

BUKU AJAR

SOSIOLOGI KESEHATAN

Sasni Triana Putri



Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang Bogor Barat
Phone :0251-8327396
Mobile : 0852-1670-1658/0812-9581-9088
Email : wijayahusada@gmail.com
Website : www.wijayahusada.com

[Type the company address]

PERILAKU SEHAT

A. PENGERTIAN PERILAKU

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing.

Jadi kesimpulannya perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner (1938) seorang ahli psikologis, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

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

1. Perilaku tertutup (covert behavior)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup, misalnya ibu hamil tahu pentingnya pemeriksaan kehamilan.

2. Perilaku terbuka (overt behavior)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata, misalnya seorang ibu memeriksakan kehamilannya.

B. PERILAKU KESEHATAN

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (health maintenance)

Usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 aspek :

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bila telah sembuh dari penyakit
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sakit.
- c. Perilaku gizi (makanan dan minuman)

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan

Upaya seseorang pada saat menderita dan atau kecelakaan. Dimulai dari pengobatan sendiri sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Becker, 1979 membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan, diantaranya :

a. Perilaku hidup sehat

Kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku ini mencakup :

1. Menu seimbang
2. Olahraga teratur
3. Tidak merokok
4. Tidak meminum-minuman keras dan narkoba
5. Istirahat yang cukup
6. Mengendalikan stress
7. Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan.

b. Perilaku sakit

Respon seseorang terhadap sakit dan penyakit. Persepsinya terhadap sakit pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit dsb.

c. Perilaku peran sakit

Perilaku ini mencakup :

1. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
2. Mengenal atau mengetahui fasilitas atau sasaran pelayanan penyembuhan penyakit yang layak.
3. Mengetahui hak, misalnya memperoleh perawatan

C. DOMAIN PERILAKU

Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni :

1. Faktor internal

Karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat bawaan, yaitu :

- a. Kecerdasan
- b. Tingkat emosional
- c. Jenis kelamin

2. Faktor eksternal

Lingkungan baik fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan politik

Benyamin Bloom (1908), perilaku dibagi kedalam 3 dominan, yakni :

1. Kognitif
2. Afektif
3. Psikomotor

Teori Bloom untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni :

1. Pengetahuan

Domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, ialah :

a. Proses adopsi perilaku

- Awareness
- Interest
- Evaluation
- Trial
- Adoption

b. Tingkatan pengetahuan

- Tahu
- Memahami
- Aplikasi
- Analisis
- Sintesis
- Evaluasi

2. Sikap

Adalah respon tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Proses terbentuknya sikap dan reaksi, yaitu :

a. Komponen pokok sikap

Menurut Allport (1954), ialah :

1. Kepercayaan ide, dan konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak

- b. Berbagai tingkatan sifat
 - Menerima (receiving)
 - Merespon (responding)
 - Menghargai (valuing)
 - Bertanggungjawab (responsible)
- c. Praktek atau tindakan (practice)

Mempunyai beberapa tingkatan :

1. Persepsi (perception)
2. Respon terpimpin (guid response)
3. Mekanisme (mechanism)
4. Adopsi (adoption)

D. PERUBAHAN (ADOPSI) PERILAKU ATAU INDIKATORNYA

Proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relative lama. Teori perubahan ada 3 tahap :

1. Pengetahuan

Dikelompokan menjadi :

 - a. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit
 - b. Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan
 - c. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan

2. Sikap

Dikelompokan menjadi :

 - a. Sikap terhadap sakit dan penyakit
 - b. Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat
 - c. Sikap terhadap kesehatan lingkungan

3. Praktek Dan Tindakan

Indikatornya yakni :

 - a. Tindakan (praktek) sehubungan dengan penyakit
 - b. Tindakan (praktek) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan
 - c. Tindakan (praktek) kesehatan lingkungan

E. ASPEK SOSIO-PSIKOLOGI PERILAKU

Faktor sosio psikologi berasal dari individu itu sendiri (internal). Yaitu :

- Susunan saraf pusat
- Persepsi : pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, penciuman.
- Motivasi : dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu.
- Emosi

F. DETERMINAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek , yaitu aspek fisik, psikis, dan sosial

Asumsi determinan perilaku manusia adalah :

1. Teori Lawrence Green

Kesehatan seseorang ditentukan oleh 2 faktor :

- Faktor perilaku (behavior causes)

Perilaku terbentuk dari 3 faktor :

a. Faktor predisposisi

Yang terwujud dalam pengetahuan, sikap kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai.

b. Faktor pendukung

Yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana kesehatan misalnya, puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban.

c. Faktor pendorong

Yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$\mathbf{B = f (PF, EF, RF)}$$

Keterangan :

B = behavior

PF = predisposing factor

EF = enebing factor

RF = reinforcing factor

f = fungsi

Contoh :

1. Predisposing Factor

Seseorang yang tidak mau mengimunisasikan anaknya diposyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya.

2. Enabling factor

Karena rumahnya jauh dari posyandu atau puskesmas setempat mengimunisasi anaknya.

3. Reinforcing Factor

Para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain di sekitar tidak pernah mengimunisasi anaknya.

- Faktor diluar perilaku (non behavior causes).

2. Teori Snehandu B, Kar Kar

Perilaku itu merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang sehubungan dengan kesehatan (behavior intention).
- b. Dukungan sosial dari masyarakat (social-support).
- c. Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (accessibility of information).
- d. Otonomi pribadi (personal autonomy).
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (action situation)

Dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(BI, SS, AI, PA, AS)$$

Keterangannya :

B = behavior

f = fungsi

BI = behavior intention

SS = social support

AI = accessibility of information

PA = personal autonomy

AS = action situation

Contoh :

- Behavior intention

Seorang ibu yang tidak mau ikut KB, mungkin karena ia tidak ada minat dan niat terhadap KB

- Social support

Karena tidak ada dukungan dari masyarakat sekitar

- Accessibility of information

Tidak memperoleh informasi yang kuat tentang KB.

- Personal autonomy

Ia tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan misalnya harus tunduk kepada suaminya, mertuanya, atau orang lain yang ia segani

- Action situation

Karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya alasan kesehatan.

3. Teori WHO

Seseorang berperilaku tertentu karena adanya 4 alasan pokok, yaitu :

1. Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu.
2. Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain.
3. Banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
4. Nilai

Pemikiran dan perasaan di bentuk oleh :

- Pengetahuan

Diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain. Contoh , seorang anak memperoleh pengetahuan bahwa api itu panas setelah memperoleh pengetahuan bahwa api itu panas setelah memperoleh pengalaman, tangan atau kakinya terkena api.

- Kepercayaan

Berdasarkan keyakinan tanpa pembuktian terlebih dahulu. Contoh wanita hamil tidak boleh makan telur agar tidak kesulitan waktu melahirkan.

- Sikap

Diperoleh dari diri sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan yang nyata.

Nilai

Di dalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

- a. Orang penting sebagai referensi

Contoh, untuk anak-anak sekolah gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka.

- b. Sumber-sumber daya

Sumber daya disini mencakup fasilitas uang, waktu, tenaga. Misalnya, pelayanan puskesmas dapat berpengaruh positif terhadap perilaku.

- c. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (way of life) yang pada umumnya disebut kebudayaan.

Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan, dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini. Misalnya alasan masyarakat tidak mau berobat ke puskesmas. Mungkin karena tidak percaya terhadap puskesmas, mungkin takut pada dokternya, mungkin tidak tahu fungsinya puskesmas.

Secara sederhana dapat diilustrasikan sebagai berikut :

$$B = f (TF, PR, R, C)$$

Keterangan :

B = behavior

f = fungsi

TF = thoughts and feeling

PR = personal reference

R = resources

C = cultural

Contoh :

Seseorang yang tidak mau membuat jamban keluarga, atau tidak mau buang air besar di jamban, mungkin Karena ia mempunyai pemikiran dan perasaan yang tidak enak kalau buang air besar di jamban (thoughts and feeling). Atau barangkali karena tokoh idolanya juga tidak membuat jamban keluarga sehingga tidak ada orang yang menjadi referensinya (personal reference). Factor lain juga mungkin karena langkah sumber-sumber yang diperlukan atau tidak mempunyai biaya untuk membuat jamban keluarga (resources). Factor lain karena kebudayaan (cultural), bahwa jamban keluarga belum merupakan budaya masyarakat.

G. TEORI PERUBAHAN PERILAKU

Health Belief Model

Model ini didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini tuberculosis. Health Belief Model didasarkan atas 3 faktor :

- Kesiapan Individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil resiko kesehatan.
- Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku.

- Perilaku itu sendiri.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan.

H. KONSEP PERILAKU

- 1) Skinner (1938) mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang dan respon. Ia membedakan adanya 2 respon, yakni :

- a. Respondent Respon atau Reflexive Respon

Adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan seperti ini disebut eliciting stimuli karena menimbulkan respon-respon yang relative tetap. Misalnya makanan lezat menimbulkan air liur, cahaya kuat menimbulkan mata tertutup. Respondent Respon mencakup :

- Emotional respons

Timbul karena ada hal yang kurang menyenangkan organisme bersangkutan. Misalnya, menangis karena sedih atau sakit, muka merah (tekanan darah meningkat karena marah).

- Emosi respon

Timbul karena hal yang menyenangkan. Misalnya, tertawa, bejingkat-jingkat karena senang.

- b. Operant Respons atau Instrumental Respon

Adalah respon yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Perangsang ini disebut reinforcing stimuli atau reinforce karena perangsang tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan oleh organisme. Misalnya, seorang anak telah melakukan sesuatu perbuatan kemudian memperoleh hadiah maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut.

- Respon pertama (respondent respon atau respondent behavior)

Sangat terbatas keberadaannya karena hubungan yang pasti antar stimulus dan respon kemungkinan untuk memodifikasi adalah sangat kecil.

- Respon kedua (Operant respons)

Bagian terbesar dari perilaku manusia dan kemungkinan untuk memodifikasi sangat besar bahkan dapat dikatakan tidak terbatas.

Fokus teori Skinner adalah pada respon atau jenis perilaku yang kedua ini.

1. Prosedur Pembentukan Perilaku

Prosedur pembentukan perilaku menurut skinner adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau reinforce berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi perilaku yang akan dibentuk.
- b. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- c. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi reinforce.
- d. Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Sebagai ilustrasi, misalnya dikehendaki agar anak mempunyai kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur. Untuk berperilaku seperti ini maka anak tersebut harus :
 1. Pergi ke kamar mandi sebelum tidur
 2. Mengambil sikat dan odol
 3. Mengambil air dan berkumur
 4. Melaksanakan menggosok gigi
 5. Menyimpan sikat gigi dan odol
 6. Pergi ke kamar tidur

Kalau dapat diidentifikasi hadiah-hadiah(tidak berupa uang) bagi masing-masing komponen perilaku tersebut maka akan dapat dilakukan pembentukan kebiasaan tersebut.

Konsep-konsep behavior control, behavior teeraphy dan behavior modification yang dewasa ini berkembang adalah bersumber pada teori ini.

2. Bentuk perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respon ini berbentuk dua macam, yakni :

a. Bentuk pasif

Adalah respon internal yaitu yang terjadi didalam diri manusia dan tiddak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Contoh lain seorang yang menganjurkan orang lain untuk mengikuti KB meskipun ia sendiri tidak ikut KB. Dari contoh tersebut dapat dikatakan bahwa perilaku itu masih terselubung.

b. Bentuk Aktif

Yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi langsung. Misalnya orang yang telah mengikuti KB dalam arti sudah menjadi akseptor KB.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung.

3. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan mencakup :

a. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit. Perilaku terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni :

- Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (health promotion behavior). Misalnya, makan makanan yang bergizi, olah raga.
- Pencegahan penyakit (health prevention behavior). Misalnya tidur memakai kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk malaria, imunisasi. Termasuk perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
- Pencarian pengobatan (health seeking behavior). Misalnya usaha-usaha mengobati penyakitnya sendiri atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantra, dokter praktek).
- Pemulihan kesehatan (health rehabilitation behavior). Misalnya melakukan diet, mematuhi anjuran-anjuran dokter.

b. Perilaku terhadap system pelayanan kesehatan.

Respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatannya, yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan.

c. Perilaku terhadap makanan(nutrition behavior)

Respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktek kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung didalamnya (zat gizi), pengelolaan makanan sehubungan kebutuhan tubuh kita.

d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (environmental health behavior)

Adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini seluas lingkup kesehatan itu sendiri. Perilaku ini antara lain mencakup :

- Perilaku sehubungan air bersih termasuk didalamnya komponen, manfaat, dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
- Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor, yang menyangkut segi-segi hygiene, pemeliharaan teknik, dan penggunaannya.
- Perilaku sehubungan dengan limbah, baik limbah padat maupun limbah cair.
- Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat, yang meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai.
- Perilaku sehubungan dengan pembersihan sarang-sarang nyamuk (vector).

2) Menurut Ensiklopedia Amerika

Perilaku diartikan sebagai suatu aksi atau reaksi organisme terhadap lingkungannya. Reaksi terjadi ketika ada suatu rangsangan.

3) Robert Kwick (1974)

Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Perilaku dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi 2 :

▪ Faktor intern

Mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar.

▪ Faktor ekstern

Mencakup lingkungan sekitar, fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan.

2.2 PERILAKU SEHAT DAN PERILAKU SAKIT

Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan.

Perilaku sehat diartikan sebagai tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjaan 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 bersifat subjektif.

Persepsi masyarakat tentang sehat sakit sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu disamping unsur sosial budaya.

Berikut beberapa pengertian yang berkaitan dengan perilaku sehat dan perilaku sakit :

1. Perilaku kesehatan

Hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau dengan kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi.

2. Perilaku sakit (illness behavior)

Segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seorang individu yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk disini kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.

3. Perilaku Peran Sakit (the sick role behavior)

Segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan / kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain terutama kepada anak-anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggungjawabnya terhadap kesehatannya.

Saparinah Sadli (1982) menggambarkan individu dengan lingkungan sosial yang saling mempengaruhi didalam suatu diagram. Keterangan :

- a. Perilaku kesehatan individu, sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan lingkungan.
- b. Lingkungan keluarga, kebiasaan-kebiasaan tiap anggota keluarga mengenai kesehatan.
- c. Lingkungan terbatas, tradisi adat istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan
- d. Lingkungan umum, kebijakan-kebijakan pemerintah dibidang kesehatan, undang-undang kesehatan, program-program kesehatan.

Kosa dan Robertson mengatakan bahwa perilaku kesehatan cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan dan kurang berdasarkan pengetahuan biologi. Ada 4 klasifikasi kepercayaan orang terhadap kesehatan :

1. Adanya suatu penilaian dari orang yang bersangkutan terhadap suatu gangguan atau ancaman kesehatan. Mereka akan menilai dengan kriteria subjektif.

2. Timbulnya kecemasan karena adanya persepsi terhadap gangguan tersebut. Dari kecemasan itu akan menimbulkan bermacam-macam perilaku.
3. Penerapan pengetahuan orang yang bersangkutan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan, khususnya mengenai gangguan yang dialaminya.
4. Dilakukannya tindakan manipulative untuk meniadakan atau menghilangkan kecemasan atau gangguan tersebut.

2.3 PERSEPSI MASYARAKAT

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 saat ini masih ada dimasyarakat dapat turun dari generasi ke generasi berikutnya bahkan dapat berkembang luas.

Berikut ini contoh persepsi masyarakat tentang penyakit malaria, yang saat ini masih ada di beberapa daerah pedesaan di Papua (Irian Jaya). Makanan pokok penduduk Papua adalah sagu yang tumbuh didaerah 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.

Pelangaran dapat berupa menebang, memabat hutan, akan diganjar hukuman berupa penyakit dengan gejala demam tinggi, mengigil, dan muntah. Penyakit tersebut dapat sembuh dengan cara meminta ampun kepada penguasa hutan, kemudian memetik daun dari pohon tertentu, dibuat ramuan untuk diminum dan dioleskan keseluruh tubuh penderita.

Persepsi masyarakat mengenai penyakit diperoleh dan ditentukan dari penuturan sederhana dan mudah secara turun temurun. Misalnya, penyakit akibat kutukan Allah, makhluk ghaib, roh-roh jahat, udara busuk, tanaman berbisa, binatang.

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.

SOSIOLOGI KESEHATAN

PENGERTIAN KESEHATAN

1. Pengertian sehat menurut UU Pokok Kesehatan No. 9 tahun 1960

Dalam Bab I Pasal 2 sehat adalah keadaan yang meliputi kesehatan badan (jasmani), rohani (mental), dan sosial, serta bukan hanya keadaan bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan.

2. Pengertian sehat Menurut WHO (1947)

Sehat itu sendiri dapat diartikan bahwa suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (WHO, 1947). Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle. 1994) :

- a. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
- b. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
- c. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

Disisi lain beberapa sumber menyebutkan pengertian sehat menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1975 sebagai berikut: Sehat adalah suatu kondisi yang terbebas dari segala jenis penyakit, baik fisik, mental, dan sosial.

3. Pengertian sehat menurut Undang- Undang NO. 23 Tahun 1992

Kesehatan mencakup 4 aspek, yakni: fisik (badan), mental (jiwa), sosial, dan ekonomi. Batasan kesehatan tersebut diilhami oleh batasan kesehatan menurut WHO yang paling baru. Pengertian kesehatan saat ini memang lebih luas dan dinamis, dibandingkan dengan batasan sebelumnya. Hal ini berarti bahwa kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental, dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan sesuatu secara ekonomi

Bagi yang belum memasuki dunia kerja, anak dan remaja, atau bagi yang sudah tidak bekerja (pensiun) atau usia lanjut, berlaku arti produktif secara sosial. Misalnya produktif secara sosial-ekonomi bagi siswa sekolah atau mahasiswa adalah mencapai prestasi yang baik, sedang produktif secara sosial-ekonomi bagi usia lanjut atau para pensiunan adalah

mempunyai kegiatan sosial dan keagamaan yang bermanfaat, bukan saja bagi dirinya, tetapi juga bagi orang lain atau masyarakat.

Keempat dimensi kesehatan tersebut saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat. Itulah sebabnya, maka kesehatan bersifat menyeluruh mengandung keempat aspek. Perwujudan dari masing-masing aspek tersebut dalam kesehatan seseorang antara lain sebagai berikut:

- a. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan.
- b. Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni pikiran, emosional, dan spiritual.
 - Pikiran sehat tercermin dari cara berpikir atau jalan pikiran.
 - Emosional sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya.
 - Spiritual sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu di luar alam fana ini, yakni Tuhan Yang Maha Kuasa. Misalnya sehat spiritual dapat dilihat dari praktik keagamaan seseorang.

Dengan perkataan lain, sehat spiritual adalah keadaan dimana seseorang menjalankan ibadah dan semua aturan-aturan agama yang dianutnya.

- a. Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai.
- b. Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu, bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan sosial, keagamaan, atau pelayanan kemasyarakatan lainnya bagi usia lanjut.

4. Pengertian Sehat menurut Virginia Hunderson
 - a. Sehat adalah kualitas hidup
 - b. Sehat merupakan dasar bagi tugas kemanusiaan
 - c. Kemandirian dan saling ketergantungan
 - d. Memperoleh kesehatan lebih penting dari pada mengobati penyakit
 - e. Individu akan meraih dan mempertahankan kesehatan apabila ia memiliki kekuatan, kehendak atau pengetahuan yang cukup.
5. Pengertian sehat menurut Neuman (1990)

”Sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejahteraan klien pada waktu tertentu ,yang terdapat dalam rentang dan kondisi sejahtera yang optimal , dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total”

SOSIOLOGI BERHUBUNGAN DENGAN KESEHATAN

Sosiologi merupakan ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang pergaulan hidup antara seseorang dengan seseorang, perseorangan dengan golongan, atau golongan dengan golongan. Ada dua unsur pokok dalam sosiologi, yaitu manusia dan hubungan sosial (masyarakat). Sosiologi merupakan cabang ilmu sosial yang dahulunya berinduk pada ilmu filsafat. Sehingga pokok-pokok pikiran sosiologi tidak bisa terlepas dari pemikiran para ahli filsafat yang mengkaji tentang masyarakat. Sosiologi mempunyai bidang kajian yang sangat luas, antara lain Sosiologi industri, Sosiologi Hukum, Sosiologi Pendidikan, Sosiologi Perkotaan, Sosiologi Pedesaan, Sosiologi Kesehatan, dan lain-lain.

Sosiologi kesehatan merupakan cabang sosiologi yang relatif baru. Di masa lalu dalam sosiologi telah lama dikenal cabang sosiologi, sosiologi medis, yang merupakan pendahulu sosiologi kesehatan dan terkait erat dengannya. Menurut Mechanic tugas medis hanya dapat dilaksanakan secara efektif manakala yang dipertimbangkan baik faktor biologis maupun faktor sosial dan psikologis. Mulai dikajinya peran faktor sosial-budaya dalam keberhasilan pelaksanaan tugas medis menjadi dasar bagi tumbuh dan berkembangnya sosiologi medis. Straus membedakan antara sosiologi mengenai bidang medis dan sosiologi dalam bidang medis.

Menurutnya sosiologi mengenai bidang medis terdiri atas kajian sosiologis terhadap faktor di bidang medis yang dilaksanakan oleh ahli sosiologi yang menempati posisi mandiri di luar bidang medis dan bertujuan mengembangkan sosiologi serta untuk menguji prinsip dan teori

sosiologi. Menurut Kendall dan Reader, sosiologi mengenai bidang medis mengulas masalah yang menjadi perhatian sosiologi profesi dan sosiologi organisasi. Menurut Straus sosiologi dalam bidang medis merupakan penelitian dan pengajaran bersama yang sering melibatkan pengintegrasian konsep, teknik dan personalia dari berbagai disiplin, dalam mana sosiologi digunakan sebagai pelengkap bidang medis. Dalam perkembangan selanjutnya perhatian sosiologi medis meluas ke berbagai masalah kesehatan di luar bidang medis. Dengan demikian, berkembanglah bidang sosiologi kesehatan.

Perkembangan ilmu sosiologi kesehatan dimulai sejak manusia itu sadar bahwa kesehatan tidak hanya sebatas fisik, melainkan juga mental serta kondisi sosial seseorang. Dalam ilmu ini dikenal beberapa istilah yang menunjukkan sumbangan atau peran sosiologi pada bidang kesehatan, yaitu:

1. *Sociology in Medicine*, adalah sosiolog yang bekerjasama secara langsung dengan dokter dan staf kesehatan lainnya di dalam mempelajari faktor sosial yang relevan dengan terjadinya gangguan kesehatan ataupun sosiolog berusaha berhubungan langsung dengan perawatan pasien atau untuk memecahkan problem kesehatan masyarakat.
2. Hal ini menunjukkan bahwa fenomena sosial dapat menjadi faktor penentu atau mempengaruhi orang-orang untuk menanganipenyakit atau mempengaruhi kesehatan mereka ataupun tingkah laku lain setelah sakit dan penyakit terjadi.
3. *Sociology of Medicine*, berhubungan dengan organisasi, nilai, kepercayaan terhadap praktek kedokteran sebagai bentuk dari perilaku manusia yang berada dalam lingkup pelayanan kesehatan, misalnya bentuk pelayanan kesehatan, sumberdaya manusia untuk membangun kesehatan, pelatihan petugas kesehatan.
4. *Sociology for medicine* berhubungan dengan strategi metodologi yang dikembangkan sosiologi untuk kepentingan bidang pelayanan kesehatan. Misalnya teknik skala pengukuran Thurstone, Likert, Guttman yang membantu mengenali atau mengukur skala sikap. Peran ini juga meliputi prosedur matematis multivariate serta analisis faktor dan analisis jaringan yang biasa digunakan para sosiolog dalam mengumpulkan data atau menjelaskan hasil penelitian.
5. *Sociology from medicine* menganalisa lingkungan kedokteran dari perspektif sosial. Misalnya, bagaimana pola pendidikan, perilaku, gaya hidup para dokter, atau 'sosialisasi' mahasiswa kedokteran selama mengikuti pendidikan kedokteran.

