

ETIKA

DAN PERILAKU KESEHATAN

ETIKA

DAN PERILAKU KESEHATAN

Cetakan I Mei 2017
Cetakan II September 2018

xii+231 hlm.; 15,5 cm x 23 cm
ISBN: 978-602-1083-68-0

Penulis
Dr. Irwan. S.KM, M.Kes

Desain Cover
Narto A.

Layout
Eko Taufiq

Penerbit
CV. ABSOLUTE MEDIA
Krapyak Kulon RT 03 No. 100, Panggungharjo Sewon Bantul
Yogyakarta
Email: absolutemedia09@yahoo.com
Telp: 087839515741 / 082227208293
Website: www.penerbitabsolutemedia.com

DAFTAR ISI

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

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

4.5	Etika Dalam Penelitian Kesehatan.....	76
4.5.1	Sejarah Etik Penelitian Kesehatan.....	81
4.5.2	Penelitian Yang Membutuhkan <i>Ethical Clearance</i>	84
4.6	Tindakan Medis (<i>Informed Consent</i>)	85
4.6.1	Pengertian <i>Informed Consent</i>	85
4.6.1	Fungsi dan Tujuan <i>Informed Consent</i>	90
4.6.2	Pengaturan Hukum <i>Informed Consent</i>	91
4.7	Standar dan Prinsip Etik Penelitian Kesehatan	94
4.7.1	Etika Penelitian pada Hewan Percobaan.....	96
4.7.2	Etika Penelitian dengan menggunakan Bahan Biologik Tersimpan (BBT)	99
4.7.3	Etika Pada Penelitian Sosial Budaya.....	102

BAB 5	KONSEP PERILAKU KESEHATAN	105
5.1	Pengertian Perilaku.....	105
5.2	Proses Pembentukan Perilaku	110
5.3	Domain Perilaku	115
5.3.1	Pengetahuan.....	115
5.3.2	Sikap (<i>Attitude</i>)	118
5.3.3	Praktik atau Tindakan	119
5.4	Perilaku Kesehatan	121
5.5	Bentuk –Bentuk Perilaku Kesehatan	123
5.6	Perilaku Terhadap Sakit dan Penyakit.....	124
5.7	Perilaku Sakit (<i>Illness Behavior</i>).....	125
5.7.1	Definisi Perilaku Sakit	125
5.7.2	Penyebab Perilaku Sakit.....	126
5.7.3	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Sakit	128
5.7.4	Tahap-tahap Perilaku Sakit.....	129
5.7.5.	Dampak Sakit	132
5.8	Perilaku Peran Sakit (<i>The Sick role Behavior</i>).....	134
5.9	Perilaku Pencegahan Penyakit.....	137

5.10	Perilaku Terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan	139
5.10.1	Perilaku Pemeliharaan Kesehatan <i>(Health Maintenance)</i>	139
5.10.2	Perilaku Terhadap Lingkungan Kesehatan <i>(Environmental behaviour)</i>	140
5.10.3	Perilaku Hidup Sehat	141

BAB 6 TEORI-TEORI PERILAKU KESEHATAN 143

6. 1	Teori Snehandu B.Kar.....	143
6.2	Teori <i>Health Belief Model</i>	144
6.3	<i>Theory Self efficacy</i>	152
6.4	Teori Dukungan Sosial (<i>Social Support Theory</i>).....	157
6.4.1	Pengertian dukungan sosial	157
6.4.2	Faktor- faktor yang mempengaruhi dukungan social	159
6.5	<i>Theory Social Cognitive of Self-Regulation</i>	161
6.6	<i>Theory of Planned Behavior</i>	164
6.6.1	Pengertian Teori <i>Planned Behavior</i>	164
6.6.2	Sejarah Teori <i>Planned Behavior</i>	165
6.6.3	Intensi	167
6.6.4	Pengukuran Intensi	171
6.6.5	Sikap (<i>Attitude</i>)	172
6.6.6	Norma Subyektif.....	175
6.6.7	<i>Perceived behavioral control</i> (PBC).....	177
6.6.8	Variabel Lain yang Mempengaruhi Intensi	181
6.7	Teori “ <i>Precede-Proceed Model</i> ” Lawrence Green (1991)....	182
6.7.1	Faktor Predisposisi (<i>Predisposing factors</i>).....	182
6.7.2	Faktor pemungkin atau pendukung <i>(Enabling factors)</i>	182
6.7.3	Faktor penguat (<i>Reinforcing factors</i>)	183

