

THESIS

**EFEK PKL(PRAKTIK KLINIK LAPANGAN) TERHADAP
PEMBENTUKAN PERILAKU SEHAT PADA MASYARAKAT
LEMBANG SALOSO KECAMATAN RANTEPAO
KABUPATEN TANA TORAJA**

**MATHIUS RANTE SALU
P. 1805206563**



**KONSENTRASI PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2008**

ABSTRAK

Mathius Rante Salu. Efek PKL (Praktik Kerja Lapangan) Komunitas Terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Lembang Saloso Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja (dibimbing oleh Ridwan M. Thaha dan Burhanuddin Bahar).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauhmana efek PKL (Praktik Kerja Lapangan) Komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat

Penelitian dilaksanakan di masyarakat Lembang Saloso dengan kepala keluarga sebagai responden. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam (indepth interiew) dan dengan observasi partisipatif

Penelitian ini merupakan penelitian obsevasional dengan pendekatan *Cross-sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu total populasi dari semua kepala keluarga berjumlah 243 orang. Analisa yang digunakan dalam penelitian ini adalah univariat dan bivariat dengan uji *Chi – square* untuk mengetahui hubungan Variabel independen dan dependen

Hasil penelitian menunjukkan bahwa : 1) Ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya promotif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat. 2) Ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya preventiff terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat. 3) Tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya kuratif terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat. 4) Ada hubungan bermakna antara pengetahuan tentang upaya rehabilitatif terhadap pembentukan perilaku sehat.

Kata kunci : PKL (Praktik Kerja Lapangan), Perilaku sehat
Daftar Pustaka : 15 (1984- 20070)

ABSTRAK

MATHIUS RANTE SALU. The Effect of Community's Field Work Practice on the Establishment of Health Behavior for the Community of Saloco Village, Rantepao District of Tana Toraja Regency (supervised by Ridwan M. Thaha and Burhanuddin Bahar)

This research aims to find out to what extent the effect of Community's Field Work Practice on the establishment of community's health behavior.

This research was carried out in the community of Saloso Village in which the respondents were the heads of households. The primary data were obtained through in-depth interview and participative observation. This research was an observational study using cross sectional approach. The sample was the total population of the whole of household heads consisting 243 people. The data were analyzed using univariate and bivariate with chi square test to find out the correlation between independent and dependent variables.

The results show that there is a significant correlation between the knowledge on promotion effort and the establishment of community' health behavior; there is significant correlation between the knowledge of preventive effort and the establishment of community's health behavior; there is no significant correlation between the knowledge on curative effort and the establishment of community's health behavior; there is a significant correlation between the knowledge of rehabilitative effort and the establishment of health behavior.

Key words: Field Work Practice, health behavior

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, atas segala rahmat dan karunia-Nya kepada kita sehingga penelitian dan penulisan ini dapat selesai.

Dalam penyelesaian tesis ini penulis menerima bantuan yang tak ternilai harganya dari berbagai pihak. Untuk itu rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan. Pada kesempatan ini penulis dengan tulus menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc. selaku ketua komisi penasehat dan Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS. Sebagai anggota penasehat tesis, atas segala bantuan, bimbingan, petunjuk dan kesabarannya mengarahkan saya selama pmlisan tesis.

Ucapan terima kasih dan penghargaan saya sampaikan kepada dr. Buraerah H.A. Hakim, M.Sc, Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS, Prof drg. A. Arsunan Arsin, M. Kes selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan, arahan dalam penyusunan tesis ini. Rasa terima kasih saya sampaikan juga kepada Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. dr. Idrus Paturusi, Sp.BO dan Prof. Dr. dr. Abdul Razak Thaha, M.Sc sebagai Direktur Progrman Pascasarjana Universitas Hasanuddin. Prof. Dr. drg. A. Zulkifli, MS sebagai ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Dr. Dr. H., Muh Syafar, MS selaku ketua Konsentrasi Promosi atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk melanjutkan. pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Terima kasih kepada segenap staf, yang telah banyak meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan, bimbingan dan terima kasih kepada dosen dan staf dilingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin dan Konsentrasi Promosi Kesehatan khususnya atas segala bantuan dan kerja sama yang baik dalam penyelesaian studi.

Terima kasih penulis sampaikan kepada Gubernur Propinsi Sulawesi Selatan, Kepala Dinas Kesehatan, Bupati Tana Toraja, dan direktur Akademi Keperawatan Toraja yang telah memberi izin belajar kepada penulis. Terima, kasih juga penulis sampaikan kepada pengelola Dana DHS baik tingkat kabupaten Tana Toraja, pengelola tingkat propinsi Sulawesi Selatan yang mendukung biaya pelaksanaan perkuliahan penulis. Terima kasih penulis sarnpaikan kepada Gubemur Sulawesi Selatan, Bupati Tana Toraja, Camat Rantepao dan Kepala Lembang Saloso atas pemberian izin penelitian secara khusus kepada masyarakat Lembang Saloso sebagai tempat pelaksanaan penelitian.

Terima kasih kepada rekan-rekan mahasiswa Program Konsentrasi Promosi Kesehatan yang telah membagi suka dan duka serta ilmu dan pengalamannya selama mengikuti pendidikan.

Terima kasih kepada sernua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan bantuan baik moril maupun materil yang. Sangat berharga. Terima kasih sebesar-besarnya serta rasa hormat dan peghargaan setinggi4ingginya saya haturkan kepada kedua orang tua tercinta dan mertua atas do'a restu, kasih sayang dan didikannya sehingga penulis menyelesaikan pendidikan hingga hari ini.

Akhirnya secara khusus penulis sampaikan terima kasih kepada istri dan anak - anakku tercinta dan tersayang (Nathar Rante Salu dan Jesy Likubanne Mallisa') atas segala do'a restu, pengorbanan, ketabahan dan pengertian yang diberikan kepada saya dalam merampungkan studi Magister Promosi Kesehatan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga krifik dan saran sangat kami harapkan demi kesempurnaan penelitian dan penulisan tesis ini.

Makassar, 09 Juli 2008

Poneliti

Mathius Rante Salu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Bagi kebanyakan pakar antropologi, masalah mendesak untuk dipahami dan sumber data berasal dari apa yang dikenal sebagai kerja lapangan yaitu peran serta secara akrab di dalam suatu masyarakat dan pengamatan tentang tingkah laku dan organisasi kehidupan sosial. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan orang lain disebut *etnografi*. (Roger M. Keessing, 1999).

Kebijakan Indonesia Sehat 2010 menetapkan tiga pilar utama, yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu adil dan merata. Untuk pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010 telah ditetapkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 131/Menkes/SK/II/2004 dan salah satu subsistem dari SKN adalah subsistem Pemberdayaan Masyarakat. Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan untuk mendukung upaya peningkatan perilaku sehat ditetapkan Visi Nasional Promosi Kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 1193/MENKES/SK/X?2004 yaitu **“Perilaku hidup Bersih dan Sehat 2010” (PHBS 2010)**. Untuk melaksanakan Promosi Kesehatan di daerah

dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI. No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005. ([http://id.wikipedia.org/wiki/Promosi kesehatan](http://id.wikipedia.org/wiki/Promosi_kesehatan)).

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam konstitusi organisasi kesehatan dunia 1948 disepakati antara lain bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonomi. Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan secara bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu diperlukan adanya informasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan antar daerah dan antar golongan, derajat kesehatan yang masih tertinggal dibanding negara-negara tetangga dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan.

Dalam Indonesia Sehat 2010, lingkungan yang diharapkan adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong. Perilaku masyarakat Indonesia Sehat 2010 yang diharapkan adalah proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya

penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat.

Promosi Kesehatan adalah suatu proses membantu individu dan masyarakat meningkatkan kemampuan dan ketrampilannya mengontrol berbagai factor yang berpengaruh pada kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya (WHO).

Berdasarkan laporan Dinkes kabupaten Bone Bolango 2004 tentang sanitasi dasar yang terdiri atas 5 (lima) kecamatan dengan uraian sebagai berikut :

1. Kecamatan Kabila jumlah kk 4786 dan diperiksa sebanyak 4786 ; menggunakan air bersih hanya 1578 (33,0%), memiliki jamban 1343 kk (28,1 %), memiliki tempat sampah 1899 (39,7 %).
2. Kecamatan Suwana dengan jumlah kk 3605 dan diperiksa sebanyak 3605 ; menggunakan air bersih hanya 1419 (39,4%), memiliki jamban 555 kk (15,4 %), memiliki tempat sampah 910 (25,2 %).
3. Kecamatan Tilongkabila dengan jumlah kk 4873 dan diperiksa sebanyak 4596 kk ; menggunakan air bersih hanya 1785 (38,8 %), memiliki jamban 1089 kk (23,7 %), memiliki tempat sampah 1534 (33,4 %).
4. Kecamatan Tapa dengan jumlah kk 7221 dan diperiksa sebanyak 1884 kk ; menggunakan air bersih hanya 1544 (82,0%), memiliki jamban 921 kk (48,9 %), memiliki tempat sampah 1235 (65,6 %).

5. Kecamatan Bonepantai dengan jumlah kk 6758 dan diperiksa sebanyak 6758 kk ; menggunakan air bersih hanya 937 (13,9 %), memiliki jamban 840 kk (19,3 %), memiliki tempat sampah 2748 (63,1 %). (<http://www.dinkesbonebolango>).

