan merupakan satu-satunya kriteria yang menentukan tingkat kesehatan seseorang. Penilaian individu terhadap status kesehatan merupakan salah satu faktor yang menentukan perilakunya, yaitu perilaku sakit jika mereka merasa sakit & perilaku sehat jika mereka menganggap sehat. Perbedaan kemampuan fungsional terdiri dari 3 aspek Kemampuan menggerakkan tubuh, kemampuan mobilitas dan Kemampuan menjalankan kegiatan-kegiatan utamanya.

Teori Respons Bertahan Mechanic (*Response Theory*) menyatakan bahwa teori tentang perilaku sakit adalah reaksi optimal dari individu jika dia terkena suatu penyakit. Reaksi sangat ditentukan oleh sistem sosialnya Perilaku sakit erat hubungannya dengan konsep diri, penghayatan situasi yang dihadapi, pengaruh petugas kesehatan, dan pengaruh birokrasi terdapat dua faktor utama yang menentukan perilaku sakit yaitu Persepsi atau definisi individu tentang suatu situasi/ penyakit dan Kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit.

Dalam teori etiologi perilaku sakit diketahui bahwa jika pada diri seseorang terdapat tanda-tanda yang menyimpang dari keadaan biasa atau bahkan juga gejala yang serius akan menimbulkan dampak terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja dengan kegiatan

sosial yang lain. Dalam teori etiologi perilaku sakit kemungkinan individu untuk diserang penyakit dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu ; Informasi, pengetahuan dan asumsi budaya tentang penyakit serta perbedaan interpretasi terhadap gejala yang dikenalnya. Adanya kebutuhan untuk bertindak/berperilaku mengatasi gejala sakit, Tersedianya sarana kesehatan, kemudahan mencapai sarana, tersedianya biaya dan kemampuan mengatasi stigma dan jarak sosial rasa malu, takut, dan sebagainya.

Kategorisasi faktor pencetus perilaku sakit terdiri atas faktor persepsi yang dipengaruhi oleh orientasi medis dan sosio-budaya, faktor intensitas gejala (menghilang dan terus menetap), faktor motivasi individu untuk mengatasi gejala yang ada dan aktor sosial psikologis yang mempengaruhi respons sakit.

Batasan sakit berdasarkan analisis kondisi tubuh dapat dilakukan oleh orang lain terhadap seseorang, menurut orang lain seseorang dapat dinilai mengalami sakit dengan mengenali gejala sakit pada diri individu tersebut dan mengatakan bahwa dia sakit dan perlu mendapat pengobatan, hal ini biasanya terjadi pada anak-anak dan dewasa yang menolak bahwa dirinya sakit. Batasan sakit menurut diri sendiri atau Individu itu sendiri apabila mengenali gejala penyakit yang dialaminya dan menentukan apakah dia akan mencari pengobatan atau tidak. Hasil analisa orang lain bisa bertentangan dengan analisa individu.

Reaksi individu terhadap gejala sakit (Schuman) terdiri atas beberapa tahap yaitu ; tahap pengenalan gejala, tahap asumsi peranan sakit, tahap kontak dengan pelayanan kesehatan, tahap ketergantungan si sakit dan tahap penyembuhan atau rehabilitasi. Hak dan Kewajiban si sakit dibebaskannya dari tanggung jawab sosial dan pekerjaan sehari-hari. Pemenuhan hak ini tergantung dari tingkat/persepsi keparahan penyakitnya hak untuk menuntut bantuan atau perawatan dari orang lain Kewajiban untuk mencapai kesembuhan. Kewajiban ini dapat dipenuhi sendiri atau dengan pertolongan orang lain (Petugas kesehatan).

Dari segi sosiologi orang sakit mempunyai peran yang mencakup hak – hak orang sakit dan kewajiban sebagai orang sakit. Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri dan juga

orang lain. Perilaku peran sakit ini meliputi aspek ; Tindakan untuk memperoleh tindakan, Aspek tujuan untuk mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan yang layak dan Aspek yang menyangkut hak – hak pasien yang lain, misalnya hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan sebagainya. Kewajiban orang sakit adalah tidak menularkan penyakit pada orang lain dan sebagainya.

Konsep personalitik menganggap bahwa munculnya penyakit disebabkan oleh intervensi suatu gen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia atau manusia. Seiring dengan hal ini Sudibyo Supardi merinci 6 peranan sakit di masyarakat, yaitu:

1. Sakit sebagai upaya untuk menghindari tekanan
2. Sakit sebagai upaya untuk mendapatkan perhatian
3. Sakit sebagai kesempatan untuk istirahat
4. Sakit sebagai alasan kegagalan pribadi
5. Sakit sebagai penghapus dosa
6. Sakit untuk mendapatkan alat tukar

5.9 Perilaku Pencegahan Penyakit

Tingkatan pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark ada lima tingkatan yaitu (Notoatmodjo, 2007):

- a. Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*).
 - 1) Penyediaan makanan sehat cukup kualitas maupun kuantitas.
 - 2) Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan.
 - 3) Peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat antara lain pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil diluar nikah, yang terkena penyakit infeksi akibat seks bebas dan Pelayanan Keluarga Berencana.

- b. Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit tertentu (*Spesific Protection*).
 - 1) Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan untuk mencegah terhadap penyakit- penyakit tertentu.
 - 2) Isolasi terhadap penyakit menular.
 - 3) Perlindungan terhadap keamanan kecelakaan di tempat-tempat umum dan ditempat kerja.
 - 4) Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, bahan-bahan racun maupun alergi.

- c. Menggunakan diagnosa secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early Diagnosis and Promotion*).
 - 1) Mencari kasus sedini mungkin.
 - 2) Melakukan pemeriksaan umum secara rutin.
 - 3) Pengawasan selektif terhadap penyakit tertentu misalnya kusta, TBC, kanker serviks.
 - 4) Meningkatkan keteraturan pengobatan terhadap penderita.
 - 5) Mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita berpenyakit menular.
 - 6) Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus.

- d. Pembatasan kecacatan (*Dissability Limitation*)
 - 1) Penyempurnaan dan intensifikasi pengobatan lanjut agar terarah dan tidak menimbulkan komplikasi.
 - 2) Pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan.
 - 3) Perbaikan fasilitas kesehatan bagi pengunjung untuk dimungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif.

- e. Pemulihan kesehatan (*Rehabilitation*)
 - 1) Mengembangkan lembaga-lembaga rehablitasi dengan mengikutsertakan masyarakat.

- 2) Menyadarkan masyarakat untuk menerima mereka kembali dengan memberi dukungan moral, setidaknya bagi yang bersangkutan untuk bertahan.
- 3) Mengusahakan perkampungan rehabilitasi sosial sehingga setiap penderita yang telah cacat mampu mempertahankan diri.
- 4) Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutannya harus tetap dilakukan seseorang setelah ia sembuh dari suatu penyakit.

5.10 Perilaku Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan

Perilaku ini adalah respons individu terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Respons tersebut terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas maupun penggunaan obat-obatan. Yang meliputi respons terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, respons terhadap cara pelayanan kesehatan, respons terhadap petugas kesehatan dan respons terhadap pemberian obat-obatan.

Perilaku pencarian dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan adalah perilaku yang menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat sakit atau kecelakaan. Perilaku ini dimulai dari yang sederhana yaitu mengobati sendiri (*self treatment*) sampai ke cara modern (teknologi) dengan pergi keluar negeri, misalnya : pada saat ibu akan bersalin dia mencari tenaga kesehatan (bidan, dokter, perawat) untuk menolong persaliannya, penderita sakit jantung akan pergi keluar negeri untuk melakukan pengobatan dan sebagainya.

5.10.1 Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*Health Maintenance*)

Perilaku atau usaha – usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sakit. Perilaku ini terdiri atas dua aspek yaitu sebagai berikut.

- a. Perilaku pencegahan penyakit, misalnya : pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, mencuci tangan dan sebagainya.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan dan penyembuhan akibat sakit kesehatan itu dinamis dan relative, maka perlu upaya bagi yang sudah sehat untuk meningkatkan kembali kesehatannya seoptimal mungkin, misalnya : pemberian antibiotic makan dan minuman yang bergizi, pemberian tablet Fe dan sebagainya.

5.10.2 Perilaku Terhadap Lingkungan Kesehatan (*Environmental behaviour*)

Menurut Hendrik L.Blum, factor lingkungan mempunyai kontribusi besar yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan. Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya. Apabila individu bisa mengelola lingkungan dengan baik, maka lingkungan tidak akan mengganggu kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, misalnya : pengelolaan sampah, air minum, pembuangan tinja, pembangunan limbah dan sebagainya.

Perilaku ini adalah respons individu terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini sesuai lingkungan kesehatan lingkungan, yaitu :

- a. Perilaku terhadap air bersih, meliputi manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
- b. Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor atau kotoran. Disini menyangkut pula hygiene, pemeliharaan, teknik dan penggunaannya.
- c. Perilaku sehubungan dengan pembuangan limbah, baik limbah cair maupun padat. dalam hal ini termasuk sistem pembuangan sampah dan air limbah yang sehat dan dampak pembuangan limbah yang tidak baik.
- d. Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat. Rumah sehat menyangkut ventilasi, pencahayaan, lantai, dan sebagainya.
- d. Perilaku terhadap pembersihan sarang-sarang vektor.

5.10.3 Perilaku Hidup Sehat

Perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Prilakunya antara lain sebagai berikut :

- a. Makan dengan menu seimbang. Menu seimbang disini berarti memenuhi unsur kualitas
- b. dan kuantitas dari makanan. Di Indonesia dikenal dengan istilah empat sehat lima sempurna.
- c. Olahraga secara teratur, juga mencakup segi kualitas dan kuantitas. Dalam satu minggu minimal 2 kali melakukan olah raga selama lebih kurang satu jam. Hal yang perlu dipertimbangkan adalah dari segi umur dan status kesehatan yang bersangkutan.
- d. Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan yang jelek yang dapat mengakibatkan berbagai penyakit. Di Indonesia hampir 50% penduduk usia dewasa merokok, begitu juga remaja hampir 15% sudah merokok.
- e. Tidak minum – minuman keras
- f. Tidak menggunakan narkoba
- g. Istirahat yang cukup
- h. Hindari stress. Stress adalah ketegangan dalam prilaku dan bentuk perasaan yang bergejolak menekan – nekan berupa ketegangan. Setiap orang bisa mengalami stress dan akibatnya dapat bermacam – macam bagi kesehatan.
- i. Gaya hidup yang sehat : tidak berganti – ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuain diri dengan lingkungan sekitar, dan sebagainya.

BAB 6

TEORI-TEORI PERILAKU KESEHATAN

Teori perilaku menurut badan kesehatan dunia {WHO}, bahwa seseorang berperilaku, karena adanya 4 alasan pokok (determinan), yaitu:

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*)
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal reference*)
3. Sumber daya (resource) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat
4. Sosio budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang.

Beberapa teori bidang kesehatan yang menganalisis perilaku individu maupun masyarakat telah banyak dikemukakan oleh ahli perilaku kesehatan teori –teori perilaku kesehatan yang telah banyak dipergunakan dalam berbagai penelitian adalah sebagai berikut ;

6. 1 Teori Snehandu B.Kar

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari:

1. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*Behaviour intention*).
2. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*Social-support*).
3. Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*Accessebility of information*).

4. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*Personal autonomy*).
5. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Penelitian-penelitian dan teori-teori yang dikembangkan oleh para antropolog seperti perilaku sehat (*health behavior*), perilaku sakit (*illness behavior*) perbedaan antara *illness* dan *disease*, model penjelasan penyakit (*explanatory model*), peran dan karir seorang yang sakit (*sick role*), interaksi dokter- perawat, dokter-pasien, perawat-pasien, penyakit dilihat dari sudut pasien, membuka mata para dokter bahwa kebenaran ilmu kedokteran modern tidak lagi dapat dianggap kebenaran absolut dalam proses penyembuhan.

Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi.

Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subyektif sifatnya. Persepsi masyarakat tentang sehat-sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu di samping unsur sosial budaya. Sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosis kondisi fisik individu.

6.2 Teori Health Belief Model

Health Belief Model pertama dikembangkan pada tahun 1950-an oleh sekelompok psikolog sosial pada US Public Health Service untuk menjelaskan kegagalan orang berpartisipasi dalam program pencegahan atau pendeteksian penyakit. Kemudian model tersebut diperluas agar dapat diterapkan pada respons orang terhadap gejala dan perilakunya

dalam respons pada diagnosis penyakit, khususnya kepatuhan pada regimen medis. Meskipun model tersebut lambat laun berkembang dalam respons terhadap masalah program praktis, diberikan dasar teori psikologi sebagai bantuan untuk memahami sebab serta kekuatan dan kelemahannya (Bandura, 1994; Glanz, 2008).

a. Pengertian

Teori perilaku model *The Health Belief* biasa digunakan dalam menjelaskan perubahan perilaku kesehatan di masyarakat. Beberapa hal yang dikembangkan dalam model *The health belief* antara lain teori adopsi tindakan (*action*). Teori ini menekankan pada sikap dan kepercayaan individu dalam berperilaku khususnya perilaku kesehatan. Kepercayaan dan persepsi individu terhadap sesuatu menumbuhkan rencana tindakan dalam diri individu. Teori perilaku ini lebih menekankan pada aspek keyakinan dan persepsi individu. Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, informasi yang diperoleh individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu (Bandura, 1994; Glanz, 2008).

KOMPONEN-KOMPONEN & HUBUNGAN DARI HBM



Gambar : Health Belief Model Component and linkages
Sumber: Victoria L. Champion & Celette Sugg Skinner (2008).

Teori perubahan perilaku kesehatan yang dikembangkan meletakkan adanya keyakinan/persepsi individu terhadap tindakan medis/kesehatan yang telah didapatkan. Adanya pengalaman pengobatan dalam diri individu maupun pengalaman orang lain menumbuhkan persepsi tentang kesehatan. Adanya kepercayaan yang ada menyebabkan individu mengikuti perilaku sesuai kepercayaan yang diyakini. Kepercayaan yang dibangun dalam model perilaku kesehatan dipandang dari 2 aspek penting yaitu adanya pengalaman dalam diri individu atas adanya pengobatan dan keyakinan pada individu tentang perilaku sehat. Teori perubahan perilaku

The Belief Model menekankan pada persepsi yang kuat dan dugaan yang kuat dari adanya dampak penyakit terhadap pengobatan. Hampir serupa dengan persepsi manfaat dan persepsi kerugian dari perilaku kesehatan yang efektif (Bandura, 1994; Glanz, 2008).

Health Belief Model, Proses kognitif adalah memfokuskan pada proses-proses mental dan pengaruhnya pada kesehatan mental dan tingkah laku. Teori kognitif menekan peran hipotesis atau harapan subyektif yang dipegang. Dalam perspektif ini, perilaku merupakan fungsi nilai subyektif hasil dan probabilitas atau harapan subyektif bahwa tindakan tertentu akan mendapatkan hasil tertentu. Rumusan tersebut umumnya disebut teori nilai harapan (*value expectancy*). Proses mental seperti berpikir, menalar, berhipotesis atau berharap merupakan komponen kritis dari semua teori kognisi. Teoritis kognitif bersama dengan ahli perilaku percaya bahwa penguatan, atau konsekuensi perilaku adalah penting. Namun pada teori kognisi penguatan bekerja dengan mempengaruhi harapan atau hipotesis, menurut situasinya, tidak dengan mempengaruhi perilaku secara langsung (Bandura, 1989; Glanz, 2008).

Health Belief Model merupakan teori nilai harapan, konsep nilai harapan dalam konteks perilaku terkait kesehatan, maka konsep tersebut berubah menjadi (1) keinginan untuk menghindari penyakit atau menjadi sehat (nilai) dan (2) keyakinan bahwa tindakan sehat tertentu yang bisa dilakukan akan mencegah atau mengurangi sakit. Harapan ini selanjutnya dijelaskan berkenaan dengan perkiraan individu tentang kerentanan pribadi terhadap penyakit dan berat

penyakit serta kemungkinan kemampuan untuk mereduksi ancaman tersebut melalui tindakan pribadi. Health Belief Model dikembangkan dari teori perilaku, yang antara lain berasumsi bahwa perilaku seseorang tergantung pada (1) nilai yang diberikan individu pada suatu tujuan dan (2) perkiraan individu terhadap kemungkinan bahwa perilakunya akan dapat mencapai tujuan tersebut (Bandura, 1989; Glanz, 2008).

Lingkup dan aplikasi *Health Belief Model* pada perilaku kesehatan, antara lain digunakan perilaku dalam upaya pencegahan untuk tidak sakit, perilaku yang berkaitan dengan diagnosis sakit dan yang dapat berpengaruh terhadap keparahan sakit.

Konsep utama dari *health belief model* adalah perilaku sehat ditentukan oleh kepercayaan individu atau persepsi tentang penyakit dan sarana yang tersedia untuk menghindari terjadinya suatu penyakit. Health belief model (HBM) pada awalnya dikembangkan pada tahun 1950an Oleh sekelompok psikolog sosial di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, dalam usaha untuk menjelaskan kegagalan secara luas partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit. Kemudian, model diperluas untuk melihat respon masyarakat terhadap gejala-gejala penyakit dan bagaimana perilaku mereka terhadap penyakit yang didiagnosa, terutama berhubungan dengan pemenuhan penanganan medis. Oleh karena itu, lebih dari tiga dekade, model ini telah menjadi salah satu model yang paling berpengaruh dan secara luas menggunakan pendekatan psikososial untuk menjelaskan hubungan antara perilaku dengan kesehatan.

b. Komponen *Health Belief Model*

1. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*)

Dimensi persepsi kerentanan mengukur persepsi subyektif individu terhadap risiko terkena kondisi kesehatan. Untuk kasus penyakit medis, dimensi tersebut telah dirumuskan ulang sehingga meliputi penerimaan individu terhadap diagnosis, penilaian pribadi akan kerentanan ulang (*resusceptibility*) dan kerentanan terhadap penyakit secara umum (Bandura, 1994;Glanz, 2008)

2. **Keparahan yang dirasakan (*Perceived Severity*)**

Persepsi keparahan menjelaskan perasaan tentang keseriusan terkena penyakit atau membiarkannya tak terobati. Persepsi keparahan meliputi evaluasi konsekuensi medis dan klinis (misal, kematian, cacat dan nyeri) serta kemungkinan konsekuensi sosial (pengaruh terhadap kondisi kerja, kehidupan keluarga dan hubungan sosial). Kombinasi kerentanan dan keparahan tersebut dinamakan persepsi ancaman (*perceived threat*) (Bandura, 1994;Glanz, 2008)
3. **Manfaat yang dirasakan (*Perceived Benefit*)**

Meskipun penerimaan kerentanan pribadi terhadap suatu kondisi yang juga diyakini serius (yaitu kerentanan terhadap persepsi ancaman) menghasilkan dorongan yang mengarah pada perilaku, tindakan yang dilakukan bergantung pada keyakinan mengenai efektifitas berbagai perilaku dalam mengurangi ancaman kesehatan, (*perceived benefits of taking health action*). Faktor lain meliputi manfaat tidak terkait kesehatan (misalnya, berhenti merokok untuk menghemat uang). Jadi, individu yang menunjukkan kadar keyakinan optimal pada kerentanan dan keparahan tidak dapat diharapkan menerima rekomendasi tindakan kesehatan apapun, kecuali tindakan itu dipersepsi berpontensi efektif(Bandura, 1994;Glanz, 2008).
4. **Hambatan (*Perceived Barrier*)**

Aspek berpotensi negatif pada tindakan kesehatan tertentu, yaitu persepsi hambatan, akan menghambat pelaksanaan perilaku yang disarankan. Terjadi semacam analisis untuk rugi yang tidak disadari. Dengan analisis ini individu menimbang antara dugaan efektifitas tindakan dan persepsi bahwa tindakan tersebut mahal, bahaya (berefek samping negatif), tidak menyenangkan (sakit, sulit atau mengganggu), tidak nyaman, makan waktu dan sebagainya. Jadi kombinasi kadar kerentanan dan keparahan memberikan energi atau daya untuk bertindak dan persepsi

manfaat (lebih sedikit hambatan) memberikan jalan bagi tindakan (Bandura, 1994; Glanz, 2008).