BAB 7 KONSEP PERUBAHAN PERILAKU.....	185
7.1 Konsep Perubahan	185
7.2 Perubahan Perilaku.....	185
7. 2.1 Faktor Internal	186
7.2.2 Faktor Eksternal	187
7.3 Tahap-Tahap Perubahan Perilaku	188
7.3.1. Pengetahuan.....	189
7.3.2 Sikap	190
7.3.3 Praktik (Tindakan).....	190
7.4 Bentuk dan Strategi Perubahan Perilaku.....	191
7.4.1 Karena terpaksa (<i>Compliance</i>)	193
7.4.2 Karena Meniru (<i>Identification</i>)	194
7.4.3 Karena Menghayati (<i>Internalization</i>).....	194
7.5 Proses Perubahan Perilaku	195
7.5.1 Menyadari.....	197
7.5.2 Mengganti.....	197
7.5.3 Mengintrospeksi.....	198
7.6 Cara-Cara Perubahan Perilaku	199
7.6.1 Dengan Paksaan.	199
7.6.2 Dengan memberi imbalan.....	200
7.6.3 Dengan membina hubungan baik.....	200
7.6.4 Dengan menunjukkan contoh-contoh.	200
7.6.5 Dengan memberikan kemudahan.	200
7.6.6 Dengan menanamkan kesadaran dan motivasi....	201
7.7 Respon Terhadap Suatu Perubahan	201
7.8 Sepuluh Teori Perubahan Perilaku.....	203
7.8.1 Teori <i>Model Transtheoretical</i>	203
7.8.2 Teori S-O-R	207
7.8.3 Teori Perubahan “ <i>Driving Forces</i> ”.....	207
7.8.4 Teori Perubahan Fungsi.....	208
7.8.5 Teori Perubahan <i>Dissonance</i>	208

7.8.6	Teori Lewin.....	209
7.8.7	Teori Lippitt.....	209
7.8.8.	Teori Rogers.....	210
7.8.9	Teori Havelock.....	210
7.8.10	Teori Spradley	210
DAFTAR PUSTAKA.....		213
INDEKS		221
GLOSARIUM.....		229
BIOGRAFI PENULIS		231

BAB 1

KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

1.1 Pengertian Ilmu Kesehatan Masyarakat

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

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

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

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

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

Badan Kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental, dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Pender, (1992) Sehat adalah aktualisasi atau perwujudan yang diperoleh individu melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain, perilaku yang sesuai dengan tujuan, perawatan diri yang kompeten sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas struktural.