6. *Sociology at medicine* merupakan bagian yang lebih banyak mengamati orientasi politik dan ideologi yang berhubungan dengan kesehatan. Misalnya, bagaimana suatu struktur pengobatan \‘Western\’ akan mempengaruhi perubahan pola pengobatan sekaligus merubah pola interaksi masyarakat.
7. *Sociology around medicine* menunjukkan bagaimana sosiologi menjadi bagian atau berinteraksi dengan ilmu lain seperti antropologi, ekonomi, etnologi, etik, filosofi, hukum maupun bahasa.

Dalam menganalisis situasi kesehatan, sosiologi kesehatan bermanfaat untuk mempelajari cara orang mencari pertolongan medis. Selain itu, perhatian sosiologi terhadap perilaku sakit umumnya dipusatkan pada pemahaman penduduk mengenai gejala penyakit serta tindakan yang dianggap tepat menurut tata nilai dan norma yang berlaku dalam masyarakat. Manfaat sosiologi kesehatan yang lain adalah menganalisis faktor-faktor sosial dalam hubungannya dengan etiologi penyakit. Aspek lain yang menjadikan sosiologi bermanfaat bagi praktek medis bahwa sakit dan cacat fisik selain sebagai kenyataan sosial sekaligus juga sebagai kenyataan medis. Sosiologi kesehatan juga memberikan analisis tentang hubungan dokter-pasien. Dikemukakan bahwa hubungan tersebut meliputi berbagai konflik potensial, seperti konflik kepentingan pasien dengan kepentingan keluarga dan dokter.

Sehingga dari pemaparan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa sosiologi sangat berhubungan dengan kesehatan yang mana faktor sosial-budaya sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan tugas medis/kesehatan. Para dokter tidak hanya harus mampu dalam menangani masalah medis atau gangguan yang diderita pasien tetapi juga menangani pemenuhan kebutuhan sosial dan emosional pasien karena dewasa ini tampak kecenderungan bahwa pola penyakit telah berubah. Orang mencari pertolongan medis bukan lagi semata-mata karena takut mati, melainkan karena ingin agar pekerjaannya sehari-hari tidak terganggu, atau ingin mengembangkan kemampuan fisik dan intelektual seoptimal mungkin.

Tujuan penerapan sosiologi dalam bidang kesehatan dan bidang kedokteran adalah menambah kemampuan para dokter untuk melakukan penilaian klinis secara rasional, menambah kemampuan untuk mengatasi persoalan-persoalan yang dialami dalam praktek, mampu memahami dan menghargai perilaku pasien, kolega serta organisasi, dan menambah kemampuan

dan keyakinan dokter dalam menangani kebutuhan sosial dan emosional pasien,sebaik kemampuan yang mereka miliki dalam menangani gangguan penyakit yang diderita pasien.

MANFAAT SOSIOLOGI DI BIDANG KESEHATAN

Sosiologi kesehatan merupakan cabang sosiologi yang relatif baru. Di masa lalu dalam sosiologi telah lama dikenal cabang sosiologi, sosiologi medis, yang merupakan pendahulu sosiologi kesehatan dan terkait erat dengannya. Pertumbuhan sosiologi medis berlangsung melalui enam tahap.

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

Straus membedakan antara sosiologi mengenai bidang medis dan sosiologi dalam bidang medis. Menurutnya sosiologi mengenai bidang medis terdiri atas kajian sosiologis terhadap faktor di bidang medis yang dilaksanakan oleh ahli sosiologi yang menempati posisi mandiri di luar bidang medis dan bertujuan mengembangkan sosiologi serta untuk menguji prinsip dan teori sosiologi. Menurut Kendall dan Reader, sosiologi mengenai bidang medis mengulas masalah yang menjadi perhatian sosiologi profesi dan sosiologi organisasi. Menurut Straus sosiologi dalam bidang medis merupakan penelitian dan pengajaran bersama yang sering melibatkan pengintegrasian konsep, teknik dan personalia dari berbagai disiplin, dalam mana sosiologi digunakan sebagai pelengkap bidang medis.

Dalam perkembangan selanjutnya perhatian sosiologi medis meluas ke berbagai masalah kesehatan di luar bidang medis. Dengan demikian, berkembanglah bidang sosiologi kesehatan.

Para ahli pun membedakan antara sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan. Menurut Wilson sosiologi mengenai kesehatan adalah pengamatan dan analisis

dengan mengambil jarak, yang terutama dimotivasi oleh suatu masalah sosiologi, sedangkan sosiologi dalam kesehatan adalah penelitian dan pengajaran yang lebih bercirikan keintiman, terapan dan kebersamaan yang terutama didorong oleh adanya masalah kesehatan. Menurut Wolinsky orientasi para ahli sosiologi kesehatan lebih tertuju pada masalah kesehatan, bukan pada masalah sosiologi sehingga sosiologi kesehatan cenderung miskin teori.

Twaddle merinci tujuh dimensi yang membedakan sosiologi kesehatan dengan sosiologi medis. Menurut Twaddle terjadinya pergeseran-pergeseran dalam ketujuh dimensi tersebut mengakibatkan bergesernya sosiologi medis menjadi sosiologi kesehatan. Namun, sosiologi kesehatan merupakan bidang yang muda hingga kini bidang sosiologi medis masih tetap dominan.

2.2. Pandangan Ilmu Sosial dan Budaya Lainnya tentang Kesehatan

Masalah kesehatan dipelajari pula oleh antropologi medis, suatu bidang ilmu sosial yang erat kaitannya dengan sosiologi medis. Menurut Foster, kedekatan kedua bidang tersebut bersumber pada dua hal. Namun, beberapa hal khusus membedakan keduanya; ada tiga hal yang membedakan antropologi medis dengan sosiologi medis. Foster menyebutkan tiga faktor yang hanya dijumpai pada antropologi medis. Foster dan Anderson pun membedakan antara antropologi mengenai bidang medis dan antropologi dalam bidang medis.

Antropologi medis mempunyai suatu cabang yang dinamakan etnomedisin. Pandangan masyarakat tradisional terhadap masalah psikiatri dan cara-cara mereka menanganinya merupakan suatu pokok bahasan suatu cabang khusus dalam etnomedisin yang dikenal dengan nama etnopsikiatri, psikiatri lintas budaya atau psikiatri transkultural.

Masalah kesehatan dapat ditinjau dari segi ilmu ekonomi kesehatan. Karena sumber daya jumlahnya terbatas, sedangkan manusia mempunyai bermacam-macam keperluan maka terjadi

persaingan untuk memperoleh sumber daya yang dapat dialokasikan untuk keperluan kesehatan. Masalah pengalokasian sumber daya ke dalam maupun di dalam bidang kesehatan inilah yang dipelajari ekonomi kesehatan.

Bidang hukum merupakan suatu bidang yang erat sangkut-pautnya dengan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi warga masyarakat. Ketentuan yang mengatur masalah kesehatan kita jumpai di berbagai cabang ilmu hukum. Masalah kesehatan pun mempunyai aspek-aspek yang menarik perhatian ahli ilmu politik.

Menurut Davidoff dalam psikologi dikenal bidang psikologi kesehatan, yang didefinisikannya sebagai sumbangan disiplin psikologi terhadap promosi dan pemeliharaan kesehatan. Masalah kesehatan yang dikaji psikologi dapat terdiri atas perilaku maupun proses mental.

2.3. Manfaat Sosiologi Kesehatan

Diantara bidang permasalahan kesehatan, sosiologi dapat pula menunjukkan kegunaannya yaitu dalam mempelajari cara orang meminta pertolongan medis atau dokter atau (help-seeking). banyak penelitian yang dilakukan dokter menunjukkan bahwa sejumlah besar penyakit yang di derita penduduk tidak terobati. beberapa di antaranya merupakan penyakit ringan, tidak membahayakan jiwa, misalnya gejala penyakit seperti haemoptosis yang di anggap dokter sebagai sesuai penyakit yang wajar saja, juga tidak terobati (Butterfield, 1968)

Perhatian sosiologi terhadap masalah ini belum lama di terapkan terhadap help-seeking. sedangkan di tinjau terhadap bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa hingga sekarang baru sedikit kemajuan yang diperoleh. para peneliti biasanya mencoba mempelajari penyebab orang tidak segera mengunjungi dokter bila sakit, atau tidak pergi sama sekali menurut variabel-variabel tertentu seperti kelas sosial, pendidikan, umur, suku bangsa, agama. penelitian-penelitian

seperti itu memang telah menghasilkan banyak hal yang menarik ,misalnya,orang yang tidak berpendidikan atau golongan remndah kurang memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia .namun tidak satu pun diantara factor-faktor tersebut yang dapat menerangkan perbedaan mengenai siapa yamng pergi dan siapa yang tidak.menurut ringkasan dari berbagai tiori perilaku klesehatan dan diakhiri dengan pembahasan suatu kerangka yang di anggap dapat memperluas pandangan mengenai permasalahan ini.

2.4 Pendekatan Sosiologi

Pendekatan sosiologi terhadap perilaku sakit umumnya dipusatkan pada masalah pengertian penduduk mengenai gejala gejala penyakit serta tindakan yang di anggap tetap menurut tata nilai dan norma yang berlaku dalam masyarakat itu.bagaimana pun juga kita jangan lah menganggap babbwa orang pergi kedokter hanya untuk suatyu alasan saja,yakni untuk menghilangkan gejala-gejala penyakit yang dirasakan,dan janganh menganggap bahwa ntindakan itu “betul-betul rasional”. Setiap orang mempunyai pandangan tersendiri mengenai hal itu,akan tetapi ahgli sopsiolo berusaha untuk tidak membuat asumsi-asumsi.dia akan bertranya:siapa dalam kelompok social tertentu yang biasanya memperhatikan kesehatan dan gejala0gejala penyakit yang dirasakan ?ia (ahli sosiologi) mencoba mengemukakan pendapat tentang motif orang berkonsultasi kedokter dan ia akan membandingkan antara orang yang mengemukakan gejala penyakit yang di rasakan kepada dokter dengan orang yang tidak menmgemukakannya.

Jawaban datri pertanyaan-pertanyaan sosiologi di atas di bahas pasa tempatnya orang yang menderita gejala-gejala penyakit tertentu terlebih dahulu merncoba melakukan pengobatan sendiri,hal itu merupakan bagian dari lkegiatan sehari-hari,orang yang berkunjung biasanya tidak menyampaikan keluhan yang di rasakan bahwa waktu mereka pergi gejala-gejala tersebut tidak

begitu memburuk:bahwa ada motif serta hubungan dengan perubahan-perubahan dalam kehidupan sosialnya dibandingkan ndengan persoalan yang m,enyangkut perubahan penyakit itu sendiri.jika penelitian seperti ini diteruskan maka tidak dapat disangsikan lagi bahwa manfaat sosiologi pada praktek medis akan memudahkan dokter menemukan secara tepat apa yang sesungguhnya yang di butuhkan pasien.selain itu sosiologi juga akasn membantu kita agar lebih mengerti mengenai apa yang menyertai pasien waktu berkunjung kedokter,dan akan menghindarkan kita dari anggapan yang ceroboh karena kita menganggap sudah serba tahu.

2.5.Konflik dalam Sosiologi Kesehatan

Manfaat sosiologi berikutnya adalah dalam memberikan analisis tentang hubungan dokter-pasien dikemukakan hubungan tersebut meliputi berbagai konflik yang potensial,seperti konflik antara kepentingan pasien dengan kepentingan keluarga dokter, penelitian menunjukkan sikap yang kebanyakan ditunjukkan dokter memperlihatkan bahwa mereka tidak memahami konflik tersebut.mereka hanya berpegang pada motto tertentu yang di tanamkan pada diri guna menghadapi konflik tersebut.seperti menonjolkan kebebasan klinis dan otonopmi dokter.dengan sikap iti dokter dapat melindungi bdiri dari penilaian yang kurang wajar dari orang awam dan dari orang-orang yang mencoba mewarisi konflik tersebut.disini juga membahas mengenai permasalahan tertentu dalam proses pengobatan,seperti ketidak pekaan dokter terhadap kebutuhan social dan emosional pasien atau menganggap bahwa hal itu tidak penting, sebagai alas an untuk menutupi ketidak mampuannya untuk mengatasi persoalan pasien.sikap seperti itu dapat menghambat dokter atou oranglain dalam memahami situasi yang sesungguhnya sedang terjadi.akibatnya bukan saja merugikan bagi upaya pelayanan medis,akan tetapi juga bisa mengakibatkan kekecewaan bagi dokter itu sendiri.dengan memahami peranan social dokter maka permasalahan yang di hadapi akan lebih ringan.

Pada bab ini di utarakan bukti yang menunjukkan bahwa cara menangani masalah yang timbul dalam hubungan dokter –pasien berpengaruh terhadap hasil pengamatan. banyak penelitian yang menarik mengenai hal ini, sebagai contoh adalah sebuah penelitian yang dilakukan oleh Egbert dan kawan-kawan (1964) pada rumah sakit besar yang mempelajari efek yang timbul bila pasien diberitahu tentang segala sesuatu yang mungkin dihadapinya nanti. penelitian tersebut mempelajari 97 pasien yang akan menjalani operasi pada bagian perut. mereka dibagi atas 2 kelompok yang terdiri dari masing-masing 51 orang (kelompok control) yang diperlakukan seperti biasa, sedangkan kelompok 46 orang (kelompok eksperimen) di jumpai oleh petugas pembius atau anaesthetist) sebelum operasi dilakukan. Kepada mereka diceritakan apa-apa yang akan mereka rasakan, dan dikatakan cara-cara mengatasinya. Perawat, Dokter bedah serta petugas lainnya akan bertindak seperti biasa terhadap kedua kelompok tersebut. Hasilnya menunjukkan bahwa pasien dari kelompok eksperimen (atau yang diberi informasi tambahan) hanya membutuhkan obat mencegah rasa sakit dalam dosis rendah sesudah operasi dan meninggalkan rumah sakit 2,7 hari lebih cepat di bandingkan dengan kelompok control. Oleh karena perbedaan antara kelompok control dan kelompok eksperimen hanya ada pemberitahuan hal-hal yang perlu di ketahui pasien maka jelaslah bahwa bila petugas pembius memahami kekhawatiran dan kepasrahan pasien dan ia mau melakukan langkah-langkah dengan memberikan informasi kepada pasien tentang apa yang akan terjadi, maka usaha seperti itu merupakan hal yang penting dalam proses pengobatan.

PERSEPSI TENTANG KESEHATAN-SAKIT

A. PENDAHULUAN

Pada masa lalu, sebagian besar individu dan masyarakat memandang sehat dan sakit sebagai sesuatu *Hitam atau Putih*. Dimana kesehatan merupakan kondisi kebalikan dari penyakit atau kondisi yang terbebas dari penyakit. Anggapan atau sikap yang sederhana ini tentu dapat diterapkan dengan mudah; akan tetapi mengabaikan adanya rentang sehat-sakit.

Pendekatan yang digunakan pada abad ke-21, sehat dipandang dengan perspektif yang lebih luas. Luasnya aspek itu meliputi rasa memiliki kekuasaan, hubungan kasih sayang, semangat hidup, jaringan dukungan sosial yang kuat, rasa berarti dalam hidup, atau tingkat kemandirian tertentu (Haber, 1994).

B. DEFINISI SEHAT

Sehat merupakan sebuah keadaan yang tidak hanya terbebas dari penyakit akan tetapi juga meliputi seluruh aspek kehidupan manusia yang meliputi aspek fisik, emosi, sosial dan spiritual.

Menurut **WHO (1947)** Sehat itu sendiri dapat diartikan bahwa suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (WHO, 1947).

Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle. 1994):

1. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
2. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
3. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

UU No.23,1992 tentang Kesehatan 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.

Dalam pengertian yang paling luas sehat merupakan suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (psikologis, intelektual, spiritual dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya.

B. MODEL SEHAT SAKIT

1. Model Rentang Sehat-Sakit (Neuman)

Menurut Neuman (1990): "sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejahteraan klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentang dan kondisi sejahtera yang optimal, dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total"

Jadi menurut model ini *sehat adalah* keadaan dinamis yang berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan pada lingkungan internal dan eksternalnya untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual yang sehat.

Sedangkan Sakit merupakan proses dimana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang ada mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya.

Karena sehat dan sakit merupakan kualitas yang relatif dan mempunyai tingkatan sehingga akan lebih akurat jika ditentukan sesuai titik-titik tertentu pada skala Rentang Sehat-Sakit.

Dengan model ini perawat dapat menentukan tingkat kesehatan klien sesuai dengan rentang sehat-sakitnya. Sehingga faktor resiko klien yang merupakan merupakan faktor yang penting untuk diperhatikan dalam mengidentifikasi tingkat kesehatan klien. Faktor-faktor resiko itu meliputi variabel genetik dan psikologis.

Kekurangan dari model ini adalah sulitnya menentukan tingkat kesehatan klien sesuai dengan titik tertentu yang ada diantara dua titik ekstrim pada rentang itu (Kesejahteraan Tingkat Tinggi – Kematian). Misalnya: apakah seseorang yang mengalami fraktur kaki tapi ia mampu melakukan adaptasi dengan keterbatasan mobilitas, dianggap kurang sehat atau lebih sehat dibandingkan dengan orang yang mempunyai fisik sehat tapi mengalami depresi berat setelah kematian pasangannya.

Model ini efektif jika digunakan untuk membandingkan tingkat kesejahteraan saat ini dengan tingkat kesehatan sebelumnya. Sehingga bermanfaat bagi perawat dalam menentukan tujuan pencapaian tingkat kesehatan yang lebih baik dimasa yang akan datang.

2. Model Kesejahteraan Tingkat Tinggi (Dunn)

Model yang dikembangkan oleh Dunn (1977) ini berorientasi pada cara memaksimalkan potensi sehat pada individu melalui perubahan perilaku.

Pada pendekatan model ini perawat melakukan intervensi keperawatan yang dapat membantu klien mengubah perilaku tertentu yang mengandung resiko tinggi terhadap kesehatan

Model ini berhasil diterapkan untuk perawatan lansia, dan juga digunakan dalam keperawatan keluarga maupun komunitas.

3. Model Agen-Pejamu-Lingkungan(Leavell et al.)

Menurut pendekatan model ini tingkat sehat dan sakit individu atau kelompok ditentukan oleh hubungan dinamis antara Agen, Pejamu, dan Lingkungan

Agen :Berbagai faktor internal-eksternal yang dengan atau tanpanya dapat menyebabkan terjadinya penyakit atau sakit. Agen ini bisa bersifat biologis, kimia, fisik, mekanis, atau psikososial. Jadi Agen ini bisa berupa yang merugikan kesehatan (bakteri, stress) atau yang meningkatkan kesehatan (nutrisi, dll).

Pejamu: Seseorang atau sekelompok orang yang rentan terhadap penyakit/sakit tertentu. Faktor pejamu antara lain: situasi atau kondisi fisik dan psikososial yang menyebabkan seseorang yang beresiko menjadi sakit. Misalnya: Riwayat keluarga, usia, gaya hidup dll.

Lingkungan: seluruh faktor yang ada diluar pejamu.

- Lingkungan fisik: tingkat ekonomi, iklim, kondisi tempat tinggal, penerangan, kebisingan
- Lingkungan sosial: Hal-hal yang berkaitan dengan interaksi sosial, misalnya: stress, konflik, kesulitan ekonomi, krisis hidup.

Model ini menyatakan bahwa sehat dan sakit ditentukan oleh interaksi yang dinamis dari ketiga variabel tersebut. Menurut Berne et al (1990) respon dapat meningkatkan kesehatan atau yang dapat merusak kesehatan berasal dari interaksi antara seseorang atau sekelompok orang dengan lingkungannya.

Selain dalam keperawatan komunitas model ini juga dikembangkan dalam teori umum tentang berbagai penyebab penyakit.

1. 4. Model Keyakinan-Kesehatan

Model Keyakinan-Kesehatan menurut *Rosenstoch* (1974) dan Becker dan Maiman (1975) menyatakan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkan.

Model ini memberikan cara bagaimana klien akan berperilaku sehubungan dengan kesehatan mereka dan bagaimana mereka mematuhi terapi kesehatan yang diberikan.

Terdapat tiga komponen dari model Keyakinan-Kesehatan antara lain:

1. Persepsi Individu tentang **kerentanan** dirinya terhadap suatu penyakit.

Misal: seorang klien perlu mengenal adanya penyakit koroner melalui riwayat keluarganya, apalagi kemudian ada keluarganya yang meninggal maka klien mungkin merasakan resiko mengalami penyakit jantung.

1. Persepsi Individu terhadap **keseriusan penyakit** tertentu.

Dipengaruhi oleh variabel demografi dan sosiopsikologis, perasaan terancam oleh penyakit, anjuran untuk bertindak (misal: kampanye media massa, anjuran keluarga atau dokter dll)

1. Persepsi Individu tentang **manfaat yang diperoleh** dari tindakan yang diambil.

Seseorang mungkin mengambil tindakan preventif, dengan mengubah gaya hidup, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi medis, atau mencari pengobatan medis.

Model ini membantu perawat memahami berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi, keyakinan, dan perilaku klien, serta membantu perawat membuat rencana perawatan yang paling efektif untuk membantu klien, memelihara dan mengembalikan kesehatan serta mencegah terjadinya penyakit.

1. Model *Peningkatan-Kesehatan* (Pender)

Dikemukakan oleh *Pender* (1982,1993,1996) yang dibuat untuk menjadi sebuah model yang menyeimbangkan dengan model perlindungan kesehatan.

Fokus dari model ini adalah menjelaskan alasan keterlibatan klien dalam aktivitas kesehatan (kognitif-persepsi dan faktor pengubah).

Berdasarkan gambar diatas Model ini dapat:

- Mengidentifikasi berbagai faktor (demografik, sosial) yang dapat meningkatkan atau menurunkan partisipasi untuk meningkatkan kesehatan.

- Mengatur berbagai tanda kedalam sebuah pola untuk menjelaskan kemungkinan munculnya partisipasi klien dalam perilaku peningkatan kesehatan.

C. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEYAKINAN DAN TINDAKAN KESEHATAN

1. Faktor Internal

1. a. Tahap Perkembangan

Artinya status kesehatan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

Untuk itulah seorang tenaga kesehatan (perawat) harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien pada saat melakukan perencanaan tindakan. Contohnya: secara umum seorang anak belum mampu untuk mengenal keseriusan penyakit sehingga perlu dimotivasi untuk mendapatkan penanganan atau mengembangkan perilaku pencegahan penyakit..

1. b. Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap kesehatan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan tentang berbagai fungsi tubuh dan penyakit, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu.

Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan sendirinya.

1. c. Persepsi tentang fungsi

Cara seseorang merasakan fungsi fisiknya akan berakibat pada keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakannya. *Contoh*, seseorang dengan kondisi jantung yang kronik merasa bahwa tingkat kesehatan mereka berbeda dengan orang yang tidak pernah mempunyai masalah kesehatan yang berarti. Akibatnya, keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakan kesehatan pada masing-masing orang cenderung berbeda-beda. Selain itu, individu yang sudah berhasil sembuh dari penyakit akut yang parah mungkin akan mengubah keyakinan mereka terhadap kesehatan dan cara mereka melaksanakannya.