5. Isyarat Bertindak (*Cues to Action*)

Berbagai formulasi awal *Health Belief Model* membahas konsep cues (isyarat) yang memicu tindakan. Persepsi kerentanan dan persepsi manfaat hanya dapat dipotensialisasi dengan faktor lain, khususnya isyarat berupa peristiwa badani dan peristiwa lingkungan, misal, publisitas media, yang memicu tindakan, (Bandura, 1994; Glanz, 2008).

6. Variabel Lain

Variabel demografi, sosiopsikologi dan struktural yang berbeda dapat mempengaruhi persepsi individu, dan dengan demikian tak langsung mempengaruhi perilaku terkait kesehatan. Secara khusus, berbagai faktor sosiodemografi, terutama prestasi pendidikan, diyakini memiliki efek tak langsung terhadap perilaku dengan mempengaruhi persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan, (Bandura, 1994).

7. *Self Efficacy*

Tahun 1997, Bandura memperkenalkan konsep *self efficacy*, atau harapan efikasi, sebagai yang berbeda dari harapan hasil (outcome expectation) yang menurut Bandura (1994) harus ditambahkan pada *Health Belief Model* untuk meningkatkan daya jelasnya. Harapan hasil, didefinisikan sebagai perkiraan individu bahwa perilaku tertentu akan memberikan hasil tertentu, mirip dengan konsep *Health Belief Model* tentang persepsi manfaat. *Self efficacy* didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang akan berhasil menjalan perilaku yang diperlukan untuk memberikan hasil. Perlu keyakinan tinggi agar dapat mengubah gaya hidup tersebut sebelum dimungkinkan melakukan perubahan. Dengan demikian agar perubahan perilaku berhasil seperti halnya teori *Health Belief Model* awal, orang harus merasa terancam oleh faktor perilaku mereka saat itu (persepsi kerentanan dan berat) dan yakin bahwa perubahan tertentu akan bermanfaat jika

memperoleh hasil berguna dengan pengobatan yang wajar. Makin banyak literatur yang mendukung arti penting self-efficacy dalam memulai dan mempertahankan perubahan perilaku (Glanz, 2008).

Health belief model dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya faktor demografis (Rosenstock, 1974 dalam Conner & Norman, 2003), karakteristik psikologis (Conner & Norman, 2003), dan juga dipengaruhi oleh structural variable, contohnya adalah ilmu pengetahuan (Sarafino, 1994). Faktor demografis yang mempengaruhi *health belief model* individu adalah kelas sosial ekonomi. Individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 1987 dalam Sarafino, 1994). Faktor demografis (Rosenstock, 1974 dalam Conner & Norman, 2003), karakteristik psikologis (Conner & Norman, 2003), dan structural variable (Sarafino, 1994), pada akhirnya mempengaruhi *health belief model* pada individu yang mengalami fraktur

Edukasi merupakan faktor yang penting sehingga mempengaruhi health belief model individu (Bayat dkk, 2013). Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan individu merasa tidak rentan terhadap gangguan, yang dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Edmonds dan kawan -kawan adalah osteoporosis (Edmonds dkk, 2012). Karakteristik psikologis merupakan faktor yang mempengaruhi health belief model individu (Conner & Norman, 2003). Dalam penelitian ini, karakteristik psikologis yang mempengaruhi health belief model kedua responden adalah ketakutan kedua responden menjalani pengobatan secara medis. Beberapa factor Health belief model berbasis kognitif (seperti keyakinan dan sikap) dan berkaitan dengan proses berfikir yang terlibat dalam pengambilan keputusan individu dalam menentukan cara sehat individu. Dalam kajian psikologi kesehatan, persepsi individu dalam melakukan atau memilih perilaku sehat dikaji dalam teori *Health belief model* (HBM). HBM adalah model kepercayaan kesehatan individu dalam menentukan sikap melakukan atau tidak melakukan perilaku kesehatan (Conner, 2005)

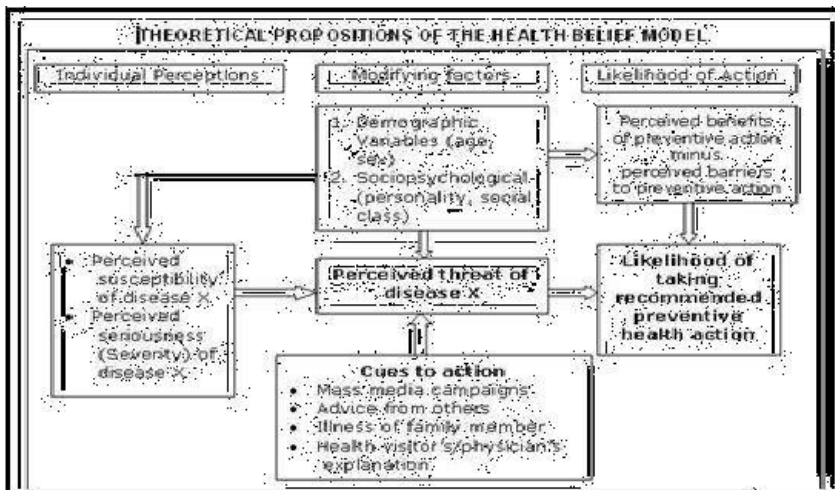
Teori *Health belief model* menghipotesiskan terdapat hubungan aksi dengan faktor berikut:

- 1) Motivasi yang cukup kuat untuk mencapai kondisi yang sehat.
- 2) Kepercayaan bahwa seseorang dapat menderita penyakit serius dan dapat menimbulkan sekuele.
- 3) Kepercayaan bahwa terdapat usaha untuk menghindari penyakit tersebut walaupun hal tersebut berhubungan dengan finansial.

Health belief model juga dapat menjelaskan tentang perilaku pencegahan pada individu. Hal ini menjelaskan mengapa terdapat individu yang mau mengambil tindakan pencegahan, mengikuti skrining, dan mengontrol penyakit yang ada. Perilaku responden juga dapat ditinjau dari pendekatan *modelling* dan *operant conditioning*, sehingga perilaku berubah karena konsekuensinya (Sarafino, 1994). *Modelling* dilakukan dengan cara memperhatikan perilaku orang lain (Bandura, 1969), melakukan observasi dan melakukan *modelling* terhadap urutan perilaku dapat merubah perilaku hidup sehat secara efektif (Sarson dkk, 1991). Aspek- aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock adalah sebagai berikut:

- a) Ancaman
 1. Presepsi tentang kerentanan diri terhadap bahaya penyakit (atau kesedian menerima diagnosa sakit)
 2. Presepsi tentang keparahan sakit atau kondisi kesehatannya
- b) Harapan
 1. Presepsi tentang keuntungan suatu tindakan
 2. Presepsi tentang hambatan-hambatan untuk melakukan suatu tindakan.
- c) Pencetus tindakan : media, pengaruh orang lain dan hal-hal yang mengingatkan (*reminder*)
- d) Faktor-faktor Sosio-demografi (pendidikan, umur, jenis kelamin atau gender, suku bangsa).
- e) Penilaian diri (Persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu) (Anonim, 2012)

Untuk mempermudah memahami gambaran *Health Belief Model* (lihat Bagan 1)



6.3 Theory Self efficacy

Self efficacy didefinisikan sebagai keyakinan individu tentang kemampuannya untuk mencapai tingkat kinerja dengan menggunakan pengalamannya terhadap peristiwa-peristiwa lampau yang mempengaruhi kehidupannya. Tinggi rendahnya *self efficacy* seseorang akan menentukan kemampuan seseorang untuk merasakan sesuatu, berpikir, bermotivasi dan berperilaku yang sesuai (Bandura, 1997).

Kepercayaan seseorang tentang kemampuannya dapat dikembangkan melalui empat sumber pengaruh utama. Keyakinan seseorang tentang efikasi dapat dari empat sumber :

- 1) cara paling efektif menciptakan *self efficacy* yang kuat adalah melalui pengalaman menguasai. Keberhasilan dengan cepat membangun keyakinan seseorang akan kemampuannya, sedangkan kegagalan akan meruntuhkannya, apalagi yang terjadi sebelum keyakinan akan kemampuan itu dipegang kuat. Jika orang hanya mengalami keberhasilan mudah, mereka menjadi gampang mengharapakan hasil yang cepat dan mudah mundur

karena gagal. *Self efficacy* yang kuat memerlukan pengalaman dalam mengatasi berbagai masalah lewat usaha keras.

- 2) Menciptakan dan memperkokoh keyakinan akan kemampuan diri adalah melalui refleksi pengalaman dari model sosial. Melihat orang yang sama dengan dirinya berhasil lewat kerja keras akan membangkitkan keyakinan orang itu bahwa mereka juga memiliki kemampuan yang sama untuk berhasil. Sebaliknya, mengamati kegagalan orang lain meskipun sudah berusaha keras akan menurunkan penilaian seseorang tersebut akan kemampuan diri dan usahanya.
- 3) Persuasi sosial, memperkuat keyakinan seseorang bahwa mereka memiliki modal untuk sukses. Orang yang dipersuasi secara verbal bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menguasai aktivitas yang ada berkemungkinan ada berusaha lebih giat dan mempertahankannya daripada jika mereka memiliki keraguan diri dan tetap menganggap dirinya tidak mampu ketika timbul masalah. Ketika dorongan persuasif dalam persepsi *self efficacy* mendorong orang mencoba lebih keras agar berhasil, maka ia akan meningkatkan ketrampilannya dan memiliki keyakinan akan kemampuan pribadi. Membangun keyakinan tinggi akan kemampuan pribadi dengan persuasi sosial saja akan lebih sulit daripada meruntuhkannya. Dorongan kemampuan yang tidak realistis dengan cepat akan dilemahkan oleh hasil usaha yang mengecewakan. Seseorang yang dipersuasi bahwa mereka kurang mampu akan cenderung menghindari aktivitas menantang yang memperkuat potensialitas dan mudah menyerah dalam menghadapi kesulitan, dengan membatasi aktivitas dan meruntuhkan motivasi, ketidakpercayaan akan kemampuan seseorang menciptakan validasi perilakunya sendiri. Pembangunan efikasi yang berhasil tidak sekedar memberikan penilaian positif. Di samping meningkatkan keyakinan seseorang akan kemampuannya, mereka menstruktur situasi dalam cara yang membawa keberhasilan dan menghindari meletakkan seseorang dalam situasi secara prematur yang dapat menyebabkan cepat gagal, keberhasilan diukur berdasarkan

adanya perbaikan diri, bukan keunggulan atas orang lain. Sebagian mengandalkan keadaan somatik dan emosional mereka dalam menilai kemampuannya. Mereka menafsirkan reaksi stres dan ketegangan sebagai tanda kerentanan akan kinerja yang buruk. Dalam aktivitas yang melibatkan kekuatan dan stamina, orang menilai kelelahan, sakit dan nyeri sebagai tanda debilitas fisik. Suasana hati (mood) juga mempengaruhi penilaian seseorang terhadap kemampuan pribadinya. Mood yang positif meningkatkan persepsi *self efficacy*, sedangkan suasana sedih akan menurunkannya.

- 4) Mengubah keyakinan diri akan kemampuan adalah dengan mengurangi reaksi stres serta mengubah keenderungan emosi negatif dan misinterpretasi kondisi fisik. Hal yang penting bukanlah intensitas reaksi emosi dan fisik, namun bagaimana hal tersebut dipersepsi dan diinterpretasikan. Orang yang punya rasa kemampuan tinggi cenderung melihat keadaan semangat afektif mereka sebagai fasilitator kinerja, sedangkan mereka yang mudah ragu diri menganggap semangat sebagai penghambat. Indikator fisiologis efikasi berpengaruh pada fungsi kesehatan dan pada aktivitas atletik serta aktivitas fisik lain. (Bandura, 1994 ; Glanz, 2002 ; Pajares, 2002).

Menurut Bandura (1977), Sumber-sumber *Self Efficacy* dan proses pengubahannya dengan menggunakan 4 (empat) faktor utama yang membentuknya yaitu dengan cara:

- 1) *Performance accomplishment*.
 - a) *Participant Modeling*. Hal ini dilakukan dengan menirukan model yang telah berprestasi atau sukses dalam bidang tertentu
 - b) *Performance desensilization*. Menghilangkan pengaruh buruk akibat kegagalan pada masa lalu seperti dengan mencari cara untuk dapat bangkit kembali dari kebangkrutan. Apabila cara yang ditempuh berhasil untuk bangkit dari kebangkrutan terdahulu, maka *self efficacy* akan meningkat

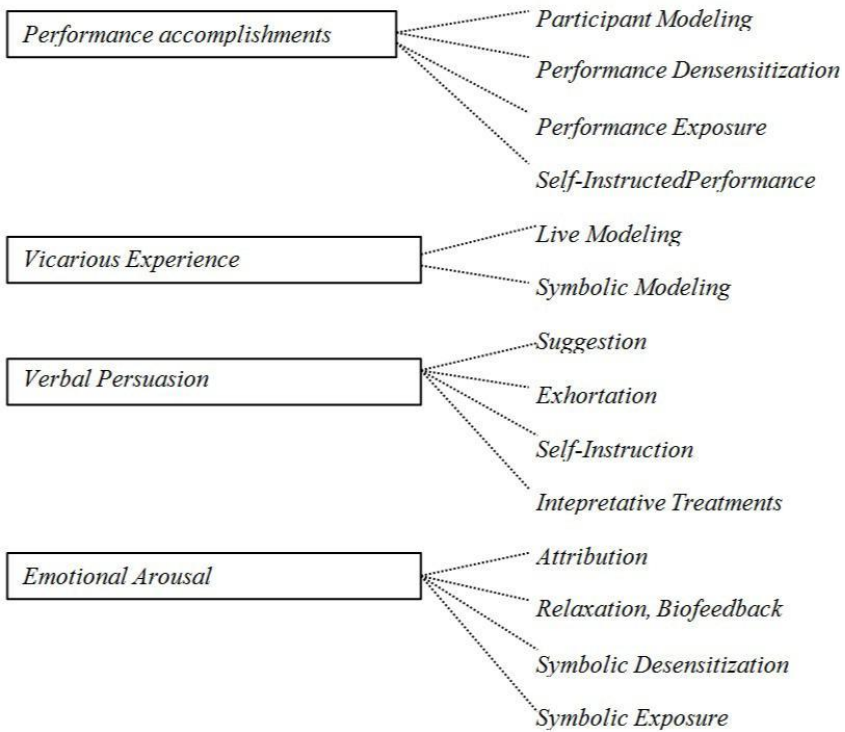
- c) *Performance exposure*. Menonjolkan keberhasilan yang pernah diraih dibandingkan dengan kegagalan di masa lalu. Contohnya jika seseorang pernah tidak naik kelas, maka hal yang dilakukan adalah dengan mengingatkan kembali prestasi lain pada masa lalu yang pernah dicapai
 - d) *Self-instructed performance*. Melatih diri untuk melakukan yang terbaik sehingga seseorang mampu untuk mem”push” dirinya sendiri sendiri ke batas maksimalnya. Jika hasil yang didapatkannya maksimal pula maka *self efficacy* akan meningkat.
- 2) *Vicarious experience*.
- a) *Live modelling*. Mengamati model yang nyata eksis di dunia ini seperti mengamati Donal Trump jika ingin sukses dalam berbisnis
 - b) *Symbolic modeling*. Mengamati model simbolik, film, komik, cerita seperti mengamati Will Smith dalam film “*Persuit of happiness*” jika ingin sukses dalam kariernya
- 3) *Verbal persuasion*.
- a) *Suggestion*. Mempengaruhi dengan kata-kata berdasarkan kepercayaan subyek terhadap pemberi persuasi. Contohnya hipnoterapis yang memberikan sugesti kepada seorang siswa yang takut mata pelajaran matematika agar ketakutannya tersebut hilang
 - b) *Exhortation*. Nasihat atau peringatan yang memaksa seperti yang diberikan oleh orang tua kepada anaknya ketika masih kecil
 - c) *Self-instruction*. Persuasi dilakukan berkomunikasi kepada diri sendiri untuk melakukan sesuatu
 - d) *Interpretive treatment*. Menggunakan intepretasi baru yang berdasarkan fakta lebih meyakinkan daripada memperbaiki interpretasi lama yang salah dan cenderung menurunkan *self-efficacy*.

4) *Emotional arousal*

- a) *Attribution*. Mengubah atribusi atau penanggungjawab suatu kejadian emosional. Hal ini berkaitan dengan cara pandang yang biasa digunakan oleh subyek. Contohnya subyek merasa bahwa kemampuan matematikanya rendah adalah dikarenakan pengajarnya di sekolah tidak menyenangkan (eksternal), dapat diubah dengan memberikan gambaran detail tentang teori atribusi.
- b) *Relaxation biofeedback*. Relaksasi digunakan untuk menurunkan gelombang otak subyek sehingga lebih mudah untuk menerima sesuatu dibandingkan dengan ketika seseorang berada pada kondisi sadar penuh (gelombang otak beta). Dengan melakukan relaksasi, gelombang otak akan turun sampai ke level alpha.
- c) *Symbolic desensilization*. Menghilangkan sikap emosional dengan modeling simbolik
- d) seperti benda-benda mati yang memiliki karakteristik sama dengan sikap emosional positif yang diharapkan.
- e) *Symbolic exposure*. Memunculkan emosi secara simbolik yang menguntungkan (meningkatkan *self-efficacy*) meskipun sedang tidak dalam kondisi yang semestinya. Contohnya ketika sedang melakukan pekerjaan kantor yang berat, seseorang diminta untuk membayangkan keadaan emosinya ketika sedang libur.

Keyakinan individu untuk mencapai tujuan yang akan dicapai sebagaimana disampaikan melalui teori *Self efficacy* dapat dijelaskan pada gambar berikut ini;

SOURCE MODE OF INDUCTION



Gambar : Major sources of efficacy information and the principal sources through which different modes of treatment operate. (Bandura, 1977)

6.4 Teori Dukungan Sosial (*Social Support Theory*)

6.4.1 Pengertian dukungan sosial

Dukungan sosial (*social support*) didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku. Pendapat senada juga mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang di

sekitar. Pandangan yang sama juga mendefinisikan dukungan sosial sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, dukungan sosial tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok.

Dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional atau pendampingan yang diberikan oleh orang-orang disekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Dukungan sosial sebagai dukungan atau bantuan yang berasal dari orang lain seperti teman, tetangga, teman kerja dan orang-orang lainnya.