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

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

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

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

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

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

1.2 Sejarah Kesehatan Masyarakat

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

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

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

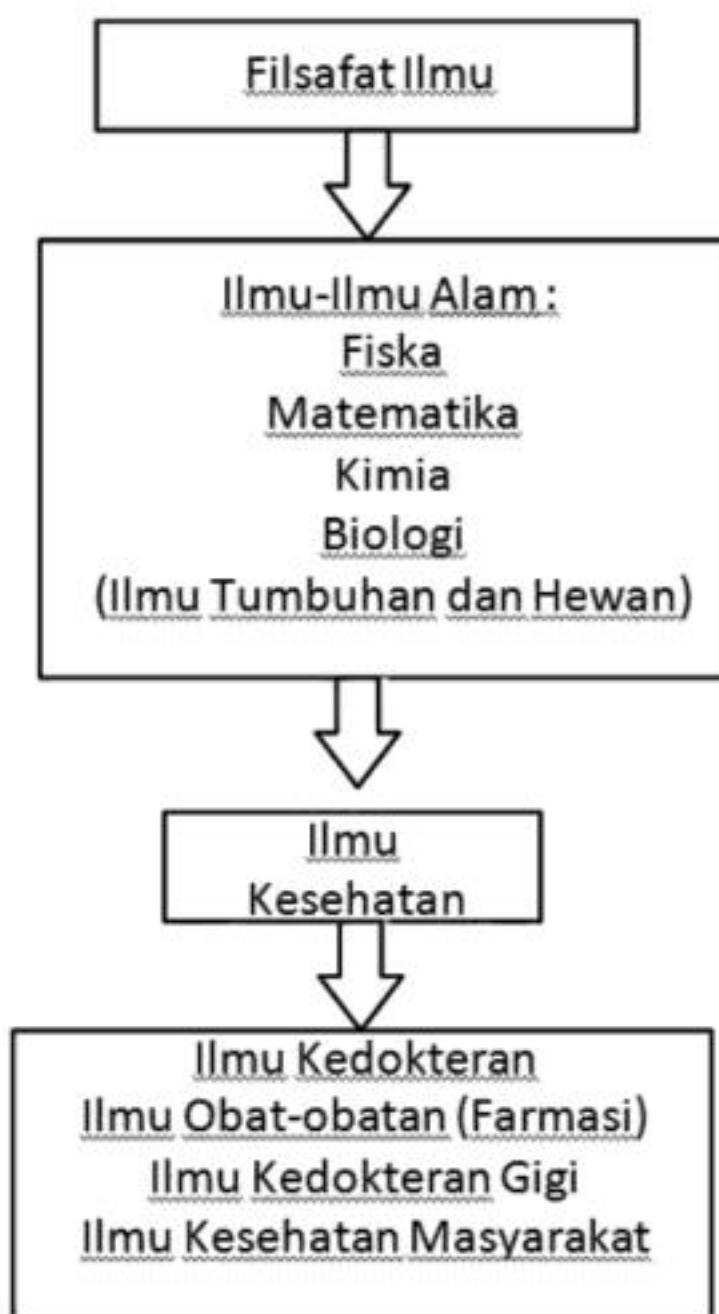
Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain sbb :

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

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

1.4 Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Pohon Ilmu

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



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

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

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

1.4 Upaya-upaya Kesehatan Masyarakat

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

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

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

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

1.6 Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

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

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

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

Sumber : Notoatmodjo, 2003

1.7 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

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

1. Lingkungan hidup

Fisik: sampah, air, udara, perumahan dsb.

Sosial : kebudayaan , pendidikan, ekonomi (interaksi manusia)

Biologi : hewan , jasad remik, tetumbuhan.