Untuk itulah perawat mengkaji tingkat kesehatan klien, baik data subjektif yaitu tentang cara klien merasakan fungsi fisiknya (tingkat kelelahan, sesak napas, atau nyeri), juga data objektif yang aktual (seperti, tekanan darah, tinggi badan, dan bunyi paru). Informasi ini memungkinkan perawat merencanakan dan mengimplementasikan perawatan klien secara lebih berhasil.

1. d. *Faktor Emosi*

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakannya.

Seseorang yang mengalami respons stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespons terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya.

Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respons emosional yang kecil selama ia sakit.

Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan. **Contoh:** seseorang dengan napas yang terengah-engah dan sering batuk mungkin akan menyalahkan cuaca dingin jika ia secara emosional tidak dapat menerima kemungkinan menderita penyakit saluran pernapasan. Banyak orang yang memiliki reaksi emosional yang berlebihan, yang berlawanan dengan kenyataan yang ada, sampai-sampai mereka berpikir tentang risiko menderita kanker dan akan menyangkal adanya gejala dan menolak untuk mencari pengobatan. Ada beberapa penyakit lain yang dapat lebih diterima secara emosional, sehingga mereka akan mengakui gejala penyakit yang dialaminya dan mau mencari pengobatan yang tepat.

1. e. *Spiritual*

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

Spiritual bertindak sebagai suatu tema yang terintegrasi dalam kehidupan seseorang. Spiritual seseorang akan mempengaruhi cara pandangya terhadap kesehatan dilihat dari perspektif yang luas. Fryback (1992) menemukan hubungan kesehatan dengan keyakinan terhadap kekuatan yang lebih besar, yang telah memberikan seseorang keyakinan dan kemampuan untuk mencintai. Kesehatan dipandang oleh beberapa orang sebagai suatu kemampuan untuk menjalani kehidupan secara utuh. Pelaksanaan perintah agama merupakan suatu cara seseorang berlatih secara spiritual.

Ada beberapa agama yang melarang penggunaan bentuk tindakan pengobatan tertentu, sehingga perawat harus memahami dimensi spiritual klien sehingga mereka dapat dilibatkan secara efektif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

2. Faktor Eksternal

1. a. *Praktik di Keluarga*

Cara bagaimana keluarga menggunakan pelayanan kesehatan biasanya mempengaruhi cara klien dalam melaksanakan kesehatannya.

Misalnya:

- Jika seorang anak bersikap bahwa setiap virus dan penyakit dapat berpotensi menjadi penyakit berat dan mereka segera mencari pengobatan, maka biasanya anak tersebut akan melakukan hal yang sama ketika mereka dewasa.
- Klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misal: anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

1. b. *Faktor Sosioekonomi*

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.

Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja.

Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya.

1. c. *Latar Belakang Budaya*

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, termasuk sistem pelayanan kesehatan dan cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

Untuk perawat belum menyadari pola budaya yang berhubungan dengan perilaku dan bahasa yang digunakan.

D. SAKIT DAN PERILAKU SAKIT

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.

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.

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Sakit

1. Faktor Internal

1. Persepsi individu terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami

Klien akan segera mencari pertolongan jika gejala tersebut dapat mengganggu rutinitas kegiatan sehari-hari.

Misal: Tukang Kayu yang menderitasi 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 menyangkalnya dan tidak mau mencari bantuan.

2. 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. Jika penyakit kronik itu tidak dapat disembuhkan dan terapi yang diberikan hanya menghilangkan sebagian gejala yang ada, maka klien mungkin tidak akan termotivasi untuk memenuhi rencana terapi yang ada.

2. Faktor Eksternal

1. 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.

1. 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 diperiksa ke dokter.

1. 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.

1. 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.

1. 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.

1. Dukungan Sosial

Dukungan sosial disini meliputi beberapa institusi atau perkumpulan yang bersifat peningkatan kesehatan. Di institusi tersebut dapat dilakukan berbagai kegiatan, seperti seminar kesehatan, pendidikan dan pelatihan kesehatan, latihan (aerobik, senam POCO-POCO dll).

Juga menyediakan fasilitas olahraga seperti, kolam renang, lapangan Bola Basket, Lapangan Sepak Bola, dll.

Tahap-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: (a) kesadaran terhadap perubahan fisik (nyeri, benjolan, dll); (b) evaluasi terhadap perubahan yang terjadi dan memutuskan apakah hal tersebut merupakan suatu gejala penyakit; (c) respon emosional.
- Jika gejala itu dianggap merupakan suatu gejala penyakit dan dapat mengancam kehidupannya maka ia akan segera mencari pertolongan.
- 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 spt : 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 à akan tetapi jika gejala itu menetap dan semakin memberat maka ia akan segera melakukan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan dan berubah menjadi seorang klien.
- 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. à 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.

2. ***Tahap II (Asumsi Tentang Peran Sakit)***

3. ***Tahap III (Kontak dengan Pelayanan Kesehatan)***

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 à 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.
- 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.

5. ***Tahap V (Pemulihan dan Rehabilitasi)***

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

E. DAMPAK SAKIT

1. Terhadap Perilaku dan Emosi Klien

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 kehidupannya 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 à klien tidak mengalami tahap penyesuaian yang berkepanjangan. Akan tetapi pada perubahan jangka panjang à 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
- 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.

Misal: Klien tidak lagi terlibat dalam proses pengambilan keputusan di keluarga atau tidak akan merasa mampu memberi dukungan emosi pada anggota keluarganya yang lain atau kepada teman-temannya à klien akan merasa kehilangan fungsi sosialnya.

Perawat seharusnya mampu mengobservasi perubahan konsep diri klien, dengan mengembangkan rencana perawatan yang membantu mereka menyesuaikan diri dengan akibat dan kondisi yang dialami klien.

5. *Terhadap Dinamika Keluarga*

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

Misal: jika salah satu orang tua sakit maka kegiatan dan pengambilan keputusan akan tertunda sampai mereka sembuh.

Jika penyakitnya berkepanjangan, seringkali keluarga harus membuat pola fungsi yang baru sehingga bisa menimbulkan stress emosional.

Misal: anak kecil akan mengalami rasa kehilangan yang besar jika salah satu orang tuanya tidak mampu memberikan kasih sayang dan rasa aman pada mereka. Atau jika anaknya sudah dewasa

maka seringkali ia harus menggantikan peran mereka sebagai mereka termasuk kalau perlu sebagai pencari nafkah.

F. PENINGKATAN KESEHATAN DAN PENCEGAHAN PENYAKIT

Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan dua konsep yang berhubungan erat dan pada pelaksanaannya ada beberapa hal yang menjadi saling tumpang tindih satu sama lain.

Persamaannya

Keduanya berorientasi pada masa depan.

Peningkatan kesehatan merupakan upaya memelihara atau memperbaiki tingkat kesehatan klien saat ini. Sedangkan Pencegahan Penyakit merupakan upaya yang bertujuan untuk melindungi klien dari ancaman kesehatan yang bersifat aktual maupun potensial.

Perbedaan

Terletak pada Motivasi dan Tujuan

Peningkatan Kesehatan memberikan motivasi kepada masyarakat untuk bertindak secara positif, untuk mencapai tujuan berupa tingkat kesehatan yang stabil

Pencegahan Penyakit memberi motivasi kepada masyarakat untuk menghindari penurunan tingkat kesehatan atau fungsi

Kegiatan

Peningkatan Kesehatan dapat bersifat Aktif maupun Pasif

a. Peningkatan Kesehatan Pasif

Merupakan strategi peningkatan kesehatan dimana individu akan memperoleh manfaat dari kegiatan yang dilakukan oleh orang lain tanpa harus melakukannya sendiri.

Misal: Pemberian florida pada pusat suplai Air Minum (PAM); Portifikasi pada susu dengan vitamin D.

b. Peningkatan Kesehatan Aktif

Pada strategi ini, setiap individu diberikan motivasi untuk melakukan program kesehatan tertentu.

Misal: Program Penurunan BB, dan Program pemberantasan rokok, menuntut keikutsertaan klien secara aktif.

Sedangkan Pencegahan Penyakit terdiri dari beberapa tingkatan all:

a. Pencegahan Primer

- Merupakan pencegahan yang dilakukan sebelum terjadi penyakit dan gangguan fungsi, dan diberikan kepada klien yang sehat secara fisik dan mental.
- Tidak bersifat terapeutik, tidak menggunakan tindakan yang terapeutik, dan tidak menggunakan identifikasi gejala penyakit
- Terdiri dari :
 1. i. *Peningkatan Kesehatan*: pendidikan kesehatan, standarisasi nutrisi, perhatian terhadap perkembangan kepribadian, penyediaan perumahan sehat, skrining genetik dll
 2. ii. *Perlindungan Khusus*: imunisasi, kebersihan pribadi (PHBS), sanitasi lingkungan, perlindungan tempat kerja, perlindungan kecelakaan, perlindungan karsinoge dan alergen.

b. Pencegahan Sekunder

- Merupakan tindakan pencegahan yang berfokus pada individu yang mengalami masalah kesehatan atau penyakit, dan individu yang berisiko mengalami komplikasi atau kondisi yang lebih buruk.
- Pencegahan sekunder dilakukan melalui pembuatan diagnosa dan pemberian intervensi yang tepat sehingga akan mengurangi keparahan kondisi dan memungkinkan klien kembali pada kondisi kesehatan yang normal sedini mungkin.
- Pencegahan komplikasi sebagian besar dilakukan di RS atau tempat pelayanan kesehatan lain yang memiliki fasilitas memadai.
- Pencegahan skunder terdiri dari teknik skrining dan pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindarkan atau menunda akibat yang ditimbulkan dari perkembangan penyakit.

c. Pencegahan Tersier

- Pencegahan ini dilakukan ketika terjadi kecacatan atau ketidakmampuan yang permanen dan atau tidak dapat disembuhkan.
- Pencegahan ini terdiri dari cara meminimalkan akibat penyakit atau ketidakmampuan melalui intervensi yang bertujuan untuk mencegah komplikasi dan penurunan kesehatan
- Kegiatannya lebih ditujukan untuk melaksanakan rehabilitasi, dari pada pembuatan diagnosa dan tindakan penyakit.
- Perawatan pada tingkat ini ditujukan untuk membantu klien mencapai tingkat fungsi setinggi mungkin, sesuai dengan keterbatasan yang ada akibat penyakit atau kecacatan.
- Tingkat perawatan ini bisa disebut juga perawatan preventive, karena didalamnya terdapat tindak pencegahan terhadap kerusakan atau penurunan fungsi lebih jauh. Misal: dalam merawat orang yang Buta, disamping memaksimalkan kemampuan klien dalam aktivitas sehari-hari, juga mencegah terjadinya kecelakaan pada klien.

HUBUNGAN HUKUM ANTARA DOKTER DENGAN PASIEN

PENDAHULUAN

Dalam era global yang terjadi waktu ini, profesi kedokteran merupakan salah satu profesi yang mendapatkan sorotan masyarakat. Masyarakat banyak yang menyoroti profesi dokter, baik sorotan yang disampaikan secara langsung ke Ikatan Dokter Indonesia sebagai induk organisasi para dokter, maupun yang disiarkan melalui media cetak maupun media elektronik. Ikatan Dokter Indonesia menganggap sorotan-sorotan tersebut sebagai suatu kritik yang baik terhadap profesi kedokteran, agar para dokter dapat meningkatkan pelayanan profesi kedokterannya terhadap masyarakat. Ikatan Dokter Indonesia menyadari bahwa kritik yang muncul tersebut merupakan “puncak suatu gunung es”, artinya masih banyak kritik yang tidak muncul ke permukaan karena keengganan pasien atau keluarganya menganggap apa yang dialaminya tersebut merupakan sesuatu yang wajar. Bagi Ikatan Dokter Indonesia, banyaknya sorotan masyarakat terhadap profesi dokter menggambarkan bahwa masyarakat belum puas dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para dokter.

Sebenarnya sorotan masyarakat terhadap profesi dokter merupakan satu pertanda bahwa saat ini sebagian masyarakat belum puas terhadap pelayanan medis dan pengabdian profesi dokter di masyarakat. Pada umumnya ketidakpuasan para pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan dokter karena harapannya yang tidak dapat dipenuhi oleh para dokter, atau dengan kata lain terdapat kesenjangan antara harapan dan kenyataan yang didapatkan oleh pasien.

Memperoleh pelayanan kesehatan adalah hak asasi setiap manusia. Pemerintah menyadari rakyat yang sehat merupakan aset dan tujuan utama dalam mencapai masyarakat adil makmur. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah dan masyarakat termasuk swasta. Agar penyelenggaraan upaya kesehatan itu berhasil guna dan berdaya guna, maka pemerintah perlu mengatur, membina dan mengawasi baik upayanya maupun sumber dayanya.

Mula-mula profesi dokter dianggap sebagai suatu profesi yang sangat disanjung-sanjung karena kemampuannya untuk mengetahui hal-hal yang tidak tampak dari luar. Bahkan seorang dokter dianggap sebagai rohaniawan yang dapat menyembuhkan pasien dengan doa-doa¹.

Dewasa ini dokter lebih dipandang sebagai ilmuwan yang pengetahuannya sangat diperlukan untuk menyembuhkan berbagai penyakit. Kedudukan dan peran dokter tetap dihormati, tetapi tidak lagi disertai unsur pemujaan. Dari dokter dituntut suatu kecakapan ilmiah tanpa melupakan segi seni dan artistiknya.

Kesenjangan yang besar antara harapan pasien dengan kenyataan yang diperolehnya menyusul dilakukannya merupakan *predisposing* faktor. Kebanyakan orang kurang dapat memahami bahwa sebenarnya masih banyak faktor lain di luar kekuasaan dokter yang dapat

mempengaruhi hasil upaya medis, seperti misalnya stadium penyakit, kondisi fisik, daya tahan tubuh, kualitas obat dan juga kepatuhan pasien untuk mentaati nasehat dokter. Faktor-faktor tadi dapat mengakibatkan upaya medis (yang terbaik sekalipun) menjadi tidak berarti apa-apa. Oleh sebab itu, tidaklah salah jika kemudian dikatakan bahwa hasil suatu upaya medis penuh dengan *uncertainty* dan tidak dapat diperhitungkan secara matematik.

Dari beberapa uraian tersebut, diajukan pokok permasalahan sebagai berikut :

1. Apa yang dimaksud dengan hubungan hukum antara dokter dengan pasien.
2. Bagaimana bentuk pertanggungjawaban dokter terhadap pasien dalam upaya pelayanan medis.

PEMBAHASAN

A. Hubungan Hukum Antara Dokter Dengan Pasien (Transaksi Terapeutik)

1. Pola Hubungan Hukum Antara Dokter Dengan Pasien

Hubungan hukum antara dokter dengan pasien telah terjadi sejak dahulu (jaman Yunani kuno), dokter sebagai seorang yang memberikan pengobatan terhadap orang yang membutuhkannya. Hubungan ini merupakan hubungan yang sangat pribadi karena didasarkan atas kepercayaan dari pasien terhadap dokter yang disebut dengan transaksi terapeutik². Hubungan yang sangat pribadi itu oleh Wilson³ digambarkan seperti halnya hubungan antara pendeta dengan jemaah yang sedang mengutarakan perasaannya. Pengakuan pribadi itu sangat penting bagi eksplorasi diri, membutuhkan kondisi yang terlindung dalam ruang konsultasi.

Hubungan hukum antara dokter dengan pasien ini berawal dari pola hubungan vertikal paternalistik seperti antara bapak dengan anak yang bertolak dari prinsip “*father knows best*” yang melahirkan hubungan yang bersifat paternalistik⁴.

Dalam hubungan ini kedudukan dokter dengan pasien tidak sederajat⁵ yaitu kedudukan dokter lebih tinggi daripada pasien karena dokter dianggap mengetahui tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit dan penyembuhannya. Sedangkan pasien tidak tahu apa-apa tentang hal itu sehingga pasien menyerahkan nasibnya sepenuhnya di tangan dokter.

Hubungan hukum timbul bila pasien menghubungi dokter karena ia merasa ada sesuatu yang dirasakannya membahayakan kesehatannya. Keadaan psikobiologisnya memberikan peringatan bahwa ia merasa sakit, dan dalam hal ini dokterlah yang dianggapnya mampu menolongnya, dan memberikan bantuan pertolongan. Jadi, kedudukan dokter dianggap lebih tinggi oleh pasien, dan peranannya lebih penting daripada pasien.

Sebaliknya, dokter berdasarkan prinsip “*father knows best*” dalam hubungan paternistik ini akan mengupayakan untuk bertindak sebagai ‘bapak yang baik’, yang

secara cermat, hati-hati untuk menyembuhkan pasien. Dalam mengupayakan kesembuhan pasien ini, dokter dibekali oleh Lafal Sumpah dan Kode Etik Kedokteran Indonesia.

Pola hubungan vertikal yang melahirkan sifat paternalistik dokter terhadap pasien ini mengandung baik dampak positif maupun dampak negatif. Dampak positif pola vertikal yang melahirkan konsep hubungan paternalistik ini sangat membantu pasien, dalam hal pasien awam terhadap penyakitnya. Sebaliknya dapat juga timbul dampak negatif, apabila tindakan dokter yang berupa langkah-langkah dalam mengupayakan penyembuhan pasien itu merupakan tindakan-tindakan dokter yang membatasi otonomi pasien, yang dalam sejarah perkembangan budaya dan hak-hak dasar manusia telah ada sejak lahirnya. Pola hubungan yang vertikal paternalistik ini bergeser pada pola horizontal kontraktual.

Hubungan ini melahirkan aspek hukum horisontal kontraktual yang bersifat "*inspanningsverbintenis*"⁶ yang merupakan hubungan hukum antara 2 (dua) subyek hukum (pasien dan dokter) yang berkedudukan sederajat melahirkan hak dan kewajiban bagi para pihak yang bersangkutan. Hubungan hukum ini tidak menjanjikan sesuatu (kesembuhan atau kematian), karena obyek dari hubungan hukum itu berupa upaya dokter berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengalamannya (menangani penyakit) untuk menyembuhkan pasien.

2. Saat Terjadinya Hubungan Hukum Antara Dokter Dengan Pasien

Hubungan hukum kontraktual yang terjadi antara pasien dan dokter tidak dimulai dari saat pasien memasuki tempat praktek dokter sebagaimana yang diduga banyak orang⁷, tetapi justru sejak dokter menyatakan kesediaannya yang dinyatakan secara lisan (*oral statement*) atau yang tersirat (*implied statement*) dengan menunjukkan sikap atau tindakan yang menyimpulkan kesediaan; seperti misalnya menerima pendaftaran, memberikan nomor urut, menyediakan serta mencatat rekam medisnya dan sebagainya. Dengan kata lain hubungan terapeutik juga memerlukan kesediaan dokter. Hal ini sesuai dengan asas konsensual dan berkontrak.

3. Sahnya Transaksi Terapeutik

Mengenai syarat sahnya transaksi terapeutik didasarkan Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yang menyatakan bahwa untuk syarat sahnya perjanjian diperlukan 4 (empat) syarat sebagai berikut⁸ :

a. Sepakat mereka yang mengikatkan dirinya (*toestemming van degene die zich verbinden*)

Secara yuridis, yang dimaksud adanya kesepakatan adalah tidak adanya kekhilafan, atau paksaan, atau penipuan (Pasal 1321 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata).

Saat terjadinya perjanjian bila dikaitkan dengan Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata merupakan saat terjadinya kesepakatan antara dokter dengan pasien

yaitu pada saat pasien menyatakan keluhannya dan ditanggapi oleh dokter. Di sini antara pasien dengan dokter saling mengikatkan diri pada suatu perjanjian terapeutik yang obyeknya adalah upaya penyembuhan. Bila kesembuhan adalah tujuan utama maka akan mempersulit dokter karena tingkat keparahan penyakit maupun daya tahan tubuh terhadap obat setiap pasien adalah tidak sama. Obat yang sama tidak pasti dapat hasil yang sama pada masing-masing penderita.

b. Kecakapan untuk membuat perikatan (*bekwaamheid om eene verbintenis aan te gaan*)

Secara yuridis, yang dimaksud dengan kecakapan untuk membuat perikatan adalah kemampuan seseorang untuk mengikatkan diri, karena tidak dilarang oleh undang-undang. Hal ini didasarkan Pasal 1329 dan 1330 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Menurut Pasal 1329 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata bahwa setiap orang adalah cakap untuk membuat perikatan, jika oleh undang-undang tidak dinyatakan tidak cakap. Kemudian, di dalam Pasal 1330 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, disebutkan orang-orang yang dinyatakan tidak cakap yaitu orang yang belum dewasa, mereka yang ditaruh di bawah pengampuan, orang perempuan, dalam hal yang ditetapkan oleh undang-undang dan pada umumnya semua orang kepada siapa undang-undang telah melarang dibuat perjanjian tertentu.

Di dalam transaksi terapeutik, pihak penerima pelayanan medis, terdiri dari orang dewasa yang cakap untuk bertindak, orang dewasa yang tidak cakap untuk bertindak, yang memerlukan persetujuan dari pengampunya, anak yang berada di bawah umur yang memerlukan persetujuan dari orang tuanya atau walinya.

Di Indonesia ada berbagai peraturan yang menyebutkan batasan usia dewasa diantaranya :

1. Menurut Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Pasal 330 dikatakan bahwa belum dewasa ialah mereka yang belum mencapai umur genap 21 tahun dan tidak / belum menikah. Berarti dewasa ialah telah berusia 21 tahun atau telah menikah walaupun belum berusia 21 tahun, bila perkawinannya pecah sebelum umur 21 tahun, tidak kembali dan keadaan belum dewasa.
2. Undang-Undang Nomor 1 tahun 1974 tentang Perkawinan, pasal 47 ayat (1), menyatakan bahwa anak yang belum mencapai 18 tahun atau belum pernah melangsungkan perkawinan ada di bawah kekuasaan orang tuanya selama mereka tidak dicabut dari kekuasaannya. Ayat (2), menyatakan bahwa orang tua mewakili anak tersebut mengenai segala perbuatan hukum di dalam dan di luar pengadilan. Kemudian pasal 50 ayat (1), menyatakan bahwa anak yang belum mencapai umur 18 tahun atau belum pernah melangsungkan perkawinan, yang tidak berada di bawah kekuasaan orang tua, berada di bawah kekuasaan wali. Ayat (2), menyatakan bahwa perwalian ini mengenai pribadi anak maupun harta bendanya.
3. Dalam Kompilasi Hukum Islam Bab XIV yang disebarluaskan berdasarkan instruksi presiden nomor 1 tahun 1991 tanggal 10 Juni 1991 tentang Pemeliharaan Anak pasal 98 tercantum :

- a) Batas usia anak yang mampu berdiri sendiri / dewasa adalah 21 tahun, sepanjang anak tersebut tidak bercacat fisik atau mental atau belum pernah melangsungkan perkawinan (ayat (1)).
- b) Orang tua yang mewakili anak tersebut mengenai segala perbuatan hukum di dalam dan di luar pengadilan (ayat (2)).
- c) Pengadilan agama dapat menunjuk salah seorang kerabat dekat yang mampu menunaikan kewajiban tersebut apabila kedua orang tuanya tidak mampu (ayat (3)).

Dari berbagai peraturan tersebut di atas ternyata ada beberapa peraturan yang menyebutkan usia 21 tahun sebagai suatu batasan usia dewasa. Demikian juga batasan dewasa yang ditentukan dalam Pasal 8 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585/Men.Kes/Per/IX/1989, yang ditindaklanjuti dengan SK Dirjen Yan.Med 21 April 1999 yang menyatakan bahwa pasien dewasa sebagaimana dimaksud ayat (1) adalah telah berumur 21 tahun atau telah menikah.