Adapun hasil laporan mahasiswa PKL Akademi Keperawatan Toraja pada tanggal 4 Juni s/d 25 Juni 2006 di Lembang (Desa) Sillanan kecamatan Gandasil kabupaten Tana Toraja, yaitu jumlah penduduk 1.305 jiwa, yang terdiri atas 317 kk, pekerjaan penduduk umumnya petani, distribusi penduduk berdasarkan kebersihan rumah/ halaman rumah : kotor 135 kk (42, 58 %) dari 317 kk, distribusi kepemilikan sistem pembuangan air limbah (SPAL) : tidak ada sebanyak 229 (72,23 %), tempat pembuangan tinja : sembarang tempat 40 kk (12,61 %), sedangkan distribusi pembuangan sampah : sembarang tempat 102 kk (32, 18 %). (Laporan PKL Komunitas, 2006).

Kegiatan PKL (Praktik Kerja Lapangan) komunitas mahasiswa Akper Toraja untuk tahun 2007 yang telah dilaksanakan di Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja yang dilaksanakan pada tanggal 12 Februari s/d 26 Februari 2007 yang terdiri atas 243 kk (kepala keluarga) dengan hasil pembinaan sebagai berikut :

1. Distribusi kebersihan halaman rumah sebelum pembinaan yang dilakukan oleh mahasiswa PKL komuniti masyarakat Lembang Saloso yang kategori bersih sebanyak 66 kk (27,2 %), kategori sedang sebanyak 111 kk (45,7 %), sedangkan kategori kotor sebanyak 66 kk

(27,2 %) dan setelah pembinaan terjadi perubahan yaitu kategori bersih meningkat menjadi 117 kk (48,1 %), kategori sedang sebanyak 102 kk (42,0 %), kotor sebanyak 24 kk (9,9 %).

2. Distribusi kepemilikan SPAL sebelum pembinaan masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao yang memiliki sistem pembuangan air limbah sebanyak 74 kk (30,5 %) sedangkan yang tidak memiliki SPAL sebanyak 169 kk (69,5 %) dan setelah pembinaan yang dilakukan oleh mahasiswa PKL komuniti terjadi perubahan kepemilikan sistem pembuangan air limbah keluarga yaitu memiliki sebanyak 103 kk (42,4 %) sedangkan yang tidak memiliki SPAL sebanyak 140 kk (57,6 %).
3. Distribusi kepemilikan dan penggunaan jamban keluarga (Jaga) masyarakat Lembang Saloso sebelum pembinaan oleh mahasiswa PKL komuniti yang menggunakan jamban keluarga jenis Leher angsa sebanyak 98 kk (40,3 %), jenis cemplung sebanyak 87 kk (35,8 %), sembarang tempat termasuk sungai sebanyak 58 kk (23,9 %), sedangkan penggunaan Jamban keluarga setelah pembinaan penggunaan/kepemilikan jamban keluarga jenis leher angsa sebanyak 99 kk (40,7 %), jenis cemplung sebanyak 92 kk (37,9 %) dan sembarang tempat sebanyak 52 kk (21,4 %).
4. Pengolahan sampah keluarga masyarakat Lembang Saloso sebelum pembinaan dibakar sebanyak 144 kk (59,3 %), dijadikan kompos sebanyak 16 kk (6,6 %), ditimbun sebanyak 4 kk (1,6 %), sembarang

tempat sebanyak 79 kk (32,5 %), dan setelah program praktik kerja lapangan (PKL) pengolahan sampah dibakar sebanyak 176 kk (72,4 %), dijadikan kompos sebanyak 25 kk (10,3 %), ditimbun sebanyak 4 kk (1,6 %) dan sembarang tempat sebanyak 38 kk (15,6 %).

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka perlu penelitian tentang efek PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat secara khusus di Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja. .

B. Rumusan masalah

“ Sejahterama Efek kegiatan PKL Komunitas terhadap Pembentukan Perilaku Sehat Masyarakat Desa Saloso, Kecamatan Rantepao Kabupaten Tana Toraja”

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui efek PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya promotif kesehatan dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja.
- b. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya preventif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja.

- c. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya kuratif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja
- d. Untuk mengetahui efek pengetahuan upaya rehabilitatif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang (desa) Saloso, kecamatan Rantepao, kabupaten Tana Toraja

D. Manfaat Penelitian

- a. Dapat memberikan informasi sejauhmana efek PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat desa Saloso Kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.
- b. Menjadi Masukan bagi pemerintah khususnya dinas kesehatan kabupaten Tana Toraja tentang efek PKL terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat.
- c. Bagi institusi pendidikan merupakan bahan bacaan serta pengembangan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kerja Lapangan

1. Pengertian Kerja Lapangan

PKL Komunitas adalah Praktik Kerja Lapangan sebagai aplikasi dari Keperawatan kesehatan Masyarakat yang dilaksanakan oleh mahasiswa Akper (Akademi Keperawatan) Toraja. (Panduan PKL Komunitas, 2007)

Bagi kebanyakan pakar antropologi, masalah mendesak untuk dipahami dan sumber data berasal dari apa yang dikenal sebagai kerja lapangan : peran serta secara akrab di dalam suatu masyarakat dan pengamatan tentang tingkah laku dan organisasi kehidupan sosial. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan. Proses perekaman dan penafsiran tata cara kehidupan orang lain disebut *etnografi*. (Roger M. Keessing, 1999).

Apa kelanjutan nyata dari suatu kerja lapangan, bergantung sebagian pada kemana sang pakar antropologi pergi melakukan kajiannya. Pada dasa warsa 1920-an dan 1930-an, ketika masyarakat tribal yang tidak banyak dikenal bermukim hampir sepanjang pemukiman kolonial dan jumlah pakar antropologi masih terbatas, kerja lapangan sering berarti pergi menuju mesyarakat tribal yang terisolasi dengan membawa kamera, catatan, pil kina, dan bermukim didaerah seperti itu selama setahun atau lebih. Bila seorang

pakar antropologi tiba disuatu daerah, biasanya sudah ada penguasa kolonial yang bertugas mengumpulkan pajak dan memaksakan perdamaian, juga para pedagang dan kaum misionaris. Tetapi seorang pakar etnografi biasanya tinggal bersama penduduk asli dan sedapat mungkin mengabaikan pengaruh-pengaruh luar tersebut.

Cara penelitian antropologi dalam banyak segi tetap sama. Yang penting, penelitian itu membuahkan keterlibatan mendalam atas kehidupan bangsa yang dikaji. Kerja lapangan yang berhasil jarang diperoleh dalam tempo kurang dari setahun, khususnya dimana bahasa dan budaya yang baru harus dipelajari. Idealnya, si peneliti, menetap dalam tempo yang agak lama atau melakukan beberapa kali kerja lapangan secara berturut-turut. Manfaat dari kerja lapangan dalam kurun waktu lama sudah semakin disadari (Calson dan kawan-kawan 1979). Penelitian yang lama dan mendalam membuahkan pemahaman tentang budaya dan proses-proses kontinuitas dan perubahan yang jarang diperoleh dengan cara-cara lain. (Roger M. Keessing, 1999).

Dalam situasi kerja lapangan ‘klasik’ dimana seorang tidak bisa mempelajari bahasa setempat terlebih dahulu, masyarakat dan budaya setempat hanya sedikit yang bisa diketahui, kedudukan dan tugas seorang pekerja lapangan dalam banyak segi, lebih menyerupai kedudukan dan tugas seorang bayi. Seperti bayi, sang pakar antropologi tidak mengerti ucapan –

ucapan, gambar-gambaran, bau-bauan yang punya makna mendalam bagi seseorang yang sedang dikajinya.

Pada masa lampau, perekaman tata cara kehidupan masyarakat yang kecil dan relatif mandiri, tampak menghadapi beberapa kesulitan dalam penentuan sampel. Masyarakat dimana sang pakar etnografi tinggal disuatu dusun atau kampung bisa memberi kesan sebagai sampel yang sah mengenai tata cara kehidupan masyarakat tersebut, dan dugaan bahwa dalam masyarakat itu, adat-istiadat, gagasan-gagasan dan kepercayaan-kepercayaan adalah sama-sama dimiliki oleh semua atau sebagian besar orang. Pengamatan yang lebih rinci, penyimpulan generalisasi-generalisasi etnografis yang lebih seksama dari peristiwa-peristiwa yang terjadi, perhatian lebih besar pada pola-pola statistik, dan pemakaian informan yang beragam membuat jelas bahwa semua hal tidak pernah sesederhana yang kita bayangkan. Patokan-patokan ideal selalu lebih seragam daripada pola perilaku sesungguhnya. Jika diteliti lebih jauh, dunia gagasan setiap individu dalam suatu masyarakat tribal, menunjukkan adanya variasi yang besar. (Roger M. Keessing, 1999).

Masalah penentuan sampel makin menggawat dalam masyarakat yang lebih kompleks dan besar. Keragaman budaya, penduduk yang banyak, stratifikasi sosial, dan perubahan yang cepat telah menjadikan kerja lapangan di dalam masyarakat yang modern dan besar, baik di dunia barat maupun dunia ketiga, suatu pekerjaan yang rumit dimana perhatian lebih besar pada

pengambilan sampel, statistik dan ketepatan metodologis sangat diperlukan. (Roger M. Keessing, 1999).