2. Perilaku

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

3. Pelayanan kesehatan

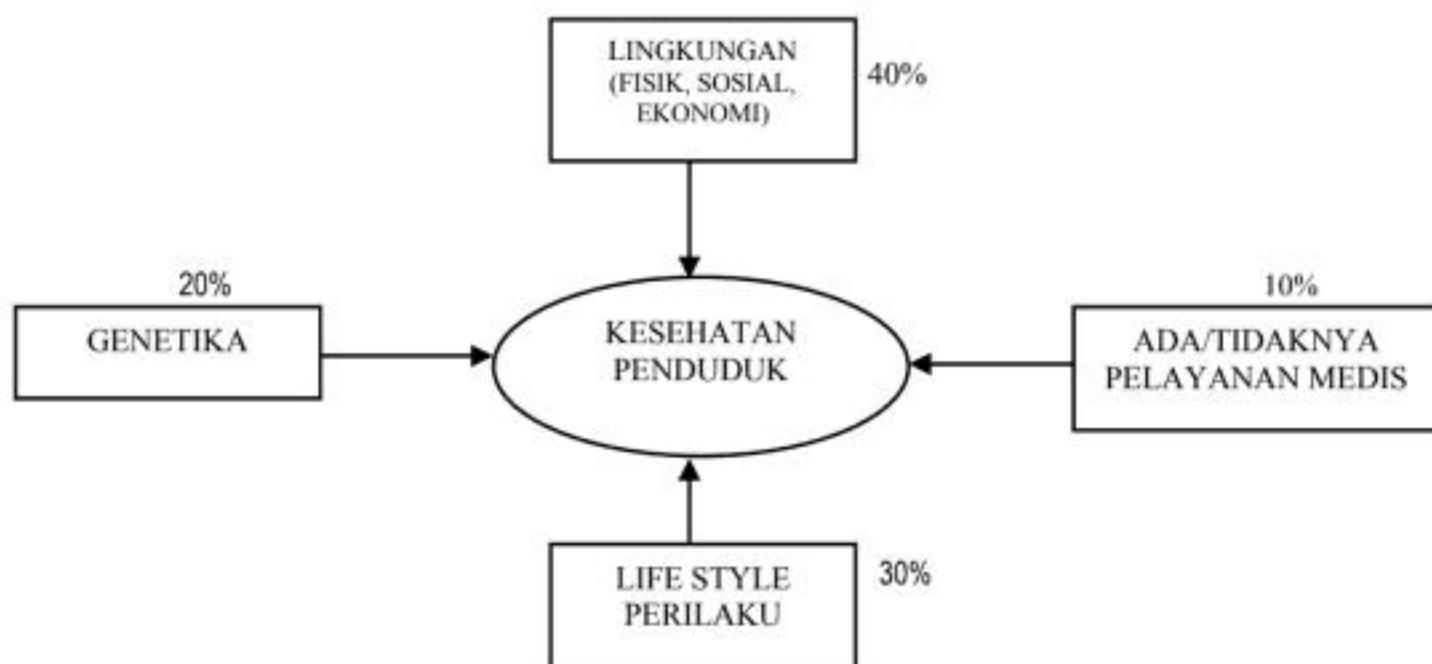
Peranan pelayanan kesehatan adalah :

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

4. Keturunan

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

DETERMINAN KESEHATAN HENDRICK H. BLUM (1974)



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

1. Promotif

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

2. Preventif

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

3. Kuratif

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

4. Rehabilitative

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

1.8 Paradigma Sehat

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

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

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

Menurut Hendrik L. Blum (1974) dalam Azrul A. (992) status kesehatan penduduk bukanlah hasil pelayanan medis semata-mata akan tetapi faktor-faktor lain seperti lingkungan, perilaku dan genetika justru lebih menentukan terhadap status kesehatan penduduk, dimana perubahan pemahaman dan pengetahuan tentang determinan kesehatan tersebut, tidak diikuti dengan perubahan kebijakan dalam upaya pelayanan kesehatan di Indonesia, seperti membuat peraturan perundang-undangan yang penting dalam Undang-undang kesehatan No. 23 tahun 1992 terutama yang berkaitan dengan upaya promotif dan preventif.

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

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

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

berkembangnya waktu paradigma pelayanan kesehatan sedang dikaji ulang.