- c. Suatu hal tertentu (*een bepaald onderwerp*)

Hal tertentu ini yang dapat dihubungkan dengan obyek perjanjian / transaksi terapeutik ialah upaya penyembuhan. Oleh karenanya obyeknya adalah upaya penyembuhan, maka hasil yang diperoleh dari pencapaian upaya tersebut tidak dapat atau tidak boleh dijamin oleh dokter. Lagi pula pelaksanaan upaya penyembuhan itu tidak hanya bergantung kepada kesungguhan dan keahlian dokter dalam melaksanakan tugas profesionalnya, tetapi banyak faktor lain yang ikut berperan, misalnya daya tahan pasien terhadap obat tertentu, tingkat keparahan penyakit dan juga peran pasien dalam melaksanakan perintah dokter demi kepentingan pasien itu sendiri.

- d. Suatu sebab yang sah (*geoorloofde oorzaak*)

Di dalam Pasal 1337 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata disebutkan bahwa suatu sebab adalah terlarang, apabila dilarang oleh undang-undang atau apabila berlawanan dengan kesusilaan baik atau ketertiban umum. Dengan demikian, yang dimaksud dengan sebab yang sah adalah sebab yang tidak dilarang oleh undang-undang, kesusilaan atau ketertiban umum.

4. Informed Consent

Persetujuan tindakan medis (*informed consent*) mencakup tentang informasi dan persetujuan, yaitu persetujuan yang diberikan setelah yang bersangkutan mendapat informasi terlebih dahulu atau dapat disebut sebagai persetujuan berdasarkan informasi. Berdasarkan Permenkes 585/1989 dikatakan bahwa *informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Pada hakekatnya, hubungan antar manusia tidak dapat terjadi tanpa melalui komunikasi, termasuk juga hubungan antara dokter dan pasien dalam pelayanan medis. Oleh karena hubungan antara dokter dan pasien merupakan hubungan interpersonal, maka adanya komunikasi atau yang lebih dikenal dengan istilah wawancara pengobatan itu sangat penting. Hasil penelitian King⁹ membuktikan bahwa esensi dari hubungan antara dokter dan pasien terletak dalam wawancara pengobatan. Pada wawancara tersebut para dokter diharapkan untuk secara lengkap memberikan informasi kepada pasien mengenai bentuk tindakan yang akan atau perlu dilaksanakan dan juga risikonya.

Bahasa kedokteran banyak menggunakan istilah asing yang tidak dapat dimengerti oleh orang yang awam dalam bidang kedokteran. Pemberian informasi dengan menggunakan bahasa kedokteran, tidak akan membawa hasil apa-apa, malah akan membingungkan pasien. Oleh karena itu seyogyanya informasi yang diberikan oleh dokter terhadap pasiennya disampaikan dalam bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti oleh pasien.

Setelah informasi diberikan, maka diharapkan adanya persetujuan dari pasien, dalam arti ijin dari pasien untuk dilaksanakan tindakan medis. Pasien mempunyai hak penuh untuk menerima atau menolak pengobatan untuk dirinya, ini merupakan hak asasi pasien yang meliputi hak untuk menentukan nasib sendiri dan hak atas informasi.

Oleh karena itu sebelum pasien memberikan persetujuannya diperlukan beberapa masukan sebagai berikut¹⁰ : 1) Penjelasan lengkap mengenai prosedur yang akan digunakan dalam tindakan medis tertentu (yang masih berupa upaya, percobaan) yang diusulkan oleh dokter serta tujuan yang ingin dicapai (hasil dari upaya, percobaan), 2) Deskripsi mengenai efek-efek sampingan serta akibat-akibat yang tak diinginkan yang mungkin timbul, 3) Deskripsi mengenai keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh pasien, 4) Penjelasan mengenai perkiraan lamanya prosedur berlangsung, 5) Penjelasan mengenai hak pasien untuk menarik kembali persetujuan tanpa adanya prasangka (jelek) mengenai hubungannya dengan dokter dan lembaganya. 6) Prognosis mengenai kondisi medis pasien bila ia menolak tindakan medis tertentu (percobaan) tersebut.

Mengenai bentuk *informed consent* dapat dilakukan secara tegas atau diam-diam. Secara tegas dapat disampaikan dengan kata-kata langsung baik secara lisan ataupun tertulis dan *informed consent* yang dilakukan secara diam-diam yaitu tersirat dari anggukan kepala ataupun perbuatan yang mensiratkan tanda setuju.

Informed consent dilakukan secara lisan apabila tindakan medis itu tidak berisiko, misalnya pada pemberian terapi obat dan pemeriksaan penunjang medis. Sedangkan untuk tindakan medis yang mengandung risiko misalnya pembedahan, maka *informed consent* dilakukan secara tertulis dan ditandatangani oleh pasien.

Yang paling aman bagi dokter kalau persetujuan dinyatakan secara tertulis, karena dokumen tersebut dapat dijadikan bukti jika suatu saat muncul sengketa. Cara yang terakhir ini memang tidak praktis sehingga kebanyakan dokter hanya menggunakan cara

ini jika tindakan medis yang akan dilakukannya mengandung risiko tinggi atau menimbulkan akibat besar yang tidak menyenangkan.

Di negara-negara maju, berbagai bentuk formulir persetujuan tertulis sengaja disediakan di setiap rumah sakit. Rupanya pengalaman menuntut dan digugat menjadikan mereka lebih berhati-hati. Pada prinsipnya formulir yang disediakan tersebut memuat pengakuan bahwa yang bersangkutan telah diberi informasi serta telah memahami sepenuhnya dan selanjutnya menyetujui tindakan medis yang disarankan dokter.

Jadi, pada hakekatnya *informed consent* adalah untuk melindungi pasien dari segala kemungkinan tindakan medis yang tidak disetujui atau tidak diijinkan oleh pasien tersebut, sekaligus melindungi dokter (secara hukum) terhadap kemungkinan akibat yang tak terduga dan bersifat negatif.

Yang tidak boleh dilupakan adalah dalam memberikan informasi tidak boleh bersifat memperdaya, menekan atau menciptakan ketakutan sebab ketiga hal itu akan membuat persetujuan yang diberikan menjadi cacat hukum. Sudah seharusnya informasi diberikan oleh dokter yang akan melakukan tindakan medis tertentu, sebab hanya ia sendiri yang tahu persis mengenai kondisi pasien dan segala seluk beluk dari tindakan medis yang akan dilakukan. Memang dapat didelegasikan kepada dokter lain atau perawat, namun jika terjadi kesalahan dalam memberikan informasi maka yang harus bertanggung jawab atas kesalahan itu adalah dokter yang melakukan tindakan medis. Lagi pula dalam proses mendapatkan persetujuan pasien, tidak menutup kemungkinan terjadi diskusi sehingga memerlukan pemahaman yang memadai dari pihak yang memberikan informasi.

Ada sebagian dokter menganggap bahwa *informed consent* merupakan sarana yang dapat membebaskan mereka dari tanggung jawab hukum jika terjadi malpraktek. Anggapan seperti ini keliru besar dan menyesatkan mengingat malpraktek adalah masalah lain yang erat kaitannya dengan pelaksanaan pelayanan medis yang tidak sesuai dengan standar. Meskipun sudah mengantongi *informed consent* tetapi jika pelaksanaannya tidak sesuai standar maka dokter tetap harus bertanggung jawab atas kerugian yang terjadi.

Dari sudut hukum pidana *informed consent* harus dipenuhi hal ini berkait dengan adanya Pasal 351 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, tentang penganiayaan. Suatu pembedahan yang dilakukan tanpa ijin pasien, dapat disebut sebagai penganiayaan dan dengan demikian merupakan pelanggaran terhadap Pasal 351 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (1, 2, 9). Leenen memberikan contoh (sebagaimana dikutip oleh Ameln)¹¹, apabila A menusuk / menyayat pisau ke B sehingga timbul luka, maka tindakan tersebut dapat disebut sebagai penganiayaan. Apabila A adalah seorang dokter, tindakan tersebut tetap merupakan penganiayaan, kecuali : 1) Orang yang dilukai (pasien) telah menyetujui. 2) Tindakan medis tersebut (pembedahan yang pada hakekatnya juga menyayat, menusuk, memotong tubuh pasien) berdasarkan suatu indikasi medis. 3) Tindakan medis tersebut dilakukan sesuai dengan kaidah-kaidah ilmu kedokteran yang diakui dalam dunia kedokteran.

Dari sudut hukum perdata *informed consent* wajib dipenuhi. Hal ini terkait bahwa hubungan antara dokter dengan pasien adalah suatu perikatan (transaksi terapeutik) untuk syahnya perikatan tersebut diperlukan syarat syah dari perjanjian yaitu Pasal 1320 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, di antaranya adalah adanya kesepakatan antara dokter dengan pasien. Pasien dapat menyatakan sepakat apabila telah diberikan informasi dari dokter yang merawatnya terhadap terhadap terapi yang akan diberikan serta efek samping dan risikonya. Juga terkait dengan unsur ke-2 (dua) mengenai kecakapan dalam membuat perikatan. Hal ini terkait dengan pemberian informasi dokter terhadap pasien yang belum dewasa atau yang ditaruh di bawah pengampuan agar diberikan kepada orang tua, *curator* atau walinya.

Pada prinsipnya, persyaratan untuk memperoleh *informed consent* dalam tindakan medis tertentu tidak dibedakan dengan *Informed consent* yang diperlukan dalam suatu eksperimen. Hanya saja, dalam eksperimen suatu penelitian baik yang bersifat terapeutik maupun non-terapeutik yang menggunakan pasien sebagai *naracoba*, maka *informed consent* harus lebih dipertajam, sebab menyangkut perlindungan terhadap harkat dan martabat manusia, pencegahan terjadinya paksaan dan kesesatan serta penyalahgunaan keadaan.

B. Tanggung Jawab Hukum Dokter Terhadap Pasien

1. Tanggung Jawab Etis

Peraturan yang mengatur tanggung jawab etis dari seorang dokter adalah Kode Etik Kedokteran Indonesia dan Lafal Sumpah Dokter. Kode etik adalah pedoman perilaku. Kode Etik Kedokteran Indonesia dikeluarkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan no. 434 / Men.Kes/SK/X/1983. Kode Etik Kedokteran Indonesia disusun dengan mempertimbangkan *International Code of Medical Ethics* dengan landasan idiil Pancasila dan landasan struktural Undang-undang Dasar 1945. Kode Etik Kedokteran Indonesia ini mengatur hubungan antar manusia yang mencakup kewajiban umum seorang dokter, hubungan dokter dengan pasiennya, kewajiban dokter terhadap sejawatnya dan kewajiban dokter terhadap diri sendiri.

Pelanggaran terhadap butir-butir Kode Etik Kedokteran Indonesia ada yang merupakan pelanggaran etik semata-mata dan ada pula yang merupakan pelanggaran etik dan sekaligus pelanggaran hukum. Pelanggaran etik tidak selalu berarti pelanggaran hukum, sebaliknya pelanggaran hukum tidak selalu merupakan pelanggaran etik kedokteran. Berikut diajukan beberapa contoh :

a. Pelanggaran etik murni

- 1) Menarik imbalan yang tidak wajar atau menarik imbalan jasa dari keluarga sejawat dokter dan dokter gigi.
 - 2) Mengambil alih pasien tanpa persetujuan sejawatnya.
 - 3) Memuji diri sendiri di depan pasien.
 - 4) Tidak pernah mengikuti pendidikan kedokteran yang berkesinambungan.
 - 5) Dokter mengabaikan kesehatannya sendiri.
- b. Pelanggaran etikolegal
1. Pelayanan dokter di bawah standar.
 2. Menerbitkan surat keterangan palsu.
 3. Membuka rahasia jabatan atau pekerjaan dokter.
 4. Abortus provokatus.

2. Tanggung Jawab Profesi

Tanggung jawab profesi dokter berkaitan erat dengan profesionalisme seorang dokter. Hal ini terkait dengan :

a. Pendidikan, pengalaman dan kualifikasi lain

Dalam menjalankan tugas profesinya seorang dokter harus mempunyai derajat pendidikan yang sesuai dengan bidang keahlian yang ditekuninya. Dengan dasar ilmu yang diperoleh semasa pendidikan di fakultas kedokteran maupun spesialisasi dan pengalamannya untuk menolong penderita.

b. Derajat risiko perawatan

Derajat risiko perawatan diusahakan untuk sekecil-kecilnya, sehingga efek samping dari pengobatan diusahakan minimal mungkin. Di samping itu mengenai derajat risiko perawatan harus diberitahukan terhadap penderita maupun keluarganya, sehingga pasien dapat memilih alternatif dari perawatan yang diberitahukan oleh dokter.

Berdasarkan data responden dokter, dikatakan bahwa informasi mengenai derajat perawatan timbul kendala terhadap pasien atau keluarganya dengan tingkat pendidikan rendah, karena telah diberi informasi tetapi dia tidak bisa menangkap dengan baik.

c. Peralatan perawatan

Perlunya dipergunakan pemeriksaan dengan menggunakan peralatan perawatan, apabila dari hasil pemeriksaan luar kurang didapatkan hasil yang akurat sehingga diperlukan pemeriksaan menggunakan bantuan alat. Namun dari jawaban responden bahwa tidak semua pasien bersedia untuk diperiksa dengan menggunakan alat bantu (alat kedokteran canggih), hal ini terkait erat dengan biaya yang harus dikeluarkan bagi pasien golongan ekonomi lemah.

3. Tanggung Jawab Hukum

Tanggung jawab hukum dokter adalah suatu “keterikatan” dokter terhadap ketentuan-ketentuan hukum dalam menjalankan profesinya.

Tanggung jawab seorang dokter dalam bidang hukum terbagi dalam 3 (tiga) bagian, yaitu :

- a. Tanggung jawab hukum dokter dalam bidang hukum perdata
 1. Tanggung Jawab Hukum Perdata Karena *Wanprestasi*

Pengertian *wanprestasi* ialah suatu keadaan dimana seseorang tidak memenuhi kewajibannya yang didasarkan pada suatu perjanjian atau kontrak.

Pada dasarnya pertanggungjawaban perdata itu bertujuan untuk memperoleh ganti rugi atas kerugian yang diderita oleh pasien akibat adanya *wanprestasi* atau perbuatan melawan hukum dari tindakan dokter.

Menurut ilmu hukum perdata, seseorang dapat dianggap melakukan *wanprestasi* apabila : Tidak melakukan apa yang disanggupi akan dilakukan, melakukan apa yang dijanjikan tetapi terlambat dan melaksanakan apa yang dijanjikan, tetapi tidak sebagaimana dijanjikan serta melakukan sesuatu yang menurut perjanjian tidak boleh dilakukannya.

Sehubungan dengan masalah ini, maka *wanprestasi* yang dimaksudkan dalam tanggung jawab perdata seorang dokter adalah tidak memenuhi syarat-syarat yang tertera dalam suatu perjanjian yang telah dia adakan dengan pasiennya.

Gugatan untuk membayar ganti rugi atas dasar persetujuan atau perjanjian yang terjadi hanya dapat dilakukan bila memang ada perjanjian dokter dengan pasien. Perjanjian tersebut dapat digolongkan sebagai persetujuan untuk melakukan atau berbuat sesuatu. Perjanjian itu terjadi bila pasien memanggil dokter atau pergi ke dokter, dan dokter memenuhi permintaan pasien untuk mengobatinya. Dalam hal ini pasien akan membayar sejumlah honorarium. Sedangkan dokter sebenarnya harus melakukan prestasi menyembuhkan pasien dari penyakitnya. Tetapi penyembuhan itu tidak pasti selalu dapat dilakukan sehingga seorang dokter hanya mengikatkan dirinya untuk memberikan bantuan sedapat-dapatnya, sesuai dengan ilmu dan ketrampilan yang dikuasainya. Artinya, dia berjanji akan berdaya upaya sekuat-kuatnya untuk menyembuhkan pasien.

Dalam gugatan atas dasar *wanprestasi* ini, harus dibuktikan bahwa dokter itu benar-benar telah mengadakan perjanjian, kemudian dia telah melakukan *wanprestasi* terhadap perjanjian tersebut (yang tentu saja dalam hal ini senantiasa harus didasarkan pada kesalahan profesi). Jadi di sini pasien harus mempunyai bukti-bukti kerugian akibat tidak dipenuhinya kewajiban dokter sesuai dengan standar profesi medis yang berlaku dalam suatu kontrak terapeutik. Tetapi dalam

prakteknya tidak mudah untuk melaksanakannya, karena pasien juga tidak mempunyai cukup informasi dari dokter mengenai tindakan-tindakan apa saja yang merupakan kewajiban dokter dalam suatu kontrak terapeutik. Hal ini yang sangat sulit dalam pembuktiannya karena mengingat perikatan antara dokter dan pasien adalah bersifat *inspaningsverbintenis*.

2. Tanggung Jawab Perdata Dokter Karena Perbuatan Melanggar Hukum (onrechtmatige daad)

Tanggung jawab karena kesalahan merupakan bentuk klasik pertanggungjawaban perdata. Berdasar tiga prinsip yang diatur dalam Pasal 1365, 1366, 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yaitu sebagai berikut :

a. Berdasarkan Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Pasien dapat menggugat seorang dokter oleh karena dokter tersebut telah melakukan perbuatan yang melanggar hukum, seperti yang diatur di dalam Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang menyebutkan bahwa : “Tiap perbuatan melanggar hukum, yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kesalahan itu, mengganti kerugian tersebut”.

Undang-undang sama sekali tidak memberikan batasan tentang perbuatan melawan hukum, yang harus ditafsirkan oleh peradilan. Semula dimaksudkan segala sesuatu yang bertentangan dengan undang-undang, jadi suatu perbuatan melawan undang-undang. Akan tetapi sejak tahun 1919 yurisprudensi tetap telah memberikan pengertian yaitu setiap tindakan atau kelalaian baik yang : (1) Melanggar hak orang lain (2) Bertentangan dengan kewajiban hukum diri sendiri (3) Menyalahi pandangan etis yang umumnya dianut (adat istiadat yang baik) (4) Tidak sesuai dengan kepatuhan dan kecermatan sebagai persyaratan tentang diri dan benda orang seorang dalam pergaulan hidup.

Seorang dokter dapat dinyatakan melakukan kesalahan. Untuk menentukan seorang pelaku perbuatan melanggar hukum harus membayar ganti rugi, haruslah terdapat hubungan erat antara kesalahan dan kerugian yang ditimbulkan.

b. Berdasarkan Pasal 1366 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Seorang dokter selain dapat dituntut atas dasar wanprestasi dan melanggar hukum seperti tersebut di atas, dapat pula dituntut atas dasar lalai, sehingga menimbulkan kerugian. Gugatan atas dasar kelalaian ini diatur dalam Pasal 1366 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, yang bunyinya sebagai berikut : “Setiap orang bertanggung jawab tidak saja untuk kerugian yang disebabkan karena perbuatannya, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan karena kelalaian atau kurang hati-hatinya”.

c. Berdasarkan Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Seseorang harus memberikan pertanggungjawaban tidak hanya atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakannya sendiri, tetapi juga atas kerugian yang ditimbulkan dari tindakan orang lain yang berada di bawah pengawasannya. (Pasal 1367 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata).

Dengan demikian maka pada pokoknya ketentuan Pasal 1367 BW mengatur mengenai pembayaran ganti rugi oleh pihak yang menyuruh atau yang memerintahkan sesuatu pekerjaan yang mengakibatkan kerugian pada pihak lain tersebut.

Nuboor Arrest ini merupakan contoh yang tepat dalam hal melakukan tindakan medis dalam suatu ikatan tim. Namun dari Arrest tersebut hendaknya dapat dipetik beberapa pengertian untuk dapat mengikuti permasalahannya lebih jauh. Apabila dihubungkan dengan ketentuan Pasal 1367 BW, maka terlebih dahulu perlu diadakan identifikasi mengenai sampai seberapa jauh tanggung jawab perdata dari para dokter pembantu Prof. Nuboor tersebut. Pertama-tama diketahui siapakah yang dimaksudkan dengan bawahan. Adapun yang dimaksudkan dengan bawahan dalam arti yang dimaksud oleh Pasal 1367 BW adalah pihak-pihak yang tidak dapat bertindak secara mandiri dalam hubungan dengan atasannya, karena memerlukan pengawasan atau petunjuk-petunjuk lebih lanjut secara tertentu.

Sehubungan dengan hal itu seorang dokter harus bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan oleh bawahannya yaitu para perawat, bidan dan sebagainya. Kesalahan seorang perawat karena menjalankan perintah dokter adalah tanggung jawab dokter.

d. Tanggung jawab hukum dokter dalam bidang hukum pidana

Seiring dengan semakin meningkatnya kesadaran hukum masyarakat, dalam perkembangan selanjutnya timbul permasalahan tanggung jawab pidana seorang dokter, khususnya yang menyangkut dengan kelalaian, hal mana dilandaskan pada teori-teori kesalahan dalam hukum pidana.

Tanggung jawab pidana di sini timbul bila pertama-tama dapat dibuktikan adanya kesalahan profesional, misalnya kesalahan dalam diagnosa atau kesalahan dalam cara-cara pengobatan atau perawatan.

Dari segi hukum, kesalahan / kelalaian akan selalu berkait dengan sifat melawan hukumnya suatu perbuatan yang dilakukan oleh orang yang mampu bertanggung jawab. Seseorang dikatakan mampu bertanggung jawab apabila dapat menginsafi makna yang senyatanya dari perbuatannya, dapat menginsafi perbuatannya itu tidak dipandang patut dalam pergaulan masyarakat dan

mampu untuk menentukan niat / kehendaknya dalam melakukan perbuatan tersebut.

Suatu perbuatan dapat dikategorikan sebagai criminal malpractice apabila memenuhi rumusan delik pidana yaitu : Perbuatan tersebut harus merupakan perbuatan tercela dan dilakukan sikap batin yang salah yaitu berupa kesengajaan, kecerobohan atau kelapaaan.

Kesalahan atau kelalaian tenaga kesehatan dapat terjadi di bidang hukum pidana, diatur antara lain dalam : Pasal 263, 267, 294 ayat (2), 299, 304, 322, 344, 347, 348, 349, 351, 359, 360, 361, 531 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.

Ada perbedaan penting antara tindak pidana biasa dengan ‘tindak pidana medis’. Pada tindak pidana biasa yang terutama diperhatikan adalah ‘akibatnya’, sedangkan pada tindak pidana medis adalah ‘penyebabnya’. Walaupun berakibat fatal, tetapi jika tidak ada unsur kelalaian atau kesalahan maka dokternya tidak dapat dipersalahkan.

Beberapa contoh dari criminal malpractice yang berupa kesengajaan adalah melakukan aborsi tanpa indikasi medis, membocorkan rahasia kedokteran, tidak melakukan pertolongan seseorang yang dalam keadaan emergency, melakukan eutanasia, menerbitkan surat keterangan dokter yang tidak benar, membuat visum et repertum yang tidak benar dan memberikan keterangan yang tidak benar di sidang pengadilan dalam kapasitas sebagai ahli.