2. Keterbatasan Perspektif Kerja Lapangan.

Tradisi kerja lapangan dan khasanah konseptual yang diperoleh dari keterlibatan mendalam dalam tata cara kehidupan setempat, selama ini merupakan sumber kekuatan antropologi. Tetapi kini semakin jelas bahwa hal ini juga merupakan sumber kelemahan antropologi. Mula-mula tradisi kerja lapangan ini, dimana seseorang mengkaji sebuah dusun atau sekelompok masyarakat setempat, guna mendokumentasikan “suatu budaya”, telah melahirkan stereotip yang sangat menyesatkan tentang budaya-budaya tribal, melukiskannya sebagai suatu percobaan unik dan terpadu dalam kemampuan manusia.

Stereotip ini sebagian diciptakan oleh pakar antropologi, mereka melebih-lebihkan keragaman budaya, melebih-lebihkan integrasi mereka sebagai sistem-sistem totalitas yang koheren dan tak berubah-ubah, dan mengurangi keragaman, pertentangan dan perubahan yang bersifat individual. (Roger M. Keessing, 1999).

Kenaifan antropologi terhadap sistem sejarah dan regional ini, hal yang tidak bisa diamati di suatu dusun terpencil, telah membawa kepada pola pikir yang mengabaikan keragaman dan dinamika internal, organisasi regional serta proses sejarah. Para pakar antropologi cenderung

menguraikan fenomena setempat dengan perantaraan fenomena dari tempat lain, kemudian melukiskannya dengan mudah bahwa segala sesuatu cocok pada tempatnya dan menyatakan hal-hal yang bersifat global dan umum sebagai suatu kekhususan setempat.

Lapangan keperawatan menjadi perhatian ahli – ahli antropologi paling sedikit karena dua alasan pokok, yaitu :

1. Sebagaimana dengan sistem sosial- budaya lainnya, lapangan ini memberikan kesempatan untuk melakukan penelitiannya sendiri; beberapa diantaranya kira-kira bersifat unik dan yang lainnya dilakukan bersama dengan bidang kedokteran serta bidang-bidang lain seperti : pendidikan bagi suatu peranan profesional, interaksi-interaksi antara peranan profesional, dinamika keseluruhan profesi untuk mencapai status lebih tinggi dan kebebasan yang lebih besar.
2. Perawatan memberikan salah satu kesempatan yang langka dimana suatu sistem sosial budaya yang dikaji oleh para ahli antropologi memberikan keuntungan sendiri kepada antropologi yang mengarah pada pandangan khusus mereka kedalam kebudayaan kelompok tempat mereka berasal, yang dapat memperbaiki dan memperhalus interpretasi-interpretasi yang dibuat oleh orang luar, dan dapat melakukan studi mereka sendiri berdasarkan tradisi antropologi yang terbaik.
(Foster/Anderson, 1986)

3. Proses Sosial dari perubahan

Suatu teori tentang perubahan sosial-budaya yang berusaha mencari jawaban dalam alam pemikiran dan jaringan makna budaya yang diciptakan oleh manusia hanya bisa menerangkan sebagian dari arena menyesatkan, sebagaimana cara pendekatan materialisme budaya. Karena bentuk-bentuk bukan hanya sekedar dikembangkan oleh pemikiran manusia.

Manusia menghadapi dunia fisik tidak hanya sekedar melalui sistem simbol budaya, tetapi mereka juga menghadapi dunia dalam sistem hubungan sosial. Hubungan ini selalu berubah, dan perubahan ini disebabkan oleh pertimbangan-pertimbangan praktis. Misalnya, dalam suatu teknologi pertanian tertentu, kondisi lingkungan memberikan kesempatan dikembangkannya suatu bentuk terasering atau suatu sistem pengairan, maka berbagai bentuk baru pekerjaan kelompok atau kerjasama mungkin akan muncul. Tetapi mereka diciptakan berdasarkan atas dan melalui hubungan sosial yang ada.

Para penganut neo-Marxisme sependapat dengan penganut materialisme budaya bahwa lingkungan material dari kehidupan manusia adalah primer dan pranata sosial serta sistem kepercayaan adalah sekunder. Marxisme menitikberatkan pada ekonomi, sebagai suatu sistem hubungan sosial dan nilai-nilai. (Roger M. Keessing, 1999 hal 169 – 170)

4. Aplikasi Imajinasi sosiologis Pembentuk Kesadaran Masyarakat atau *Social Forces*

“To achieve perfection in yourself and happiness in others, so act as to treat humanity, whether in thine own person or in that of another, in every case as an end, never only as a means.”

Immanuel Kant

Bryan Turner yang menyatakan bahwa karya Ritzer *McDonaldization of society* selaras dengan karya Ulrich Beck yaitu *Risk society*, dimana pokok permasalahannya terfokus pada institusi tertentu yang mengambil keuntungan dari resiko yang oleh sementara pihak justru ditakuti. Bagi teori, kritis teori sosial merupakan wujud praktek sosial yang mereproduksi bentuk domain dari aktifitas sosial. Oleh karena itu, maka teori kritis berakar pada aktifitas kritis yang berposisi bahkan terlibat dalam pergulatan perubahan sosial dan unifikasi teori dan praktik. Kritik dalam konteks ini meliputi kritik terhadap penindasan dan eksploitasi serta memperjuangkan kehidupan yang lebih baik bagi masyarakat. Salah satu masalah yang wajib diidentifikasi oleh teori kritis bertujuan public atau *critical theory with public*, sebagaimana yang dikemukakan Bronner, yakni menempatkan resiko (*Risks*) menjadi pokok permasalahan dalam debat publik. Hal ini berkaitan erat dengan revisi definisi tanggung jawab terhadap perkembangan realitas sosial. **Bronner** menegaskan fungsi teori kritis sebagai berikut :

“It must propose ways of rendering anonymous institutions and their administrative sub- systems more accountable and individuals more aware of the moral conflicts a waiting them”

Risk Theory menyiratkan tanggung jawab kritik lagi terbatas pada institusi atau sub system tertentu, namun terikat dalam suatu proses dinamis kritik diri atau *self criticism* atas resiko yang bersifat terus-menerus. (Sugandi, 2002).

5. Pengendalian sosial

Bagaimanakah suatu kelompok atau masyarakat membuat para anggotanya berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan? Pengendalian sosial dapat dilakukan dengan cara, antara lain :

1. Pengendalian sosial melalui sosialisasi

Fromm (1944) menyatakan bahwa jika suatu masyarakat ingin berfungsi secara efisien, maka “para anggotanya harus memiliki sifat yang membuat mereka ingin berbuat sesuai dengan apa yang harus mereka lakukan sebagai anggota masyarakatMereka harus menghentikan perbuatan yang secara objektif perlu mereka lakukan”. Orang dikendalikan dengan mensosialisasikan mereka sehingga mereka menjalankan peran sesuai dengan apa yang diharapkan.

2. Pengendalian sosial melalui tekanan sosial

Dalam novel karya **Sinclair Lewis, George F. Babbitt**, seorang makelar disebuah kota kecil, sekali waktu mengemukakan pandangan “radikal” tentang pemerintahan dan politik. Tidak lama setelah itu usahanya mengalami kemunduran, teman-temannya satu demi satu menjauhinya sehingga lambat laun ia merasa bahwa ia telah menjadi “orang luar”. **Lewis** melukiskan bagaimana teman-teman Babbitt melakukan tekanan halus berpandangan konformis seperti semula. Pada semua masyarakat manusia, bahkan pada makhluk lain pun, selalu ada kecenderungan menyesuaikan diri dengan keinginan kelompok.

3. Pengendalian sosial melalui kekuatan

Banyak masyarakat primitif berhasil mengendalikan perilaku para individu dengan menggunakan nilai-nilai adat, yang ditunjang oleh pengendalian informal dari kelompok primer. Oleh karena itu tidak dibutuhkan lagi hukum formal dan pelaksanaan hukuman. Namun pada masyarakat yang memiliki penduduk dalam jumlah besar dan kebudayaan yang lebih kompleks diperlukan pemerintahan formal, peraturan hukum, dan pelaksanaan hukuman. Bilamana seseorang tidak mentaati peraturan, maka kelompok akan mencoba memaksanya untuk taat pada peraturan tersebut.

4. Pengaruh faktor situasi terhadap perilaku

Manakala kita melihat perilaku yang tidak kita senangi, biasanya kita mengaitkan dengan sifat buruk manusia, desakan hati untuk berbuat jahat, kepribadian yang lemah, atau dengan berbagai sebab yang bersifat individual. Dalam hubungan ini, apa yang membedakan seorang ahli sosiologi dengan orang lain ialah kebiasaan ahli sosiologi yang cenderung melihat faktor-faktor sosial sebagai penyebab dari lahirnya perilaku tertentu. Memang benar jika seseorang atau beberapa orang mengubah sikap dan perilakunya, maka alasan dibalik itu bisa saja semata-mata bersifat individual. Namun bilamana sejumlah besar orang mengalami perubahan sikap dan perilaku secara bersamaan, maka kemungkinan penyebabnya ialah adanya perubahan sosial dan budaya terhadap perilaku. Bagian utama dari pengendalian sosial berwujud upaya untuk mengendalikan perilaku situasional, karena kebanyakan orang akan bereaksi sesuai dengan rangsangan situasi yang timbul. Kenyataan tersebut berlaku tanpa dipahami sepenuhnya oleh orang banyak. Perilaku seseorang pada suatu situasi tertentu biasanya merupakan akibat dari adanya kebutuhan, tekanan, dan rangsangan dari situasi tertentu. (Paul B. Horton/Chester L. Hunt, 1984)

B. Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat.