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

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

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

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

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

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

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

1.9 Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia

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

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

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

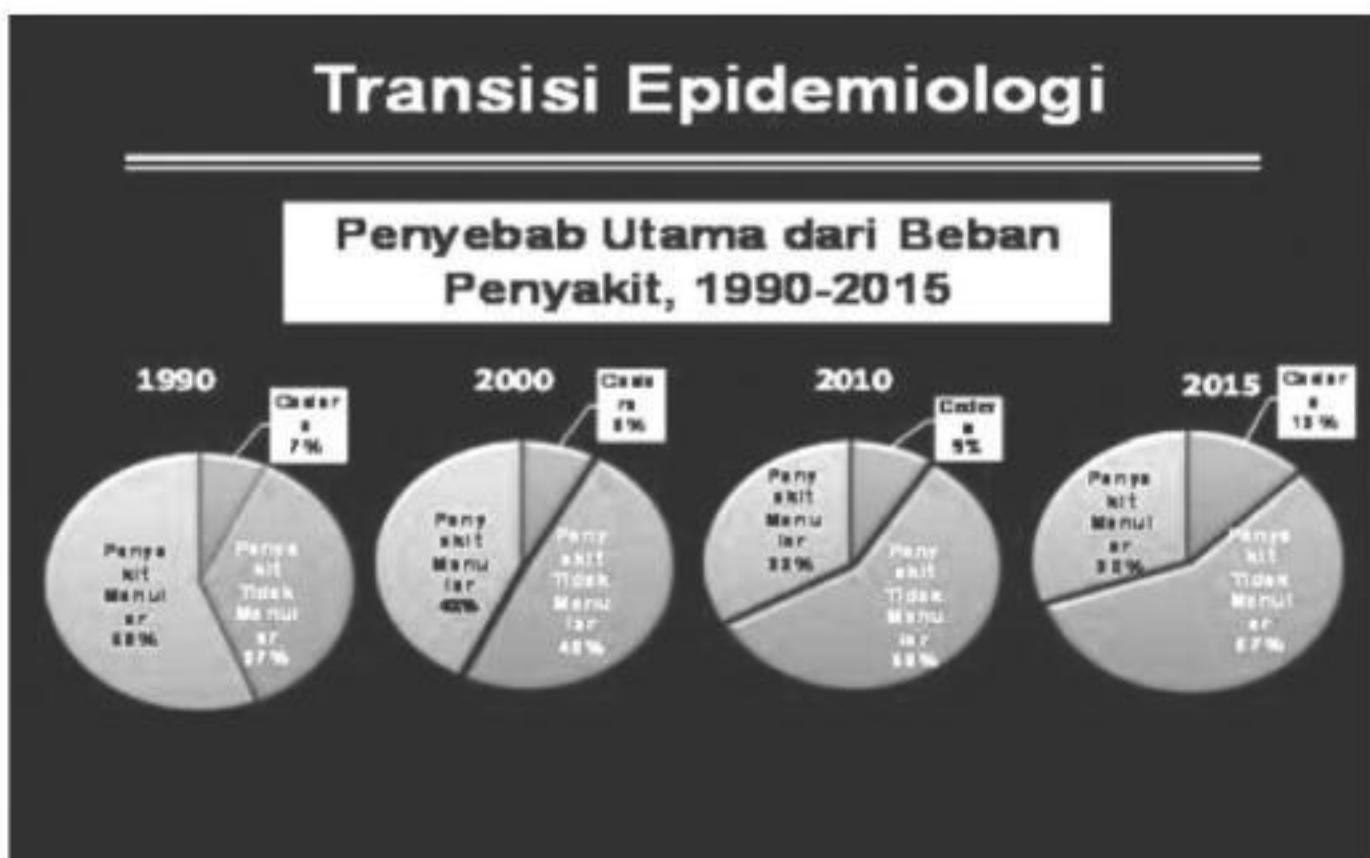
Masalah kesehatan tidak hanya ditandai dengan keberadaan penyakit, tetapi gangguan kesehatan yang ditandai dengan adanya perasaan terganggu fisik, mental dan spiritual. Gangguan pada lingkungan juga merupakan masalah kesehatan karena dapat memberikan gangguan kesehatan atau sakit. Di negara kita mereka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

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

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

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

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



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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- Definisi sehat menurut Pender ini mencakup stabilitas dan aktualisasi
4. Payne (1983)
- Sehat **•** fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*Self Care Resources*) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (*Self Care Action*) secara adekuat.
 - *Self Care Resources* **•** mencakup pengetahuan,ketrampilan dan sikap
 - *Self Care Action* **•** perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlakukan untuk memperoleh, mempertahankan dan meningkatkan fungsi, psikososial dan spiritual.
5. Menurut Perseorangan
- Pengertian dan gambaran seseorang tentang sehat sangat bervariasi, persepsi

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Individu.