Dukungan sosial mengacu pada memberikan kenyamanan pada orang lain, merawatnya atau menghargainya. Selain itu dukungan sosial adalah adanya transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umumnya diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan. Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai (A.Heaney Catherine and Barbara A. Israel, 2008).

Dukungan sosial berarti dalam konteks hubungan yang akrab atau kualitas hubungan. Dukungan sosial yang paling utama dan penting dari hubungan perkawinan atau keluarga. Dukungan sosial bila dianalisis jaringan yang lebih longgar adalah mencakup pengaturan-pengaturan hidup, frekuensi kontak, keikutsertaan dalam kegiatan sosial, keterlibatan dalam jaringan sosial.

Dukungan sosial telah didefinisikan dan diukur dalam berbagai cara. Dukungan sosial adalah isi fungsional hubungan yang dapat dikategorikan menjadi empat jenis yang luas dari perilaku atau tindakan yang mendukung, yaitu:

1. Informasi dapat berupa saran-saran, nasihat dan petunjuk yang dapat dipergunakan oleh korban dalam mencari jalan keluar untuk pemecahan masalahnya.
2. Perhatian emosi berupa kehangatan, kepedulian dan empati yang meyakinkan korban, bahwa dirinya diperhatikan orang lain.

3. Penilaian berupa penghargaan positif, dorongan untuk maju atau persetujuan terhadap gagasan atau perasaan individu lain.
4. Bantuan instrumental berupa dukungan materi seperti benda atau barang yang dibutuhkan oleh korban dan bantuan finansial untuk biaya pengobatan, pemulihan maupun biaya hidup sehari-hari selama korban belum dapat menolong dirinya sendiri. (A. Heaney Catherinean d Barbara A. Israel, 2008)b

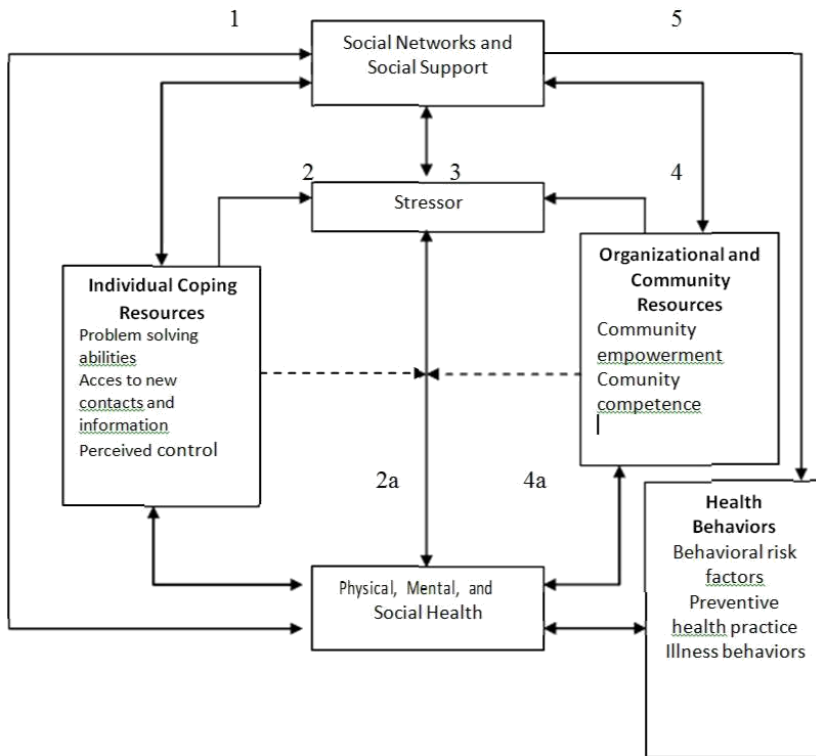
6.4.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi dukungan social

Menurut stanley (2007), faktor- faktor yang mempengaruhi dukungan sosial adalah sebagai berikut :

1. **Kebutuhan fisik**
Kebutuhan fisik dapat mempengaruhi dukungan sosial. Adapun kebutuhan fisik meliputi sandang, pangan dan papan. Apabila seseorang tidak tercukupi kebutuhan fisiknya maka seseorang tersebut kurang mendapat dukungan sosial.
2. **Kebutuhan sosial**
Dengan aktualisasi diri yang baik maka seseorang lebih dikenal oleh masyarakat daripada orang yang tidak pernah bersosialisasi di masyarakat. Orang yang mempunyai aktualisasi diri yang baik cenderung selalu ingin mendapatkan pengakuan di dalam kehidupan masyarakat. Untuk itu pengakuan sangat diperlukan untuk memberikan penghargaan.
3. **Kebutuhan psikis**
Dalam kebutuhan psikis pasien pre operasi di dalamnya termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religius, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah baik ringan maupun berat, maka orang tersebut akan cenderung mencari dukungan sosial dari orang-orang sekitar sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai.

Melalui mekanisme jaringan sosial dan dukungan sosial mungkin efek positif pada kesehatan fisik, mental, dan sosial diringkas pada gambar dibawah. model ini menggambarkan jaringan sosial dan dukungan sosial sebagai titik awal atau inisiator dari kausal mengalir ke arah peningkatan kesehatan. Pada kenyataannya, banyak hubungan dalam Gambar dibawah memerlukan pengaruh timbal balik, misalnya, status kesehatan akan mempengaruhi sejauh mana seseorang dapat mempertahankan dan memobilisasi jaringan sosial. Pada Gambar Jalur 1 menggambarkan dampak langsung hipotesis jaringan sosial dan dukungan sosial pada kesehatan. Dengan memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk persahabatan, keintiman, rasa memiliki, dan jaminan dari nilai seseorang sebagai pribadi, ikatan mendukung dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan, terlepas dari tingkat stres.

Jalur 2 dan 4 merupakan efek hipotesis jaringan sosial dan dukungan sosial pada sumber daya individu dan sumber daya masyarakat masing-masing. Sebagai contoh, jaringan sosial dan dukungan sosial dapat meningkatkan kemampuan individu untuk mengakses dan mengidentifikasi informasi baru untuk memecahkan masalah. Jika dukungan yang diberikan membantu untuk mengurangi ketidakpastian dan sulit diprediksi atau membantu untuk menghasilkan hasil yang diinginkan, maka rasa kontrol pribadi atas situasi tertentu dan domain kehidupan akan ditingkatkan. Selain itu, teori interaksionisme simbolik menunjukkan bahwa perilaku manusia didasarkan pada makna bahwa orang tetapkan yang baru. Makna ini diturunkan, sebagian besar, dari interaksi sosial mereka. Dengan demikian, hubungan jaringan sosial masyarakat dapat membantu mereka menafsirkan peristiwa atau masalah secara lebih positif dan konstruktif (Glanz, 2008)



Gambar : *Conceptual Model for the Relationship of Social Networks and Social Support to Health* Sumber: Glanz Karen; Barbara K. Rimer dan K. Viswanath (2008).

6.5 Theory Social Cognitive of Self-Regulation

Teori Kognitif Sosial (SCT) pertama kali dikenal sebagai teori pembelajaran sosial, seperti yang didasarkan pada prinsip-prinsip belajar dalam konteks sosial manusia. Itu namanya Teori Kognitif Sosial ketika konsep-konsep dari psikologi kognitif yang terintegrasi untuk mengakomodasi pertumbuhan pemahaman kapasitas pengolahan informasi manusia dan mempengaruhi belajar dari pengalaman, observasi, dan komunikasi simbolik. Dengan pengembangan lebih lanjut, SCT telah memeluk konsep-konsep dari ilmu sosiologi dan politik untuk memajukan pemahaman tentang fungsi dan kapasitas adaptif kelompok dan masyarakat. Teori ini menganalisis proses-

proses yang mendasari penentuan nasib sendiri, altruisme, dan moral perilaku. SCT determinisme timbal balik menekankan pada interaksi antara orang dan lingkungan mereka. Kebanyakan teori-teori perilaku dan sosial fokus pada individu, sosial, dan faktor lingkungan yang menentukan perilaku individu atau kelompok (misalnya, hambatan, penghargaan dan hukuman, dan norma-norma sosial yang digambarkan dalam komunikasi massa). (Bandura, 1991; Glandz, 2008)

Model *self-regulation* sebenarnya mengacu pada proses pemecahan masalah. Pemecahan masalah kesehatan masyarakat pada dasarnya tidak berbeda dengan pemecahan masalah lain. Dalam model *self-regulation* terdapat proses interpretasi masalah, koping, dan appraisal ataupun penilaian keberhasilan koping (Ogden, 2004)

Self-regulation muncul ketika seseorang memotivasi dan memandu tindakan mereka secara proaktif sesuai dengan harapan yang mereka miliki. Setelah seseorang mencapai tujuan atau harapan yang mereka inginkan maka orang dengan *self-efficacy* tinggi akan meningkatkan tujuan yang lebih besar. *Self-efficacy* dalam konteks *self-care agency* merupakan komponen dasar atau foundational capability and dispositions (Taylor & Renpenning, 2011).

Komponen konsep *Social Cognitive Theory*, dapat dijelaskan pada tabel sebagai berikut:

Table : Konsep-konsep *Social Cognitive Theory*

<i>Concept</i>	<i>Definition</i>	<i>Illustration</i>
<i>Reciprocal Determinism</i>	Faktor lingkungan mempengaruhi individu dan kelompok, tetapi individu dan kelompok juga dapat pengaruh lingkungan mereka dan mengatur perilaku mereka sendiri	Direncanakan perlindungan dan promosi kesehatan masyarakat dengan mengubah lingkungan faktor yang mempengaruhi kesehatan dan perilaku

<i>Concept</i>	<i>Definition</i>	<i>Illustration</i>
<i>Outcome Expectations</i>	Keyakinan tentang kemungkinan Dan nilai konsekuensi dari perilaku pilihan	Mengubah harapan tentang kesenangan terkait dengan kondom
<i>Self-efficacy</i>	Keyakinan tentang kemampuan pribadi untuk melakukan perilaku yang membawa hasil yang diinginkan	Meningkatkan keyakinan perempuan tentang kemampuan mereka untuk meyakinkan mitra agar menggunakan kondom
<i>Collective Efficacy</i>	Keyakinan tentang kemampuan kelompok untuk melakukan tindakan bersama yang membawa hasil yang diinginkan	Organisasi kelompok orang tua mengatur secara aman dengan pihak advokat lainnya untuk perubahan lingkungan dalam mengurangi penggunaan alkohol anak di bawah umur
<i>Observational Learning</i>	Belajar untuk melakukan perilaku Baru oleh paparan antar pribadi atau media menampilkan diri mereka, terutama melalui pemodelan rekan	Perilaku jurnalisisme mempromosikan menggunakan kondom dan hiburan yang menampilkan pendidikan wanita diberdayakan dengan keaksaraan keterampilan
<i>Incentive Motivation</i>	Penggunaan dan penyalahgunaan imbalan dan hukuman untuk memodifikasi perilaku	Hukum menuntut perokok remaja mungkin memiliki efek yang tidak diinginkan, namun pajak bisa menghalang-halangi penggunaan tembakau
<i>Facilitation</i>	Menyediakan alat, sumber daya, atau lingkungan perubahan yang membuat lebih mudah untuk melakukan perilaku baru	Distribusi kondom tanpa biaya dan bisnis bantuan untuk membantu perempuan menghindari diri prostitusi

<i>Concept</i>	<i>Definition</i>	<i>Illustration</i>
<i>Self-regulation</i>	Mengontrol diri melalui self monitoring, penetapan tujuan, umpan balik, penghargaan diri, selfinstruction, dan pendaftaran dukungan sosial	Komputerisasi pelatihan pengelolaan diri untuk pasien asma dan telepon konseling untuk berhenti merokok
<i>Moral Disengagement</i>	Cara berpikir tentang bahaya perilaku dan yang merugikan orang-orang yang membuat penderitaan yang didapatkan melepaskan penderitaan dan regulasi moral	Dehumanisasi dan difusi pengaruh tanggung jawab yang agresif dan pelanggaran organisasi yang merugikan kesehatan

6.6 Theory of Planned Behavior

Teori *Plan Behavior* atau teori perilaku yang berencana merupakan jenis teori yang banyak dipergunakan dalam berbagai penelitian khususnya penelitian yang menjadikan manusia sebagai obyek dalam perilaku kesehatan, Penjelasan tentang teori *Plan Behavior* selengkapnya disajikan sebagai berikut :

6.6.1 Pengertian Teori *Planned Behavior*

Teori Perilaku yang direncanakan (*Planned Behavior Theory*) yang disingkat dengan PBT merupakan pengembangan lebih lanjut dari TRA. Seperti pada teori TRA, faktor inti dari TPB adalah niat individu dalam melakukan perilaku tertentu. Niat diasumsikan sebagai penangkap motivasi yang mempengaruhi suatu perilaku. Secara umum, semakin kuat niat untuk terlibat dalam perilaku maka semakin besar kemungkinan perilaku tersebut dilakukan (Ajzen, 1991).

Ajzen (1991) menambahkan konstruk yang belum ada dalam TRA, yaitu persepsi terhadap pengendalian yang dapat dilakukan (*perceived behavioral control*). Konstruk ini ditambahkan dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka

melakukan perilaku tertentu. Dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma subjektif semata, tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinannya terhadap kontrol tersebut (*control beliefs*).

6.6.2 Sejarah Teori *Planned Behavior*

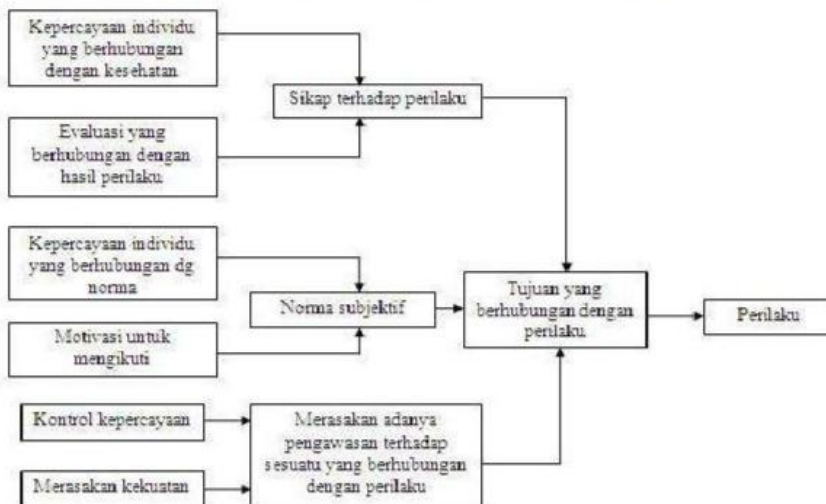
Penelitian tentang tingkah laku yang dihubungkan dengan variabel sikap sebagaimana dikemukakan oleh Aiken (2002) didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang cukup kuat antara perilaku dan sikap aktual seseorang. Untuk dapat menjadi prediktor tingkah laku yang baik pengukuran sikap harus memenuhi dua syarat yaitu *aggregation* dan *compatibility* berarti antara pengukuran sikap dan perilaku harus sesuai dalam hal kekhususan cakupannya baik secara umum maupun spesifik.

Hubungan antara sikap dan perilaku diatas masih terlalu jauh walaupun sudah dilakukan pengukuran sikap secara menyeluruh dan tepat. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada faktor yang berperan sebagai penhubung antara sikap dan perilaku yaitu intensi. Intensi merupakan pernyataan individu tentang niatnya untuk melakukan tingkah laku tertentu. Pengukuran intensi ini sangat berguna untuk memprediksi tingkah laku, terutama untuk melakukan penelitian yang kemungkinannya sulit untuk mengukur tingka laku aktual secara langsung dengan berbagai alasan, misalnya perilaku melakukan percobaan bunuh diri, pengukuran intensi ini sangat memungkinkan untuk dilakukan. Intensi itu sendiri telah diuji oleh beberapa ahli sebagai prediktor terbaik pada tingkah laku yang dimaksud. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa ketika kita ingin mengetahui apa yang akan dikerjakan oleh seseorang , maka secara mudah kita dapat menanyakan kepada orang tersebut apakah ia berkeinginan untuk melakukan tindakan terssebut atau tidak. Hubungan intesi dan perilaku ini kemudian dikaji oleh Fishbein dan Ajzen (1975) dalam teori yang dinamakan *Theory Of Reasoned Action* (TRA).

Teori *Reaction Action* (TRA) yang dikemukakan oleh Fishbein dan Ajzen memberikan beberapa bukti ilmiah bahwa intensi untuk melakukan sesuatu dipengaruhi oleh dua faktor yaitu sikap dan norma subyektif. Banyak penelitian dibidang sosial yang sudah membuktikan bahwa TRA ini cukup memadai dalam memprediksi tingkah laku, namun setelah beberapa tahun Ajzen melakukan meta analisis terhadap TRA, berdasarkan hasil meta analisis tersebut didapatkan bahwa ternyata TRA hanya berlaku pada tingkah laku yang berada dibawah kontrol penuh individu, namun tidak sesuai untuk menjelaskan tingkah laku yang tidak sepenuhnya berada dibawah kontrol individu, karena ada faktor yang menghambat atau memfasilitasi realisasi intensi kedalam tingkah laku. Berdasarkan analisis ini Ajzen (1988) menambahkan satu faktor antededen bagi intens yang berkaitan dengan kontrol individu yaitu *Perceived Behavioral Control* (PBC) penambahan satu faktor ini kemudian mengubah TRA menjadi *Theory Of Plan Behavior* (TPB),

Hubungan antara teori TRA dan Teori TPB dapat dijelaskan pada gambar berikut:

THEORY OF REASONED ACTION & THEORY OF PLANNED BEHAVIOR (TPB)



6.6.3 Intensi

Intensi sebagai salah satu unsur yang membentuk teori TPB, Ada beberapa definisi tentang intensi yang dikemukakan oleh para ahli diantaranya oleh Fishbein dan Ajzen (1975) sebagai berikut : *We have defined intention as a person location on a subjective probability dimension involving a relation between himself and some action. Behavioral intention, therefore, refers to a person's subjective probability that he will perform some behavior* (hal;288).

Ajzen mengartikan intensi sebagai disposisi tingkah laku yang hingga terdapat waktu dan kesempatan yang tepat , akan diwujudkan dalam bentuk tindakan. Sejalan dengan definisi tersebut Fedman (1995) menyatakan intensi adalah rencana atau resolusi individu untuk melaksanakan tingkah laku yang sesuai dengan sikap mereka. Intensi juga diartikan sebagai deklarasi internal untuk bertindak/ melakukan sesuatu. (Hogg & Voughan, 2005) beberapa definisi diatas menekankan hal yang kurang lebih sama, bahwa intensi merupakan niat individu untuk melakukan sesuatu dimasa depan.

Banyak ahli memberikan definisi pada intensi menunjukkan bahwa bahasan tentang intensi merupakan topik yang penting terutama dalam hubungannya dengan prediksi tingkah laku, hal ini disebabkan tingkah laku yang dibahas dalam psikologi sosial berkaitan dengan tingkah laku dibawah kontrol kemauan/kesadaran (*volitional*) artinya individu hanya akan melakukan sesuatu hanya jika benar-benar ia ingin melakukannya, untuk itu individu tersebut membentuk intensi, menurut Fieldman (1995) intensi ini akan terwujud dalam tingkah laku yang sebenarnya, jika individu tersebut mempunyai kesempatan yang baik dan waktu yang tepat untuk merealisasikannya, selain itu intensi akan dapat memprediksi tingkah laku jika diukur dengan tepat.