1. Defenisi

Perawatan Kesehatan Masyarakat merupakan bidang khusus (spesialis) dalam Ilmu Keperawatan (Freeman, 1960), yang merupakan gabungan Ilmu Keperawatan, Ilmu Kesehatan Masyarakat dan sosial (WHO, 1959). Suatu bidang dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat (*Rapat kerja keperawatan kesehatan masyarakat, 1989*).

Dengan demikian ada 3 (tiga) teori yang menjadi dasar ilmu keperawatan kesehatan masyarakat, yaitu : ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan sosial (peran serta masyarakat).

Tiga komponen dasar dalam ilmu keperawatan kesehatan masyarakat :



Gambar 1 – 1. **Komponen dasar dalam ilmu keperawatan kesehatan Masyarakat.**

Konsep keperawatan dikarakteristikan oleh 4 (empat) konsep pokok yang meliputi konsep manusia, kesehatan, masyarakat dan keperawatan dan

memberikan gambaran paradigma keperawatan (*Christine Ibrahim, 1986*), yaitu .:

a. Manusia

Manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual yang utuh dan unik. Teori kebutuhan manusia memandang manusia sebagai suatu keterpaduan, keseluruhan yang terorganisir dan mendorong untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan manusia dipandang sebagai tekanan internal sebagai hasil dari perubahan keadaan sistem, dan tekanan ini dinyatakan dengan perilaku untuk mencapai tujuan sehingga terpenuhinya kebutuhan. Kebutuhan dasar tersebut dirumuskan menurut *Hierarchy Maslow (1967)*

b. Masyarakat

Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul, saling berinteraksi (*Koentjaraningrat, 1990*). Masyarakat merupakan kesatuan – kesatuan hidup manusia, yang dalam bahasa Inggrisnya dipakai istilah *Society*, yang berarti *kawan*.

Ciri – ciri suatu masyarakat yang dikemukakan oleh *Kuntjaraningrat (1990)*, adalah sebagai berikut :

- 1). Interaksi antar warga – warganya.
- 2). Adat istiadat, norma – norma, hukum-hukum dan aturan – aturan khas yang mengatur seluruh pola tingkah laku warga kota atau desa.

- 3). Suatu komunitas dalam waktu
- 4). Suatu rasa identitas kuat yang mengikat semua warga.

Dengan demikian masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinyu, dan terikat oleh suatu rasa identitas bersama. Dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat, perawat melihat masyarakat sebagai kumpulan individu dalam suatu hubungan yang saling ketergantungan untuk memperoleh kebutuhan hidupnya secara terorganisir. Masyarakat merupakan suatu bentuk sistem sosial, dalam hubungan dengan lingkungannya, akan berusaha mencapai tingkat pemenuhan seperti yang dikemukakan oleh *Maslow* maupun *A. Khalish*, termasuk didalamnya untuk memenuhi kebutuhan akan asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan.

Unit – unit masyarakat adalah komuniti, keluarga, kelompok yang mempunyai tujuan dan nilai yang sama. Koentjaraningrat (1990) mendefenisikan komunitas sebagai suatu kesatuan hidup manusia, yang menempati suatu wilayah nyata, dan yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas. Dengan demikian ciri dari komuniti adalah sebagai berikut :

- a). Kesatuan wilayah.
- b). Kesatuan adat istiadat
- c). Rasa identitas dan komunitas, dan

d). Loyalitas terhadap komunitas.

Masyarakat sebagai suatu sistem sosial menunjukkan bahwa semua orang bersatu untuk saling melindungi dalam kepentingan bersama, dan berfungsi sebagai suatu kesatuan dan secara terus – menerus mengadakan hubungan (interaksi) dengan sistem yang lebih besar. Bagian – bagian yang saling berinteraksi tersebut merupakan sub- sistem dari komunitas seperti pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan keluarga.

Keluarga adalah suatu kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih, yang dipersatukan oleh hubungan darah, perkawinan, adopsi atau pengakuan sebagai kerjasama yang bersumber dari kebudayaan umum, dimana setiap anggotanya belajar dan melakukan peranannya seperti yang diharapkan. Keluarga sebagai suatu sistem sosial melakukan fungsi yang paling dasar seperti memberikan *keturunan, sosialisasi, psikologi, proteksi* dan sebagainya.

Dalam perawatan kesehatan masyarakat sebagai unit utama yang menjadi sasaran pelayanan, karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat atau komunitas. Apabila salahsatu diantara anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain, demikian pula terhadap kelompok dan masyarakat disekitarnya. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan terhadap anggota keluarga, kelompok maupun masyarakat secara keseluruhan yang akhirnya memberikan gambaran terhadap masalah kesehatan secara menyeluruh.

c. Kesehatan

Kesehatan manusia bergerak maju atau mundur dalam kontinuitas tertentu, dimana jarak ini menentukan apakah seseorang dikatakan sehat atau sakit, kesehatan tidak pernah konstant. *Parson (1972)* mengatakan sehat adalah kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan efektif, sedangkan *Dubois (1978)* mengatakan bahwa kesehatan adalah proses yang kreatif, dimana individu secara aktif dan terus menerus mengadaptasi lingkungan.

Menurut beberapa ahli keperawatan diantaranya *Peplau H* mengatakan bahwa, kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif. *Oream E. D* mengatakan bahwa kesehatan keadaan integritas individu, sedangkan **King M. E.** mengatakan bahwa kesehatan adalah keadaan yang dinamis dalam siklus hidup dan memperoleh adaptasi terus menerus terhadap stress.

Hendric L. Blum (1974) mengatakan bahwa ada 4 (empat) faktor utama yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, yaitu :

- 1). Lingkungan
- 2). Perilaku
- 3). Pelayanan kesehatan, dan
- 4). Keturunan

Lingkungan merupakan faktor yang paling dominant mempengaruhi kesehatan masyarakat, karena dilingkunganlah manusia mengadakan interaksi dan interelasi dalam proses kehidupannya, baik dalam lingkungan fisik, psikologis, sosial budaya, ekonomi, dimana kondisi tersebut sangat dipengaruhi oleh perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang erat kaitannya dengan norma, kebiasaan, adat istiadat yang berlaku bagi masyarakat. Kemudian ditunjang oleh tersedianya fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat, dan yang terakhir adalah faktor keturunan yang dibawa sejak lahir yang erat kaitannya dengan gen yang diturunkan oleh orangtua.

Kesehatan sangat ditentukan oleh kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk menggerakkan energi dan sumber – sumber yang tersedia untuk mencapai tujuan tersebut secara efisien. Kesehatan yang optimal bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat merupakan tujuan dari keperawatan, khususnya keperawatan kesehatan masyarakat yang lebih menekankan pada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan terhadap gangguan kesehatan dan perawatan, dengan tidak melupakan upaya pengobatan dan pemulihan terhadap penyakit.

d. Keperawatan

Perawatan adalah pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan. Pelayanan yang diberikan adalah upaya untuk mencapai derajat kesehatan semaksimal mungkin sesuai dengan potensi yang dimiliki dalam menjalankan kegiatan dibidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan menggunakan proses keperawatan sebagai metode ilmiah keperawatan . Pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan bekerjasama dengan team kesehatan lainnya dalam rangka mencapai tingkat kesehatan yang optimal.(Nasrul Effendy, 1998)

2. Sasaran Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Sasaran Perawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga kelompok khusus baik sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan.

a. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga, apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab, maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental maupun sosial.

b. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota-anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga disekitarnya.

c. Kelompok khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan, dan termasuk diantaranya adalah :

- 1) Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhannya, seperti :
 - a). Ibu hamil
 - b). Bayi baru lahir
 - c). Anak Balita
 - d). Anak usia sekolah
 - e). Usia lanjut
- 2) Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan, diantaranya :

- a). Penderita penyakit menular seperti : TBC, Lepra, AIDS, penyakit kelamin lainnya.
 - b) Penderita dengan penyakit tidak menular, seperti : penyakit DM, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental dan lain sebagainya.
- 3) Kelompok dengan risiko terserang penyakit, diantaranya :
- a). Wanita tuna susila
 - b). Kelompok penyalahgunaan obat dan narkoba
 - c). Kelompok-kelompok pekerja tertentu.
- 4) Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi :
- a). Panti werdha
 - b). Panti Asuhan
 - c). Pusat-pusat rehabilitasi (cacat fisik, mental, sosial lainnya)
 - d). Penitipan anak balita
- d. Masyarakat

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang telah hidup dan bekerja sama cukup lama sehingga mereka dapat mengatur diri mereka dan menganggap diri mereka sebagai kesatuan sosial dengan batas-batas yang telah ditetapkan dengan jelas. Masyarakat merupakan kelompok individu yang saling berinteraksi, saling tergantung dan bekerjasama untuk mencapai tujuan. Dalam interaksi sesama anggota masyarakat akan muncul banyak permasalahan,

apakah itu permasalahan sosial, kebudayaan, perekonomian, politik, maupun kesehatan khususnya.