Dalam literatur hukum kedokteran negara Anglo-Saxon antara lain dari Taylor¹⁴ dikatakan bahwa seorang dokter baru dapat dipersalahkan dan digugat menurut hukum apabila dia sudah memenuhi syarat 4 – D, yaitu : Duty (Kewajiban), Derelictions of That Duty (Penyimpangan kewajiban), Damage (Kerugian), Direct Causal Relationship (Berkaitan langsung)

Duty atau kewajiban bisa berdasarkan perjanjian (*ius contractu*) atau menurut undang-undang (*ius delicto*). Juga adalah kewajiban dokter untuk bekerja berdasarkan standar profesi. Kini adalah kewajiban dokter pula untuk memperoleh informed consent, dalam arti wajib memberikan informasi yang cukup dan mengerti sebelum mengambil tindakannya. Informasi itu mencakup antara lain : risiko yang melekat pada tindakan, kemungkinan timbul efek sampingan, alternatif lain jika ada, apa akibat jika tidak dilakukan dan sebagainya. Peraturan tentang persetujuan tindakan medis (*informed consent*) sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 585 Tahun 1989.

Penentuan bahwa adanya penyimpangan dari standar profesi medis (*Dereliction of The Duty*) adalah sesuatu yang didasarkan atas fakta-fakta secara kasuistik yang harus dipertimbangkan oleh para ahli dan saksi ahli.

Namun sering kali pasien mencampuradukkan antara akibat dan kelalaian. Bahwa timbul akibat negatif atau keadaan pasien yang tidak bertambah baik belum membuktikan adanya kelalaian. Kelalaian itu harus dibuktikan dengan jelas. Harus dibuktikan dahulu bahwa dokter itu telah melakukan 'breach of duty'.

Damage berarti kerugian yang diderita pasien itu harus berwujud dalam bentuk fisik, finansial, emosional atau berbagai kategori kerugian lainnya, di dalam kepustakaan dibedakan : Kerugian umum (general damages) termasuk kehilangan pendapatan yang akan diterima, kesakitan dan penderitaan dan kerugian khusus (special damages) kerugian finansial nyata yang harus dikeluarkan, seperti biaya pengobatan, gaji yang tidak diterima.

Sebaliknya jika tidak ada kerugian, maka juga tidak ada penggantian kerugian. Direct causal relationship berarti bahwa harus ada kaitan kausal antara tindakan yang dilakukan dengan kerugian yang diderita.

3. Tanggung jawab hukum dokter dalam bidang hukum administrasi

Dikatakan pelanggaran administrative malpractice jika dokter melanggar hukum tata usaha negara. Contoh tindakan dokter yang dikategorikan sebagai administrative malpractice adalah menjalankan praktek tanpa ijin, melakukan tindakan medis yang tidak sesuai dengan ijin yang dimiliki, melakukan praktek dengan menggunakan ijin yang sudah daluwarsa dan tidak membuat rekam medis.

Menurut peraturan yang berlaku, seseorang yang telah lulus dan diwisuda sebagai dokter tidak secara otomatis boleh melakukan pekerjaan dokter. Ia harus lebih dahulu mengurus lisensi agar memperoleh kewenangan, dimana tiap-tiap jenis lisensi memerlukan basic science dan mempunyai kewenangan sendiri-sendiri. Tidak dibenarkan melakukan tindakan medis yang melampaui batas kewenangan yang telah ditentukan. Meskipun seorang dokter ahli kandungan mampu melakukan operasi amandel namun lisensinya tidak membenarkan dilakukan tindakan medis tersebut. Jika ketentuan tersebut dilanggar maka dokter dapat dianggap telah melakukan administrative malpractice dan dapat dikenai sanksi administratif, misalnya berupa pembekuan lisensi untuk sementara waktu.

Pasal 11 Undang-Undang No. 6 Tahun 1963, sanksi administratif dapat dijatuhkan terhadap dokter yang melalaikan kewajiban, melakukan suatu hal yang seharusnya tidak boleh diperbuat oleh seorang dokter, baik mengingat sumpah jabatannya maupun mengingat sumpah sebagai dokter, mengabaikan sesuatu yang seharusnya dilakukan oleh dokter dan melanggar ketentuan menurut atau berdasarkan Undang-Undang No. 6 Tahun 1963.

PENDIDIKAN KESEHATAN DAN BEBERAPA MODEL PERUBAHAN PERILAKU

Latar Belakang

Kondisi kesehatan masyarakat Indonesia pada saat ini bisa dikatakan dalam kondisi yang sudah semakin membaik, meskipun masih ada sebagian masyarakat yang hidup jauh dari pola hidup sehat. Membaiknya kesehatan masyarakat merupakan manifestasi dari info dari media masa yang sering memberikan informasi edukatif sehingga masyarakat terdidik secara otomatis. Pentingnya kesehatan masyarakat membuat dinas pendidikan membuat ilmu atau fakultas yang khusus menangani kesehatan masyarakat. Harapan pemerintah pada perkuliahan yang membahas tentang kesehatan masyarakat kedepannya mampu membawa masyarakat yang sehat dan cerdas dalam menjaga kesehatannya sendiri dan keluarga.

Ilmu kesehatan masyarakat memiliki artian, sebagai ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.

Salah satu ruang lingkup ilmu kesehatan masyarakat yang menjadi sorotan di Indonesia adalah Gizi Masyarakat, pembahasan berkaitan dengan gizi memang menjadi hal menarik, karena masih banyak masyarakat yang dalam pemenuhan gizinya belum mendekati normal, artinya angka kecukupan gizi di masyarakat Indonesia terutama di pedesaan masih sangat rendah. Banyak masyarakat yang masih mengonsumsi makanan satu macam sehingga nutrisinya tidak optimum, hal ini juga yang menyebabkan banyaknya kasus seperti busung lapar kurang gizi dan lain sebagainya. Pentingnya kesehatan masyarakat harus benar-benar mendapatkan perhatian, karena masyarakat bisa menjadi cerminan suatu Negara. Bagaimanapun Negara bisa terus berkembang karena ada masyarakat yang menyumbangkan SDMnya.

Sumber daya manusia yang baik tentu dari masyarakat yang sehat. Masalah gizi menjadi sorotan khusus karena di Indonesia sendiri masalah ini belum bisa teratasi secara tuntas, sebenarnya banyak aspek yang melingkupi kesehatan masyarakat, seperti Epidemiologi,

Biostatistik, Kesehatan Lingkungan, Pendidikan Kesehatan dan Perilaku, Administrasi Kesehatan Masyarakat, Kesehatan dan Keselamatan Kerja serta Kesehatan Reproduksi.

Pengertian

Menurut Asrul Azwar :

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bias melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Azwar, 1996).

Menurut Departemen Kesehatan :

Penyuluhan kesehatan adalah gabungan dari sebagian kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bias dilakukan secara perseorangan maupun kelompok dan meminta pertolongan bila perlu (Effendy, 199

Prinsip-prinsip pendidikan kesehatan

Semua petugas kesehatan telah mengakui bahwa pendidikan kesehatan itu penting untuk untuk menunjang program-program kesehatan yang lain. Akan tetapi pada kenyataannya pengakuan ini tidak didukung oleh kenyataan. Artinya, dalam program-program pelayanan kesehatan kurang melibatkan pendidikan kesehatan. Meskipun program itu melibatkan pendidikan kesehatan, tetapi kurang memberikan bobot.

Argumentasi mereka adalah karena pendidikan kesehatan itu tidak segera dan jelas memperlihatkan hasil. Dengan kata lain, pendidikan kesehatan itu segera membawa manfaat bagi masyarakat dan yang mudah dilihat atau diukur. Hal ini memang benar karena pendidikan merupakan “behavioral investment” jangka panjang.

Hasil investment pendidikan kesehatan baru dapat di lihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek (immediate impact) pendidikan kesehatan yang menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan saja belum akan berpengaruh langsung terhadap indicator kesehatan. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai hasil jangka menengah (intermediate impact) dari pendidikan kesehatan.

Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indicator kesehatan masyarakat sebagai keluarga (outcome) pendidikan kesehatan. Hal ini berbeda dengan program

kesehatan yang lain, terutama program pengobatan yang dapat langsung memberikan hasil (immediate impact) terhadap penurunan kesehatan.

Peranan Pendidikan Kesehatan

Semua ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan mengacu kepada H.L Blum dalam hasil penelitiannya di Amerika Serikat sebagai salah satu Negara yang sudah maju Blum menyampaikan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan kemudian berturut turut di susul oleh perilaku mempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan, dan keturunan mempunyai andil yang paling kecil terhadap status kesehatan.

Bagaimana proporsi pengaruh factor factor tersebut terhadap status kesehatan di Negara Negara berkembang , terutama di Indonesia belum ada penelitian. Apabila di lakukan penelitian mungkin mungkin perilaku mempunyai kontribusi yang lebih besar. Penelitian penulis di Kecamatan Pasar Rebo Jakarta Timur tentang status gizi anak balita dengan menggunakan analisis stepwise, terbukti variabel perilaku terseleksi , meskipun variabel ekonomi disini belum mewakili seluruh variabel lingkungan, tetapi paling tidak pengaruh perilaku lebih besar daripada variabel variabel lainnya.

Selanjutnya Lewrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilator belakang atau di pengaruhi oleh tiga factor pokok yakni: factor factor prediposisi (predisposing factors). Faktor factor yang mendukung (enabling factors) dan factor factor yang memperkuat atau mendorong (reinforcing factors). Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sebagai factor usaha intervensi perilaku harus diarahkan kepada ketiga factor pokok tersebut. Skema dari Blum dan Green tersebut dapat dimodifikasi sebagai berikut :

Dari diagram tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi factor perilaku sehingga perilaku individu , kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai nilai kesehatan. Dengan perkataan lain pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai nilai kesehatan.

Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi kesehatan , pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogic praktis atau pratek pendidikan. Oleh sebab itu konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang

diaplikasikan pada bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau ,masyarakat.

Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk social dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup dalam masyarakat selalumerlukan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu dan sebagainya). Dalam mencapai tujuan tersebut, seorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar.

Kegiatan atau proses terjadi dimana saja, kapan saja, dan oleh siapa saja. Seseorang dapat dikatakan belajar apabila di dalam dirinya terjadi perubahan, dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat mengerjakan menjadi dapat mengerjakan sesuatu. Namun demikian tidak semua perubahan itu terjadi karena belajar saja, misalnya perkembangan anak dari tidak dapat berjalan menjadi dapat berjalan.

Perubahan ini terjadi bukan hasil proses belajar, tetapi karena proses kematangan. Dari uraian singkat ini dapat disimpulkan bahwa kegiatan belajar itu mempunyai ciri-ciri : belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan pada diri individu, kelompok, atau masyarakat yang sedang belajar, baik actual maupun potensial. Ciri kedua dari hasil belajar adalah bahwa perubahan tersebut didapatkan karena kemampuan baru yang berlaku untuk waktu yang relative lama. Ciri ketiga adalah bahwa perubahan itu terjadi karena usaha yang disadari, bukan karena kebetulan.

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dan tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu, dan lain sebagainya.

Berangkat dari konsep pendidikan kesehatan dan diagram 5.1 tersebut diatas pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) nya/ pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) nya/mereka, untuk mencapai kesehatannya/kesehatan mereka secara optimal.

Di samping konsep pendidikan kesehatan tersebut diatas, para ahli pendidikan kesehatan juga telah mencoba membuat batasan tentang pendidikan kesehatan yang berbeda-beda, sesuai dengan konsep mereka masing-masing tentang pendidikan. Batasan-batasan yang sering dijadikan acuan antara lain dari : Nyswander, Stuart, Green, tim ahli WHO dan lain sebagainya.

Proses pendidikan kesehatan

Seperti telah disebutkan diatas bahwa prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Didalam kegiatan belajar terdapat tiga persoalan pokok , yakni persoalan masukan (input),proses, dan persoalan keluaran (output). Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme dan interaksi terjadi nya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut.

Di dalam proses ini terjadi pengaruh timbale balik antara berbagai faktorf, antara lain : subjek,Belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator) metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran adalah merupakan hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar. Proses kegiatan belajar tersebut dapat di gambarkan sebagai berikut :

Beberapa ahli pendidkan mengelompokkan factor-faktor yang mempengaruhi proses belajar ini kedalam 4 kelompok besar, yakni : factor materi (bahan belajar), lingkungan, instrumental, dan subjek belajar. Factor instrumental ini terjadi perangkat keras (hardware) seperti perlengkapan belajar dan alar-alat peraga, dan perangkat lunak (software) seperti fasilitator belajar , metode belajar , organisasi sebagainya. Dalam pendidikan kesehatan subjek belajar ini dapat berupa individu, kelompok atau masyarakat.

Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yakni :

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung diberbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya :

1. Pendidikan kesehatan disekolah, dilakukan disekolah dengan sasaran murid.
2. Pendidikan kesehatan dirumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, dipuskesmas dan sebagainya.
3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasarn buruh atau karyawan yang bersangkutan.

Dimendi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (five levels of prevention) dari Leavel and Clark sbb :

1. Promosi kesehatan (health promotion)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatn diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan hygiene p;erorangan, dan sebagainya.

2. Perlindungan khusus (specific protection)

Dalam program imunisasai sebagai bentuk pelayanan perlindungan. Kusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di Negara- Negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang penting nya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah.

3. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (early diagnosis and prompt treatment)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap[kesehatan dan penyakit, maka sering kali mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi didalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau di periksa dan di obati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat di perlukan pada tahap ini.

4. Pembatasan cacat (disability limitation)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit , maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya . Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacad atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga di perlukan pada tahap ini.

5. Rehabilitasi (Rehabilitation)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang kadang orang menjadi cacad. Untuk memulihkan cacadnya tersebut kadang kadang diperlukan latihan latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut ,ia tidak atau segan melakukan latihan latihan yang di anjurkan. Disamping itu orang yang cacad setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang untuk kembali kemasyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu jelas pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacad tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan kepada masyarakat.

Sub Bidang Keilmuan Pendidikan Kesehatan

Di dalam diagram tersebut diatas telah diilustrasikan bahwa pendidikan kesehatan sebagai usaha intervensi perilaku diarahkan kepada 3 faktor pokok yakni : factor-faktor predisposisi, factor-faktor pendukung, dan factor-faktor pendorong. Strategi dan pendekatan untuk ketiga factor –faktor tersebut berbeda-beda, meskipun tidak secara eksplisit. Dari perbedaan strategi dan pendekatan tersebut berakibat dikembangkannya mata mata ajaran-mata ajaran atau sub disiplin ilmu sebagai bagian dari pendidikan kesehatan. Mata ajaran-mata ajaran tersebut adalah

1) Komunikasi

Komunikasi disini diperlukan untuk mengkondisikan factor-faktor predisposisi. Kurangnya pengetahuan, dan sikap masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, adanya tradisi,kepercayaan negative tentang penyakit, makanan, lingkungan dan sebagainya. Mereka tidak berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Untuk itu diperlukan komunikasi, pemberian informasi-informasi tentang kesehatan. Untuk berkomunikasi yang efektif para petugas kesehatan perlu dibekali ilmu komunikasi, termasuk media komunikasi nya.

2) Dinamika kelompok

Dinamika kelompok adalah salah satu metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan kepada sasaran pendidikan. Oleh sebab itu, dinamika kelompok diperlukan dalam mengkondisikan factor-faktor predisposisi perilaku kesehatan, dan harus dikuasai oleh setiap petugas kesehatan.

3) Pengembangan dan pengorganisasian masyarakat (PPM)

Untuk memperoleh perubahan perilaku yang diharapkan secara efektif diperlukan factor-faktor pendukung yang berupa sumber-sumber dan fasilitas yang memadai. Sumber-sumber dan fasilitas tersebut sebagian harus digali dan dikembangkan dari masyarakat itu sendiri. Masyarakat harus mampu untuk mengorganisasikan komunitasnya sendiri untuk berperan serta dalam penyediaan fasilitas-fasilitas. Untuk itu, maka para petugas kesehatan harus dibekali ilmu pengembangan dan pengorganisasian masyarakat. (PPM).

4) Pengembangan kesehatan masyarakat desa (PKMD)

PKMD pada dasarnya adalah bagian dari PPM, bedanya PKMD ini lebih khusus, mengarah kepada kesehatan. PKMD pada prinsipnya adalah wadah partisipasi masyarakat dalam bidang pengembangan kesehatan. Filosofi dari PKMD adalah pengembangan kesehatan untuk mereka, dari mereka, dan oleh mereka. Di samping itu PKMD adalah bentuk operasional dari Primary Health Care yang merupakan wahana untuk mencapai kesehatan internasional (Deklarasi Alma Atta). Oleh sebab itu, semua petugas kesehatan harus dibekali dengan PKMD ini.

5) Pemasaran Sosial (Sosial Marketing)

Untuk memasyarakatkan produksi kesehatan yang baik yang berupa peralatan, fasilitas maupun jasa pelayanan perlu pemasaran. Pemasaran jasa pelayanan ini menurut istilah bisnis disebut pemasaran social (social Marketing). Dalam rangka pendidikan kesehatan, pemasaran social diperlukan untuk intervensi pada factor factor pendorong dalam perubahan perilaku masyarakat.

6) Pengembangan Organisasi

Agar institusi kesehatan sebagai organisasi pelayanan kesehatan, dan organisasi masyarakat mampu berfungsi sebagai factor pendukung dan pendorong perubahan perilaku kesehatan masyarakat, maka perlu dinamisasi dari organisasi tersebut. Oleh sebab itu mahasiswa sebagai calon petugas kesehatan harus menguasai ilmu pengembangan organisasi (PO) tersebut.

7) Pendidikan Dan Pelatihan (Diklat)

Semua petugas kesehatan baik dilihat dari jenis dan tingkatnya pada dasarnya adalah pendidik kesehatan. Ditengah tengah masyarakat petugas kesehatan adalah menjadi tokoh panitan di bidang kesehatan. Untuk itu maka petugas kesehatan harus mempunyai sikap dan

perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Demikian pula petugas kesehatan lain atau tokoh-tokoh masyarakat juga merupakan panutan perilaku (termasuk) perilaku yang positif, sikap dan perilaku petugas kesehatan dan petugas kesehatan lain merupakan pendorong atau penguat perilaku masyarakat. Untuk mencapai hal tersebut petugas kesehatan dan para petugas lain harus memperoleh pendidikan dan pelatihan khusus tentang kesehatan atau pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku. Maka dari itu, mahasiswa kesehatan harus memperoleh keterampilan pendidikan/pelatihan.

8) Pengembangan Media (Teknologi Pendidikan Kesehatan)

Dalam proses pendidikan kesehatan, agar diperoleh hasil yang efektif diperlukan alat bantu atau media pendidikan. Fungsi media dalam pendidikan adalah sebagai alat peraga untuk menyampaikan informasi atau pesan-pesan tentang kesehatan. Oleh sebab itu mahasiswa kesehatan harus menguasai teknik-teknik pengembangan media.

9) Perencanaan Dan Evaluasi Pendidikan Kesehatan

Untuk mencapai program dan kegiatan yang efektif dan efisien diperlukan perencanaan dan evaluasi. Perencanaan dan evaluasi program pendidikan kesehatan mempunyai kekhususan bila dibandingkan dengan program pendidikan sebagai indikator keberhasilan dari program pendidikan kesehatan adalah perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku sasaran yang memerlukan pengukuran khusus. Oleh sebab itu, meskipun mahasiswa telah memperoleh perencanaan dan evaluasi secara umum, mereka perlu diberikan perencanaan dan evaluasi secara umum, mereka perlu diberikan perencanaan dan evaluasi pendidikan kesehatan.

10) Antropologi Kesehatan

Perilaku manusia diperoleh oleh lingkungannya, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya. Untuk melakukan pendekatan perubahan perilaku kesehatan, petugas kesehatan harus menguasai berbagai macam latar belakang sosio budaya masyarakat yang bersangkutan. Oleh sebab itu petugas kesehatan harus menguasai antropologi khususnya antropologi kesehatan.

11) Sosiologi kesehatan

Psikologi adalah merupakan dasar dari ilmu perilaku. Untuk memahami perilaku individu, kelompok maupun masyarakat, maka tidak lepas dari mempelajari psikologi. Dalam memahami perilaku masyarakat, psikologi sosial sangat diperlukan. Oleh sebab itu semua petugas kesehatan harus menguasai psikologi, terutama psikologi sosial.

Metode Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Akhirnya pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Dengan kata lain, dengan adanya pendidikan tersebut dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran.

Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses tersebut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Di dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku di pengaruhi oleh banyak factor. Faktor factor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan disamping masukannya sendiri juga metode materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang sendiri juga metode materi atau petugas yang melakukannya, dan alat lat bantu /alat peraga pendidikan. Agar di capai suatu hasil yang optimal, maka factor factor tersebut harus bekerjasama secara harmonis. Hal ini berarti, bahwa untuk masukan (sasaran pendidikan) tertentu, harus menggunakan cara tertentu pula, materi juga harus di sesuaikan dengan sasaran, demikian juga alat bantu pendidikan disesuaikan. Untuk sasaran kelompok, metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan sebagainya.

Dibawah ini akan di uraikan beberapa metode pendidikan individual, kelompok dan massa (public)

1. Metode pendidikan individual

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya seorang ibu hamil yang tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh /mendengarkan ibu menjadi penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi asektor yang lestari atau ibu hamil tersebut. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dg tepad, serta membantunya maka perlu menggunakan metode (cara ini).

Bentuk dari cara pendekatan ini, antara lain:

1) Bimbingan dan penyuluhan (Guidance and Counseling)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikoreksi, dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2) Interview (wawancara)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a) Ceramah: Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah;

1) Persiapan

Ceramah yang berhasil apabila penceramahan itu sendiri menguasai materi dari yang akan diceramahkan.

Untuk itu penceramahan harus mempersiapkan diri dengan:

- Mempelajari materi dengan sistematis yang baik, lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- Menyiapkan alat bantu pengajaran misalnya; makalah singkat, slide, transparan, sound system dan sebagainya.

2) Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramahan tersebut dapat menguasai sasaran ceramah untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramahan dapat melakukan hal-hal sebagai berikut;

- Sikap dan penampilan yang meyakinkan tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.

- Suara hendaknya cukup keras dan jelas
- Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.
- Berdiri di depan (di pertengahan) tidak boleh duduk.
- Menggunakan alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

b) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari suatu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

a) Diskusi kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi/penyuluh juga duduk di antara peserta, sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Tempatnya mereka dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok ada dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok ada kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

b) Curah pendapat (Brain Storming)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah kemudian tiap peserta memberikan jawaban jawaban atau tanggapan (cara pendapat). Tanggapan atau jawaban jawaban tersebut di tamping dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadilah diskusi.

c) Bola salju (Snow Balling)

Kelompok dibagi dalam pasangan pasangan (1pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah , setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya.

d) Kelompok kecil kecil (Bruz Group)

Kelompok dapat dibagi menjadi kelompok kecil, kemudian dilontarkan satu permasalahan sam/tidak dengan kelompok lain dan masing masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut.

e) Role Play (Memainkan Peranan)

Dalam metode ini beberapa anggota ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan untuk memainkan peranan tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter peskesmas, sebagai perawat atau bidan dan sebagainya., sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka meragakan misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

f) Permainan simulasi (simulation game)

Metode ini adalah merupakan gambaran antara role play dengan diskusi kelompok. Pesa-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkan nyaa persisi seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nama sumber.

c. Metode penelitian massa (public)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau npublic, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin pekerjaan, status social ekonomi , tingkat pendidikan, dan sebagainya maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancangedemikian rupa sehingga dapat di tangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah “awarcness” atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum begitu diharapkan sampai dengan perubahan perilaku. Namun demikian bila sudah sampai berpengaruh terhadap perubahan perilaku adalah wajar.