Ajzen (2005) mengartikan intensi sebagai disposisi tingkah laku, yang hingga terdapat waktu dan kesempatan yang tepat, akan diwujudkan dalam bentuk tindakan. Sejalan definisi tersebut, Feldman (1995) menyatakan intensi adalah rencana atau resolusi individu untuk melaksanakan tingkah laku yang sesuai dengan sikap mereka. Intensi juga diartikan sebagai deklarasi internal untuk bertindak/

melakukan sesuatu (Hogg & Vaughan, 2005). Sedangkan menurut Bandura (1981), intensi adalah determinasi untuk melakukan suatu aktivitas atau untuk menyatakan kejadian di masa depan. Menurut Fishbein, Ajzen dan beberapa ahli lainnya, intensi adalah prediktor yang baik tentang bagaimana kita berperilaku dimasa depan. Beberapa definisi di atas menekankan hal yang kurang lebih sama, bahwa intensi merupakan niat individu untuk melakukan sesuatu di masa depan.

- a). Keakuratan Intensi sebagai Prediktor Tingkah Laku Keakuratan intensi dalam memprediksi tingkah laku di atas tentu bukan tanpa syarat, karena ternyata ditemukan pada beberapa studi bahwa intensi tidak selalu menghasilkan tingkah laku yang dimaksud. Pernyataan ini juga diperkuat dengan penjelasan Ajzen (2005). Menurutny, walaupun banyak ahli yang sudah membuktikan hubungan yang kuat antara intensi dan tingkah laku, namun pada beberapa kali hasil studi ditemukan pula hubungan yang lemah antara keduanya. Seperti diungkapkan oleh King (1975 dalam Aiken, 2002), ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku, diantaranya adalah spesifik atau tidaknya intensi, jarak waktu antara pengukuran intensi dengan tingkah laku, dan kemampuan untuk melakukan apa yang sudah dikatakan.
- b). Kesesuaian antara Intensi dan Tingkah Laku. Salah satu faktor yang menyebabkan diskrepansi hubungan antara intensi dan perilaku adalah ketidak sesuaian (*incompatibility*) pengukuran yang dilakukan terhadap intensi dan tingkah laku. Seperti juga halnya sikap, pengukuran sikap yang masih umum (*general attitude*) sangat lemah memprediksi tingkah laku, begitu juga dengan intensi. Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilakunya dalam hal konteks dan waktunya. Misalnya dilakukan pengukuran intensi bersepeda selama 12 bulan ke depan, lalu diukur tingkah laku aktualnya selama 5 bulan ke depan. Hasil korelasi keduanya kemungkinan rendah. Hal ini disebabkan pengukuran intensi yang tidak sesuai konteks tingkah

laku yang ingin diukur akan memprediksi tingkah laku secara lemah. Maka sebaiknya konteks dan pengukuran intensi haruslah sesuai dengan tingkah lakunya. Jika diterapkan dengan contoh di atas, misalnya dilakukan pengukuran intensi untuk bersepeda selama 5 bulan ke depan.

c}. Stabilitas Intensi

Faktor kedua adalah ketidakstabilan intensi seseorang. Hal ini bisa terjadi jika terdapat jarak atau jangka waktu yang cukup panjang antara pengukuran intensi dengan pengamatan tingkah laku. Setelah dilakukan pengukuran intensi, sangat mungkin ditemui hal-hal / kejadian yang dapat mencampuri atau mengubah intensi seseorang untuk berubah, sehingga pada tingkah laku yang ditampilkannya tidak sesuai dengan intensi awal.

Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intensi akan berubah. Misalnya pada penelitian tentang intensi bersepeda, individu yang pada awalnya tidak berniat untuk bersepeda, namun setelah diukur tingkah lakunya, individu tersebut justru melakukannya (bersepeda). Hal ini terjadi karena selama selang waktu antara intensi dan tingkah laku untuk bersepeda, ia menyaksikan sosialisasi dan promosi tentang manfaat bersepeda. Literal inconsistency, walaupun pengukuran intensi dan tingkah laku sudah sesuai (*compatible*) dan jarak waktu antara pengukuran intensi dan tingkah laku singkat, namun kemungkinan terjadi ketidaksesuaian antara intensi dengan tingkah laku yang ditampilkannya masih ada.

Banyak individu yang menyatakan intensi untuk melakukan sesuatu, namun ternyata ia tidak melakukannya. Penjelasan mengenai *literal inconsistency* ini adalah individu terkadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan tingkah lakunya sesuai dengan intensi yang sudah dinyatakan sebelumnya. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa alasan, diantaranya karena individu tersebut merasa lupa akan apa yang pernah mereka ucapkan. Maka untuk mengantisipasi hal ini, dapat digunakan *strategi Implementation intention*. Caranya adalah dengan meminta

individu yang bersangkutan untuk merinci bagaimana intensi tersebut akan diimplementasikan dalam tingkah laku. Rinciannya mencakup kapan, dimana dan bagaimana tingkah laku akan dilakukan. Menurut Ajzen (2005), perumusan Implementation intention ini diasumsikan akan mengaktivasi representasi mental pada situasi yang spesifik dan hal ini membuat lebih mudah untuk diakses..

Base Rate Base rate merupakan tingkat kemungkinan sebuah tingkah laku akan dilakukan oleh orang. Tingkah laku dengan tingkat base rate yang tinggi adalah tingkah laku yang dilakukan oleh hampir semua orang, misalnya mandi, makan. Sedangkan tingkah laku dengan base rate rendah adalah tingkah laku yang hampir tidak dilakukan oleh kebanyakan orang, misalnya bunuh diri. Fishbein & Ajzen (1975) menyatakan jika tingkat base rate terlalu ekstrem, maka akan mengurangi korelasi antara intensi dengan perilaku aktualnya. Tingkah laku dengan base rate yang ekstrim tinggi atau rendah juga terbukti tidak dapat diprediksi dengan baik oleh sikap. Oleh karena itu, intensi dapat memprediksi perilaku aktualnya dengan baik jika perilaku tersebut memiliki tingkat base rate yang sedang, misalnya perilaku bersepeda.

- d) Tingkah laku dengan Kontrol Kemauan yang Tidak Penuh Pada beberapa tingkah laku dengan kontrol kemauan yang tidak penuh/total, seperti tingkah laku yang melibatkan pencapaian tujuan, dibutuhkan beberapa tindakan spesifik yang menyunnnya. Misalnya untuk menurunkan berat badan, seseorang harus mengurangi makan dan melakukan olahraga yang teratur. Pada tingkah laku seperti ini, keberhasilan pelaksanaan tingkah laku tidak hanya bergantung pada intensi yang ditampilkan, tetapi juga pada beberapa faktor seperti kemampuan diri dan disposisi fisiologis, juga pada ketersediaan kesempatan dan sumber daya. Faktor yang mempengaruhi eksekusi tingkah laku ini terdiri dari faktor internal dan eksternal.

Faktor internal mempengaruhi keberhasilan individu dalam menampilkan perilaku tertentu. Sebagian faktor internal dapat berubah dengan pemberian pelatihan atau pengalaman, sebagian yang lain sulit berubah. Contoh faktor internal diantaranya adalah: kemampuan, ketrampilan dan informasi; emosi dan kompulsi. Sedangkan faktor eksternal diantaranya adalah kesempatan dan ketergantungan pada orang lain (Ajzen, 2005).

Faktor internal maupun eksternal yang mempengaruhi eksekusi tingkah laku di atas dapat berperan sebagai penghambat tingkah laku yang ingin ditampilkan. Kedua faktor tersebut merepresentasikan kontrol aktual seseorang Berdasarkan keterangan diatas, Performa yang sukses dari sebuah intensi tingkah laku tergantung pada kontrol seseorang terhadap beberapa faktor yang mungkin menghambat. Implikasinya adalah jika kita ingin memprediksi tingkah laku, kita tidak hanya mengukur intensi namun juga mengukur sejauh mana kontrol aktual yang dimiliki individu dalam menampilkan tingkah laku itu, sehingga dapat dikatakan bahwa kontrol dapat meningkatkan prediksi tingkah laku (Ajzen 1985, 2005). Penjelasan mengenai kontrol ini akan dijabarkan lebih lanjut pada sub bab mengenai PBC.

6.6.4 Pengukuran Intensi

Pengukuran intensi ini dapat digolongkan ke dalam pengukuran *belief*. Sebagaimana pengukuran *belief*, pengukuran intensi terdiri dari 2 hal, yaitu pengukuran isi (*content*) dan kekuatannya (*strength*). Isi dari intensi diwakili oleh jenis tingkah laku yang akan diukur, sedangkan kekuatan responnya dilihat dari rating jawaban yang diberikan responden pada pilihan skala yang tersedia. Contoh pilihan skalanya adalah mungkin -tidak mungkin dan setuju-tidak setuju. Fishbein & Ajzen (1975) menyatakan pengukuran intensi harus mengandung empat elemen, yaitu: tingkah laku; obyek target; situasi; dan waktu. Hal penting lain yang harus diperhatikan dalam pengukuran intensi adalah tingkat spesifikasi target. Jika sikap dan

intensi diukur dalam level spesifikasi yang berbeda, maka akan sulit didapatkan hubungan yang tinggi antara keduanya. Contohnya, sikap yang positif atau negatif terhadap ras kulit hitam (sekelompok orang) tidak berhubungan dengan sikap terhadap Muhammad Ali (satu orang). Begitu juga dengan hubungan sikap terhadap sepeda dengan tingkah laku bersepeda

6.6.5 Sikap (*Attitude*)

a) Definisi Sikap (*Attitude*)

Menurut Ajzen (2005), sikap adalah disposisi untuk berespon secara *favorable* atau *unfavorable* terhadap benda, orang, institusi atau kejadian. Menurut Hogg & Vaughan (2005), sikap diartikan sebagai produk dari *beliefs* individu tentang tingkah laku yang menjadi target, dan juga bagaimana *beliefs* ini dievaluasi. Aiken (2002) menjabarkan beberapa definisi sikap oleh beberapa ahli, diantaranya adalah Gagne dan Brigg (1974) yang mendeskripsikan sikap sebagai Kondisi internal individu yang mempengaruhi pilihan individu untuk menampilkan tingkah laku terhadap obyek, orang atau kejadian. Eagly dan Chaiken (1993) mendefinisikan sikap sebagai kecenderungan untuk megevaluasi sebuah entitas dengan kadar setuju atau tidak setuju, yang diekspresikan dalam bentuk kognitif, afektif, dan tingkah laku. Peneliti kemudian menyimpulkan sikap sebagai disposisi individu untuk berperilaku yang didasarkan pada *belief* beserta evaluasinya terhadap suatu obyek, orang atau kejadian, yang kemudian diekspresikan dalam bentuk kognitif, afektif dan konatif

b) Komponen Sikap

Berhubung sikap adalah pandangan yang cukup luas terhadap suatu hal, maka kemudian diklasifikasikan ke dalam 3 domain, yaitu kognitif, afektif dan konatif. Komponen Kognitif berkaitan dengan pikiran atau rasio individu yang dihubungkan dengan konsekuensi yang dihasilkan tingkah laku tertentu. Hal ini

berhubungan dengan *belief* seseorang mengenai segala sesuatu, baik negatif maupun positif tentang obyek sikap. Contohnya adalah sikap terhadap profesi medis. *Belief* bahwa profesi medis seperti dokter dan perawat berhubungan dengan pekerjaan yang tidak profesional, tidak berkualifikasi baik, hanya berorientasi pada uang adalah beberapa contoh *belief* negatif yang dipikirkan seseorang yang kemudian akan mengarahkan orang tersebut pada akhirnya memiliki sikap yang negatif terhadap profesi medis, demikian juga sebaliknya jika ia memiliki *belief* yang positif.

Komponen Afektif menjelaskan evaluasi dan perasaan seseorang terhadap obyek sikap. Apabila diaplikasikan pada contoh sikap terhadap profesi medis di atas, seseorang yang memiliki perasaan jijik terhadap profesi medis dan apa yang dikerjakannya akan melahirkan sikap yang negatif pada orang tersebut, demikian sebaliknya jika ia memiliki perasaan positif, maka ia juga akan memiliki sikap positif pada profesi medis.

Komponen Konatif adalah kecenderungan tingkah laku, intensi, komitmen dan tindakan yang berkaitan obyek sikap. Jika diaplikasikan pada contoh sebelumnya, seseorang memiliki sikap yang positif pada profesi medis jika orang tersebut menyatakan kesediannya untuk memberikan sumbangan pada pembangunan rumah sakit baru, bersedia mengunjungi dokter secara rutin, berencana memperkenalkan anaknya untuk mengenal dokter, dan lainnya. Fishbein & Ajzen (1975) menyatakan bahwa intensi sering dilihat sebagai komponen konatif dari sikap dan diasumsikan bahwa komponen konatif ini berhubungan dengan komponen afektif dari sikap.

c) Anteseden sikap

Berdasarkan teori *planned behavior* yang dipaparkan oleh Ajzen di atas, sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *belief* seseorang terhadap konsekuensi (*outcome*) yang akan dihasilkan jika tingkah laku itu dilakukan dan kekuatan terhadap *belief* tersebut. *Belief* adalah pernyataan subjektif seseorang yang menyangkut aspek- aspek yang dapat

dibedakan tentang dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang diri dan lingkungannya. Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$AB = \sum bi ei$$

Berdasarkan rumus di atas, sikap terhadap tingkah laku (AB) didapatkan dari penjumlahan hasil kali antara kekuatan belief terhadap outcome yang dihasilkan (b_i) dengan evaluasi terhadap outcome i (e_i). Dengan kata lain, seseorang yang percaya bahwa sebuah tingkah laku dapat menghasilkan outcome yang positif, maka ia akan memiliki sikap yang positif. Begitu juga sebaliknya, jika individu tersebut percaya bahwa dengan melakukannya akan menghasilkan outcome yang negatif, maka ia akan memiliki sikap yang negatif terhadap tingkah laku tersebut

d) Pengukuran Sikap

Seperti halnya variabel kepribadian, sikap tidak bisa didapatkan melalui pengamatan langsung, melainkan harus melalui pengukuran respon. Respon yang diberikan merefleksikan evaluasi seseorang tentang suatu hal, baik secara negatif maupun positif. Untuk memudahkan pengukuran sikap, maka dilakukan pengelompokan item ke dalam beberapa subkelompok yang bebas ditentukan.

Klasifikasi subkelompok yang paling populer adalah yang diperkenalkan oleh Plato, yaitu terdiri dari tiga kategori respon : kognisi, afeksi dan konasi (Ajzen, 2005), seperti sudah dijelaskan pada sub bab sebelumnya. Fishbein dan Ajzen (1977 dalam Aiken, 2002) melakukan review terhadap beberapa hasil penelitian terkait dengan sikap dan didapatkan kesimpulan bahwa sikap sebagaimana intensi juga terdiri dari 4 elemen, yaitu: tingkah laku itu sendiri, target tingkah laku, konteks tingkah laku, dan waktu tingkah laku tersebut dilakukan. Selain itu, perlu diingat bahwa sikap yang dimaksud di sini adalah sikap terhadap tingkah laku (bersepeda), bukan sikap terhadap obyeknya (sepeda).

Pengukuran sikap didapatkan dari interaksi antara belief content dan belief strength. *Belief* seseorang mengenai suatu obyek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respon bebas dengan cara meminta subyek untuk menuliskan karakteristik, kualitas, dan atribut dari obyek atau konsekuensi tingkah laku tertentu. Fishbein & Ajzen menyebutnya sebagai proses elisitasi. Elisitasi digunakan untuk menentukan belief utama (*salient belief*) yang akan dipakai dalam penyusunan alat ukur

6.6.6 Norma Subyektif

a) Definisi Norma Subyektif

Fishbein & Ajzen (1975) mendefinisikan norma subyektif sebagai “*The person’s perception that most people who are important to him think he should or should not perform the behavior in question*” (hal 302). Menurut Baron & Byrne (2002), norma subyektif adalah persepsi individu tentang apakah orang lain akan mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut.

Norma subyektif juga diartikan sebagai persepsi tentang tekanan sosial dalam melaksanakan perilaku tertentu (Feldman, 1995). Hogg & Vaughan (2005) berpandangan bahwa norma subyektif adalah produk dari persepsi individu tentang beliefs yang dimiliki orang lain. Peneliti merumuskan norma subyektif sebagai norma yang didapatkan seseorang dari persepsi terhadap sejauh mana lingkungan sosial yang cukup berpengaruh akan mendukung atau tidak pelaksanaan tingkah laku tersebut. Dalam hal ini significant others menyediakan petunjuk tentang hal apakah yang seharusnya pantas/tepat untuk dilakukan? Misalnya adalah norma subyektif tentang diet dengan makanan rendah lemak (low fat diets). Norma ini didapat dari banyaknya teman-teman yang melakukan diet. Contoh lainnya adalah studi yang dilakukan Tolma et al (2006) tentang intensi melakukan mammografi. Dalam studi ini ditemukan bahwa peran norma subyektif di sini signifikan dalam memprediksi intensi. Hasil pengukuran norma subyektif menyatakan bahwa rekomendasi

dari dokter di rumah sakit adalah sumber motivasi yang terkuat bagi para subyek penelitian.

b) Anteseden Norma Subyektif

$$SN = \sum ni mi$$

Seperti halnya sikap di atas, norma subyektif yang dipegang seseorang juga dilatar belakangi oleh belief. Namun *belief* yang dimaksud disini adalah *normative beliefs*. Hubungan antara *normative beliefs* dengan norma subyektif dapat dilihat pada rumus berikut:

$$SN = \sum ni mi$$

Pada rumus di atas dapat dilihat bahwa norma subyektif (SN) didapatkan dari hasil penjumlahan hasil kali dari *normative beliefs* tentang tingkah laku *i* (ni) dengan *motivation to comply* / motivasi untuk mengikutinya (mi). Dengan kata lain, individu yang percaya bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadapnya (*referent*) akan mendukung ia untuk melakukan tingkah laku tersebut, maka hal ini akan menjadi tekanan sosial bagi individu tersebut untuk melakukannya. Sebaliknya jika ia percaya orang lain yang berpengaruh padanya tidak mendukung tingkah laku tersebut, maka hal ini menyebabkan ia memiliki *subjective norm* untuk tidak melakukannya. *Normative belief* berhubungan dengan persepsi subyek terhadap sikap referent tentang tingkah laku yang dimaksud. Sedangkan *motivation to comply* berhubungan dengan kekuatan / kekuasaan yang dimiliki referent terhadap subyek yang bersangkutan.

c). Pengukuran Norma Subyektif

Sesuai dengan informasi mengenai antesedennya, norma subyektif didasarkan pada 2 hal, yaitu *normative belief* dan *motivation to comply*. Maka pengukuran norma subyektif juga diperoleh dari hasil perkalian keduanya. Sama halnya dengan

sikap, *Belief* tentang pihak-pihak yang mendukung atau tidak didapatkan dari hasil elisitasi untuk menentukan *belief* utamanya

6.6.7 Perceived behavioral control (PBC)

a) Definisi PBC

Perceived behavioral control (PBC) adalah ukuran sejauh mana individu percaya tentang mudah atau sulitnya menampilkan tingkah laku tertentu (Hogg & Vaughan, 2005). Menurut Feldman (1995), PBC adalah persepsi tentang kesulitan atau kemudahan dalam melaksanakan tingkah laku, berdasarkan pada pengalaman sebelumnya dan hambatan yang diantisipasi dalam melaksanakan tingkah laku tertentu. Peneliti menyimpulkan PBC sebagai persepsi individu terhadap kadar kemudahan dan kesulitan suatu tingkah laku serta kontrol yang dimiliki untuk melaksanakan tingkah laku tersebut

b). *Peranan Perceived Behavioral Control*

PBC adalah faktor yang sangat berperan dalam memprediksi tingkah laku yang tidak berada di bawah kontrol penuh individu tersebut. PBC berperan dalam meningkatkan terwujudnya intensi ke dalam tingkah laku pada saat yang tepat Misalnya saja perilaku untuk berhenti merokok. Individu bisa saja memiliki sikap yang positif dan persepsi bahwa orang lain akan sangat mendukung tindakannya tersebut atau bahkan ia sudah berkeinginan untuk berhenti merokok, namun ia mungkin saja tidak dapat melakukannya karena ia terhambat oleh faktor seperti perasaan takut dan tidak mampu untuk melakukannya atau akan merasa lemas jika tidak merokok kelak dan faktor dari dalam ataupun dari luar lainnya. Contoh tersebut menunjukkan bahwa walaupun individu memiliki sikap, dan norma subyektif yang mendukungnya untuk melaksanakan suatu tingkah laku, namun eksekusi tingkah laku itu sendiri masih bergantung pada faktor PBC yang ia miliki.