3. Ruang Lingkup

a. Upaya Promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan jalan memberikan :

- 1) Penyuluhan kesehatan masyarakat
- 2) Peningkatan gizi
- 3) Pemeliharaan kesehatan perseorangan
- 4) Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- 5) Olah raga secara teratur
- 6) Rekreasi
- 7) Pendidikan seks

b. Upaya Preventif

Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit menular dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melalui kegiatan-kegiatan :

- 1) Immunisasi masal terhadap bayi dan anak balita serta ibu hamil
- 2) Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas, maupun kunjungan rumah.

- 3) Pemberian vitamin A, yodium melalui posyandu, puskesmas ataupun rumah
- 4) Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui

c. Upaya Kuratif

Upaya kuratif untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga, kelompok yang menderita penyakit atau masalah kesehatan, melalui kegiatan-kegiatan :

- 1) Perawatan orang sakit dirumah (home nursing)
- 2) Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit.
- 3) Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis di rumah, ibu bersalin dan nifas.
- 4) Perawatan buah dada
- 5) Perawatan tali pusat bayi baru lahir.

d. Upaya Rehabilitif

Merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misalnya kusta, TBC, cacat fisik dan lainnya dilakukan dengan kegiatan-kegiatan :

- 1) Latihan fisik, yang mengalami gangguan fisik seperti, penderita kusta, patah tulang, kelainan bawaan.
- 2) Latihan-latihan fisik tertentu bagi penderita-penderita penyakit tertentu, misalnya : TBC dengan latihan nafas dan batuk. Penderita stroke melalui fisioterapi manual yang mungkin dilakukan oleh perawat. (Nasrul Effendy, 1998)

4. Pendekatan

Dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat yang ditujukan pada individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat secara keseluruhan, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan pemecahan masalah (*Problem solving Approach*), yang dituangkan dalam proses keperawatan dengan memanfaatkan pendekatan epidemiologi yang dikaitkan dengan upaya kesehatan dasar (*PHC*).

Pendekatan pemecahan masalah yang dimaksudkan adalah bahwa setiap masalah kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat akan dapat diatasi melalui ketrampilan melaksanakan intervensi keperawatan sebagai bidang keahliannya dalam melaksanakan profesinya sebagai perawat kesehatan masyarakat.

Bila pendekatan dilakukan terhadap keluarga binaan disebut dengan *Family approach*, tetapi bila pembinaan dilakukan berdasarkan atas seleksi kasus yang datang dari puskesmas yang dinilai memerlukan tindak lanjut

disebut dengan *case approach* , dan bila pendekatan tersebut dilakukan terhadap masyarakat binaan melalui survey mawas diri dengan melibatkan partisipasi masyarakat disebut dengan *Community approach*. (Nasrul Effendy, 1998)

5. Langkah – langkah pelaksanaan

Pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat dilakukan dengan beberapa tahapan yang tercakup dalam proses keperawatan dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah (*Problem solving approach*) yang dinamis dalam memperbaiki dan memelihara kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sampai ketahap optimum melalui suatu pendekatan yang sistematis untuk masalah kesehatan serta membantu memenuhi kebutuhan-kebutuhan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a. Pengkajian

Dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui pendekatan sosial dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1) Pengenalan Masyarakat

- a) Pendekatan terhadap tokoh-tokoh masyarakat baik *formal leader* seperti kepala desa, camat dan sebagainya maupun *informal*

leader seperti pemuka-pemuka masyarakat, pemuka agama, sesepuh dan sebagainya.

- b) Mengenal struktur pemerintahan desa
- c) Mengenal organisasi sosial yang ada di masyarakat seperti LKMD, PKK, Karang Taruna dan lain-lain.
- d) Pemetaan wilayah binaan.

2) Pengenalan Masalah

Pengenalan masalah dilakukan melalui pengumpulan data (*survei*) yang lebih dikenal dengan Survey Mawas Diri (SMD) dengan menggunakan instrument pengumpulan data. Data tersebut dapat diperoleh melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik terhadap keluarga dan masyarakat pihak-pihak terkait, meliputi :

- a) Keadaan geografis
- b) Demografi yang berkaitan dengan struktur penduduk, umur, jenis kelamin, dan status.
- c) Data kultural yang menyangkut tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, kebiasaan, adapt istiadat, penghasilan dan sebagainya.
- d) Data kesehatan lingkungan, yang menyangkut tempat pembuangan sampah, pembuangan air limbah, sumber air minum, tempat pembuangan tinja, ventilasi, penerangan dan kebersihan rumah.

- e) Data kesehatan yang menyangkut penyakit yang pernah diderita, pemeriksaan kesehatan, kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui, dan keluarga berencana., termasuk gizi, imunisasi dan bentuk-bentuk partisipasi keluarga dan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- f) Sarana dan prasarana kesehatan yang ada.

3) Pengolahan Data

Data yang terkumpul, kemudian diteliti kembali validitas dan reabilitasnya, bila ada yang tidak atau kurang lengkap dilengkapi, kemudian baru diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a) Editing
- b) Coding
- c) Klasifikasi
- d) Tabulasi
- e) Analisa data
- f) Perumusan Masalah
- g) Prioritas masalah

b. Perencanaan

Setelah data diolah dan diketahui masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan, dengan mempertimbangkan faktor sebagai berikut :

- 1) Tujuan yang ingin dicapai

- 2) Kelompok sasaran
- 3) Jangka waktu
- 4) Target yang ingin dicapai
- 5) Sumber-sumber yang tersedia di masyarakat
- 6) Biaya
- 7) Tenaga pelaksanaan dari masyarakat (kader kesehatan, dasa wisma, KPKIA dari puskesmas, coordinator CHN dan tenaga kesehatan lainnya serta unsure-unsur lain yang terkait seperti PKK, pengurus PKMD, PLKB, pemuda dan sebagainya).

c. Pelaksanaan

Setelah perencanaan tersusun, maka kegiatan selanjutnya adalah pelaksanaan kegiatan untuk menanggulangi masalah kesehatan yang ditemukan pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melalui kegiatan-kegiatan :

- 1) Kunjungan rumah (*home visit*)
- 2) Bimbingan dan penyuluhan kesehatan
- 3) Mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang perawatan dasar.
- 4) Menemukan kasus secara dini dan melaksanakan rujukan dan tindak lanjut kasus yang dibina.

- 5) Mengadakan pelatihan dan pendidikan bagi kader kesehatan, dasawisma.
- 6) Mengorganisir keluarga, kelompok dan masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan yang dialami.
- 7) Mengembangkan kerjasama lintas program dan lintas sektoral terhadap instansi terkait dalam penanggulangan masalah kesehatan.
- 8) Memanfaatkan posyandu, polindes, pos obat desa sebagai rujukan terdepan dalam mengatasi masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang dihadapi sebelum dirujuk ke puskesmas.

d. Penilaian dan Pemantauan

Penilaian dan pemantauan merupakan kegiatan untuk menilai sejauhmana keberhasilan pencapaian tujuan dari rencana yang telah dibuat apakah telah mencapai hasil yang maksimal atau belum sesuai dengan criteria dan standar yang telah ditetapkan penilaian dan pemantauan dapat dilaksanakan :

- 1) Selama pelaksanaan kegiatan (Penilaian formatif)
- 2) Setelah pelaksanaan kegiatan (penilaian sumatif)

Penilaian dan pemantauan sangat penting artinya untuk mengkaji ulang perencanaan pembinaan dalam pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat yang telah disusun mencapai sasaran atau tidak, dan penting juga untuk mengembangkan perencanaan selanjutnya, termasuk

perluasan kegiatan dari segi kualitatif (kualitas kegiatan) apabila kegiatan tersebut mendatangkan manfaat yang besar bagi masyarakat dan perluasan kegiatan bila dilihat dari segi kuantitatif (menambah jumlah kegiatan) bila kegiatan tersebut dipandang perlu untuk ditambah, setelah melihat hasil-hasil yang dicapai.(Nasrul Effendy, 1998)

C. Perilaku Kesehatan

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner, maka perilaku kesehatan (*Health behavior*) adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan factor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktifitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. (Notoatmodjo, 2005).

D. DOMAIN PERILAKU

Berdasarkan pembagian domain oleh Bloom, untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut :

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indra penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

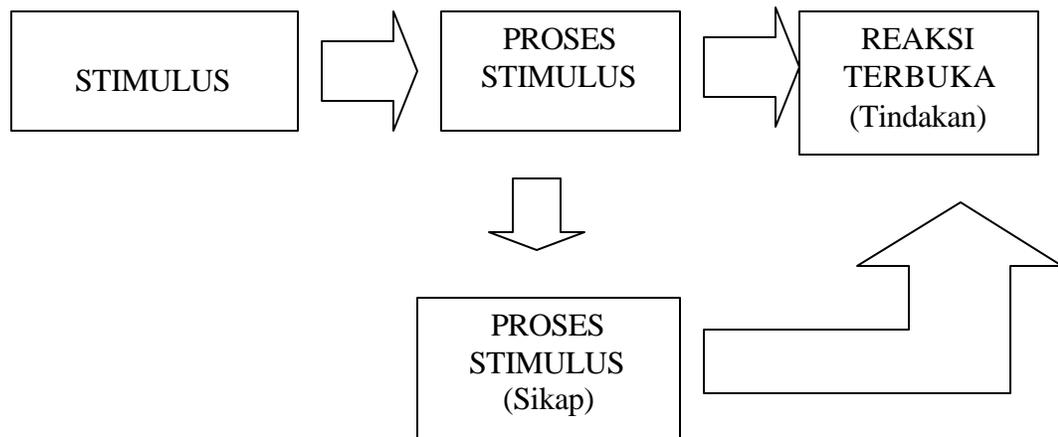
2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya). **Campbell** (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni :
“An individual’s attitude is syndrome of response consistency with regard

of object” artinya sikap adalah suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.