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metoda ini, antara lain :

1) Ceramah umum(public speaking)

Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari KB juga merupakan salahsatu bentuk pendekatan massa.

2) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

3) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa., contoh : “ Praktek Dokter Herman Susilo” di Televisi pada waktu yang lalu.

4) Sinetron “Dokter Sartika” didalam acara TV juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.

5) Tulisan-tulisan dimajalah atau Koran, baik dalam bentuk artikel maupun Tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh ; Billboard” Ayo Posyandu”

1. Alat bantu dan media pendidikan kesehatan

1. a. Alat bantu(peraga)

a) Pengertian

b) yang dimaksud alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikna bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut “alat peraga”, karena berfungsi untuik membantu dan meragakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran.

c) Faedah alat bantu pendidikan

sasaran terperinci,faedah alat peraga antara lain sebagai berikut :

- 1) menimbulkan minat sasaran pendidika
- 2) mencapai sasaran yang lebih banyak
- 3) membantu mengatasi hambatan bahasa merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.
- 4) membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat

- 5) merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- 6) 7)mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan.
- 7) 8)mempermudah p[enerimaan informasi oleh sasaran pendidikan seperti diuraikan diatas bahwa pengetahuan yang ada pada seseorang diterima melalui indera.
- 8) mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhir nya memberikan pengertian yang lebih baik.
- 9) membantu menegaskan pengertian yang diperoleh.didalam menerima sesuatu yang baru, manusia mempunyai kecenderungan untuk melupakan atau lupa.

1. b. **Macam-macam alat bantu pendidikan**

- 1) Alat bantu lihat(visual aids)
 - a. alat yang diproyeksikan, misalnya,slide,film, filmstrip, dan sebagainya.
 - b. alat-alat yang tidak diproyeksikan
 - a) dua dimensi,gambaran peta, bagan,dan sebagainya
 - b) tiga dimensi missal ,bola dunia, boneka dan sebagainya
- 2) alat-alat bantu dengar (audio aids)ialah alat yang dapat membantu mensstimulasi indra pendengar .
- 3) alat bantu lihar dengar , seperti : televisi dan vidio cassette.
 1. alat peraga yang “complicated”(rumit), seperti film, film strip slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.
 2. alat peraga yang sederhana,yang mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh bamboo,karton, kaleng bekas, kertas Koran.

Contoh alat peraga sederhana :

1. dirumah tangga seperti : leafled,model buku bergambar benda-benda yang nyata seperti : buah-buahan,sayur-sayuran.
 2. dikantor-kantor dan sekolah-sekolah , seprti papan tulis, leaflet, buku, boneka dan sebagainya.
 3. dimasyarakat umum : misalnya poster,,spanduk, leaflet,flannel graph,boneka wayaang.
- Cirri-ciri alat peraga kesehatan yang sederhana antarlain :
- 1) mudah dibuat

- 2) bahan-bahannya dapat diperoleh
- 3) mencerminkan kebiasaan, kehidupan dan kepercayaan setempat.
- 4) ditulis (digambar) dengan sederhana)
- 5) bahasa setempat dan mudah dimengerti oleh masyarakat
- 6) memenuhi kebutuhan-kebutuhan petugas kesehatan masyarakat

1. c. **Sasaran yang di capai alat bantu pendidikan**

Sasaran pendidikan yang akan dicapai alat peraga :

- a) individu atau kelompok
- b) kategori-kategori sasaran seperti : kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya.
- c) bahasa yang mereka gunakan
- d) adat-istiadat serta kebiasaan
- e) minat dan perhatian
- f) pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima

1. d. **Merencanakan dan menggunakan alat peraga**

tujuan yang hendak dicapai

- a) Tujuan pendidikan :
 - 1) mengubah pengetahuan, pendapat dan konsep
 - 2) mengubah sikap dan persepsi
 - 3) menanamkan tingkah laku/kebiasaan yang baru
- b) Tujuan penggunaan alat peraga
 - 1) sebagai alat bantu dalam latihan/ pendidikan
 - 2) untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah
 - 3) untuk mengingatkan sesuatu pesan/informasi
 - 4) untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan.

1. e. **Media pendidikan kesehatan**

- a) Media cetak
 - 1) blooker : adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dan bentuk buku
 - 2) Leaflet : bentuk penyampaian informasi
 - 3) Flyer(selebaran): seperti leaflet tetapi tidak seperti lipatan
 - 4) Flip chart(lembar balik) : media penyampaian pesan dalam bentuk lembar balik
- b) Media elektronik

- a) televise : penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui televise
- b) radio : penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui radio
- c) video : penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui video
- d) slide : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan
- e) film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan

1. **Mediapapan(billboard)**

papan (bill board) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan, pada lembaran yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

G. Perilaku kesehatan

1. Konsep perilaku

Skinner (1938) seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons, ia membedakan adanya dua respons, yakni:

- 1. Respondent respons atau reflexive respons, ialah respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu.
- 2. Operant respons atau instrumental respons, adalah yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu.

Prosedur pembentukan perilaku

Prosedur pembentukan perilaku dalam operant conditioning ini menurut Skinner:

- 1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau reinforcer berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi perilaku yang akan dibentuk.
- 2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen yang membentuk perilaku yang dikehendaki.
- 3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara.
- 4. Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah disusun.

Bentuk perilaku

secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. respons ini terbentuk dua macam, yakni:

1. Bentuk pasif, adalah respons internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain.
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dan dapat diobservasi secara langsung.

1. Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Respons atau reaksi manusia baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau practice).

Menurut Ensiklopedi Amerika perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlakukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Dengan demikian, maka suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu.

Robert Kwick (1974) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia.

Didalam proses pembentukan dan atau perubahan, perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain: susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, lingkungan dan sebagainya. Susunan syaraf pusat memegang peranan penting dalam perilaku manusia, karena merupakan sebuah bentuk perpindahan dari rangsangan yang masuk menjadi perbuatan atau tindakan. Perpindahan ini dilakukan oleh susunan syaraf pusat dengan unit-unit dasarnya yang disebut neuron. Neuron memindahkan energi-energi didalam impuls-impuls syaraf. Impuls-impuls syaraf indra pendengaran, penglihatan, pembauan, pencecepan, dan perabaan disalurkan dari tempat terjadinya rangsangan melalui impuls-impuls syaraf ke susunan syaraf pusat.

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui indera. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun mengamati terhadap objek yang sama. Motivasi yang diartikan sebagai suatu dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan juga dapat

terwujud dalam bentuk perilaku. Perilaku juga dapat timbul karena emosi. Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani, yang pada hakikatnya merupakan faktor keturunan (bawaan). Manusia dalam mencapai kedewasaan semua aspek tersebut diatas akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan.

Belajar diartikan sebagai suatu proses perubahan perilaku yang dihasilkan dari praktek-praktek dalam lingkungan kehidupan. Belajar adalah suatu perubahan perilaku yang didasari oleh perilaku terdahulu (sebelum). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perilaku itu dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya. Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern dan ekstern.

Faktor intern mencakup: pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti: iklim, manusia, sosial-ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya.

Dari uraian diatas tampak jelas bahwa perilaku adalah merupakan konsepsi yang tidak sederhana, sesuatu yang kompleks, yakni suatu pengorganisasian proses-proses psikologis oleh seseorang yang memberikan predisposisi untuk melakukan response menurut cara tertentu terhadap suatu objek.

Becker (1979) mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (health behavior) sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (health behavior), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan ataupun kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.
2. Perilaku sakit (illness behavior), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau merasa sakit. Termasuk disini juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
3. Perilaku peran sakit (the sick role behavior), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini

disamping berpengaruh terhadap kesehatan/kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain, terutama kepada anak-anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatannya.

Setiap individu sejak dalam sejak lahir terkait didalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Dalam keterkaitannya dengan kelompok mempengaruhi ini membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka jaringan normative. Demikian pula perilaku individu tersebut terhadap masalah-masalah kesehatan.

Kosa dan Robertson mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan, dan kurang berdasarkan pada pengetahuan biologi. Memang kenyataannya demikian, tiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pencegahan berbeda, meskipun gangguan kesehatan sama. Pada umumnya tindakan yang diambil berdasarkan penilaian individu atau mungkin dibantu oleh orang lain terhadap gangguan tersebut. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan dimulai suatu proses sosial psikologis. Proses semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan si penderita mengenai gangguan yang dialami, dan merupakan bagian integral interaksi sosial pada umumnya. Proses ini mengikuti suatu keteraturan tertentu yang dapat diklasifikasi dalam 4 bagian, yakni :

Ada suatu penilaian dari orang yang bersangkutan terhadap suatu gangguan atau ancaman kesehatan. Dalam hal ini persepsi individu yang bersangkutan atau orang lain (anggota keluarga) terhadap gangguan tersebut berperan. Selanjutnya, gangguan dikomunikasi kepada orang lain (anggota keluarga), dan mereka yang diberi informasi tersebut menilai dengan kriteria subjektif. Timbulnya kecemasan karena adanya persepsi terhadap gangguan tersebut. Disadari bahwa setiap gangguan kesehatan akan menimbulkan kecemasan baik bagi yang bersangkutan maupun bagi anggota keluarga lainnya. Bahkan gangguan tersebut dikaitkan dengan ancaman adanya kematian. Dari ancaman-ancaman ini akan menimbulkan bermacam-macam bentuk perilaku. Penerapan pengetahuan orang yang bersangkutan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan. Khususnya mengenai gangguan yang dialami. Oleh karena gangguan kesehatan terjadi secara teratur didalam suatu kelompok tertentu, maka setiap orang didalam

elompok tersebut dapat menghimpun pengetahuan tentang berbagai macam gangguan kesehatan yang mungkin terjadi. Dari sini kesehatan itu, baik secara tradisional maupun secara modern. Berbagai cara penerapan pengetahuan baik dalam menghimpun berbagai macam gangguan maupun cara-cara mengatasinya tersebut adalah merupakan pencerminan dari berbagai bentuk perilaku.

Dilakukannya tindakan manipulatif untuk meniadakan atau menghilangkan kecemasan atau gangguan tersebut. Didalam hal ini baik orang awam maupun tenaga kesehatan melakukan manipulasi tertentu dalam arti melakukan suatu untuk mengatasi gangguan kesehatan. Dari sini lahir pranata-pranata kesehatan baik tradisional maupun modern.

1. H. Domain Perilaku Kesehatan

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologis pendidikan membagi perilaku itu kedalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak yang mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan. Bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut , yang terdiri dari:

- a) Ranah kognitif (Cognitive domain)
- b) Ranah efektif (affective domain)
- c) Ranah psikomotor (psychomotor domain).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:

- a) Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*).
- b) Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*practice*).
- c) Praktek atau tindakan yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*attitude*)

Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek diluarnya. Sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut, dan selanjutnya menimbulkan respons batin dalam bentuk sikap si subjek terhadap objek yang diketahui itu. Akhirnya rangsangan yakni objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respons lebih jauh lagi, yaitu tindakan (*action*) terhadap atau sehubungan dengan

stimulus atau objek tadi. Namun demikian, didalam kenyataan stimulus yang diterima oleh subjek dapat langsung menimbulkan tindakan. Artinya seseorang dapat bertindak atau berperilaku baru tanpa mengetahui terlebih dahulu terhadap makna stimulus yang diterimanya . Dengan kata lain tindakan (practice) seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap. Menurut Ki Hajar Dewantoro tokoh pendidikan nasional kita, ketiga kawasan perilaku ini disebut:

- 1) Cipta (kognisi)
- 2) Rasa (emosi)
- 3) Dan karsa (konasi)

Tokoh pendidikan kita mengajarkan bahwa tujuan pendidikan adalah membentuk dan atau meningkatkan bahwa kemampuan manusia yang mencakup cipta, rasa, dan karsa tersebut. Ketiga kemampuan tersebut harus dikembangkan bersama-sama secara seimbang, sehingga terbentuk manusia Indonesia yang seutuhnya (harmonis).

a) Pengetahuan (Knowledge)

Pengetahuan adalah merupakan hasil”tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan terjadi melalui panca indra manusia, yakni:

- 1) Indra penglihatan
- 2) Indra pendengaran
- 3) Indra penciuman
- 4) Rasa
- 5) Raba

Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior).

Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek). Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul. Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan

tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi. Trial, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. Namun, demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut diatas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, di mana di dasari oleh pengetahuan. Kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (long lasting). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak disadari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama. Suatu contoh dapat dikemukakan di sini, ibu-ibu peserta KB yang diperintahkan oleh lurah atau ketua RT, tanpa ibu-ibu tersebut mengetahui akan makna dan tujuan KB, mereka akan segera keluar dari peserta KB setelah beberapa saat pemerintah tersebut diterima.

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni:

1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengikuti kembali (recall) terhadap yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

1. Memahami (*Comprehension*)

Memahami di artikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari, Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

1. Aplikasi

Aplikasi di artikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil.

1. Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen komponen. Tetapi masih dalam struktur organisasi. Dan masih ada kaitannya satu

sama lain. Kemampuan analisis dilihat dari penggunaan kata kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan/, membedakan memisahkan , mengelompokkan , dan sebagainya).

1. Sintesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun formulasi baru dari formulasi formulasi yang ada.

1. Evaluasi

Berkaitan dg kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian suatu materi atau objek. Penilaian berdasarkan suatu kriteria yg ditentukan sendiri. Misalnya : dibandingkan dg anak anak kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya wabah diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab ibu tidak KB dsb.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang dapat kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas.

b) Sikap (attitude)

sikap adalah merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Beberapa batas lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut:

“ An enduring system of positive or negative evaluations, emotional feelings, and pro or connection tendencies will respect to social object” (Krech et al 1982).

“ An individual’s attitude is an syndrome of respons consistency with regard to social objects” (Campbell, 1950).

“A mental and neural state of readiness, organized through experience , exerting directive or dynamic influence up on the individual’s respons to all objects and direct the overt behavior of the individual” (Allport, 1954).

“Attitude entails an existing predisposition to respon to social objects which in interaction with situational with which it is related”.

Dalam bagian lain Allport(1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.

3. Kecendrungan untuk bertindak.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

1. Menerima(receiving)
2. Merespon (responding)
3. Menghargai (valuing)
4. Bertanggung jawab (responsible)

c.Praktek atau Tindakan Practice

tingkat-tingkat praktek:

- 1.persepsi (perception)
- 2.respon terpimpin (gluided respons)
- 3.mekanisme (mecanism)
- 4.adaptasi (adaptation)

1. I. **Perubahan-perubahan perilaku**

1. Teori stimulus-organisme-respon (S-O-R)

1. Stimulus (rangsangan) yang diberikan pada organisme dapat diterima ataupun ditolak
2. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
3. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
4. Akhirnya dengan dukungan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

5. Teori festinger (dissonance theory)

Finger (1957) ini telah banyak pengaruhnya dalam psikologi sosial.teori ini sebenarnya sama dengan konsep “imbalance” (=tidak seimbang).hal ini berarti bahwa keadaan “cognitive dissonance” adalah merupakan keadaan ketidak simbangan psikologis yang diliputi oleh ketegangan diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali.

contoh: seorang ibu rumah tangga yang bekerja dikantor.Di satu pihak ,dengan bekerja ia dapat penambahan pendapat bagi keluarganya.yang akhirnya dapat memenuhi kebutuhan bagi

keluarganya dan anak-anaknya termasuk kebutuhan makanan yang bergizi. Apabila ia tidak bekerja, jelas ia tidak dapat memenuhi kebutuhan pokok keluarga. Dipihak yang lain, apabila ia bekerja, ia khawatir terhadap perawatan anak-anaknya akan menimbulkan masalah. Kedua elemen tersebut sama-sama penting terhadap rasa tanggung jawabnya sebagai seorang ibu rumah tangga yang baik.

1. Teori fungsi

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

Perilaku itu memiliki fungsi instrumental, artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek demi pemenuhan kebutuhannya maka ia akan berperilaku negatif. Misalnya, orang mau membuat jamban apabila jamban tersebut benar-benar sudah menjadi kebutuhannya.

Perilaku dapat berfungsi sebagai “defence mechanism” atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya dengan perilakunya, dengan tindakan-tindakannya manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar. Misalnya: orang dapat menghindari penyakit demam berdarah, karena penyakit tersebut merupakan ancaman bagi dirinya, merupakan ancaman bagi dirinya.

Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan memberikan arti. Dalam peranannya dengan tindakannya itu seorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan tindakan sehari-hari tersebut seseorang telah melakukan keputusan-keputusan sehubungan dengan objek atau stimulus yang dihadapi. Pengambilan keputusan yang mengakibatkan tindakan-tindakan tersebut dilakukan secara spontan dan dalam waktu yang singkat. Misalnya: Bila seseorang merasa sakit kepala, maka secara cepat, tanpa berpikir lama ia akan bertindak untuk mengatasi rasa sakit tersebut dengan membeli obat diwarung dan minumannya atau tindakan-tindakan lain.

Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan diri hati sanubari. Oleh sebab itu perilaku itu dapat merupakan ‘layar’ dimana segala ungkapan diri

seseorang dapat dilihat. Misalnya orang yang marah, senang, gusar, dan sebagainya dapat dilihat dari perilaku atau tindakannya.

Teori ini berkeyakinan bahwa perilaku itu mempunyai fungsi untuk menghadapi dunia luar individu, dan senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya. Oleh sebab itu, didalam kehidupan manusia, perilaku itu tampak terus-menerus dan berubah secara relatif.

1. Teori Kurt Lewin

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

Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi adanya stimulu-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. stimulus ini berupa penyuluhan-penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan. Misalnya: Seseorang yang belum ikut KB (ada keseimbangan antara penting anak sedikit, dengan kepercayaan banyak anak banyak rezeki) dapat berubah perilakunya (ikut KB) kalau kekuatan pendorong yakni pentingnya ber-KB dinaikan dengan penyuluhan-penyuluhan atau usaha-usaha lain.

Kekuatan pendorong meningkat Perilaku semula Kekuatan penahan perilaku baru Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini akan terjadi adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut. Misalnya contoh tersebut diatas, dengan pemberian pengertian kepada orang tersebut bahwa anak banyak anak banyak rezeki, banyak adalah kepercayaan yang salah, maka kekuatan penahan tersebut melemah, dan akan terjadi perubahn perilaku pada orang tersebut.

Pendorong Perilaku semula Penahan menurun perilaku baru Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan pendorong menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku. Seperti contoh diatas juga, penyuluhan KB yang berisikan memberikan pengertian terhadap orang tersebut tentang pentingnya ber-KB dan tidak benarnya kepercayaan banyak anak banyak rezeki akan meningkatkan kekuatan pendorong, dan sekaligus menurunkan kekuatan penahan. Pendorong meningkat.

Perubahan Perilaku dan Proses Belajar

Terbentuknya perilaku dapat terjadi karena proses kematangan dan dari proses interaksi dengan lingkungan. Cara yang kedua inilah yang paling besar pengaruhnya terhadap perilaku manusia. Terbentuknya dan perubahan perilaku karena proses interaksi antara individu dengan lingkungan ini melalui suatu proses yakni proses belajar. Oleh sebab itu, perubahan perilaku dan proses belajar itu sangat erat kaitannya. Perubahan perilaku adalah merupakan hasil dari proses belajar.

Teori stimulus dan transformasi

Perkembangan teori proses belajar yang dapat dikelompokkan ke dalam kelompok besar, yakni stimulus-respons yang kurang memperhitungkan faktor internal dan teori transformasi yang telah memperhitungkan faktor internal. Teori stimulus-respons yang berpangkal pada psikologi asosiasi dirintis oleh Jhon Locke dan Heart. Di dalam teori apa yang terjadi pada diri subjek belajar adalah merupakan rahasia atau biasa dilihat sebagai kotak hitam (black box). Belajar adalah mengambil tanggapan-tanggapan dan menghubungkan tanggapan-tanggapan dengan mengulang-ulang. tanggapan-tanggapan tersebut diperoleh melalui pemberian stimulus atau rangsangan-rangsangan. makin banyak dan sering diberikan stimulus, maka makin memperkaya tanggapan pada subjek belajar. Teori ini tidak memperhitungkan faktor internal yang terjadi pada subjek belajar.

Kelompok teori proses belajar yang kedua sudah memperhitungkan faktor internal, antara lain:

Teori transformasi yang berlandaskan pada psikologi kognitif, seperti yang dirumuskan oleh Neiser, yang mengatakan bahwa proses belajar adalah transformasi dari masukan (input), kemudian input tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Transformasi dari input sensoris bersifat aktif melalui proses seleksi untuk dimasukan kedalam ingatan (memory). Meskipun teori ini dikembangkan berdasarkan psikologi kognitif, tetapi tidak membatasi penelaahannya pada domain pengetahuan (kognitif) saja, tetapi juga meliputi domain yang lain (afektif dan psikomotor).

Para ahli psikologi kognitif juga memperhitungkan faktor eksternal dan internal dalam mengembangkan teorinya. Mereka berpendapat bahwa kegiatan belajar adalah merupakan proses yang bersifat intrnal di mana setiap tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal, antara lain metode pengajaran.

Teori Gestalt mendasarkan pada teori belajar pada psikologi Gestalt, yang beranggapan bahwa setiap fenomena terdiri dari suatu kesatuan esensial yang melebihi jumlah unsur-unsurnya.

Bahwa keseluruhan itu lebih dari pada bagian-bagiannya. Di dalam peristiwa belajar, keseluruhan situasi belajar itu amat penting karena belajar merupakan interaksi antara subjek belajar dengan lingkungannya. Selanjutnya para ahli psikologi Gestalt tersebut menyimpulkan, seorang dikatakan belajar bila ia memperoleh pemahaman (insight) dalam situasi yang problematis. Pemahaman itu ditandai dengan adanya:

Suatu perubahan yang tiba-tiba dari keadaan yang tak berdaya menjadi keadaan yang mampu menguasai atau memecahkan masalah (problema). Adanya retensi, dan Adanya peristiwa transfer Pemahaman yang diperoleh dari situasi, dibawa dan dimanfaatkan atau ditransfer ke dalam situasi lain yang mempunyai pola atau struktur yang sama atau hampir sama secara keseluruhannya (bukan detailnya).

Teori-teori Belajar sosial (Sosial Learning)

Untuk melangsungkan kehidupan, manusia perlu belajar. Dalam hal ini ada dua macam belajar, yaitu belajar secara fisik, misalnya: menari, olah raga, mengendarai mobil, dan sebagainya, dan belajar psikis. Dalam belajar psikis ini termasuk juga belajar sosial (Social Learning), di mana seseorang mempelajari perannya dan peran-peran orang lain dalam konteks sosial. Selanjutnya orang tersebut akan menyesuaikan tingkah lakunya dengan peran orang lain dan peran sosial yang telah dipelajari. Cara yang sangat penting dalam belajar sosial menurut teori “stimulus-respons” adalah tingkah laku tiruan (imitation). Teori tentang tingkah laku tiruan yang penting disajikan di sini adalah teori dari Millers, NE. dan Dollard, J. serta teori Bandura, A. dan Walter, RH.

Teori Belajar Sosial dan Tiruan dari Millers dan Dollard

Pandangan Millers dan Dollard bertitik tolak dari teori Hull yang kemudian dikembangkan menjadi teori tersendiri. Mereka berpendapat bahwa tingkah laku manusia itu merupakan hasil belajar. Oleh karena itu, untuk memahami tingkah laku sosial dan proses belajar sosial, kita harus mengetahui prinsip-prinsip psikologi belajar. Prinsip belajar ini terdiri dari 4, yakni: dorongan (drive), isyarat (cue), tingkah laku balas (respons), dan ganjaran (reward). Keempat prinsip ini saling mengkait satu sama lain, yaitu dorongan menjadi isyarat, isyarat menjadi ganjaran, dan seterusnya.