Pengukuran PBC ini membawa kontribusi yang berharga dalam memprediksi tingkah laku, namun tidak terlalu berperan besar pada tingkah laku yang kontrol volitionalnya rendah, misalnya menghadiri kelas reguler. *Perceived behavioral control* akan lebih berperan meningkatkan kemampuan prediktif intensi terhadap tingkah laku pada tingkah laku yang kontrol volitionalnya tinggi, seperti menurunkan berat badan. Pada tingkah laku yang sering kita kerjakan sehari-hari atau secara rutin, peran kontrol ini juga tidak terlalu besar. Individu menampilkan tingkah laku yang rutin melalui intensi yang spontan (*spontaneous intention*) pada situasi atau konteks yang sudah familiar (Ajzen, 2005)

c) *Anteseden Perceived Behavioral Control*

Sesuai dengan teori *planned behavior* oleh Ajzen di atas, *perceived behavioral control* merupakan salah satu faktor dari tiga yang mempengaruhi intensi tingkah laku. Seperti juga kedua faktor sebelumnya, *perceived behavioral control* dipengaruhi oleh *beliefs*. *Belief* yang dimaksud dalam hal ini adalah tentang hadir atau tidaknya faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku (*control beliefs*). *Beliefs* ini bisa berasal dari pengalaman performa di masa lalu atau dari informasi dari luar atau dari observasi terhadap performa tingkah laku orang lain. Berikut adalah rumus yang menghubungkan *control beliefs* dan *perceived behavioral control*

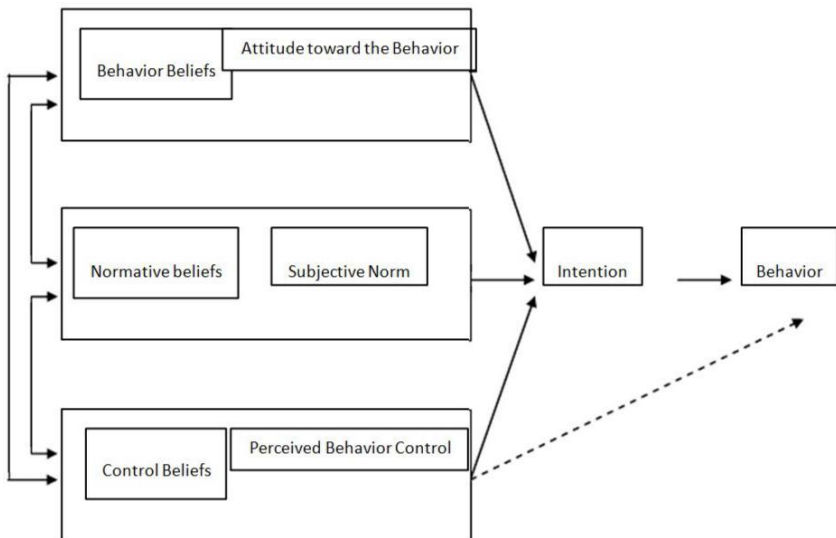
$$PBC = \sum c_i p_i$$

Rumus di atas menunjukkan bahwa *Perceived Behavioral Control* (PBC) merupakan penjumlahan hasil kali dari *control beliefs* tentang hadir/tidaknya faktor (c_i) dengan kekuatan faktor i dalam memfasilitasi atau menghambat tingkah laku (p_i). Dengan kata lain, semakin besar persepsi mengenai kesempatan dan sumber daya yang dimiliki, serta semakin kecil persepsi tentang

hambatan yang dimiliki seseorang, maka semakin besar PBC yang dimiliki orang tersebut

d) Pengukuran *Perceived Behavioral Control*

Pengukuran terhadap PBC ini dilakukan untuk mewakili kontrol aktual yang sebenarnya dimiliki individu. Hal ini disebabkan kontrol aktual yang dimiliki individu terhadap faktor yang menghambat ataupun mendukung tingkah laku sangat sulit untuk didapatkan atau diukur sehingga yang dapat dilakukan oleh peneliti hanyalah mengukur persepsi individu yang bersangkutan terhadap kontrol yang ia miliki terhadap faktor-faktor tersebut. Faktor-faktor yang dipersepsi sebagai pendorong atau penghambat tersebut didapatkan dari proses elisitasi untuk mendapatkan belief yang utama. Sebagaimana informasi pada anteseden PBC di atas, persepsi kontrol individu didapatkan dari hasil perkalian pengukuran control belief dengan kekuatan faktor pendorong atau penghambat dalam mempengaruhi terwujudnya tingkah laku.



Gambar: *Theory of Planned Behavior*

Gambar di atas dapat menjelaskan setidaknya 4 hal yang berkaitan dengan perilaku manusia. Hal pertama yang dapat dijelaskan adalah hubungan yang langsung antara tingkah laku dengan intensi. Hal ini dapat berarti bahwa intensi merupakan faktor terdekat yang dapat memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditampilkan individu. Informasi kedua yang dapat diperoleh dan bagan di atas adalah bahwa intensi dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu sikap individu terhadap tingkah laku yang dimaksud (*attitude toward behavior*), norma subyektif (*subjective norm*), dan persepsi terhadap kontrol yang dimiliki (*perceived behavioral control*).

Informasi ketiga yang bisa didapatkan dari bagan di atas adalah bahwa masing-masing faktor yang mempengaruhi intensi di atas (sikap, norma subyektif dan PBC) dipengaruhi oleh anteseden lainnya, yaitu beliefs. Sikap dipengaruhi oleh beliefs tentang tingkah laku atau yang disebut dengan behavioral beliefs, norma subyektif dipengaruhi oleh beliefs tentang norma atau disebut sebagai *normative beliefs*, sedangkan PBC dipengaruhi oleh beliefs tentang kontrol yang dimiliki atau disebut sebagai *control beliefs*. Baik sikap, norma subyektif, maupun PBC merupakan fungsi perkalian dari masing-masing beliefs dengan faktor lainnya yang mendukung.

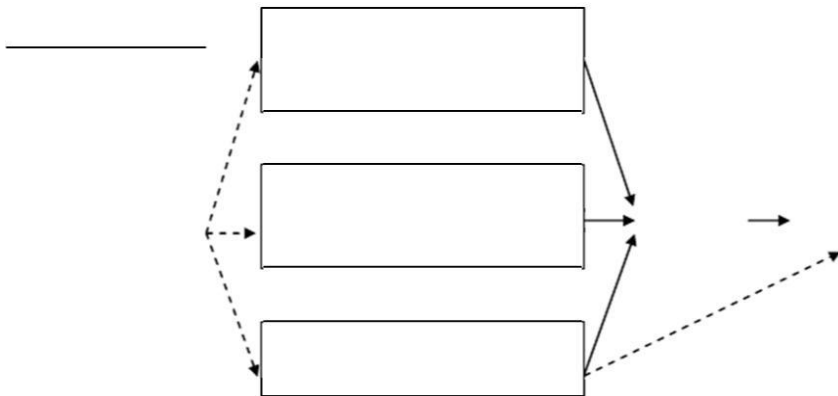
Informasi keempat yang dapat diperoleh berkaitan dengan bagan di atas adalah mengenai peran PBC, yang merupakan ciri khas teori ini dibandingkan dengan TRA atau teori lainnya. Pada bagan dapat dilihat bahwa ada 2 cara atau jalan yang menghubungkan tingkah laku dengan PBC. Cara yang pertama diwakili dengan garis penuh yang menghubungkan PBC dengan tingkah laku secara tidak langsung melalui perantara intensi. Hubungan yang tidak langsung ini setara dengan hubungan 2 faktor lainnya dengan tingkah laku. Ajzen (2005) berasumsi bahwa PBC mempunyai implikasi motivasional pada intensi. Individu yang percaya bahwa dia tidak memiliki sumber daya atau kesempatan untuk menampilkan tingkah laku tertentu cenderung tidak membentuk intensi yang kuat untuk melakukannya, walaupun dia memiliki sikap yang positif dan ia percaya bahwa orang lain akan mendukung tingkah lakunya itu. Cara yang kedua adalah hubungan secara langsung antara PBC dengan tingkah laku yang digambarkan

dengan garis putus-putus, tanpa melalui intensi. Ajzen (2005) menambahkan, garis putus-putus pada bagian I di atas menandakan bahwa hubungan antara PBC dengan tingkah laku diharapkan muncul hanya jika ada kesepakatan antara persepsi terhadap kontrol.

6.6.8 Variabel Lain yang Mempengaruhi Intensi

Disamping faktor-faktor utama tersebut, terdapat beberapa variabel lain yang mempengaruhi atau berhubungan dengan belief. beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu kategori personal, sosial dan informasi. Kategori personal meliputi sikap secara umum dan disposisi kepribadian. Kategori sosial meliputi usia, ras, etnis, dan lain-lain, sedangkan kategori informasi meliputi pengalaman, pengetahuan, dan lainnya. Variabel-variabel ini mempengaruhi belief dan pada akhirnya berpengaruh juga pada intensi dan tingkah laku.

Keberadaan faktor tambahan di atas memang masih menjadi pertanyaan empiris mengenai seberapa jauh pengaruhnya terhadap belief, intensi dan tingkah laku. Namun faktor ini pada dasarnya tidak menjadi bagian dari teori *planned behavior* yang dikemukakan oleh Ajzen, melainkan hanya sebagai pelengkap:



Gambar .. Peran *background factor* pada teori *planned behavior*

6.7 Teori “*Precede-Proceed Model*” Lawrence Green (1991)

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green dari teorinya tahun 1980. Lawrence Green mencoba menganalisa perilaku manusia manusia dari tingkat kesehatan, dimana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor perilaku dan faktor diluar perilaku.

PRECEDE adalah akronim dari 3 faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation.

Menurut Lawrence Green (1991) faktor-faktor yang menentukan perilaku sehingga menimbulkan perilaku yang positif adalah :

6.7.1 Faktor Predisposisi (*Predisposing factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. faktor ini meliputi beberapa unsur yaitu unsur pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, (tradisi, norma, sosial, pengalaman), demografi. Perilaku ibu hamil akan termotivasi untuk minum tablet fe apabila ibu hamiltahu manfaat dari tablet fe tersebut. Kepercayaan ibu akan manfaat tablet fe itu akan mencegah atau mengobati dari keadaan anemia.

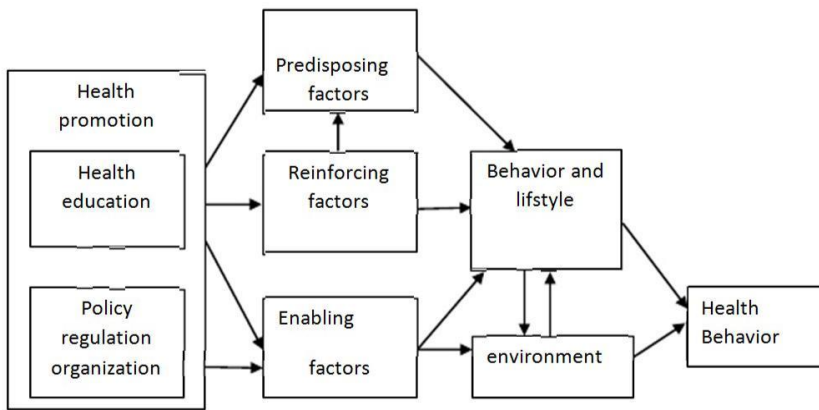
6.7.2 Faktor pemungkin atau pendukung (*Enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah faktor anteseden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Seorang ibu hamil akan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan apabila tersedianya tenaga kesehatan, sarana puskesmas atau rumah sakit. Yang masuk pada faktor ini adalah ketersediaan sumber daya kesehatan berupa tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, ketrampilan, dan keterjangkauan sumberdaya kesehatan, yang kesemuanya ini mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku sehat seseorang atau masyarakat

6.7.3 Faktor penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor ini adalah merupakan faktor penyerta atau yang datang sesudah perilaku itu ada. Ibu hamil akan selalu melakukan pemeriksaan kehamilannya di sarana kesehatan atau pada petugas kesehatan apabila dia di dukung oleh atau selalu diingatkan oleh orang disekitarnya seperti suami, orang tua, teman. Yang termasuk pada faktor ini adalah keluarga, teman, suami, petugas kesehatan.

Skema 3 (tiga) faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (L.Green. 1980) sebagai berikut:



Gambar : *Preceed-proceed model for health promotion planing and evaluation*

Berdasarkan uraian tersebut diatas maka akan berhasilnya suatu program pendidikan kesehatan atau motivasi dalam rangka perubahan perilaku kearah perilaku kesehatan yang positif maka kegiatan pendidikan atau promosi kesehatan diarahkan ke tiga faktor tersebut. Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan kepada faktor predisposisi ini akan memberikan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan yang diperlukan oleh seseorang atau masyarakat sehingga akan mempermudah terjadinya perilaku sehat mereka upaya ini dimaksudkan untuk meluruskan tradisi, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya yang tidak kondusif bagi perilaku sehat.

Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan pada faktor pendukung/pemungkin diharapkan masyarakat mampu memfasilitasi diri mereka atau masyarakat itu sendiri untuk berperilaku sehat, Selanjutnya kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan pada faktor penguat berupa pelatihan-pelatihan kepada petugas kesehatan, suami ,keluarga,tokoh masyarakat dimaksudkan untuk menguatkan perilaku yang sudah terbentuk.

BAB 7

KONSEP PERUBAHAN PERILAKU

7.1 Konsep Perubahan

Konsep merupakan suatu ide dimana terdapat suatu kesan yang abstrak yang dapat diorganisir menjadi simbol-simbol yang nyata. Sedangkan konsep keperawatan merupakan ide yang menyusun suatu rangka konseptual. Perubahan merupakan suatu proses di mana terjadinya peralihan atau perpindahan dari status tetap (statis) menjadi status tetap yang bersifat dinamis , artinya dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan yang ada , perubahan dapat mencakup keseimbangan personal sosial maupun organisasi untuk dapat menjadikan peribadian atau penyempurnaan serta dapat menerapkan ide atau konsep terbaru dalam mencapai tujuan tertentu.

Perubahan yang dimaksud adalah perubahan yang direncanakan yaitu suatu usaha sistematis untuk mendesain ulang suatu organisasi dengan cara melakukan adaptasi pada perubahan yang terjadi dilingkungan eksternal maupun internal untuk mencapai sasaran baru. Banyak definisi pakar tentang berubah, dua diantaranya yaitu : pertama berubah merupakan kegiatan atau proses yang membuat sesuatu atau seseorang berbeda dengan keadaan sebelumnya Kemudian yang kedua berubah merupakan proses yang menyebabkan perubahan pola perilaku individu atau institusi.

7.2 Perubahan Perilaku

Dalam perkembangannya, perilaku seseorang dapat berubah-ubah sesuai dengan hal-hal yang memungkinkan perubahan itu terjadi dalam perkembangannya di kehidupan, perilaku manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor intern dan ekstern yang memungkinkan suatu

perilaku mengalami perubahan. Berikut diuraikan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku pada manusia.

7. 2.1 Faktor Internal

Tingkah laku manusia adalah corak kegiatan yang sangat dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam dirinya. Faktor-faktor intern yang dimaksud antara lain jenis ras/keturunan, jenis kelamin, sifat fisik, kepribadian, bakat, dan intelegensia. Faktor-faktor tersebut akan dijelaskan secara lebih rinci seperti di bawah ini.

a) **Jenis Ras/ Keturunan**

Setiap ras yang ada di dunia memperlihatkan tingkah laku yang khas. Tingkah laku khas ini berbeda pada setiap ras, karena memiliki ciri-ciri tersendiri.

b) **Jenis Kelamin**

Perbedaan perilaku berdasarkan jenis kelamin antara lain cara berpakaian, melakukan pekerjaan sehari-hari, dan pembagian tugas pekerjaan. Perbedaan ini bisa dimungkinkan karena faktor hormonal, struktur fisik maupun norma pembagian tugas. Wanita seringkali berperilaku berdasarkan perasaan, sedangkan orang laki-laki cenderung berperilaku atau bertindak atas pertimbangan rasional.

c) **Sifat Fisik**

Kretschmer Sheldon dalam (Irwan 2014) membuat tipologi perilaku seseorang berdasarkan tipe fisiknya. Misalnya, orang yang pendek, bulat, gendut, wajah berlemak adalah tipe piknis. Orang dengan ciri demikian dikatakan senang bergaul, humoris, ramah dan banyak teman.

d) **Kepribadian**

Kepribadian adalah segala corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya yang digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsang baik yang datang

dari dalam dirinya maupun dari lingkungannya, sehingga corak dan kebiasaan itu merupakan suatu kesatuan fungsional yang khas untuk manusia itu. Dari pengertian tersebut, kepribadian seseorang jelas sangat berpengaruh terhadap perilaku sehari-harinya.

e) **Intelegensia**

Intelegensia adalah keseluruhan kemampuan individu untuk berpikir dan bertindak secara terarah dan efektif. Bertitik tolak dari pengertian tersebut, tingkah laku individu sangat dipengaruhi oleh intelegensia. Tingkah laku yang dipengaruhi oleh intelegensia adalah tingkah laku intelegen di mana seseorang dapat bertindak secara cepat, tepat, dan mudah terutama dalam mengambil keputusan.

f) **Bakat**

Bakat adalah suatu kondisi pada seseorang yang memungkinkannya dengan suatu latihan khusus mencapai suatu kecakapan, pengetahuan dan keterampilan khusus, misalnya berupa kemampuan memainkan musik, melukis, olah raga, dan sebagainya.