Gambar 2. **Hubungan sikap dan tindakan**



Menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek. Sikap orang terhadap penyakit kusta misalnya, berarti bagaimana pendapat atau keyakinan orang terhadap penyakit kusta.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek. Contoh : Bagaimana orang menilai terhadap penyakit kusta, apakah penyakit kusta biasa saja atau penyakit yang membahayakan.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang-ancang untuk bertindak atau perilaku terbuka (tindakan). Misalnya apakah yang dilakukan seseorang jika menderita penyakit kusta.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Contoh : seorang ibu mendengar (tahu) penyakit demam

berdarah (penyebab dan cara penularannya, cara pencegahannya dan sebagainya). Pengetahuan akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya keluarganya, terutama anaknya tidak terkena penyakit demam berdarah.

Sikap mempunyai tingkat berdasarkan intensitasnya sebagai berikut :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap seseorang terhadap periksa hamil (ante natal care), dapat diketahui atau diukur dari kehadiran si ibu untuk mendengarkan penyuluhan tentang ante natal care di lingkungannya.

2) Menanggapi (*responding*)

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi. Misalnya, seorang ibu yang mengikuti penyuluhan ante natal care ditanya atau diminta menanggapi oleh penyuluh, kemudian ia menjawab atau menanggapi.

3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain atau mengajaknya bahkan mempengaruhi orang lain merespons.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko jika ada orang lain yang mencemoahkan atau adanya risiko lain.

3. Tindakan atau praktik (*Practice*)

Seperti telah disebutkan diatas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu :

a. Praktik terpimpin (*guided response*).

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan, misalnya seseorang anak akan menggosok gigi namun masih selalu diingatkan oleh ibunya, adalah disebut praktik atau tindakan terpimpin.

b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis, Misalnya seorang ibu selalu membawa anak ke posyandu untuk ditimbang tanpa harus menunggu perintah dari kader atau petugas kesehatan.

c. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekadar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas. Misalnya menggosok gigi bukan sekadar gosok gigi, melainkan dengan teknik-teknik yang benar. Seorang ibu memasak memilih bahan masakan bergizi meskipun bahan makanan tersebut murah harganya. (Soekidjo Notoatmodjo, 2005)

Beberapa Teori tentang perubahan perilaku memberikan asumsi yang berbeda. **Hosland**, mengatakan bahwa perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar individu yang terdiri dari stimulus yang diberikan kepada organisasi dapat diterima atau ditolak, bila stimulus diterima artinya ada perhatian dan stimulus tersebut efektif, apabila stimulus telah mendapatkan perhatian maka selanjutnya organisme akan mengolah stimulus tersebut sampai terjadi kesediaan untuk bertindak, setelah bersikap maka akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu dan berarti telah terjadi perubahan perilaku.

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk diatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yakni aspek fisik, psikis, dan social. Akan tetapi dari tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya.

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik,

sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat ditelusuri.

Hal yang terpenting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatannya lainnya.

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), bentuk perubahan perilaku yang dikelompokkan dalam tiga kelompok, diantaranya:

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau social budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat didalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiediaan Untuk Berubah (*Readdiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah

perilakunya). Dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah yang berbeda-beda.

Didalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif.

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku oleh WHO yang dikutip oleh Notoatmojo (2003), diantaranya :

a) Menggunakan kekuatan / kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/ perundangan-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat.

b) Pemberian Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan keehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.

c. Diskusi Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara pemberian informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Artinya masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus

aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya.

E. Tinjauan Tentang Dukungan Sosial

Sejak individu itu dilahirkan ke dunia ini ia selalu dilingkupi oleh benda-benda. Kemudian terjadi interaksi dengan individu-individu yang lain di dalam kelompok sehingga dapat membentuk individu menjadi person dan mengubah sifat-sifat aslinya menjadi sifat-sifat kemanusiaan. Baik suku-suku yang masih sederhana maupun orang-orang modern yang hidup di kota-kota besar selalu berinteraksi dalam kelompok sosialnya.

Melalui kelompok itulah individu dapat memuaskan keseluruhan yang fundamental dan memperoleh kesempurnaan yang besar. Tetapi sebaliknya melalui kelompok itu pula dia dapat merasakan kekecewaan dan mengalami kesulitan-kesulitan yang amat sangat

Setiap individu dalam kesehariannya akan selalu bergantung pada dukungan sosial sekitarnya, dimana dukungan sosial tersebut ditentukan oleh jaringan sosial yang dibangun oleh individu tersebut. Semakin tinggi kualitas dan kuantitas hubungan antara individu dan keluarganya terhadap jaringan sosial masyarakat sekitarnya maka akan semakin besar pula dukungan sosial yang akan diberikan terhadap individu itu sendiri.

Cobb, (1976) mendefinisikan **social support** sebagai informasi yang membuat seorang individu percaya bahwa perasaan dicintai, diperhatikan,

dipuji dan berguna bagi orang lain yang diterapkan dalam bermasyarakat.

Cobb membagi dukungan sosial tersebut dalam 3 kelompok sebagai berikut :

1. *Emotional support*, dukungan yang membuat orang percaya bahwa perasaan cinta, perhatian, keakraban, saling percaya akan membawa kedamaian
2. *Esteem support*, dukungan yang membuat individu merasa bernilai, terpuji dan dapat merasakan nilai pribadinya sendiri
3. *Socially support*, dukungan bahwa setiap individu merupakan bagian dari atau anggota suatu jaringan sosial sehingga harus ikut berpartisipasi bersama

Schaefer, et al (1981) menyatakan bahwa dukungan sosial mempunyai 3 komponen independen :

- a. *Tangible support*, bantuan langsung dengan memberikan barang, uang dan pelayanan
- b. *Emotional support*, dukungan emosional dimana setiap orang merasa bahwa mereka dicintai dan disayangi
- c. *Information support*, pemberian informasi kepada individu yang menuntun mereka memecahkan masalah dan meneruskan informasi tersebut kepada yang lain

Dengan demikian kehidupan manusia dalam masyarakat mempunyai dua macam fungsi yaitu berfungsi sebagai obyek dan sebagai subyek. Dari berbagai konsep yang berbeda kita dapat menyimpulkan bahwa dukungan sosial adalah bantuan dari jaringan sosial seperti keluarga, sepupu, kolega, atasan, dan hubungan-hubungan pribadi lainnya yang memberikan bantuan dalam bentuk barang, uang, informasi, dukungan emosional dalam suatu masyarakat.

F. *Disability Oriented Approach (DOA)*

DOA adalah suatu pendekatan menyeluruh berbasis perpaduan epidemiologi dan promosi kesehatan. Melalui pendekatan ini setiap orang mudah diyakinkan bahwa bila seseorang menderita penyakit, disaat itu terjadi *disability* (ketidakmampuan) yang berat ringannya tergantung dari *virulensi* bibit penyakit, daya tahan tubuh yang bersangkutan serta pengaruh lingkungan sekitar. Keberadaan ketiga faktor ini secara berimbang dan memadai merupakan indikasi bahwa *disability* yang ada dapat di rehabilitasi secara sempurna. Pada keadaan kemampuan rehabilitasi terbatas pasien akan tetap sakit ataupun sembuh dengan cacat bahkan kematianpun dapat terjadi, tergantung tingkat keterbatasan tubuh yang disiapkan merehabilitasi *disability* bersangkutan (Ngatimin, 2001).