Dorongan adalah rangsangan yang sangat kuat terhadap organisme (manusia) untuk bertindak laku. Stimulus-stimulus yang cukup kuat pada umumnya bersifat biologis seperti: lapar, haus, seks, kejenuhan, dan sebagainya. stimulus-stimulus ini disebut dorongan primer yang menjadi dasar utama untuk motivasi. Menurut Millers dan Dollard semua tingkah laku (termasuk tingkah laku tiruan) didasari oleh dorongan-dorongan primer ini

Isyarat adalah rangsangan yang menentukan “bila” dan “di mana” suatu respons akan timbul dan terjadi. isyarat ini dapat disamakan dengan rangsangan diskriminatif. Di dalam belajar sosial, isyarat yang paling penting adalah tingkah laku orang lain, baik yang langsung ditunjukkan kepada orang tertentu maupun yang tidak, misalnya: anggukkan kepala merupakan isyarat untuk setuju, uluran tangan merupakan isyarat untuk berjabat tangan. Mengenai tingkah laku balas (respons), mereka berpendapat bahwa manusia mempunyai hierarki bawaan tingkah-laku. Pada saat manusia dihadapkan untuk pertama kali kepada suatu rangsangan tertentu, maka respons (tingkah laku balas) yang timbul didasarkan pada hierarki bawaan tersebut. Tingkah laku balas yang sudah diselesaikan dengan faktor-faktor penguat tersebut disusun menjadi hierarki resultant (resultant hierarchy of respons). Di sinilah pentingnya belajar dengan cara coba-coba dan ralat (trial and error learning). Dalam tingkah laku sosial, belajar coba ralat dikurangi dengan belajar tiruan, di mana seseorang tinggal meniru tingkah laku orang lain untuk dapat memberikan respons yang tepat. Sehingga ia tidak perlu membuang waktu untuk belajar dengan coba-ralat.

Ganjaran adalah rangsangan yang menetapkan apakah tingkah laku balas diulang atau tidak dalam kesempatan yang lain. Menurut Miller dan Dollard ada dua reward atau ganjaran, yakni ganjaran primer yang memenuhi dorongan-dorongan primer dan ganjaran sekunder yang memenuhi dorongan-dorongan primer. Lebih lanjut mereka membedakan menjadi mekanisme tingkah laku tiruan, yakni:

1. Tingkah laku sama (same behavior)

Tingkah laku ini terjadi dua orang yang bertindak laku balas (respons) sama terhadap rangsangan atau isyarat yang sama. Contoh : dua orang yang berbelanja di toko yang sama dengan barang yang sama. Tingkah laku yang sama ini tidak selalu hasil tiruan, maka tidak dibahas lebih lanjut oleh pembuat teori.

1. Tingkah laku tergantung (matched dependent behavior)

Tingkah laku ini timbul dalam interaksi antara dua pihak, dimana salah satu pihak mempunyai kelebihan (lebih pandai, lebih mampu, lebih tua, dan sebagainya) dari pihak yang lain. Dalam hal

ini di pihak yang lain atau pihak yang kurang tersebut akan menyesuaikan tingkah laku (match) dan akan tergantung (dependent) pada pihak yang lebih. Misalnya : kakak-adik yang sedang bermain menunggu ibunya pulang dari pasar. Biasanya ibu mereka membawa coklat. Terdengar ibunya pulang,kakak segera menjemput ibunya, kemudian diikuti oleh adik nya. Ternyata mereka mendapatkan coklat (ganjaran). Adiknya yang semula hanya meniru tingkah laku kakak nya, dilain waktu meskipun kakak nya tidak dad, ia akan lari menjemput ibunya yang baru pulang dari pasar.

1. Tingkah laku salinan (copying behavior)

Seperti tingkah laku tergantung, pada tingkah laku salinan, peniru bertingkah laku pula yang diberikan oleh model. Demikian juga dalam tingkah laku salinan ini, pengaruh ganjaran dan hukuman sangat besar terhadap kuat atau lemahnya tingkah laku tiruan. Perbedaannya dengan tingkah laku tergantung ini si peniru hanya bertingkah laku terhadap isyarat yang diberikan oleh model pada saat itu saja. Sedangkan pada tingkah laku salinan, sipeniru memperhatikan juga tingkah laku model dimasa yang lalu maupun yang akan dilakukan diwaktu mendatang. Hal ini berarti perkiraan tentang tingkah laku model dalam kurun waktu yang relatif panjang ini akan dijadikan patokan Oleh sipeniru untuk memperbaiki tingkah laku nya sendiri dimasa yang akan datang., sehingga lebih mendekati model.

1. Teori belajar sosial dari bandura dan walter

Teori belajar sosial yang dikemukakan oleh Bandura dan Walter ini disebut teori proses pengganti teori ini menyatakan bahwa tingkah laku tiruan adalah suatu bentuk asosiasi dari rangsang dengan rangsang lainnya. Penguat (reinforcement) memang memnperkuat tingkah laju balas (respons), tetapi dalam proses belajar sosial, hal ini tidak terlalu penting. Aplikasi teori ini adalah : apabila seseorang melihat suatu rangsang dan ia melihat model bereaksi secara tertentu melihat rangsang itu , maka dalam khayalan atau imajinasi orang tersebut terjadi rangkaian simbol-simbol yang menggambarkan rangsang dari tingkah laku tersebut. Rangkaian simbol-simbol ini merupakan pengganti dari dari hubungan rangsang balas yang nyata dan melalui asosiasi, si peniru akan melakukan tingkah laku yang sama dengan tingkah laku model. Terlepas dari ada atau tidak adanya rangsang, proses asosiasi tersembunyi ini sangat dibantu oleh kemampuan verbal seseorang. Selain dari itu, dalam proses ini tidak ada cara coba dan ralat(triad and error) yang berupa tingkah laku nyata, karena semuanya berlangsung secara tersembunyi dalam diri individu. Hal yang penting disini adalah pengaruh tingkah laku model pada tingkah

laku peniru. Menurut Bandura, pengaruh tingkah laku model pada tingkah laku peniru ini dibedakan menjadi 3 macam, yakni :

- 1) Efek modeling (modelling effect), yaitu peniru melakukan tingkah laku- tingkah laku baru melalui asosiasi sehingga sesuai dengan tingkah laku model.
- 2) Efek menghambat(inhibition) dan menghapus hambatan(disinhibition), dimana tingkah laku-tingkah laku model di hambat timbulnya, sedangkan tingkah laku yang sesuai tingkah laku model dihapuskan hambatannya sehingga timbul tingkah laku yang dapat menjadi nyata.
- 3) Efek kemudahan (facilitation effect), yaitu tingkah laku-tingkah laku yang sudah dipelajari oleh peniru lebih mudah muncul kembali dengan mengamati tingkah laku model.
- 4) Akhirnya Bandura dan Walter menyatakan bahwa, teori proses pengganti ini dapat pula menerangkan gejala timbulnya emosi pada peniru yang sama dengan emosi yang ada pada model. Contoh nya seseorang yang mendengar atau melihat gambar tentang kecelakaan yang mengerikan, maka ia berdesisi, menyeringai, bahkan sampai menangis ikut merasakan penderitaan tersebut.

1. K. Bentuk-Bentuk Perubahan perilaku

Bentuk perubahan sangat bervariasi,sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahaman terhadap perilaku.Di bawah ini diuraikan bentuk2 perubahan perilaku menurut WHO.menurut WHO,perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi 3,yakni:

1. Perilaku alamiah (natural change)

Perilaku manusia selalu berubah,di mana sebagian perubahan itu disebabkan oleh kejadian alamiah.Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya,dan ekonomi,maka anggota-anggota masyarakat didalamnya juga akan mengalami perubahan.

misalnya: Bu Ani apabila sakit kepala (pusing) membuat ramuan daun-daunan yang ada dikebunnya, lalu meminumnya.Tetapi dengan intensifikasi kebunnya,maka daun-daunan untuk obat tersebut terhabat habis diganti dengan tanaman-tanaman untuk bahan makanan.Maka dengan tidak berpikir panjang lebar lagi Bu Ani berganti minum jamu cap jago yang dapat dibeli diwarung.

1. Perubahan Rencana (planned change)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.misalnya:Pak Anwar adalah perokok berat.Tetapi,karena pada suatu saat ia terserang batuk-batuk yang sangat

mengganggu,maka ia memutuskan untuk mengurangi merokok sedikit,demi sedikit,dan akhirnya ia berhenti merokok sama sekali.

1. Kesiapan untuk berubah (Readiness change)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat,maka yang sering terjadi adalah sebagai orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya). Tetapi, sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut.Hal ini disebabkan karena pada setiap orang mempunyai kesiapan untuk berubah (readiness of change) yang berbeda-beda. setiap orang didalam suatu masyarakat mempunyai kesiapan untuk berubah yang berbeda-beda,meskipun kondisinya yang sama.

Di dalam program-program kesehatan,agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan,sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif.Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi 3,yakni:

Menggunakan kekuatan/ kekuasaan atau dorongan: Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan.Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan perundangan-perundangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat.Cara ini akan menghasilkan perubahan perilaku yang cepat,akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama,karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum berdasarkan kesadaran sendiri

1. Pemberian informasi

Dengan pemberian informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat,cara pemeliharaan kesehatan,cara-cara menghindari penyakit,dan sebagiannya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka,dan akhirnya akan menyebabkan seseorang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu.Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu lama,tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan)

1. Diskusi dan partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua tersebut diatas,di mana dalam pemberian informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja,tetapi dua arah.

KELOMPOK DAN TIM

Pengertian Kelompok

Kelompok (group) menurut Robbins (1996) mendefinisikan kelompok sebagai dua individu atau lebih, yang berinteraksi dan saling bergantung, yang saling bergabung untuk mencapai sasaran-sasaran tertentu. Sementara Gibson (1995) memandang kelompok dari empat kelompok prespektif, diantaranya :

1. ***Dari sisi persepsi***, kelompok dipandang sebagai kumpulan sejumlah orang yang saling berinteraksi satu sama lain, dimana masing-masing anggota menerima kesan atau persepsi dari anggota lain.
2. ***Dari sisi organisasi***, kelompok adalah suatu sistem terorganisasi yang terdiri dari dua atau lebih individu yang saling berhubungan dengan sistem menunjukkan beberapa fungsi, mempunyai standar dari peran hubungan di antara anggota.
3. ***Dari sisi motivasi***, kelompok dipandang sebagai sekelompok individu yang keberadaannya sebagai suatu kumpulan yang menghargai individu.
4. ***Dari sisi interaksi***, menyatakan bahwa inti dari pengelompokan adalah interaksi dalam bentuk interpedensi.

Dari beberapa pandangan tersebut, Gibson menyimpulkan bahwa yang disebut kelompok itu adalah kumpulan individu dimana perilaku dan atau kinerja satu anggota dipengaruhi oleh perilaku dan atau prestasi anggota yang lainnya.

Dipandang dari proses kemunculannya, kelompok dapat terbentuk karena tindakan manajerial dan karena adanya keinginan individu. Manager menciptakan kelompok kerja untuk melaksanakan pekerjaan dan tugas yang diberikan. Kelompok juga berfungsi dan berinteraksi dengan kelompok lain, masing-masing mengembangkan satu set karakteristik yang unik termasuk struktur , kepaduan peran, norma-norma dan proses. Kelompok juga menciptakan sendiri kultur mereka. Akibatnya, kelompok akan bekerja sama atau bersaing dengan kelompok lain dan persaingan antara kelompok dapat memicu akan adanya konflik.

Tipe – Tipe Kelompok

Kelompok-kelompok di dalam organisasi secara sengaja direncanakan atau sengaja dibiarkan terbentuk oleh manajemen selaku bagian dari struktur organisasi formal. Kendati begitu, kelompok juga kerap muncul melalui proses sosial dan organisasi informal. Organisasi informal muncul lewat interaksi antar pekerja di dalam organisasi dan perkembangan kelompok jika interaksi tersebut berhubungan dengan norma perilaku mereka sendiri, kendati tidak digariskan lewat struktur formal organisasi. Dengan demikian, terdapat perbedaan antara kelompok formal dan informal.

1. Kelompok Formal

Kelompok ini dibangun selaku akibat dari pola struktur organisasi dan pembagian kerja yang ditandai untuk menegakkan tugas – tugas. Kebutuhan dan proses organisasi menimbulkan formulasi tipe – tipe kelompok yang berbeda – beda. Khususnya ada dua tipe kelompok formal, diantaranya :

➤ Kelompok Komando (Command Group)

Kelompok komando ditentukan oleh bagan organisasi. Kelompok terdiri dari bawahan yang melapor langsung kepada seorang supervisor tertentu. Hubungan wewenang antara manajer departemen dengan supervisor, atau antara seorang perawat senior dan bawahannya, merupakan kelompok komando.

➤ Kelompok tugas (Task Group)

Kelompok tugas terdiri dari para karyawan yang bekerja – sama untuk menyelesaikan suatu tugas atau proyek tertentu. Misalnya, kegiatan para karyawan administrasi dalam perusahaan asuransi pada waktu orang mengajukan tuntutan kecelakaan, merupakan tugas yang harus dilaksanakan.

2. Kelompok Informal

Kelompok informal adalah pengelompokan secara wajar dari orang – orang dalam situasi kerja untuk memenuhi kebutuhan sosial. Dengan perkataan lain, kelompok informal tidak muncul karena dibentuk dengan sengaja, tetapi muncul secara wajar. Orang mengenal dua macam kelompok informal khusus diantaranya:

➤ Kelompok Kepentingan (Interest Group)

Orang yang mungkin tidak merupakan anggota dari kelompok komando atau kelompok tugas yang sama, mungkin bergabung untuk mencapai sesuatu sasaran bersama. Para karyawan yang bersama – sama bergabung dalam kelompok untuk membentuk front

yang terpadu menghadapi manajemen untuk mendapatkan manfaat yang lebih banyak dan pelayan wanita yang mengumpulkan uang persen mereka merupakan contoh dari kelompok kepentingan. Perlu diketahui juga tujuan kelompok semacam itu tidak berhubungan dengan tujuan organisasi, tetapi tujuan itu bersifat khusus bagi tiap – tiap kelompok.

➤ **Kelompok Persahabatan (Friendship Group)**

Banyak kelompok dibentuk karena para anggotanya mempunyai sesuatu kesamaan, misalnya usia, kepercayaan politis, atau latar belakang etnis. Kelompok persahabatan ini seringkali melebarkan interaksi dan komunikasi mereka sampai pada kegiatan diluar pekerjaan.

Jika Pola gabungan karyawan dicatat, maka akan segera menjadi jelas bahwa mereka termasuk dalam berbagai macam kelompok yang sering bersamaan. Maka diadakan perbedaan diantara dua klasifikasi kelompok yang luar : kelompok formal dan informal. Perbedaan utama antara keduanya adalah bahwa kelompok formal (kelompok komando dan kelompok tugas) dibentuk oleh organisasi formal dan merupakan alat untuk mencapai tujuan, sedangkan kelompok informal (kelompok kepentingan dan kelompok persahabatan) adalah penting untuk keperluan mereka sendiri (artinya, mereka memenuhi kebutuhan pokok akan berkelompok).

Fungsi – Fungsi Kelompok

Pada dasarnya fungsi kelompok dibagi menjadi dua yaitu, fungsi organisasi formal dan fungsi kebutuhan individual. Fungsi kelompok formal sebagai sarana untuk mengerjakan tugas-tugas yang kompleks yang saling berkaitan dan terlalu sukar untuk dikerjakan oleh siapapun, sebagai sarana untuk mencetuskan gagasan-gagasan yang baru atau pemecahan masalah yang memerlukan kreativitas tertentu, dan sebagai wahana sosialisasi serta pelaksanaan keputusan yang rumit.

Fungsi kelompok individual yang didasarkan bahwa setiap individu memiliki beraneka macam kebutuhan, dan kelompok dapat memenuhi kebutuhan yang meliputi pemenuhan kebutuhan persahabatan, dukungan, dan kasih sayang, sebagai sarana untuk mengembangkan, meningkatkan, dan menegaskan rasa identitas dan memelihara harga diri, sebagai sarana untuk menguji kenyataan sosial melalui diskusi dengan orang lain, pengembangan perspektif, dan

konsensus bersama yang dapat mengurangi keragu-raguan dalam lingkungan sosial sehingga dapat diambil sebuah keputusan.

Ciri – Ciri Utama Kelompok

Penelitian mendalam mengenai sifat-sifat dan hasil-hasil interaksi dalam kehidupan (empat) ciri kelompok yaitu :

1. Terdapat dorongan (motif) yang sama pada individu-individu yang menyebabkan terjadinya interaksi di antaranya ke arah tujuan yang sama.
2. Terdapat akibat-akibat interaksi yang berlainan terhadap individu-individu yang satu dari yang lain berdasarkan *reaksi-reaksi dan kecakapan-kecakapan-kecakapan* yang berbeda-beda antara individu yang terlibat di dalamnya. Oleh karena itu, lambat laun mulai terbentuk pembagian tugas serta struktur tugas-tugas tertentu dalam usaha bersama untuk mencapai tujuan yang sama itu. Di sisi lain, terbentuk pula norma-norma yang khas. Dalam interaksi kelompok kearah tujuannya sehingga mulai terbentuk kelompok sosial dengan ciri-ciri yang khas.
3. Pembentukan dan penegasan *struktur (organisasi) kelompok yang jelas* dan terdiri atas peranan-peranan dan kedudukan hierarkis yang lambat laun berkembang dengan sendirinya dalam usaha pencapaian tujuan. Terjadi pembatasan yang jelas antara usaha-usaha dan orang yang termasuk *ingroup* serta usaha-usaha dan orang *outgroup*.
4. Terjadinya penegasan dan *peneguhan norma-norma pedoman* tingkah laku anggota kelompok yang mengatur interaksi dan kegiatan anggota kelompok dalam merealisasikan tujuan kelompok. Norma-norma dan pedoman tingkah laku ini sebagaimana juga struktur pembagian tugas anggotanya merupakan norma dan struktur yang khas bagi kelompoknya itu.

Manfaat Kelompok bagi Organisasi

Banyak manfaat yang dapat dipetik dari adanya kelompok baik di dalam maupun di luar satuan organisasi, antara lain:

1. Kelompok merupakan alat perjuangan bagi anggotanya.
2. Kelompok dapat digunakan untuk meningkatkan inovasi dan kreatifitas.

3. Kelompok lebih baik daripada perorangan dalam pengambilan keputusan yang mengangkut orang banyak
4. Anggota kelompok dapat memperoleh keuntungan dari pelaksanaan pengambilan keputusan.
5. Kelompok dapat mengendalikan dan mendisiplinkan anggotanya dibanding dengan mereka yang tidak masuk dalam kelompok
6. Kelompok membantu menangkis pengaruh – pengaruh negative dari meningkatnya organisasi yang semakin besar.
7. Kelompok adalah fenomena alami di dalam organisasi. Perkembangannya yang spontan tidak dapat dihalangi, dan dibutuhkan oleh para anggota sebagai alat untuk mencapai tujuan.

Syarat Pembentukan Kelompok

Kumpulan individu-individu yang mempunyai hubungan tertentu yang membuat mereka saling bergantung satu sama lain dalam ukuran-ukuran yang bermakna atau dengan kata lain memiliki hubungan tertentu yang bermakna. Sekumpulan individu dikatakan sebagai kelompok apabila memiliki syarat - syarat sebagai berikut :

1. Keanggotaan yang jelas, teridentifikasi melalui nama atau identitas lainnya.
2. Adanya kesadaran kelompok sebagai anggota, (memiliki kesatuan persepsi).
3. Suatu perasaan mengenai adanya kesamaan tujuan atau sasaran.
4. Saling ketergantungan dalam upaya pemenuhan kebutuhan untuk mencapai tujuan.
5. Saling interaksi, berkomunikasi untuk bereaksi terhadap anggota lainnya.
6. Merupakan satu kesatuan organisasi yang tunggal dalam mencapai tujuan kelompok dengan terbentuk struktur kelompok.

Alasan Mengapa Orang Membentuk Kelompok

Menurut (Gibson dkk, 1989, 205-207, Marvin E.Shaw, 1981, 81-97)

1. Pemuasan Kebutuhan

Hasrat untuk mendapatkan kepuasan dari terpenuhinya kebutuhan dapat merupakan daya motivasi yang kuat dalam pembentukan kelompok.

➤ Keamanan

Individu yang berada dalam kelompok bisa mengurangi rasa tidak aman karena sendirian. Individu akan merasa lebih kuat, percaya diri, dan tahan terhadap ancaman.

➤ **Sosial**

Keinginan untuk termasuk dalam kelompok dan menjadi anggota kelompok menunjukkan kebutuhan sosial semua orang.

➤ **Penghargaan**

Dalam lingkungan tertentu, suatu kelompok yang bergengsi tinggi karena berbagai macam alasan (misal; keahlian, teknis, kegiatan di luar, dsb).

2. Kedekatan dan Daya Tarik

Kedekatan adalah jarak fisik antara para karyawan yang melaksanakan pekerjaan , sedangkan daya tarik adalah menunjukkan daya tarik orang yang satu dengan lainnya karena mereka mempunyai kesamaan persepsi,sikap,hasil karya atau motivasi.

3. Tujuan Kelompok

Untuk mencapai tujuan kelompok dan menyelesaikan tugas dibutuhkan lebih dari satu atau dua orang. Ada kebutuhan mengumpulkan bakat, pengetahuan, atau kekuasaan untuk menyelesaikan pekerjaan.

4. Alasan Ekonomi

Motif ekonomis menyebabkan terbentuknya kelompok, karena mereka menganggap akan memperoleh keuntungan ekonomis yang lebih besar dari pekerjaan mereka, jika mereka membentuk kelompok.

Sumber Kelompok

Tingkat prestasi potensial sebuah kelompok sebagian besar tergantung pada sumber daya yang dibawa anggota – anggotanya secara pribadi kedalam kelompok.

➤ **Kemampuan**

Menetapkan parameter bagi apa yang dapat dilakukan anggota dan bagaimana efektifnya mereka akan dalam sebuah kelompok.

➤ **Ciri – Ciri Kepribadian**

Besarnya pengaruh setiap satu ciri adalah kecil, tetapi menggabungkan cirri – cirri kepribadian, akibatnya bagi para pelaku kelompok sangat berarti.

Perbedaan Kelompok dan Tim

Stephen P. Robbins melakukan pembedaan antara Kelompok Kerja dengan Tim Kerja berdasarkan 4 variabel yaitu: Sasaran, Sinergi, Akuntabilitas, dan Keahlian.

1. Sasaran

- a. Kelompok : Berbagi informasi, saling membantu membuat keputusan kinerja masing-masing.
- b. Tim : Kebutuhan kerja kolektif, saling membantu demi usaha bersama.

2. Sinergi

- a. Kelompok : Netral (kadang negatif)
- b. Tim : Positif melalui usaha yang terkoordinasi.

3. Akuntabilitas

- a. Kelompok : Individu tidak saling melengkapi.
- b. Tim : Individual dan saling melengkapi.

4. Keahlian

- a. Kelompok : Acak dan jarang
- b. Tim : Saling mengganti

Kelompok dan tim bukan merupakan hal yang sama persis, ada perbedaan antara kelompok kerja dengan tim kerja. Kelompok kerja berinteraksi untuk berbagi informasi dan saling membantu membuat keputusan kinerja masing-masing bukan dalam rangka kebutuhan kinerja kolektif dalam usaha bersama, juga tidak ada sinergi positif kecuali semata-mata merupakan sajian akhir dari kontribusi individu dari anggota kelompok tersebut.