7.2.2 Faktor Eksternal

a) **Pendidikan**

Inti dari kegiatan pendidikan adalah proses belajar mengajar. Hasil dari proses belajar mengajar adalah seperangkat perubahan perilaku. Dengan demikian pendidikan sangat besar pengaruhnya terhadap perilaku seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan berbeda perilakunya dengan orang yang berpendidikan rendah.

b) **Agama**

Agama akan menjadikan individu bertingkah laku sesuai dengan norma dan nilai yang diajarkan oleh agama yang diyakininya.

c) **Kebudayaan**

Kebudayaan diartikan sebagai kesenian, adat istiadat atau peradaban manusia. Tingkah laku seseorang dalam kebudayaan tertentu akan berbeda dengan orang yang hidup pada kebudayaan lainnya, misalnya tingkah laku orang Jawa dengan tingkah laku orang Papua.

d) **Lingkungan**

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh untuk mengubah sifat dan perilaku individu karena lingkungan itu dapat merupakan lawan atau tantangan bagi individu untuk mengatasinya. Individu terus berusaha menaklukkan lingkungan sehingga menjadi jinak dan dapat dikuasainya.

e) **Sosial Ekonomi**

Status sosial ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi perilaku seseorang.

Perubahan perilaku adalah merupakan suatu paradigma bahwa manusia akan berubah sesuai dengan apa yang mereka pelajari baik dari keluarga, teman, sahabat ataupun ataupun belajar dari diri mereka sendiri, proses pembelajaran diri inilah yang nantinya akan membentuk seseorang tersebut, sedangkan pembentukan tersebut sangat disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan orang tersebut baik dalam kesehariannya ataupun dalam keadaan tertentu.

7.3 Tahap-Tahap Perubahan Perilaku

Individu yang akan mengadopsi atau mengubah perilakunya harus melalui proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relative lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui tiga tahap yaitu:

7.3.1. Pengetahuan

Seorang individu akan mengadopsi perilaku apabila terlebih dahulu ia tahu arti dan manfaat perilaku. misalnya : ibu hamil akan memeriksakan kehamilannya apabila ia tahu apa tujuan dan manfaat periksa hamil bagi ibu, janin dan keluarga. Indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit
 - ❖ Penyebab penyakit
 - ❖ atau tanda – tanda penyakit
 - ❖ Bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan
 - ❖ Bagaimana cara penularannya
 - ❖ Bagaimana cara pencegahannya termasuk imunisasi dan sebagainya
- b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat
 - ❖ Jenis makanan yang bergizi
 - ❖ Manfaat makanan yang bergizi
 - ❖ Olahraga
 - ❖ Bahaya napa dan minuman keras, termasuk juga bahaya merokok
 - ❖ Pola hidup sehat
 - ❖ Istirahat, rekreasi dan sebagainya
- c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
 - ❖ Manfaat air bersih
 - ❖ Pembuangan limbah, pembuangan sampah
 - ❖ Akibat polusi udara
 - ❖ Pencahayaan dan penerangan bagi rumah sehat, dan sebagainya

7.3.2 Sikap

Sikap merupakan perilaku tertutup. Setelah seseorang diberi stimulus atau objek, proses selanjutnya dia akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. Indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan yaitu sebagai berikut:

1. Sikap terhadap sakit dan penyakit : bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap gejala atau tanda-tanda penyakit, penyebab penyakit, cara penularannya, dan sebagainya
2. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat . penilaian atau pendapat seseorang tentang cara – cara (berperilaku) hidup sehat
3. Sikap terhadap kesehatan lingkungan . penilaian atau pendapat seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Misalnya : penilaian terhadap air bersih, polusi, pembuangan limbah dan sebagainya.

7.3.3 Praktik (Tindakan)

Praktik (tindakan) dalam perilaku terjadi apabila seseorang telah melewati dua domain terlebih dahulu yaitu pengetahuan dan sikap. Setelah melewati dua tahapan sebelumnya, maka seseorang akan mempraktikkan atau melaksanakan apa yang diketahui dan disikapinya (dinilai baik). Indikator praktik kesehatan sama seperti kedua domain sebelumnya yaitu sebagai berikut:

1. Tindakan (praktik) sehubungan dengan penyakit tindakan atau perilaku pencegahan penyakit : Imunisasi TT pada ibu hamil, menggunakan masker pada saat bekerja di tempat berdebu dan sebagainya. Tindakan penyembuhan penyakit misalnya : minum obat, berobat kefasilitas pelayanan kesehatan dan sebagainya.

2. Tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan tindakan ini mencakup mengkonsumsi makanan yang bergizi, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak narkoba dan minuman keras dan sebagainya.
4. Tindakan kesehatan lingkungan tindakan ini terdiri atas membuang sampah pada tempatnya, menggunakan air bersih untuk mandi, mencuci, masak, membuat saluran air yang baik dan sebagainya.

7.4 Bentuk dan Strategi Perubahan Perilaku

Perubahan yang efektif tergantung individu yang terlibat, tertarik, dan berupaya selalu untuk berkembang dan maju serta mempunyai suatu komitmen untuk bekerja dan melaksanakannya. proses penerimaan terhadap perubahan lebih kompleks terutama pada setiap individu yang terlibat dalam proses perubahan dapat menerima atau menolaknya. Meskipun perubahan dapat diterima, mungkin saja suatu saat akan ditolak setelah perubahan tersebut dirasakan sebagai hal yang menghambat keberadaannya.

Bentuk perubahan perilaku dikategorikan ke dalam tiga kelompok sebagai berikut:

- 1) Perubahan Alamiah (*Natural Change*)
Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Contoh : perubahan perilaku yang disebabkan karena usia seseorang.
- 2) Perubahan terencana (*Planned Change*)
Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek. contoh : perubahan perilaku seseorang karena tujuan tertentu atau ingin mendapatkan sesuatu yang bernilai baginya
- 3) Kesiapan untuk berubah (*Readiness to Change*) Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam

organisasi, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut, dan ada sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Contoh : perubahan teknologi pada suatu lembaga organisasi, misal dari mesin ketik manual ke mesin komputer, biasanya orang yang usianya tua sulit untuk menerima perubahan pemakaian teknologi tersebut.

Sementara strategi Perubahan perilaku terjadi dengan berbagai cara. Strategi dalam perubahan perilaku adalah sebagai berikut:

a. *Inforcement.*

Perubahan perilaku melalui perubahan yang dilakukan dengan paksaan, dan atau menggunakan peraturan atau perundangan. model perubahan ini akan menghasilkan perubahan perilaku yang cepat, tetapi untuk sementara (tidak langgeng)

b. *Education*

Perubahan perilaku dilakukan melalui proses pembelajaran, mulai dari pemberian informasi atau penyuluhan-penyuluhan. Model perubahan akan menghasilkan perilaku yang langgeng, tetapi memakan waktu lama.

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku, dikelompokkan menjadi tiga:

- 1) Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan
Misal : dengan adanya peraturan-peraturan / perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Strategi ini dapat berlangsung cepat akan tetapi belum tentu berlangsung lama karena perubahan perilaku terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.
- 2) Pemberian informasi
Dengan memberikan informasi-informasi tentang sesuatu hal yang berkaitan dengan hal tertentu.

3) Diskusi partisipasi

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

Seseorang mau melakukan perbuatan yang diharapkan sehingga melahirkan perubahan aspek perilaku terlepas dari motivasi yang mendasari perubahan tersebut, sehingga perubahan perilaku dapat saja terjadi karena beberapa pertimbangan sebagai berikut :

7.4.1 Karena terpaksa (*Compliance*)

Perubahan perilaku dengan cara perilaku cenderung tidak baik dan perubahan perilaku cenderung bersifat tidak tahan lama. Pemberontakan pikiran bahkan sering terjadi pada individu tersebut. Hal yang perlu diketahui, tidak semua individu bisa menerima informasi-informasi yang mereka butuhkan, apalagi suatu pemaksaan dalam perubahan perilaku. Individu yang demikian cenderung memberontak dan bahkan mungkin cenderung berfikir negatif terhadap pemaksaan perubahan perilaku yang diharapkan, meskipun perubahan perilaku yang diharapkan adalah positif.

Oleh karena itu cara perubahan perilaku ini cenderung tidak efektif, contoh seorang anak yang dipaksa orang tuanya untuk menggosok gigi sehabis makan dan sebelum tidur, awalnya anak tersebut tidak mau. tapi lama-lama karena paksaan dari orang tuanya anak tersebut jadi mau sehingga terjadilah perubahan perilaku anak tersebut, karena dipaksa oleh orang tuannya si anak menjadi mau melakukannya.

Orang tua yang menyuruh anaknya melakukan aborsi ,dan meminta bantuan kepada bidan. awalnya si bidan tidak mau melakukan aborsi, tapi karena diberi imbalan yang begitu besar dan si bidan dipaksa untuk mau melakukannya dan akhirnya ia mau melakukan aborsi.

Seorang ibu yang telah mempunyai banyak anak dengan jarak anak yang terlalu dekat. Lalu hamil lagi pada usia 45 tahun, dan

tenaga kesehatan menyarankan dan memaksa ibu tersebut untuk menjalani program kb dan suaminya juga memaksa. Beberapa upaya telah dilakukan dan tenaga kesehatan juga sudah mengatakan resiko hamil dan melahirkan pada usia tersebut agar si istri mau KB tapi si ibu tersebut tidak mau karena si ibu berpendapat bahwa banyak anak banyak rezeki tapi setelah mendengar pemberitahuan dari si bidan, si ibu jadi mau untuk menjadi aseptor KB.

7.4.2 Karena Meniru (*Identification*)

Perubahan perilaku dengan cara meniru merupakan suatu cara perubahan perilaku yang paling banyak terjadi. Seseorang cenderung meniru tindakan orang lain atau bahkan meniru apa yang dia lihat tanpa mencerna apa yang dia lihat. Contoh: Seorang remaja yang awalnya tidak memperhatikan kebersihan pada dirinya/ personal hygienya, tapi setelah diberikan penyuluhan dan apa manfaat dari menjaga kebersihan diri, dan akhirnya remaja tersebut meniru bagaimana cara menjaga kebersihan. Pemenuhan gizi pada ibu hamil sangatlah penting, banyak ibu-ibu yang tidak memenuhi gizi dengan baik, tapi setelah di berikan gambaran mengenai pentingnya gizi selama kehamilan, maka ibu tersebut mulai meniru bagaimana cara mengatur gizi seimbang selama kehamilan.

Seorang ibu yang baru saja melahirkan bayi, lalu ia tidak tau bagaimana cara merawat tali pusat agar tidak terjadi infeksi pada bayinya, lalu bidan mempraktekkan bagaimana cara merawat tali pusat agar tidak infeksi, dan akhirnya si ibu mulai meniru dan melakukan sendiri bagaimana cara merawat tali pusat.

7.4.3 Karena Menghayati (*Internalization*)

Manusia adalah makhluk yang sempurna di antara makhluk ciptaan Tuhan yang lain, karena hanya manusia yang mampu berpikir tentang hidup, pandai memahami rahasia hidup, menghayati kehidupan dengan arif, dan mempertajam pengalaman-pengalaman baru. Biasanya perubahan perilaku karena penghayatan ini cenderung dari pengalaman pribadi individu tersebut atau bahkan mengadopsi

dari pengalaman orang lain. Seseorang yang merasa perilaku tersebut pantas dan harus ada pada dirinya, maka dengan terbuka dia akan melakukan perubahan perilaku dalam dirinya. Contoh : Seorang ibu rumah tangga yang kurang peduli akan kebersihan rumahnya. Suatu ketika anaknya menderita demam berdarah dan ini membuat ibu tersebut menyadari bahwa perilakunya yang tidak mau peduli dengan kebersihan rumahnya yang membuat anaknya menderita demam berdarah. Dan inilah yang membuat ibu tersebut sadar betapa pentingnya menjaga kebersihan rumahnya agar kesehatan keluarga tetap terjaga.

Seorang bapak yang merupakan perokok aktif sejak usia muda menderita penyakit gangguan pernafasan dan paru-paru. Setelah beberapa kali memeriksakan diri ke dokter dan dokter tersebut meminta agar bapak tersebut untuk tidak merokok lagi. Akan tetapi bapak tersebut tidak mempedulikan nasehat dokter, dia tetap mengkonsumsi rokok. Ternyata penyakitnya semakin parah dengan stadium lanjut. Kemudian bapak tersebut teringat kembali dengan saran dokter untuk berhenti merokok dan akhirnya bapak tersebut menyadari bahwa dia memang harus berhenti merokok. Setelah itu perlahan-lahan bapak tersebut mencoba untuk berhenti merokok dan akhirnya berhasil dan penyakitnya mulai berkurang.

7.5 Proses Perubahan Perilaku

Proses perubahan perilaku telah banyak dijelaskan oleh para ahli perilaku, menurut Roger (1962) yang mengembangkan teori dari Lewin (1951) tentang 3 tahap perubahan dengan menekankan pada latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan dimana perubahan tersebut dilaksanakan. Roger menjelaskan 5 tahap dalam perubahan, yaitu: kesadaran, keinginan, evaluasi, mencoba, dan penerimaan atau dikenal juga sebagai *AIETA (Awareness, Interest, Evaluation, Trial and Adoption)*. Menurut Roger E untuk mengadakan suatu perubahan perlu ada ada langkah yang di tempuh sehingga harapan atau tujuan akhir dari perubahan dapat tercapai. Langkah-langkah tersebut antara lain:

1. Tahap *awarness*
Tahap ini merupakan tahap awal yang mempunyai arti bahwa dalam mengadakan perubahan di perlukan adanya kesadaran untuk berubah apabila tidak ada kesadaran untuk berubah. Maka tidak mungkin tercipta suatu perubahan.
2. Tahap *interest*
Tahap yang kedua dalam mengadakan perubahan harus timbul perasaan minat terhadap perubahan yang dikenal. Timbul minat yang mendorong dan menguatkan kesadaran untuk berubah.
3. Tahap evaluasi
Pada tahap ini terjadi penilaian terhadap suatu yang baru agar tidak terjadi hambatan yang akan ditemukan selama mengadakan perubahan. Evaluasi ini dapat memudahkan tujuan dan langkah dalam melakukan perubahan.
4. Tahap *trial*
Tahap ini merupakan tahap uji coba terhadap suatu yang baru atau hasil perubahan dengan harapan suatu yang baru dapat diketahui hasilnya sesuai dengan kondisi atau situasi yang ada dan memudahkan untuk diterima oleh lingkungan.
5. Tahap *adoption*
Tahap ini merupakan tahap terakhir dari perubahan yaitu proses penerimaan terhadap suatu yang baru setelah dilakukan uji coba dan merasakan adanya manfaat dari suatu yang baru sehingga selalu mempertahankan hasil perubahan.

Pembentukan perilaku merupakan bagian yang sangat penting dari usaha mengubah perilaku seseorang. Berikut beberapa langkah yang perlu diambil untuk merubah perilaku:

7.5.1 Menyadari.

Menyadari merupakan proses dimana seseorang membuat identifikasi tentang apa/ bagian mana yang diinginkan untuk diubah dan mengapa perubahan tersebut diinginkan. Dalam hal ini perlu diingat bahwa kesadaran tersebut harus menyatakan keinginan bukan ketakutan. Contoh : Seorang mahasiswa yang belajar di bidang kesehatan sebelumnya tidak peduli akan kebersihan diri dan perawatan dirinya. Setelah belajar tentang pentingnya perawatan dan kebersihan diri serta penyakit yang dapat ditimbulkan jika tidak adanya personal hygiene, maka siswa tersebut mulai peduli dengan kesehatan dirinya, kemudian dia akan mengaplikasikan bagaimana cara merawat kesehatan dirinya

Seorang mahasiswa kedokteran yang sedang meneliti tentang penyakit kista, menemukan bahwa salah satu penyebabnya adalah pola makan yang tidak sehat. Dalam penelitiannya mahasiswa ini benar-benar menghayati betapa pentingnya pola makan yang sehat dan seimbang bagi kesehatan seseorang. Karena itu, mahasiswa tersebut mulai menerapkan pola makan sehat dan seimbang.

7.5.2 Mengganti

Setelah seseorang menyadari untuk merubah perilakunya, maka proses selanjutnya yang perlu dilakukan adalah mengganti. Mengganti merupakan proses melawan bentuk keyakinan, pemikiran, dan perasan yang diyakini salah. Contoh : Dulu seorang bidan atau perawat melakukan perawatan tali pusat dengan membubuhi tali pusat dengan betadhine atau alkohol. Kemudian bidan atau perawat juga membungkus tali pusat. Ini dimaksudkan agar bayi terhindar dari adanya infeksi pada tali pusat. Akan tetapi setelah adanya Evidence Based maka diketahui hal ini sebenarnya hal ini yang justru meningkatkan kemungkinan infeksi. Betadhine dan alkohol akan menyebabkan tali pusat lembab bahkan basah. Apalagi ditambah dengan pembungkusan tali pusat yang membuat tali pusat semakin basah dan tidak adanya pertukaran udara. Hal ini justru bagi bakteri dan kuman untuk merupakan lingkungan yang baik bagi bakteri dan kuman untuk

berkembang biak dan berpeluang besar mengakibatkan infeksi. Oleh karena itu kebiasaan merawat tali pusat dengan membungkus dan membubuhi tali pusat dengan betadine atau alcohol diganti dengan perawatan tali pusat tanpa membungkus dan membubuhi tali pusat dengan betadine ataupun alcohol. Kini perawatan tali pusat cukup dengan hanya membersihkan dengan air DTT dan mengeringkannya.

Sebelum diketahui betapa pentingnya Inisiasi Menyusui Dini dan *Bounding Attachment*, ibu cenderung dipisahkan dengan bayinya pasca kelahiran bayinya tersebut. Ini dimaksudkan agar sang bayi tidak mengganggu istirahat ibu pasca persalinan yang melelahkan. Akan tetapi, saat ini tidak lagi. Sebisa mungkin bidan atau tenaga kesehatan lain yang menolong persalinan akan berusaha untuk terciptanya IMD dan *Bounding Attachment*. Ini dilakukan karena sangat penting terciptanya keterikatan hubungan emosional ibu dan bayi segera setelah persalinan dan juga mengingat betapa besarnya keuntungan IMD bagi ibu dan bayinya.

7.5.3 Mengintrospeksi.

Mengintrospeksi merupakan proses dimana seseorang membuat penilaian mengenai apa yang sudah diraih dan apalagi yang perlu untuk dilakukan. Di samping itu introspeksi juga berguna untuk mendeteksi kadar *self-excusing* yang bisa jadi masih tetap ada dalam diri seseorang hanya karena lupa membuat elaborasi, analogi, atau interpretasi dalam memahami dan melaksanakan. Contoh: Seorang ibu yang hamil anak keduanya, dia akan cenderung mengingat pengalaman hamil sebelumnya. Dia akan mencoba memperbaiki perilakunya saat hamil agar kehamilannya kali ini sama dengan kehamilan sebelumnya atau lebih baik dari sebelumnya. Contoh lainnya: jika sebelumnya seorang ibu melahirkan bayi prematur maka pada kehamilannya yang selanjutnya dia akan mencari penyebabnya dan memperbaiki pola perilakunya saat kehamilan ini agar anaknya lahir dengan keadaan aterm.