Mengacu pada asas epidemiologi bahwa penyakit akan muncul bila keberadaan individu (*host*), penyebab penyakit (*agent*) dan lingkungan sekitar (*environment*) yang tidak seimbang. Tegasnya bahwa selama “*agent, Host and environment* dalam keadaan seimbang, labil ataupun stabil, bersangkutan tidak akan jatuh sakit dan *disability* tidak akan terjadi

Mengacu pada *disability* sebagai *disability limitation* pada “*The five level of prevention*” (Leaveil and Clark, 1958, dalam Ngatimin, 1987) istilah ini termasuk dalam proses pencegahan tahap kedua dan ketiga untuk digunakan dalam mencapai tujuan promosi kesehatan yang berada pada tahap pencegahan kesatu

Mengacu pada konflik ini menuju mufakat karena tercapainya tujuan, diperlukan perhatian pada hal-hal sebagai berikut :

1. Ide untuk menggunakan *disability* dalam konteks “DOA” agar tercapai hidup sehat merupakan istilah untuk menunjang suatu alat
2. Terdapat patokan, *disability* belum terjadi sebelum timbulnya penyakit, bahkan *disability* tidak akan terjadi sepanjang penyakit dapat dicegah
3. Dari sapek epidemiologi, timbulnya penyakit merupakan interaksi yang mengganggu keseimbangan “*agent, host dan environment*”
4. Derita akibat *disability* tergantung dari berat ringannya penyakit, tingkat daya tahan tubuh serta perawatan dan pengobatan saat menderita penyakit

5. Kesembuhan berbanding lurus dengan daya tahan tubuh dan kematian berbanding terbalik dengan kemampuan tubuh merehabilitasi *disability* yang ada

Berdasarkan kelima hal tersebut diatas, “DOA” dapat disimpulkan untuk ditempatkan :

- a. Sebagai alat untuk mendukung pengalaman perilaku sehat secara berkesinambungan sehingga “*the man behind the gun*” perlu dipersiapkan untuk mampu menggunakan alat sebaik serta seefisien mungkin
- b. Sebagai alat sehingga untuk mencapai pengalaman “DOA” secara maksimum “hak asasi manusia” sebagai dasar manusia untuk hidup sehat harus dipertahankan
- c. Alat untuk meyakinkan bahwa *disability* adalah sesuatu yang tidak enak, menyakitkan serta menyebabkan, sehingga disability perlu dihindari seraya menjaga diri agar tidak jatuh sakit melalui pengalaman perilaku sehat yang mampu mengendalikan keseimbangan.

Melalui pemahaman tentang “DOA” seraya mengaplikasikannya kedalam kegiatan SADAR SEHAT akan memberikan dampak dalam hal :

- 1) Memudahkan warga masyarakat pada tingkat pemahamannya tentang sehat cenderung berada pada posisi obyektif sehingga

mereka menyadari bahwa penyakit yang mereka derita merupakan suatu hal yang wajar dan dapat diobati

- 2) Menyederhanakan pengertian tentang “hidup sehat” seraya mengemukakan keutamaan upaya pencegahan daripada upaya pengobatan
- 3) Meningkatkan kesadaran “hidup sehat” bagi pasien dan keluarganya guna menjauhi resiko-resiko penyebab terjadinya stroke serta hal-hal lain yang merugikan kesehatan mereka termasuk gaya hidup kebiasaan sehari-hari, serta mereka yang masih menjalani perawatan di rumah sakit maupun yang berobat jalan

G. KONSEP PROMOSI KESEHATAN

1. Pendidikan dan promosi kesehatan

Secara defenisi istilah promosi dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level dan Clark, yang mengatakan ada 4 tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yakni :

- a. *Health Promotion* (peningkatan/promosi kesehatan)
- b. *Specific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi)
- c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)
- d. *Disability limitation* (membatasi atau mengurangi kejadian kecacatan)
- e. *Rehabilitation* (pemulihan)

Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Sedangkan pengertian yang kedua, promosi kesehatan diartikan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau “menjual” kesehatan. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan adalah “memasarkan” atau “menjual” atau “memperkenalkan”

pesan-pesan kesehatan atau “upaya-upaya” kesehatan, sehingga masyarakat “menerima” , atau “membeli” (dalam arti menerima perilaku kesehatan) atau “mengenal” pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat. Dari pengertian promosi kesehatan yang kedua ini, maka sebenarnya sama dengan pendidikan kesehatan (Health education), karena pendidikan kesehatan pada prinsipnya bertujuan agar masyarakat berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Memang, promosi kesehatan dalam konteks kesehatan masyarakat pada saat ini dimaksudkan sebagai revitalisasi atau pembaharuan dari pendidikan kesehatan pada waktu yang lalu.

Bergesernya pendidikan kesehatan menjadi promosi kesehatan tidak terlepas dari sejarah praktik pendidikan kesehatan didalam kesehatan masyarakat di Indonesia, maupun secara praktik kesehatan masyarakat secara global. Praktik pendidikan kesehatan pada waktu yang lampau, sekurang-kurangnya pada tahun 90-an terlalu menekankan perubahan perilaku masyarakat. Para praktisi pendidikan kesehatan telah bekerja keras untuk memberikan informasi kesehatan melalui berbagai media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat, dengan harapan masyarakat mau melakukan hidup sehat seperti yang diharapkan. Tetapi pada kenyataannya, perubahan perilaku hidup sehat tersebut sangat

lamban, sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil.

Belajar dari pengalaman pelaksanaan pendidikan kesehatan dari berbagai tempat selama bertahun-tahun tersebut, disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan tersebut belum “memampukan” (ability) masyarakat untuk perilaku hidup sehat, tetapi baru dapat “memaukan” (willingness) masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Dari pengalaman ini juga menimbulkan kesan yang negatif bagi pendidikan kesehatan, bahwa pendidikan kesehatan hanya mementingkan perubahan perilaku atau perilaku baru tersebut juga memerlukan fasilitas, bukan hanya pengetahuan saja. Untuk praktik atau berperilaku minum air bersih, buang air besar di jamban, dan makan makanan yang bergizi, bukan hanya perlu pengetahuan tentang air bersih, manfaat buang air besar di jamban atau, atau manfaat makan makanan yang bergizi, tetapi perlu juga sarana dan fasilitas air bersih, mempunyai uang untuk membangun jamban dan membeli makanan yang bergizi.

Oleh karena itu, agar pendidikan kesehatan tidak berkesan negatif, maka para ahli pendidikan kesehatan global yang dimotori WHO, pada tahun 1984 merevitalisasi pendidikan kesehatan tersebut dengan menggunakan istilah promosi kesehatan (health promotion). Dengan penggunaan istilah promosi kesehatan sebagai “pengganti” pendidikan

kesehatan ini mempunyai implikasi terhadap batasan atau defenisinya. Kalau sebelumnya pendidikan kesehatan diartikan sebagai upaya terencana untuk perubahan perilaku kesehatan sesuai dengan norma-norma kesehatan, maka promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja, tetapi perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Disamping itu, promosi kesehatan lebih menekankan kepada peningkatan kemampuan hidup sehat, bukan sekedar berperilaku sehat.

Lawrence Green (1984) merumuskan defenisi sebagai berikut :
“promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.” Dari batasan ini jelas, bahwa promosi kesehatan adalah pendidikan kesehatan plus, atau promosi kesehatan adalah lebih dari sekedar pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusi bagi kesehatan.

b. Promosi kesehatan dan perilaku

Masalah kesehatan masyarakat, termasuk penyakit, ditentukan oleh dua faktor utama, yaitu faktor perilaku dan non perilaku (fisik, social,

ekonomi, politik dan sebagainya). Oleh sebab itu, upaya penanggulangan kesehatan masyarakat juga dapat ditujukan pada kedua faktor utama tersebut. Upaya pemberantasan penyakit menular, penyediaan sarana air bersih dan pembuangan tinja, penyediaan pelayanan kesehatan, dan sebagainya adalah upaya intervensi terhadap faktor fisik (non perilaku). Sedangkan upaya intervensi terhadap perilaku dapat dilakukan dengan dua pendekatan, yakni :

1) Pendidikan (*Education*)

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran terhadap masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatankesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Sehingga perilaku tersebut dapat berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap (langgeng), karena didasari oleh kesadaran. Memang kelemahan dari pendekatan pendidikan kesehatan ini adalah hasilnya lama, karena perubahan perilaku melalui proses pembelajaran pada umumnya memerlukan waktu yang lama.

2) Paksaan atau tekanan (*Coercion*)

Paksaan atau tekanan yang dilakukan pada masyarakat agar mereka melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Tindakan atau perilaku sebagai hasil tekanan ini memang cepat, tetapi tidak akan langgeng karena didasari oleh pemahaman dan kesadaran untuk apa mereka berperilaku seperti itu. Contoh perubahan perilaku dengan pendekatan paksaan ini adalah pada waktu “Safari Keluarga Berencana” tahun 1980-an. Masyarakat (ibu-ibu) dikumpulkan disuatu tempat, kemudian dilakukan pemasangan alat kontrasepsi oleh petugas kesehatan. Tetapi beberapa hari kemudian mereka datang lagi ke puskesmas untuk mencabut alat kontrasepsinya.

c. Strategi promosi kesehatan

Guna mewujudkan atau mencapai visi dan misi tersebut secara efisien dan efektif, diperlukan cara pendekatan yang strategis. Cara ini sering disebut “strategi”, yakni teknik atau cara bagaimana mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna. Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global ini terdiri dari 3 hal, yaitu :

1) Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu dan mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan diberbagai sector dan diberbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan tersebut berupa kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi dan sebagainya. Kegiatan advokasi dapat berbentuk formal dan informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin dimintakan dukungan dari para pejabat yang terkait. Sedangkan kegiatan informal misalnya usulan kepada para pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal minta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan atau mungkin dalam bentuk dana atau fasilitas lain. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa sasaran advokasi adalah para pejabat baik eksekutif atau legislatif, di berbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan (sasaran tertier).

2) Dukungan sosial (*Social support*)

Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat sebagai penerima program kesehatan, kegiatan ini disebut sebagai sasaran sekunder.

3) Pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan antara lain : penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya : koperasi, pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan pendapatan keluarga (*income generating skill*). Dengan meningkatnya kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka, misalnya : terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes, dan sebagainya.