1. Status perkembangan

- Kemampuan mengerti tentang keadaan sehat dan kemampuan merespon terhadap perubahan dalam kesehatan dikaitkan dengan usia.
- Contoh: Bayi dapat merasakan sakit, tapi tidak dapat mengungkapkan dan mengatasinya.
- Pengetahuan perawat tentang status perkembangan individu memudahkan untuk melaksanakan pengkajian terhadap individu dan membantu mengantisipasi perilaku-perilaku selanjutnya

2. Pengaruh sosiokultural

- Masing-masing kultur punya pandangan tentang sehat yang diturunkan dari orang tua pada anaknya.
- Contoh : Orang Cina, sehat adalah keseimbangan antara Yin dan Yang. Orang dengan ekonomi rendah memandang flu sesuatu yang biasa dan merasa sehat

3. Pengalaman masa lalu

- Seseorang dapat merasakan nyeri/sakit atau disfungsi (tidak berfungsi) keadaan normal karena pengalaman sebelumnya
- Membantu menentukan definisi seseorang tentang sehat

4. Harapan seseorang tentang dirinya

- Seseorang mengharapkan dapat berfungsi pada tingkat yang tinggi baik fisik maupun psikososialnya jika mereka sehat

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

2.4.3 Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial budaya

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

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

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

a} Sakit demam dan panas.

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

4. Tahap penyembuhan

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

3.2 Persepsi Masyarakat Terhadap Sakit dan Penyakit

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

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan terutama munculnya beberapa penyakit.

Komponen dari faktor lingkungan:

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

3.4 Distribusi Penyakit berdasarkan Orang, Tempat dan Waktu

a. Orang (*Person*)

1) Umur

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

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

3.6.3 Pencegahan Tersier

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

4.2 Jenis-Jenis Etika

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

4.3 Etika Dalam Kesehatan Masyarakat

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

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

4.3.2 Etiko Medikolegal

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

4.3.3 Bioetika Medis

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

4.4.1 ***Beneficence (Berbuat baik}***

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

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

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

4.4.7 *Fiduciarity* (Kepercayaan)

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

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

4.5 Etika Dalam Penelitian Kesehatan

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Sejarah Perkembangan etik penelitian dijelaskan secara berurutan sebagai berikut ;