Dulu penghisapan lendir rutin pada BBL sering dilakukan dengan tujuan membantu proses pernafasan bayi. Tetapi setelah dinilai,

hal ini tidak efektif. Penghisapan lendir bahkan dapat membahayakan jiwa bayi bila tidak dilakukan dengan benar.

7.6 Cara-Cara Perubahan Perilaku

Dalam proses perubahan akan terjadi sebuah siklus. Siklus dalam sistem perubahan tersebut itulah yang dinamakan sebuah proses yang akan menghasilkan sesuatu dan berdampak pada sesuatu. Dalam proses perubahan terdapat komponen yang satu dengan yang lain dapat mempengaruhi seperti perubahan perilaku sosial, perubahan structural dan intitusional dan perubahan teknologi.

Proses perubahan dapat saling mempengaruhi komponen yang ada, sebagaimana contoh dengan adanya penemuan teknologi tepat guna, maka di masyarakat akan terjadi perubahan dalam perilaku sosial kemungkinan masyarakat akan menggunakan dari teknologi yang dihasilkan. Perilaku sosial di masyarakat akan dapat berubah struktural institusional dari sistem organisasi yang ada di masyarakat. Untuk mencapai perubahan perilaku, ada beberapa cara yang bias ditempuh, yaitu :

7.6.1 Dengan Paksaan.

Cara ini bisa dilakukan dengan:

- a. Mengeluarkan instruksi atau peraturan, dan ancaman hukuman kalau tidak mentaati instruksi atau peraturan tersebut. Misalnya : instruksi atau peraturan tidak membuang sampah disembaerang tempat, dan ancaman hukuman atau denda jika tidak mentaatl.
- b. Menakut-nakuti tentang bahaya yang mungkin akan diderita kalau tidak mengerjakan apa yang daniurkan Misal: menyampaikan kepada ibu-ibu bahwa anaknya bisa mati kalau tidak diberi oralit waktu mencret

7.6.2 Dengan memberi imbalan.

Imbalan bisa berupa materi seperti uang atau barang, tetapi bisa juga imbalan yang tidak berupa materi, seperti pujian, dan sebagainya. Contoh: kalau ibu-ibu membawa anaknya ke Posyandu untuk ditimbang dan diimunisasi, maka anaknya akan sehat, (ini juga imbalan non materi). Dalam hal ini orang berbuat sesuatu karena terdorong atau tertarik oleh imbalan tersebut, bukan karena kesadaran atau keyakinan akan manfaatnya.

7.6.3 Dengan membina hubungan baik.

Kalau kita mempunyai hubungan yang baik dengan seseorang atau dengan masyarakat. biasanya orang tersebut atau masyarakat akan mengikuti anjuran kita untuk berbuat sesuatu, karena ingin memelihara hubungan baiknya dengan kita. Misal: Pak Lurah membuat jamban karena tidak ingin mengecewakan petugas kesehatan yang sudah dikenalnya dengan baik Jadi bukan karena kesadarannya akan pentingnya jamban tersebut.

7.6.4 Dengan menunjukkan contoh-contoh.

Salah satu sifat manusia ialah ingin meniru Karena itu usahakanlah agar Puskesmas dengan lingkungannya bersih, para petugas nampak bersih, rapi dan ramah. Selain itu, para petugas juga berperilaku sehat. misalnya tidak merokok, tidak meludah disembarang tempat, tidak membuang sampah sembarangan, dan sebagainya. Dibeberapa tempat disediakan tempat sampah agar orang juga tidak membuang sampah sembarangan. Dengan contoh seperti ini biasanya orang akan ikut berbuat yang serupa yaitu berperilaku sehat

7.6.5 Dengan memberikan kemudahan.

Strategi perubahan perilaku dapat dilakukan dengan memberikan kemudahan Misalnya kita ingin agar masyarakat memanfaatkan Puskesmas, maka Puskesmas didekatkan kepada masyarakat, pembayarannya dibuat sedemikian hingga masyarakat.

mampu membayar pelayanannya yang baik dan ramah, tidak usah menunggu lama. dan sebagainya. Semua ini merupakan kemudahan bagi masyarakat, maka diharapkan masyarakat akan tergerak untuk memanfaatkan Puskesmas. Itulah sebabnya mengapa Puskesmas berlokasi dekat dengan masyarakat, ditambah pula dengan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas keliling.

7.6.6 Dengan menanamkan kesadaran dan motivasi

Dalam hal ini individu, kelompok, maupun masyarakat, diberi pengertian yang benar tentang kesehatan. Kemudian ditunjukkan kepada mereka baik secara langsung ataupun tidak langsung, yaitu misalnya melalui film, slide, photo, gambar, atau ceritera, bagaimana bahayanya perilaku yang tidak sehat, dan apa untungnya kalau berperilaku sehat. Hal ini diharapkan akan bisa membangkitkan keinginan mereka untuk berperilaku hidup sehat

Selanjutnya berkali-kali disampaikan ataupun ditunjukkan kepada mereka bahwa telah makin banyak orang yang berperilaku sehat tersebut dan sekaligus ditunjukkan atau disampaikan pula keuntungan-keuntungannya, hingga mereka akan tergerak untuk berperilaku sehat.

7.7 Respon Terhadap Suatu Perubahan

Bagi sebagian individu perubahan dapat dipandang sebagai suatu motivator dalam meningkatkan prestasi atau penghargaan. Tapi kadang-kadang perubahan juga dipandang sebagai sesuatu yang mengancam keberhasilan seseorang dan hilangnya penghargaan yang selama ini didapat. Apakah seseorang memandang perubahan sebagai suatu hal yang penting atau negatif. Umumnya dalam perubahan sering muncul resistensi atau adanya penolakan terhadap perubahan dalam berbagai tingkat dari orang yang mengalami perubahan tersebut. Menolak perubahan atau mempertahankan status quo ketika berusaha melakukan perubahan, bisa saja terjadi. Karena perubahan bisa merupakan sumber stress. Oleh karenanya timbullah perilaku tersebut.

Penolakan sering didasarkan pada ancaman terhadap keamanan dari individu, karena perubahan akan mengubah perilaku yang ada. Jika perubahan menggunakan pendekatan pemecahan masalah maka harus diberitahukan mengenai dampak yang mungkin timbul akibat perubahan. Faktor-faktor yang akan merangsang penolakan terhadap perubahan misalnya, kebiasaan, kepuasaan akan diri sendiri dan ketakutan yang melibatkan ego. Orang-orang biasanya takut berubah karena kurangnya pengetahuan, prasangka yang dihubungkan dengan pengalaman dan paparan dengan orang lain serta ketakutan pada perlunya usaha yang lebih besar untuk menghadapi kesulitan yang lebih tinggi.

Perubahan memang menuntut investasi waktu dan usaha untuk belajar kembali. Bila keperawatan yang sekarang berada pada proses profesionalisasi untuk menjadi sebuah profesi yang mandiri takut atau tidak siap dengan perubahan dan dampak yang mungkin ditimbulkannya, bagaimana profesionalisasi itu akan terjadi. Beberapa contoh ketakutan yang mungkin dialami seseorang dalam suatu perubahan antara lain yaitu takut karena tidak tahu, takut karena kehilangan kemampuan, keterampilan atau keahlian yang terkait dengan pekerjaannya, takut karena kehilangan kepercayaan / kedudukan, takut karena kehilangan imbalan dan takut karena kehilangan penghargaan, dukungan dan perhatian orang lain.

Respon terhadap suatu perubahan akan menghasilkan penerapan diri konsep atau ide terbaru, Menurut Lancaster tahun 1982, proses perubahan memiliki tiga sifat diantaranya perubahan bersifat berkembang , spontan dan di rencanakan.

1. Perubahan bersifat berkembang

Sifat perubahan ini mengikuti dari proses perkembangan yang baik pada individu, kelompok atau masyarakat secara umum , proses perkembangan ini dimulai dari keadaan atau yang paling besar menuju keadaan yang optimal atau matang ,sebagai mana dalam perkembangan manusia sebagai makhluk individu yang memiliki sifat yang selalu berubah dalam tingkat perkembangannya.

2. Perubahan bersifat spontan

Sifat perubahan ini dapat terjadi karena keadaan yang dapat memberikan respon tersendiri terhadap kejadian-kejadian yang bersifat alamiah yang diluar kehendak manusia yang tidak diramalkan atau diprediksi hingga sulit untuk di antisipasi seperti perubahan keadaan alam, tanah longsor banjir dll. Semuanya akan menimbulkan terjadi perubahan baik dalam diri, kelompok atau masyarakat bahkan pada sistem yang mengaturnya.

3. Perubahan bersifat direncanakan

Perubahan bersifat direncanakan ini dilakukan bagi individu, kelompok atau masyarakat yang ingin mengadakan perubahan yang kearah yang lebih maju atau mencapai tingkat perkembangan yang lebih baik dari keadaan yang sebelumnya, sebagaimana perubahan dalam sistem pendidikan keperawatan di Indonesia yang selalu mengadakan perubahan sejalan dengan perkembangan ilmu kedokteran dan sistem pelayanan kesehatan pada umumnya.

7.8 Sepuluh Teori Perubahan Perilaku

Teori tentang Perubahan perilaku telah banyak dikemukakan oleh para ahli perilaku, berikut ini terdapat sepuluh teori yang mengulas tentang proses perubahan perilaku pada manusia ;

7.8.1 Teori *Model Transstheoretical*

Transtheoretical Model adalah perubahan perilaku atas kesiapan individu untuk memiliki tindakan yang lebih sehat, memberikan strategi, atau proses perubahan untuk memandu individu untuk berperilaku sehat melalui tahapan perubahan dan pemeliharaan kesehatan. Model ini menjelaskan bagaimana individu memodifikasi perilaku yang menjadi masalah dan memperoleh perilaku positif. Transtheoretical model adalah model yang fokus pada pembuatan keputusan oleh individu. Asumsi dasar model ini adalah pada dasarnya individu tidak dapat merubah perilaku dalam waktu yang singkat, terutama pada perilaku yang menjadi kebiasaan sehari-hari. Terdapat

lima tahapan menuju perubahan bagi individu: *Pre-contemplation, Contemplation, Preparation, Action, dan Maintenance*.

Model transteoritik merupakan model biopsikososial yang integratif, mengenai perubahan perilaku yang disengaja. Tidak seperti model ataupun teori perilaku lainnya yang eksklusif hanya terfokus pada dimensi tertentu, seperti pengaruh sosial atau biologi. Model ini juga berupaya menyatukan dan mengintegrasikan konstruksi kunci dari beberapa teori menjadi suatu model perubahan perilaku yang komprehensif agar dapat digunakan dalam beragam perilaku, populasi dan keadaan (pengobatan, upaya pencegahan, atau upaya pembuat kebijakan). Model ini adalah suatu perubahan yang disengaja untuk mengambil suatu keputusan dari individu tersebut. Model melibatkan emosi, pengamatan dan perilaku, melibatkan pula suatu kepercayaan diri.

Model ini dikembangkan dari pengalaman dalam pelaksanaan program yang berhubungan dengan perilaku merokok dan pemakaian obat-obatan terlarang. Program ini meneliti perubahan sebagai sesuatu proses dan mengakui bahwa tiap orang memiliki tingkat kesiapan atau motivasi yang berbeda untuk berubah. Transtheoretical model mengemukakan enam tahap (*stage*) terpisah. Melalui tahap-tahap ini, seseorang dapat berubah ke arah perilaku sehat jangka panjang yang positif. Enam tahap tersebut adalah:

1. Pra Kontemplasi (belum menyatakan/ belum siap untuk berubah)
2. Kontemplasi (mempertimbangkan untuk berubah)
3. Persiapan (komitmen yang serius untuk berubah)
4. Aksi (perubahan di mulai)
5. Pemeliharaan (mempertahankan perubahan)

Tahap Perubahan menurut Transtheoretical model

❖ **Pra Perenungan (*Precontemplation*)**

Pada tahap ini seseorang tidak peduli untuk melakukan aksi terhadap masa depan yang dapat diperkirakan. Pengukuran biasanya diukur dalam enam bulan berikutnya. Rasa

ketidakpedulian ini terjadi disebabkan oleh kurang tahunya mengenai konsekuensi suatu perilaku.

❖ **Perenungan (*Contemplation*)**

Pada tahap ini seseorang peduli untuk berubah pada enam bulan berikutnya. Individu lebih peduli dalam kemungkinan perubahan. Akan tetapi, seringkali peduli terhadap konsekuensi secara akut.

❖ **Persiapan (*Preparation*)**

Pada tahap ini seseorang peduli melakukan aksi dengan secepatnya di masa mendatang. Pengukuran dilakukan biasanya pada bulan berikutnya. Seseorang pada tahap ini secara khusus melakukan beberapa aksi yang signifikan pada tahun sebelumnya.

❖ **Aksi (*Action*)**

Tahap dimana seseorang telah melakukan modifikasi spesifik pada gaya hidupnya selama enam bulan terakhir. Pada tahap ini aksi sudah dapat diamati. Dalam transtheoretical model, aksi hanya ada sekali dari lima tahap dan tidak semua modifikasi perilaku disebut aksi.

❖ **Pemeliharaan (*Maintenance*)**

Pada tahap yang terakhir ini seseorang berupaya untuk mencegah munculnya perilaku yang tidak diinginkan. Akan tetapi seringkali seseorang tidak menerapkan proses perubahan aksinya.

Model ini sebelumnya telah diterapkan dalam berbagai masalah perilaku. Berhenti merokok, olahraga, diet rendah lemak, pengujian radon, penyalahgunaan alkohol, mengontrol berat badan, penggunaan kondom untuk perlindungan HIV, perubahan organisasi, penggunaan tabir surya untuk mencegah kanker kulit, penyalahgunaan obat, kepatuhan medis, skrining mamografi, dan manajemen stres. Salah satu contoh yang akan dijelaskan secara rinci adalah berhenti merokok.

1. Pra kontemplasi: Perokok cenderung menghindari membaca, berbicara atau berpikir tentang bahaya rokok.
2. Kontemplasi: Orang tersebut (perokok) sudah mulai mengetahui atau menyadari bahwa perilaku yang ia miliki adalah sebuah masalah dan mulai melihat keuntungan dan kerugian yang bisa ditimbulkan jika ia tetap melakukan perilaku tersebut.
3. Persiapan: Orang tersebut sudah mulai memiliki keinginan untuk melakukan perubahan perilaku dan mungkin ia mulai dari sesuatu yang kecil, seperti perlahan-lahan mengurangi jumlah rokok yang biasanya dihabiskan
4. Aksi: Perokok sudah memulai untuk tidak merokok lagi.
5. Pemeliharaan: Perokok mempertahankan untuk tidak merokok lagi walaupun kadang terdapat godaan.

Aplikasi transtheoretical model juga dapat dilakukan pada program diet seseorang. Dengan tahap-tahapannya adalah:

1. Pra kontemplasi: Awalnya orang yang memiliki bentuk tubuh kurang ideal dan memiliki permasalahan dalam kesehatan tubuh menghindari segala promosi program diet. Bahkan, terkesan tidak percaya dengan segala program diet yang ada.
2. Kontemplasi: Orang tersebut sudah mulai mengetahui atau menyadari bahwa perilaku yang ia miliki adalah sebuah masalah dan mulai melihat keuntungan dan kerugian yang bisa ditimbulkan jika ia tetap melakukan perilaku tersebut.
3. Persiapan: Orang tersebut sudah mulai memiliki keinginan untuk melakukan perubahan perilaku dan mungkin ia mulai dari sesuatu yang kecil, seperti perlahan-lahan membenahi pola makan dan melakukan olahraga meski belum rutin.
4. Aksi: Pemilik tubuh yang kurang ideal sudah memulai untuk mengatur pola makan dan melakukan olahraga rutin.
5. Pemeliharaan: Orang tersebut mempertahankan untuk tetap mengatur pola makan yang baik dan olahraga ketat, bahkan mungkin sampai menghitung kadar kandungan yang ada di tiap makanan

7.8.2 Teori S-O-R

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

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

7.8.3 Teori Perubahan “*Driving Forces*”

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

1. Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.
2. Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini akan terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut.
3. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku

7.8.4 Teori Perubahan Fungsi

Perubahan perilaku terjadi karena adanya kebutuhan. Oleh sebab itu stimulus atau obyek perilaku harus sesuai dengan kebutuhan orang (subyek). Prinsip teori fungsi:

- 1) Perilaku merupakan fungsi instrumental (memenuhi kebutuhan subyek)
- 2) Perilaku merupakan pSertahanan diri dalam menghadapi lingkungan (bila hujan, panas)
- 3) Perilaku sebagai penerima obyek dan pemberi arti obyek (respons terhadap gejala sosial)
- 4) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dalam menjawab situasi. (marah, senang)

7.8.5 Teori Perubahan *Dissonance*

Perilaku seseorang pada saat tertentu karena adanya keseimbangan antara sebab atau alasan dan akibat atau keputusan yang diambil (*conssonance*). Apabila terjadi stimulus dari luar yang lebih kuat, maka dalam diri orang tersebut akan terjadi ketidak seimbangan (*dissonance*). Kalau akhirnya stilmulus tersebut direspons positif (menerima dan melakukannya) maka berarti terjadi perilaku baru (hasil perubahan), dan akhirnya kembali terjadi keseimbangan lagi (*conssonance*).

Rumus perubahan perilaku menurut Festinger: terjadinya perubahan perilaku karena adanya perbedaan elemen kognitif yang seimbang dengan elemen tidak seimbang. Contoh: Seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya terjadi karena ketidak seimbangan antara keuntungan dan kerugian stimulus (anjanan perikasa hamil).

7.8.6 Teori Lewin

Lewin mengatakan ada tiga tahap dalam sebuah perubahan, yaitu:

- a. Tahap *Unfreezing*
Masalah biasanya muncul akibat adanya ketidakseimbangan dalam sistem.
- b. Tahap *Moving*
Pada tahap ini perawat berusaha mengumpulkan informasi dan mencari dukungan dari orang-orang yang dapat membantu memecahkan masalah.
- c. Tahap *Refreezing*
Setelah memiliki dukungan dan alternatif pemecahan masalah perubahan diintegrasikan dan distabilkan sebagai bagian dari sistem nilai yang dianut. Tugas perawat sebagai agen berubah berusaha mengatasi orang-orang yang masih menghambat perubahan.

7.8.7 Teori Lippitt

Teori ini merupakan pengembangan dari teori Lewin. Lippitt mengungkapkan tujuh hal yang harus diperhatikan seorang manajer dalam sebuah perubahan yaitu :

- a. Mendiagnosis masalah
- b. Mengkaji motivasi dan kemampuan untuk berubah
- c. Mengkaji motivasi dan sumber-sumber agen
- d. Menyeleksi objektif akhir perubahan

- e. Memilih peran yang sesuai untuk agen berubah
- f. Mempertahankan perubahan
- g. Mengakhiri hubungan saling membantu

7.8.8. Teori Rogers

Teori Rogers tergantung pada lima faktor yaitu :

- a. Perubahan harus mempunyai keuntungan yang berhubungan
- b. Perubahan harus sesuai dengan nilai-nilai yang ada
- c. Kompleksitas
- d. Dapat dibagi
- e. Dapat dikomunikasikan

7.8.9 Teori Havelock

Teori ini merupakan modifikasi dari teori Lewin dengan menekankan perencanaan yang akan mempengaruhi perubahan. Enam tahap sebagai perubahan menurut Havelock.