Kegiatan-kegiatan semacam ini di masyarakat sering disebut “gerakan masyarakat” untuk kesehatan, pemberdayaan masyarakat disebut juga sebagai sasaran primer. (Notoatmodjo, 2005)

H. KERANGKA KONSEP

Dasar pemikiran variabel yang diteliti

1. Prinsip-prinsip perilaku kunci

Pembahasan mengenai pemeliharaan praktik-praktik kesehatan dari perspektif perilaku serta perancangan program-program komunikasi akan mengacu pada ke tiga ide utama.

- a. Untuk memelihara perilaku, kejadian yang bertindak sebagai penguat bagi perilaku tersebut (*anteseden-anteseden*) masih dibutuhkan keberadaannya, perilaku ini sendiri perlu dijalankan dengan cara yang benar, dan hasil-hasil positif perlu mengikuti perilaku tersebut (*konsekuensi-konsekuensi*). Dalam perencanaan pemeliharaan, komunikator perlu menilai perilaku-perilaku sasaran dan, setelah berhasil dipelajari, maka ia perlu mengikutsertakan anteseden-anteseden dan konsekuensi-konsekuensi efektif untuk mendukung perilaku-perilaku tersebut.

- b. Kebanyakan perilaku-perilaku yang penting bagi pelaksanaan intervensi untuk kelangsungan anak tidak begitu saja bersifat menguntungkan. Bagi perilaku-perilaku yang bersifat preventif dan tidak menghasilkan hasil-hasil positif yang muncul seketika untuk mendorong pengadopsian menjadi praktik-praktik kesehatan. Untuk tetap bertahan sebagai praktik-praktik normal sampai keuntungan-keuntungan kesehatan (preventif) jangka panjang dapat dikenali, perilaku-perilaku ini perlu mendapat dukungan dari jaringan kerja sosial dan system kesehatan.
- c. Kondisi-kondisi (anteseden dan konsekuensi) yang secara efektif melakukan promosi supaya mencoba atau mempelajari perilaku-perilaku yang baru tidak harus merupakan kondisi-kondisi yang optimal bagi pemeliharaan perilaku-perilaku tersebut seterusnya (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1977). Kondisi-kondisi dalam lingkungan yang memuaskan akan membantu individu memelihara perilaku-perilaku yang dipelajari. Oleh karena itu, tujuan utama program pemeliharaan adalah menempatkan kondisi-kondisi ini sedemikian rupa ia dapat menciptakan sebuah lingkungan pendukung bagi perilaku-perilaku yang berhasil dipelajari. (Krasner, 1980)

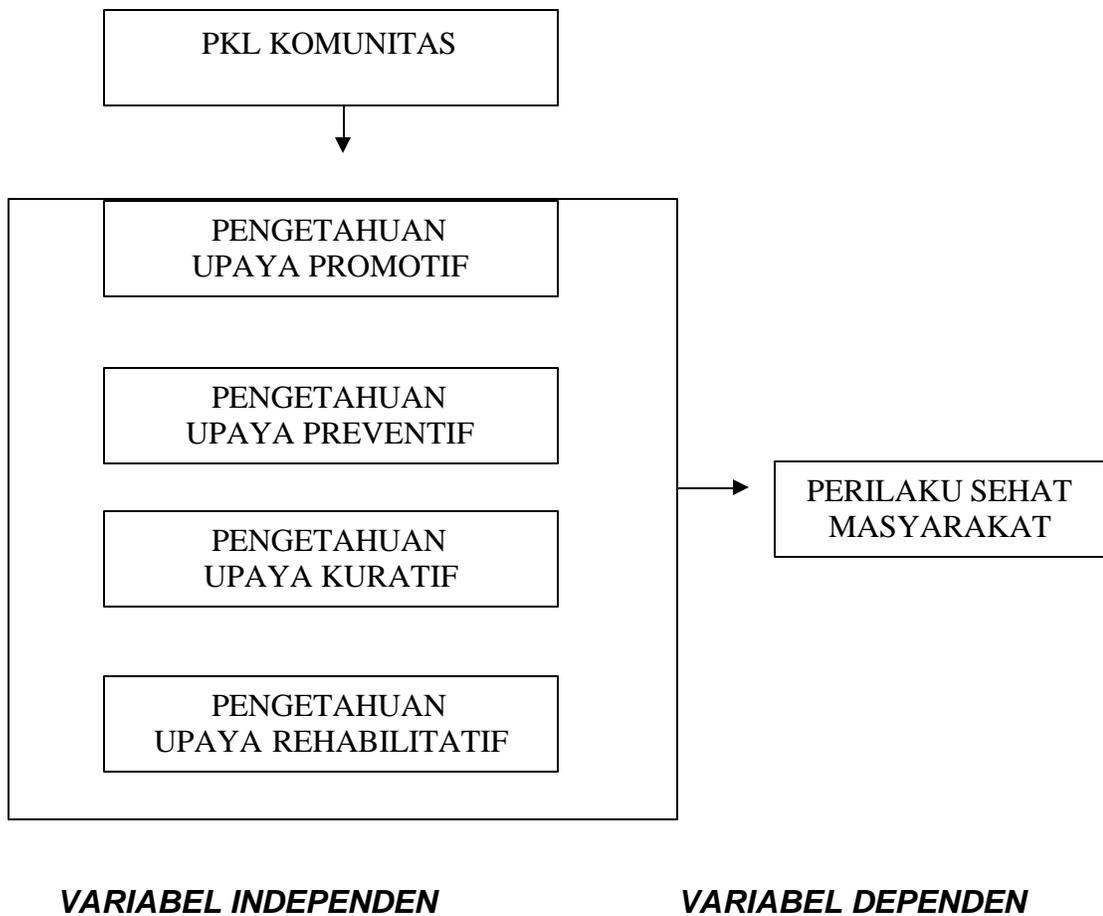
2. Implikasi-implikasi Program

Tiga konsep perilaku atas mempunyai implikasi-implikasi program komunikasi berikut ketika mereka mengalihkan penekanan dari tindakan memula tindakan memelihara perilaku.

- a. Metodologi komunikasi dan prinsip-prinsip perilaku yang dibahas terdahulu masih dapat diterapkan untuk usaha pemeliharaan, tetapi aktivitas-aktivitas yang berbeda akan ditegaskan akan mengarah secara eksplisit pada usaha pemberian dukungan bagi perilaku-perilaku yang telah dipelajari, bukan memperkenalkan perilaku-perilaku baru.
- b. Konsekuensi yang secara khusus diperkenalkan untuk memperkuat upaya mempelajari perilaku baru sebaiknya dihilangkan, dan konsekuensi alamiah yang berasal dari sebanyak mungkin sumber-sumber diperkuat (Miller, 1980).
- c. Audens sasaran dalam program pemeliharaan bukan hanya mengasuh anak dan ibu-ibu, tetapi juga meliputi orang-orang dan organisasi-organisasi yang dapat mendukung praktik-praktik kesehatan ibu-ibu atau para pengasuh.
- d. Pemeliharaan yang terbaik untuk partisipasi dalam program-program pemeliharaan yang berhasil adalah individu-individu dan organisasi-organisasi dalam sistem-sistem sosial dan kesehatan yang telah mangaproksimasi perilaku dan tindakan pendukung bagi praktik-praktik kesehatan.

- e. Aktivitas-aktivitas tertentu yang dipilih dalam program pemeliharaan juga harus menghasilkan konsekuensi-konsekuensi positif sendiri bagi para peserta, sehingga mereka akan terus mendukung praktik-praktik kesehatan tanpa bantuan dari luar.

I. Kerangka Konseptual Variabel yang Diteliti



J. HIPOTESIS

1. Ada efek pengetahuan upaya promotif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Sanggalangi kabupaten Tana Toraja.
2. Ada efek pengetahuan upaya preventif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Sanggalangi kabupaten Tana Toraja
3. Ada efek pengetahuan upaya kuratif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Sanggalangi kabupaten Tana Toraja.
4. Ada efek pengetahuan upaya kuratif dari PKL komunitas terhadap pembentukan perilaku sehat masyarakat Lembang Saloso kecamatan Rantepao kabupaten Tana Toraja.

K. DEFENISI OPERASIONAL DAN KRITERIA OBJEKTIF

1. Upaya Promosi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor pengetahuan tentang upaya promotif > 60%.
- Kurang : jika skor pengetahuan tentang upaya promotif = 60%.

2. Upaya preventif adalah Kegiatan yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit menular dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor pengetahuan tentang upaya preventif > 60%.
- Kurang : jika skor pengetahuan tentang upaya preventif = 60%.

3. Upaya kuratif adalah bentuk kegiatan untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor jawaban tentang kegiatan merawat dan mengobati anggota keluarga > 60%.
- Kurang : jika skor jawaban tentang kegiatan merawat dan mengobati anggota keluarga = 60%.

4. Upaya Rehabilitatif adalah upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor jawaban tentang pemulihan kesehatan bagi penderita > 60%.
- Kurang : jika skor jawaban tentang pemulihan kesehatan bagi penderita = 60%.

5. Perilaku sehat adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan factor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktifitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) , yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Kriteria Objektif :

- Cukup : jika skor jawaban tentang perilaku sehat > 60%.
- Kurang : jika skor jawaban tentang perilaku sehat = 60%.