Tim kerja menghasilkan sinergi positif melalui usaha yang terkoordinasi. Usaha individu memberikan tingkat kinerja lebih besar daripada jumlah individu tersebut. Tim dibentuk manajemen untuk mencari sinergi positif yang membuat mereka meningkatkan kerja. Penggunaan tim yang efektif menciptakan potensi bagi organisasi untuk menghasilkan output yang lebih besar tanpa peningkatan dalam input.

Contoh perbedaan kelompok dan tim, sebagai berikut:

KELOMPOK	TIM
• Anggota beranggapan pengelompokan hanya sekedar administrasi. • Pendekatan hanya sebagai tenaga bayaran. • Mengerjakan tugas bagian masing-masing masih harus diperintah. • Dalam penyampaian saran harus berhati-hati, karena dapat dianggap sebagai upaya untuk memecah belah. • Dalam penerapan hasil kerja sangat dibatasi oleh pemimpin. • Anggota tidak berperan aktif terhadap pengambilan keputusan.	• Anggota menyadari ketergantungan satu sama lain, dan tidak mencari keuntungan pribadi. • Adanya komitmen terhadap sasaran yang akan dicapai. • Rasa peka, atau sadar diri terhadap tugas masing-masing, yang dapat dikontribusikan untuk keberhasilan. • Bekerja dalam suasana saling percaya, saran dapat diterima dengan terbuka. • Penerapan hasil kerja sangat didukung oleh tim. • Anggota berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.

KESEHATAN DAN LINGKUNGAN

Pengertian Kualitas lingkungan Fisik

Davis dalam Yamit (2005:8) membuat definisi kualitas yang lebih luas cakupannya yaitu: “Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Pendekatan yang digunakan Goetsch Davis ini menegaskan bahwa kualitas bukan hanya menekankan pada aspek hasil akhir, yaitu produk dan jasa tetapi juga menyangkut kualitas manusia, kualitas lingkungan. Sangatlah mustahil menghasilkan produk dan jasa yang berkualitas tanpa melalui manusia dan proses yang berkualitas.”

Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup menyebutkan pengertian lingkungan adalah kesatuan ruang dengan semua benda, daya, keadaan dan makhluk hidup termasuk manusia dan prilakunya yang mempengaruhi kelangsungan perikehidupan dan kesejahteraan manusia serta makhluk hidup lain.

lingkungan fisik adalah segala benda mati dan keadaan fisik yang ada di sekitar individu misalnya batu-batuan, mineral, air, udara, unsur-unsur iklim, kelembaban, angin dan lain-lain. Lingkungan fisik ini berhubungan erat dengan makhluk hidup yang menghuninya, sebagai contoh mineral yang dikandung suatu tanah menentukan kesuburan yang erat hubungannya dengan tanaman yang tumbuh di atasnya. Kedua, lingkungan biotik adalah segala makhluk hidup yang ada di sekitar individu baik manusia, hewan dan tumbuhan. Tiap unsur biotik, berinteraksi antar biotik dan juga dengan lingkungan fisik atau lingkungan abiotik.

Kualitas Air

Kualitas air adalah suatu ukuran kondisi air di lihat dari karakteristik fisik, kimiawi, dan biologisnya. Kualitas air juga menunjukkan ukuran kondisi air relatif terhadap kebutuhan biota

air dan manusia. Kualitas air seringkali menjadi ukuran standar terhadap kondisi kesehatan ekosistem air dan kesehatan manusia terhadap air minum. Berbagai lembaga negara di dunia bersandar kepada data ilmiah dan keputusan politik dalam menentukan standar kualitas air yang diizinkan untuk keperluan tertentu. Kondisi air bervariasi seiring waktu tergantung pada kondisi lingkungan setempat. Air terikat erat dengan kondisi ekologi setempat sehingga kualitas air termasuk suatu subjek yang sangat kompleks dalam ilmu lingkungan. Aktivitas industri seperti manufaktur, pertambangan, konstruksi, dan transportasi merupakan penyebab utama pencemaran air, juga limpasan permukaan dari pertanian dan perkotaan.

Kualitas Air yang baik Secara Fisik

Kualitas air yang baik secara fisik adalah;

1. Rasa

Kualitas air bersih yang baik adalah tidak berasa. Rasa dapat ditimbulkan karena adanya zat organik atau bakteri unsur lain yang masuk kedalam badan air.

2. Bau

Kualitas air bersih yang baik adalah tidak berbau, karena bau ini dapat ditimbulkan oleh pembusukan zat organik seperti bakteri serta kemungkinan akibat tidak langsung dari pencemaran lingkungan, terutama sistem sanitasi.

3. Suhu

Secara umum, kenaikan suhu perairan akan mengakibatkan kenaikan aktifitas biologi sehingga akan membentuk O_2 lebih banyak lagi. Kenaikan suhu perairan secara alamiah biasanya disebabkan oleh aktifitas penebangan vegetasi di sekitar sumber air tersebut, sehingga menyebabkan banyaknya cahaya matahari yang masuk tersebut mempengaruhi akuifer yang ada secara langsung atau tidak langsung.

4. Kekeruhan

Kekeruhan air dapat ditimbulkan oleh adanya bahan-bahan organik dan anorganik, kekeruhan juga dapat mewakili warna. Sedang dari segi estetika kekeruhan air dihubungkan dengan kemungkinan hadirnya pencemaran melalui buangan sedang warna air tergantung pada warna buangan yang memasuki badan air.

5. TDS atau jumlah zat padat terlarut (total dissolved solids)

Adalah bahan padat yang tertinggal sebagai residu pada penguapan dan pengeringan pada suhu 103 C – 105 C dalam portable water kebanyakan bahan bakar terdapat dalam bentuk terlarut yang terdiri dari garam anorganik selain itu juga gas-gas yang terlarut. Kandungan total solids pada portable water biasanya berkisaran antara 20 sampai dengan 1000 mg/l dan sebagai suatu pedoman kekerasan dari air akan meningkatnya total solids, disamping itu pada semua bahan cair jumlah koloit yang tidak terlarut dan bahan yang tersuspensi akan meningkat sesuai derajat dari pencemaran (sutrisno, 1991). Zat padat selalu terdapat dalam air dan kalau jumlahnya terlalu banyak tidak baik sebagai air minum, banyaknya zat padat yang diisyaratkan untuk air minum adalah kurang dari 500 mg/l. Pengaruh yang menyangkut aspek kesehatan dari pada penyimpangan kualitas air minum dalam hal total solids ini yaitu bahwa air akan memberikan rasa tidak enak pada lidah dan rasa mual.

❖ Analisis kimia

Metode sederhana dalam melakukan analisis kimia adalah pengukuran berdasarkan unsur tanpa memperdulikan wujud dan bentuk senyawanya. Contohnya adalah mengukur kadar oksigen dalam air, jika dilakukan pengukuran berdasarkan unsur akan didapatkan konsentrasi oksigen sebesar 890 ribu miligram per liter air, karena air (H_2O) terbentuk dari hidrogen dan oksigen. Sehingga pengukuran kadar senyawa tertentu harus dibedakan berdasarkan wujudnya. Untuk pengukuran kadar oksigen, harus dibedakan berdasarkan oksigen diatomik atau oksigen yang terikat dengan unsur lain. Oksigen diatomik yang terukur dapat disebut dengan kadar oksigen terlarut. Analisis logam berat harus menyertai endapan yang ada di air karena logam berat yang seharusnya dapat larut mungkin terikat secara adsorpsi dengan partikel lain, misalnya partikel tanah liat. Penyaringan sampel dapat menghilangkan endapan tersebut, sedangkan logam berat yang mengendap di sumber aslinya mungkin saja dapat terminum oleh manusia dan organisme lain

Indikator untuk air minum

Indikator yang digunakan ketika melakukan pengukuran air minum diantaranya:

- Alkalinitas
- pH
- Warna air
- Rasa dan bau
- Garam-garaman, logam, dan logam berat
- Senyawa organik terlarut

- Senyawa atau unsur radioaktif
- Mikroorganisme

Indikator untuk lingkungan

Dalam pengukuran indikator biologis, digunakan istilah EPT yang merujuk kepada Ephemeroptera, Plecoptera, Trichoptera, tiga ordo serangga bersayap yang hidup di sekitar perairan. Index EPT, yaitu jumlah EPT ketika kondisi lingkungan sehat, dapat bervariasi di setiap daerah. Secara umum, semakin banyak organisme EPT, menunjukkan bahwa kualitas ekologi perairan tersebut lebih sehat. Keberadaan invertebrata makro juga dapat digunakan sebagai indikator.

Moluska bivalvia digunakan sebagai indikator karena moluska termasuk hewan penyaring yang menghisap air dan menyerap nutrisi dari air yang dihisapnya. Polutan yang diserap akan terakumulasi di dalam tubuh moluska dan dapat memiliki efek yang beragam bagi moluska tersebut. Moluska bivalvia juga biasanya bersifat *sessile* atau menetap di satu tempat dan jarang sekali berpindah sehingga pengumpulan sampel moluska cenderung mudah.

II.4 Pencemaran Air

Aspek kimia fisika dalam pencemaran air

Ø Faktor – faktor fisik

Beberapa faktor fisik yang mungkin ikut menentukan kualitas air adalah keruh (turbiditas), warna, ketransparan, suhu, kecepatan aliran, sifat dasar kolam, dan sifat bagi kolam (sungai). Untuk kolam (danau) faktor penting lainnya ialah perbandingan laju pemasukan dan pengaliran keluar, profil kedalaman, ciri dasar kolam dan tepi kolam. Suhu mempunyai pengaruh yang besar terhadap kelarutan oksigen. Populasi termal pada organisme air terjadi pada suhu tinggi. Setiap spesies mempunyai suhu optimumnya. Ada ikan yang mempunyai suhu optimum, 15°C, ada yang 24°C, dan ada yang 32°C. Ikan ini dapat menenggang perbedaan suhu sedikit, bahkan dapat mengaklimatisasi diri. Tetapi jika suhu berbeda jauh dari optimumnya, hewan itu akan mati atau berigrasi ke daerah baru.

Ø Aspek-aspek Biokimia polusi air

Organisme pengurai aerobik umumnya terdiri dari mikroorganisme seperti bakteri yang selalu kerja dalam air menguraikan senyawa-senyawa organik menjadi karbon dioksida dan air. Bakteri lain mengubah amoniak dan nitrit menjadi nitrat. Proses –proses itu memerlukan

oksigen, semuanya merupakan komponen daur biogeokimia dan esensial untuk fungsi ekosistem air.

- Sumber pencemar

Sumber pencemar dapat dibedakan menjadi sumber domestik (rumah tangga) yaitu dari perkampungan, kota, pasar, jalan, terminal, rumah sakit, dan sebagainya, serta sumber nondomestik, yaitu dari pabrik, industri, pertanian, peternakan, perikanan, transportasi, dan sumber-sumber lainnya. Sedangkan bentuk pencemaran dibagi menjadi bentuk cair, bentuk padat, dan bentuk gas serta kebisingan.

- Aspek biologi dalam pencemaran air

Polusi air

Pembuangan bahan kimia, limbah, maupun pencemaran lain kedalam air akan mempengaruhi kehidupan dalam air itu. Seberapa jauh makhluk hidup ini mempengaruhinya. Tetapi mengukur populasi dalam air tidak cukup hanya dengan menggunakan bahan biologi saja. Penguji secara kimia bersama sama dengan data biologi barulah dapat memberikan gambaran menyeluruh mengenai kualitas air. Suatu pencemaran didalam suatu ekosistem mungkin cukup banyak, sehingga akan meracuni semua organisme yang ada disana. Biasanya suatu pencemar cukup banyak membunuh spesies tertentu, tetapi tidak membahayakan spesies lainnya. Sebaliknya ada kemungkinan bahwa suatu pencemaran justru dapat mendukung perkembangan spesies tertentu. Jadi bila air tercemar, ada kemungkinan pergeseran-pergeseran dan jumlah spesies yang banyak dengan ukuran yang sedang populasinya, kepada jumlah spesies yang sedikit tetapi berpopulasi yang tinggi. Penurunan dalam keanekaagaman spesies dapat juga dianggap sebagai suatu tanda ada pencemaran. Spesies yang ada dalam kepadatan yang tinggi dinamakan spesies indeks atau organisme indikator populasi. Jika spesies sama skali tidak ada, maka derajat populasi lebih tinggi lagi. Ikan sulit digunakan sebagai indikator populasi. Lebih mudah menggunakan spesies air lain yang tidak lincah gerakan spesies ikan. Misalnya ganggang. Di samping ikan dan ganggang banyak flora atau fauna lain yang dapat dijadikan indikator biologi untuk pencemaran. Spesies indeks ini dapat termasuk ke dalam fauna dasar, bakteri, ganggang, zooplankton, dan ikan tertentu. Danau merupakan terminal air sementara, karena kadang-kadang danau itu penuh air, Fauna dasar sungai bergantung kepada sifat dasar sungainya. Dasar sungai ini juga bergantung kecepatan arus air, jika aliran sungai deras, maka dasar sungai adalah batu, kerikil

dan pasir masih ada. Akhirnya jika air hampir diam, maka dasar sungai atau kolam adalah lumpur. Peranan suhu dan oksigen terlarut penting diketahui untuk menentukan fauna dasar sungai, di samping sifat atau bahan di dasar sungai, di samping sifat atau bahan dasar sungai. Umumnya di air deras oksigen terlarut konsentrasinya tinggi. Fauna yang hidup ialah yang memerlukan oksigen banyak. Tubuhnya mempunyai bentuk yang dapat bertahan menempel kepada dasar sungai, jika tidak akan hanyut ke hilir. Sebaliknya didasar sungai yang berlumpur faunanya hanya sedikit memerlukan oksigen. Untuk menentukan pencemaran air (sungai) digunakan kombinasi parameter fisika, kimia dan biologi. Tapi sering digunakan hanya parameter fisika seperti temperatur, warna, bau, rasa, dan kekeruhan air. Atau pun parameter kimia seperti

Memfaatkan bakteri

Para ilmuwan Kanada sejak pertengahan 1984, melakukan studi kelayakan untuk mencoba pemanfaatan proses biologis untuk menghadapi peningkatan kandungan logam berat dalam lumpur hasil pengolahan limbah itu. Para sarjana di laboratorium teknik lingkungan pada Universitas Toronto, Kanada telah melakukan percobaan untuk menguraikan atau memecah logam dari unsur mineral yang tak terlarut dengan pemanfaatan proses metabolisme mikro organisme berupa bakteri, atau dengan memanfaatkan produk dari metabolisme itu.

Pada cara yang pertama, bakteri-bakteri penguraian akan memecah sulfida mineral secara langsung melalui proses enzimatik. Logam berat sebelumnya mengendap dalam lumpur sungai akan ikut melarut akibat adanya proses oksidasi dari Sulfida Mineral. Sedangkan pada proses kedua, yang terjadi adalah mekanisme tak langsung. Bakteri akan pertama kali meng-oksidasi besi ferrous menjadi ferrit. Selanjutnya, ferrit inilah yang berbentuk sebagai zat pengoksidasi jenis logam lain, yang menjadikannya terlarut. Prinsip pengikatan mikro organisme dan penguraian oleh bakteri tersebut disebut *thiobacillus ferrooxidans*. Mikro organismenya dikatakan menjadi chemolithotropic, dan amat memerlukan CO₂

Pencemaran Tanah

Komposisi tanah bergantung kepada proses pembentukannya, kepada iklim, kepada jenis tumbuhan yang ada, kepada suhu, dan kepada air yang ada di sana. Pencemaran menyebabkan suhu tanah mengalami perubahan susunannya, sehingga mengganggu kehidupan jasad yang hidup di dalam tanah maupun di permukaan.

Pencemaran tanah dapat terjadi karena hal-hal di bawah ini. Pertama ialah pencemaran secara langsung. Misalnya karena menggunakan pupuk secara berlebihan, pemberian pestisida atau insektisida, dan pembuangan air limbah yang dapat dicernakan seperti plastik. Pencampuran bahan pencemar akan mengubah susunan kimia tanah sehingga mengganggu jasad yang hidup di dalam atau dipermukaan tanah. Pencemaran dapat melalui udara. Udara yang tercemar akan menurunkan hujan yang mengandung bahan pencemar ini, akibatnya tanah akan tercemar juga.

Insektisida ialah obat pembasmi insekta yang bisa mengganggu tanaman. Pestisida ialah obat pembasmi hama tanaman. Herbisida ialah pembasmi tanaman yang tidak diharapkan tumbuh. Fungisida ialah pembasmi jamur yang tidak diharapkan tumbuh. Rodentisida ialah pemusnah binatang pengerat seperti tikus. Akarisida ialah pembunuh kutu. Algasida ialah pembunuh ganggang. Avisida ialah pembunuh burung. Bakterisida ialah pembunuh bakteri. Larvisida ialah pembunuh ulat. Moluksisida ialah pembunuh siput. Nematisida ialah pembunuh nematode. Ovisida ialah perusak telur. Pedukulisida ialah pembunuh tuma. Piscisida ialah pembunuh ikan. Predisida ialah pembunuh predator. Silvisida ialah pembunuhan pohon atau pembersih pohon. Termisida ialah pembunuh rayap atau hewan yang suka melubangi kayu.

Disamping itu banyak bahan kimia yang termasuk pestisida juga, namanya tidak berakhiran -sida dan akan kebanyakan berakhiran -an. Akaratnya baunya akan menarik serangga. Kemosterilan berfungsi mensterilkan serangga atau vertebrata. Defoliant ialah penggugur daun supaya memudahkan panen. Desikan ialah pengering daun atau bagian tanaman lainnya. Desinfatan ialah pembasmi mikroorganisme. Repellan ialah penolak atau penghalau hama. Sterilan ialah mensterilkan tanah dari jasad renik atau dari biji gulma. Stiker ialah perekat pestisida supaya tahan angin dan hujan. Surfaktan ialah zat untuk meratakan pestisida pada permukaan daun. Inhibitor ialah zat yang dapat menekan pertumbuhan batang dan tunas. Stimulan ialah zat yang dapat mendorong pertumbuhan tetapi mematikan terjadinya buah. Pestisida dapat berbentuk emulsi. Nama dalam perdagangan diikuti dengan angka yang menunjukkan jumlah bahan aktif. Kemudian diikuti huruf E, ES, atau WSC. Pestisida dapat pula berbentuk butir. Komposisi butir ini terdiri dari bahan aktif, .talek, kuarsa dan perekat. Bahan aktif berkisar antara 2-25%. Pestisida berbentuk debu mengandung bahan aktif danlek pestisida ini kurang digunakan, karena katanya kurang mengenai sasaran. Contohnya Servin SD.

Pestisida berperan sebagai unsur pengendal. Prinsip pemakaiannya haruslah memenuhi beberapa syarat seperti (1) keserasian tujuan dengan pengendalian hayati, (2) mangkus untuk

mengendalikan hama tertentu, (3) meninggalkan residu dalam waktu terbatas, (4) mudah terurai, (5) memenuhi keamanan dalam pengepakan, pengiriman dan pemberian label, (6) ada antidot (penawar)nya, (7) aman bagi lingkungan, dan (8) aman bagi petani.

Pengalaman menunjukkan bahwa penggunaan pestisida dapat menurunkan jumlah hama dan menaikkan produksi. Hal ini terjadi di Indonesia, Pakistan, maupun di Amerika.

II.6 Penanganan Pencemaran Tanah

Penanganan pestisida ialah dengan tidak menggunakannya. Cara ini terbaik hasilnya, tetapi hama tanaman mengakibatkan hasil produksi menurun. Cara yang dapat ditempuh ialah :

1. Pengaturan jenis tanaman dan waktu menanam
2. Memilih varietas tanaman yang tahan lama
3. Menggunakan musuh alami untuk hama
4. Menggunakan hormon serangga
5. Memanfaatkan daya tarik seks untuk serangga
6. Pemandulan (sterilisasi)

Di samping itu kita perlu :

- (1) Memahami kegunaan pestisida yang bersangkutan
- (2) Mengikuti petunjuk pemakaian
- (3) Mematuhi perizinan
- (4) Hati-hati dalam penyimpanan
- (5) Menggunakan alat-alat pelindung seperti masker. Kacamata, pakaian.

Pada dasarnya cara-cara yang ditempuh itu berlaku untuk bahan kimia, pupuk, atau deterjen. Kehati-hatian pada pemakaian bahan-bahan ini perlu diperhatikan. Jangan sampai bahan-bahan itu tercecer, mengenai badan manusia, atau mencemarkan lingkungan.

Penanganan sampah ialah mencegah timbulnya pencemaran. Misalnya dengan cara penimbunan (dumping) dengan maksud untuk menutupi rawa, jurang, lekungan tanah di tempat terbuka dan di laut. Cara ini murah tetapi masih menimbulkan bau, kotor, penyakit, dan pencemaran. Cara kedua ialah pengisian tanah kesehatan (sanitary landfill) dengan mengisi tanah berlegok dan kemudian menutupnya dengan tanah, pada cara ini diperlukan tanah yang luas. Diharapkan sampah tidak akan mencemari lagi karena ditimbun dan ditutup. Cara ketiga ialah

dengan pencacahan (grinding). Limbah organik dimasukkan ke dalam alat penggiling sehingga menjadi kecil-kecil.

Pencemaran Udara

Udara merupakan suatu campuran gas yang terdapat pada lapisan yang mengelilingi bumi. Komposisi udara normal terdiri atas gas nitrogen 78.1%, oksigen 20,93%, dan karbondioksida 0,03%, sementara selebihnya berupa gas argon, neon, kripton, xenon, helium. Udara juga mengandung uap air, debu, bakteri, spora, dan sisa tumbuh-tumbuhan.

Udara di alam tidak pernah dijumpai dalam keadaan bersih tanpa polutan sama sekali. Beberapa gas seperti sulfur dioksida (SO_2), hidrogen sulfida (H_2S) dan karbon dioksida (CO) selalu dibebaskan ke udara sebagai produk sampingan dari proses alami seperti aktifitas vulkanik, pembusukan sampah tanaman, kebakaran hutan, dan sebagainya. Selain itu, udara juga dicemari oleh aktifitas manusia seperti pemakaian kendaraan bermotor, gas buang dari kawasan industri, dan lain sebagainya.

Pencemaran udara diartikan sebagai masuk atau dimasukkannya makhluk hidup, zat, energi, dan atau komponen lain ke udara oleh kegiatan manusia atau proses alam, sehingga kualitas udara turun sampai ke tingkat yang tertentu yang menyebabkan udara menjadi kurang atau tidak dapat berfungsi lagi sesuai dengan peruntukannya.

Pencemaran udara dapat menimbulkan dampak terhadap kesehatan masyarakat. Berdasarkan hasil studi epidemiologi bahwa pencemaran udara meningkatkan kasus kesakitan dan kematian akibat penyakit saluran pernapasan. Pada situasi tertentu, gas CO dapat menyebabkan kematian mendadak karena daya afinitas gas CO terhadap haemoglobin darah menjadi methaemoglobin lebih kuat daripada daya afinitas O_2 sehingga tubuh menjadi kekurangan oksigen. Selain itu pencemaran udara juga diduga menjadi salah satu penyebab penyakit bronkitis kronis dan kanker paru primer. Beberapa penyakit yang disebabkan oleh pencemaran udara antara lain emfisema paru, *black lung disease*, asbestosis, bisinosis, dan penyakit asma serta eksema.



ISBN 978-602-52497-7-8