- a. Membangun suatu hubungan
- b. Mendiagnosis masalah
- c. Mendapatkan sumber-sumber yang berhubungan
- d. Memilih jalan keluar
- e. Meningkatkan penerimaan
- f. Stabilisasi dan perbaikan diri sendiri

7.8.10 Teori Spradley

Spradley menegaskan bahwa perubahan terencana harus secara konstan dipantau untuk mengembangkan hubungan yang bermanfaat antara agen berubah dan sistem berubah. Berikut adalah langkah dasar dari model Spradley

- a. Mengenali gejala
- b. Mendiagnosis masalah

- c. Menganalisa jalan keluar
- d. Memilih perubahan
- e. Merencanakan perubahan
- f. Melaksanakan perubahan
- g. Mengevaluasi perubahan
- h. Menstabilkan perubahan

DAFTAR PUSTAKA

- Abigail A. Gerding, 2006. Collective Efficacy: A Community Level Health Promotion and Prevention Strategy. Copyright © The Forum on Public Policy. All Rights Reserved.
- Adams, G. R., & Gullota. T. (1983). Adolescent Life Experiences. New York: Brooks/ Brooks/Cole; Pacific Groves, CA., (1st. Ed., 1983; 2nd.Ed., 1989, 3rd. Ed., 1993) Cloe Publishing Company. www.uoguelph.ca/~gadams/adamsweb/cvpublic.html (sitasi: 2 Juli 2013).
- A.Heaney Catherine and Barbara A. Israel, 2008). Health Behavior and health education. Theory Research
- A.H. Eagly and S. Chaiken. 1993. The Psychology of Attitude. Fort Worth, TX: Harcourt Brace
- Albert Bandura. 1986. Social foundations thought and action a social cognitive and theory practice. New Jersey: Hall inc
- Aiken, Le•wis R. (2002). Psychological Testing and Assesment. Boston: Allyn and Bacon.
- Ajzen,I. and Fishbein,M. (1980) Efficacy of the theory of Planned Behaviour: A Meta analysis review in : British Journal Of Social Psychology, Vol 40, pp. 471-499, 2011. Great Britian: The British psychological society.
- Ajzen,I. and Fishbein,M. (2000) Eliciting Salient Beliefs and Research on the theory of Planned Behaviour: The effect of questions wording. <http://www.medschl.cam.ac.uk/gpperu/userfiles/ProjectsDocts/BSG/eliciting.pdf> (sitasi 20 juni 2013).
- Ajzen,I. and Fishbein,M. (1988) Attitudes, Personality and Behaviour. Milton-Keynes,England : open University Press & Chicago, IL.Dorsey press.

- Alexander, Lisa T, 2011. Cultural Collective Efficacy, Social Capital and Placed-Based Lawmaking: Revisiting the People Versus Place Debate.<http://ssrn.com/abstract=1920364>
- Andi Asri Etika Kesehatan masyarakat, (2012)
- Ari W, 2005. Gaya Hidup dan Gaya Hidup Sehat, Tantangan promosi kesehatan di Indonesia. Depkes RI, Pusat Promosi Kesehatan. copyrgth@2002-mailto:webmaster@promokes.go.idlast up date: 21 september 2005
- Arie W. Dari Pendidikan Kesehatan ke Promosi Kesehatan. Interaksi 2004; VI (XVII):4
- Antono S, Nicholas J Ford,Zahroh S., 2006 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja di jawa tengah (On-Line) http://journal.iii.ac.id/detil_artikel/ diakses tanggal 8 oktober 2011)
- Ari W, 2005. Gaya Hidup dan Gaya Hidup Sehat, Tantangan promosi kesehatan di Indonesia. Depkes RI, Pusat Promosi Kesehatan. copyrgth@2002-mailto:webmaster@promokes.go.idlast up date: 21 september 2005
- Atkinson. R.L, Atkinson. R. C & Hilgard. E. S. (alih bahasa Taufiq. N & Barhana.
- Azward, 2005, Perilaku kesehatan Masyarakat, Rineka Cipta Jakarta
- Azwar, Asrul. 1992. Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan . Mutiara 4 Jakarta.
- Azwar, Saifuddi Sikap Manusia; Teori dan Pengukurannya. (Yogyakarta : Penerbit Fakultas Hukum UII. 1997)
- Bandura, Albert, 1991. Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizationl Behavior and Human Decision Processes* 50, 248-287
- Bandura, Albert, 1993. Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-48
- Bandura, Albert, 1994. In: Ramachaudran V, Editor: *Encyclopedia of Human Behavior* New York. Vol. 4 PP 71-81

- Bandura, Albert. (1989) Human Agency in Social Cognitive Theory, *American Psychologist*, vol. 44, p. 1175-1184
- Basis Susilo (2008) *Metode Penelitian Sosial* Gramedia Pustaka Utama.
- Bertens, K. 2000. *Etika*. Seri Filsafat Atma Jaya: 15. Jakarta: Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.
- Bertens, K., "Etika", PT Gramedia Utama, Jakarta, 2001.
- Blum HL. *Planning for Health; Development Application of Social Change Theory*. , New York: Human Science Press, 1972. p.3.
- Sunanti Z. Soejoeti (2005) *Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam konteks sosial budaya*, Jakarta
- Chanson Hubert. 2007. *Research Quality, Publications and Impact in Civil Engineering into the 21st Century*. Publish or Perish, Commercial versus Open Access, Internet versus Libraries ?. Ottawa: *Canadian Journal of Civil Engineering*, NRC, Vol. 34, No. 8, pp. 946-951 (DOI:10.1169/L07-027)
- Chrisdiono M. Achadiat, *Dinamika Etika & hukum Kedokteran Dalam Tantangan Zaman*, (Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2007),
- Dahar, Ratna Wilis. *Teori – teori Belajar*. (Jakarta. Erlangga. 1989)
- Davies Maggie and Wendy Macdowall, 2006. *Health Promotion Theory*. Copyright © London School of Hygiene & Tropical Medicine 2006
- David V. McQueen see also: *Behavior, Health-Related; Health Belief Model; PRECEDE -PROCEED Model; Psychology, Health; Self- Care Behavior; Social Determinants*
- Denhardt, Kathryn G. 1988. *The ethics of Public Service*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dewan Organisasi Ilmu-ilmu Kedokteran Internasional (2003) *Pedoman Etik Internasional Untuk Penelitian Biomedis Yang Melibatkan Subyek Manusia*
- Departemen Kesehatan RI, 1998 *Paradigma Sehat, Pola Hidup Sehat, dan Kaidah Sehat*. Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat.
- Eagly AH & Chaiken S (1993) ; Many of the Heuristics above are based on the Heuristic-Systematic Model.

- Fieldman (1995) ; social Psychology New Jersey ; Prentice Hall.
- Foster, Anderson, ((1978), Medical Antropology. McGraw-Hill Companies, 1978
- Gagne, Robert M., dan Leslie J. Briggs, 1974. Principles of Instructional Design.
New York : Holt, Rinehart and Winston, Inc
- Glanz, Karen; Barbara K. Rimer; K.Viswanath, (2008). Health Behavior and Health Education.4Th Edition, 989Market Street, San Francisco, CA 94103-1741
- Guwandi (I), 208 Tanya Jawab Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent). (Jakarta : FKUI, 1994).
- Guwandi (II), Rahasia Medis, (Jakarta : Penerbit Fakultas Kedokteran UI, 2005).
- Hanafiah, J., Amri amir (2009) Etika Kedokteran dan Hukum\ Kesehatan (4th ed). Jakarta: EGC.
- Hartono, Budiman., Salim Darminto. 2011. Modul Blok 1 Who Am I? Bioetika, Humaiora dan Profesoinalisme dalam Profesi Dokter. Jakarta: UKRIDA.
- Hattie, J. (2009). Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement. New York, NY: Taylor & Francis.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003).Applied statistics for the behavioral sciences (5th ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin.
<http://keperawatankomunitas.blogspot.co.id/2009/09/konsep-perilaku-dan-perubahan-perilaku.html> <http://kesmas-ode.blogspot.co.id/2012/11/teori-perubahan-perilaku.html>
- <http://kesmas-ode.blogspot.co.id/2012/10/makalah-perubahan-perilaku.html>
- Jusuf Hanafiah, Amri Amir, Etika kedokteran dan Hukum Kesehatan, (Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1999).
- J. Guwandi. 2010) Sekitar gugatan malpraktik medik . Balai Penerbit, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, 2010.

- Irwan (2014) ; Model perilaku beresiko HIV dan AIDS pada remaja di Provinsi Gorontalo, Universitas Airlangga Surabaya.
- Irwan (2017) ; Epidemiologi Penyakit Menular, Absolute Media, Yogyakarta.
- Kasmir, "Etika Customer Service, PT Radja Grafindo, Jakarta, 2005.
- Kattsoff, Louis O., "Pengantar Filsafat", Penerbit Tiara Wacana, Yogyakarta, 1996.
- Kirana, Andi, "Etika Manajemen", Penerbit Andi, Yogyakarta, 1997.
- Khine, M. S., & Afari, E. (2014). Psychometric properties of an inventory to determine the factors that affect students' attitudes toward Mathematics. *Psychology, Society, & Education*, 6(1), 1-15.
- L. Alfred L McAlister ; Cheryl L. Perry; Guy S. Parcel. 2008. *Social Cognitive Theory*. San Francisco
- Lancaster, J. (1999). *Nursing Issues. in Leading and Managing Change*. St.Louis: Mosby.
- Maftuhah Nurbeti, dkk (2012); Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Kompetensi Dokter Umum, Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.nth Reportee
- Majelis Wali Amanat Universitas Indonesia No.: 007/TAP/MWA-UI/2005 Tentang Etika Penelitian Bagi Setiap Anggota Sivitas Akademika Universitas Indonesia
- Mechanic, D. (1995). "Sociological Dimensions of Illness Behavior." *Social Science and Medicine* 41:1207–1216.
- Mimin Emi Suhaemi, 2004. *Etika Keperawatan Aplikasi pada Praktik*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nizar Zainal Abidin. Laporan Penelitian Pengobatan Tradisional Daerah Bandung. Disajikan pada Lokakarya II tentang Penelitian Pengobatan Tradisional. Ciawi, 22-24 Februari 1993.
- Ngatimin, HM.Rusli (2000); Dari Nilai Budaya Bugis di Sulawesi Selatan.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta

- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010. Promosi Kesehatan, teori dan aplikasi, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo.2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat ; Prinsip-prinsip Dasar. Jakarta : Rineka Cipta.
- Ogden, et All. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Jama* 295:1549-55.
- Palestin Bondan. Prinsip-Prinsip Etika Penelitian Ilmiah. [18 Oktober 2006]
- Priyanti Pakan, MF.Hatta Swasono. Antropologi Kesehatan. Jakarta: Percetakan Universitas Indonesia, 1986.
- Poernomo Bambang. Pendekatan Norma Dan Sanksi Hukum Terhadap Pelanggaran Etika Penelitian. [10 Maret 2004]
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Poedjawiyatna, IR., "Pembimbing Ke Arah Alam Filsafat", PT. Pembangunan, Jakarta, 1983.
- Ruslan, Rosadi, "Etika Kehumasan", Radja Grafindo, Jakarta, 2001.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rudi Salan. *Interface Psikiatri Antropologi*. Suatu kajian hubungan antara Psikiatri dan Antropologi dalam konteks perubahan sosial. Disampaikan dalam Seminar Perilaku dan Penyakit dalam Konteks Perubahan Sosial.
- Suyanto, Bagong dan Sutinah. 2008. *Metode Penelitian Sosial: Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta: Kencana
- Sunarto, Adiwibowo (2009), *Hukum Kontrak Terapeutik di Indonesia*, Pustaka. Bangsa Press, Medan.
- Suriasumantri, Jujun S., "Ilmu Dalam Perspektif", Yayasan Obor Indonesia, Jakarta, 1999.
- Solita Sarwono. *Sosiologi Kesehatan: beberapa konsep beserta aplikasinya*. Gajah Mada University Press. Cet. pertama, 1993. hal. 31-36.
- Soejoeti, Sunanti Z, (2009) *Konsep Sehat. Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial Budaya*

- Spradley, James P., and Phillips, Mark (1972) Culture and Stress: a Qualitative Analysis. *American Anthropologist* 74(3):518-529.
- Ratna Suprpti Samil, *Etika Kedokteran Indonesia*, (Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo, 2001).
- Ritohardoyo, Su. “2006. Sosial Kesehatan untuk Kependudukan Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Taylor & Renpenning, 2011) *Self care science Nursing Theory and Evidence Based practice*.
- Twaddle, A. (1969). “Health Decisions and Sick Role Variations: An Exploration.” *Journal of Health and Social Behavior* 10:105–114.
- Universitas Islam Negeri Alauddin. *Konsep Sehat dan Sakit*. [http4@@www.uin-alauddin.ac.id/artikel-konsep-sehat-dan-sakit.html](http://www.uin-alauddin.ac.id/artikel-konsep-sehat-dan-sakit.html).
- Veronica Komalawati (I), *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan Dalam Hubungan Dokter dan Pasien) Suatu Tinjauan Yuridis*, (Bandung : Citra Aditya Bakti,2002), hal 105.
- WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*,1986.

INDEKS

A

Administrasi
Action
Agent
Altruisme
Adaptif
Aktivitas
Alkohol
Anotomis
Anemia
Anteseden
Anonymous
Antropologis
Asclepius

B

Bandura
Bayi
Bekembang
Beliefs
Biopsi
Budaya
Behavior
Bibit penyakit
Biologi
Biostatistik
Bioetik
Biopsikosial

C

cacat
Cacar
Control
Contemplation

D

Disease
Derajat
Diet
Dokter
Determinan
Dehidrasi
Deskriptif

E

Ego
Ekonomi
Epidemiologi
Environment
Emosional
Ekstrinsik
Eksklusif
Etnika
Etiologi

F

Faal
Faktor

Fisik
Frekwensi

G

Genetika
Gejala
Gizi
Global

H

Herediter
Hipertensi
HIV
Hemofilia
Host

I

Imunisasi
Imbalan
Indoneisa
Inkubasi
Intelektual
Institusional
Informasi
Intervens
intensii
Ilmu
Individu
Intrinsik
Integratif
Imunitas

J

Jantung
Jasmani
jiwa

K

karier
Kesehatan
Kecacatan
Kekuatan
Kesadaran
Keyainan
Kelompok
Kuratif
Kusta
Kontak
Konsorsium
Kontemplasi
Konsekwensi
Komponen
Konatif
Konsep
Kronis

L

Lingkungan

M

Malaria
Makanan
Masyarakat

Istirahat

Mental

222 | ETIKA DAN PERILAKU KESEHATAN

Medikolegal
Mencret
Mendiagnosis
Menganalisis
Merencanakan
Mengevaluasi
Menstabilkan
Memilih
Mengkaji
Merokok
Model
Moving

N

Nyeri
Nilai
Norma
Negatif

O

Organisme
Oralit
Olah raga

P

Penyakit
Penelitian
Pelayanan
Pemakai
Penyembuhan
Perawatan
Perawat

Perubahan
Paradiqma
Parietas
Patofisiologis
Pelayanan
Peralinan
Pemeliharaan
perenungan
penularan
Persepsi
Person
Pluralistik
Preventif
Preparation
Prediktor
Precontemplation
Pra perenungan
Promotif
Profesi
Posyandu
Program
Psikologi
Puskesmas

R

Ransangan
Ras
Rehabilitatif
Reflacement
Reduction
Refinement
Respon

Rohani

Rokok

S

Sehat

Sembuh

Sanitasi

Seks

Siklus

Sistem

Skema

Sosiologi

Sosiokultural

Sosial

Stress

Strain

Suku

Simbol

Sistem

Skrining

Stimulus

Subyektif

Struktural

Stovia

T

Tahap

Teori

Tekhnologi

Trias

U

Undang-undang

Universa

Ulkus

V

Variola

Virus

Vitamin

Ventilasi

W

Winslow

WHO

Z

Zaman

GLOSARIUM

Preventif	: Pencegahan
Kuratif	: Mengobati
Promotif	: Promosi Kesehatan
KLB	: Kejadian luar Biasa terhadap penyakit menular
Paradiqma	: Strategi pendekatan
Leprophobia	: Phobia dengan rasa takut pada penderita kusta
Praktisi medis	: Petugas kesehatan dalam disiplin ilmu medis dan paramedis
Trias Epidemiologi	: Tiga sudut pandang epidemiologi
Virulensi	: Kemampuan organisme menyebabkan penyakit.
Toksisitas	: Tingkat merusaknya suatu zat jika dipaparkan terhadap organisme.
Reservoir	: Pembawa bibit penyakit
Epidemi	: Berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka
Patogenesis	: Proses dimana mekanisme infeksi dan mekanisme perkembangan suatu penyakit
Patogen oportunistik	: Bakteri yang berkemampuan sebagai patogen ketika mekanisme pertahanan inang diperlemah

<i>Kronis</i>	: Merupakan durasi waktu perjalanan suatu penyakit baik terjadi secara tiba-tiba ataupun sudah terjadi dalam waktu yang lama.
<i>Carrier</i>	: Orang yang menjadi sumber penularan penyakit walaupun tampak sehat.
<i>Infeksi</i>	: Invasi inang oleh mikroba yang memperbanyak dan berasosiasi dengan jaringan inang
<i>Determinan Penyakit</i>	: Setiap faktor atau variabel yang dapat mempengaruhi frekuensi yang penyakit terjadi pada populasi
<i>Infektivitas</i>	: Ukuran kemampuan suatu agen penyakit untuk membangun dirinya dalam host.

BIOGRAFI PENULIS



Dr. Irwan S.KM, M.Kes Lahir di Sorong, 7 Agustus 1972. Ia menempuh pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, jurusan kesehatan Lingkungan. Di kampus yang sama, ia melanjutkan pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat jurusan Epidemiologi tahun 2010. Pendidikan S3nya

ia tempuh di UNAIR, Fakultas Kesehatan Masyarakat jurusan Epidemiologi tahun 2014.

Dari pernikahannya dengan Drg. Deliyana Katili, ia dikaruniai dua orang putra dan dua putri yang cantik-cantik, anak yang pertama bernama Tasya Nur Sahadah Ramadhani Irwan, yang kedua bernama Muhammad Irsyadi Diwansyah Irwan, yang ketiga bernama Muhammad Ishad Nur Risky Irwan, dan yang keempat bernama Aisyah Aulia Apriliyani Irwan.

Putra dari pasangan H. Syarifuddin dan Nur Aeba ini kemudian mengabdikan ilmu yang telah diperolehnya di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Gorontalo. Di sela-sela sebagai dosen, ia menulis beberapa tulisan ilmiah. Salah satu tulisan yang kini sudah diterbitkan berjudul “Konsep Epidemiologi Penyakit Menular”. Beberapa karya-karyanya yang lain akan menyusul.

Bersama dengan istrinya dan empat anaknya, sekarang ia tinggal di Perumahan Taman Indah C.9 Jl.Taman hiburan Kota Gorontalo. Ia bisa dihubungi lewat email: irwandel@yahoo.com.