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

4.5.2 Penelitian Yang Membutuhkan *Ethical Clearance*

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

7. Resiko dan rasa tidak nyaman

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

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

8. Manfaat langsung bagi subjek

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

9. Kerahasiaan data penelitian

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

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

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

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



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

4.7.3 Etika Pada Penelitian Sosial Budaya

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

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

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

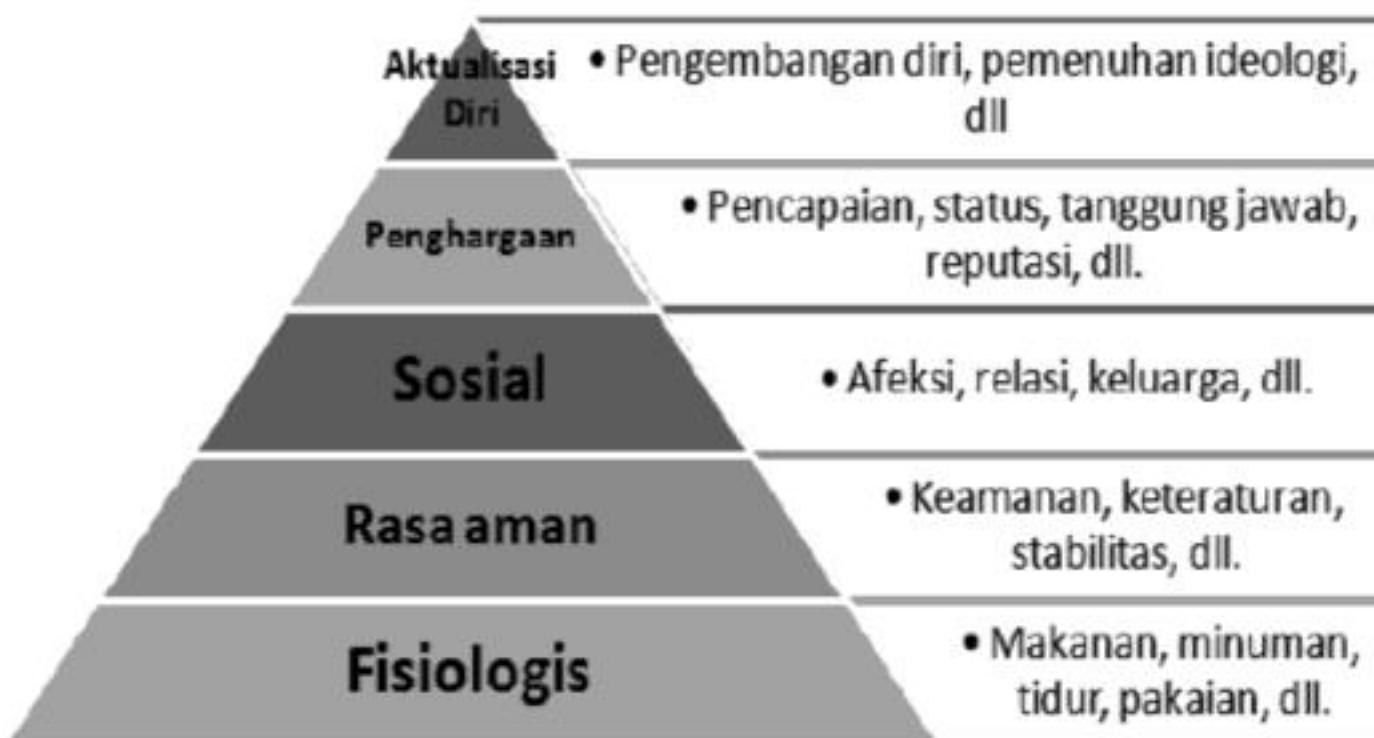
Pemikiran ini didukung oleh Mueller yang berpendapat bahwa Komponen konatif dalam trikomponen sikap tidak disamakan dengan perilaku. Komponen konatif merupakan baru sebatas kecenderungan perilaku yang terkristalisasi dalam kata akan, mau dan hendak. Sedangkan perilaku merupakan suatu bentuk tidak nyata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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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



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

1. Kebutuhan fisiologis/biologis.

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

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

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

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

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

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

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

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

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

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

6.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan sosial

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

1. Kebutuhan fisik

Kebutuhan fisik dapat mempengaruhi dukungan sosial. Adapun kebutuhan fisik meliputi sandang, pangan dan papan. Apabila seseorang tidak tercukupi kebutuhan fisiknya maka seseorang tersebut kurang mendapat dukungan sosial.

2. Kebutuhan sosial

Dengan aktualisasi diri yang baik maka seseorang lebih kenal oleh masyarakat daripada orang yang tidak pernah bersosialisasi di masyarakat. Orang yang mempunyai aktualisasi diri yang baik cenderung selalu ingin mendapatkan pengakuan di dalam kehidupan masyarakat. Untuk itu pengakuan sangat diperlukan untuk memberikan penghargaan.

3. Kebutuhan psikis

Dalam kebutuhan psikis pasien pre operasi di dalamnya termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religius, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah baik ringan maupun berat, maka orang tersebut akan cenderung mencari dukungan sosial dari orang-orang sekitar sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



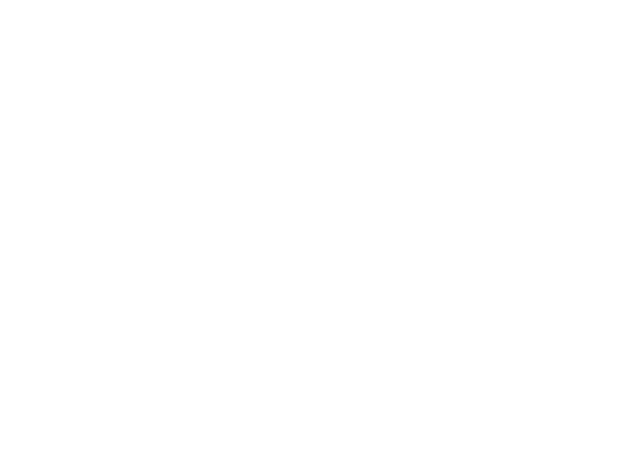
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.