

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
FARMASI

ILMU PRILAKU DAN ETIKA FARMASI



» Netty Thamaria



ILMU PRILAKU DAN
ETIKA FARMASI

Pusdik SDM Kesehatan
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, **Fax.** 021 726 0485, **Email.** pusdiknakes@yahoo.com



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

ILMU PRILAKU DAN ETIKA FARMASI

» Netty Thamaria



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

Penulis : Netty Thamaria, MH

Pengembang Desain Instruksional : Ir. Mohammad Toha, M.Ed., Ph.D

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : Bangun Asmo Darmanto

Tata Letak : Bangun Asmo Darmanto

Jumlah Halaman : 155

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP PERILAKU KESEHATAN	1
Topik 1.	
Perilaku	2
Latihan	10
Ringkasan	11
Tes 1	12
Topik 2.	
Konsep Pendidikan (Promosi Kesehatan)	13
Latihan	20
Ringkasan	22
Tes 2	22
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	24
DAFTAR PUSTAKA	25
 BAB II: DASAR PSIKOLOGIS PERILAKU, PSIKOLOGIS INDIVIDU, ESQ DAN PEMAHAMAN SOSIAL DAN PERSEPSI	 26
Topik 1.	
Dasar Psikologis Perilaku, Psikologis Individu dan ESQ	27
Latihan	32
Ringkasan	34
Tes 1	35
Topik 2.	
Pemahaman Sosial dan Persepsi	36
Latihan	41
Ringkasan	42
Tes 2	43
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	45
DAFTAR PUSTAKA	46

BAB III: KOMUNIKASI VERBAL, KOMUNIKASI NONVERBAL DAN ETIKA PROFESI	47
Topik 1.	
Komunikasi Verbal dan Komunikasi Nonverbal	49
Latihan	56
Ringkasan	58
Tes 1	58
Topik 2.	
Etika Profesi.....	60
Latihan	68
Ringkasan	69
Tes 2	70
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	71
DAFTAR PUSTAKA	72
 BAB IV: PRESEPSI PERILAKU SAKIT DAN PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN	 73
Topik 1.	
Presepsi Perilaku Sakit	74
Latihan	84
Ringkasan	85
Tes 1	86
Topik 2.	
Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan	87
Latihan	95
Ringkasan	95
Tes 2	96
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	97
DAFTAR PUSTAKA	98

BAB V: MOTIVASI DAN PERILAKU HIDUP SEHAT MASYARAKAT INDONESIA	99
Topik 1.	
Presepsi Perilaku Sakit	100
Latihan	110
Ringkasan	111
Tes 1	111
Topik 2.	
Perilaku Hidup Sehat Masyarakat Indonesia	113
Latihan	116
Ringkasan	116
Tes 2	116
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	118
DAFTAR PUSTAKA	119
 BAB VI: PENELITIAN PERILAKU KESEHATAN DAN ASPEK HUKUM REKAM MEDIS SERTA <i>INFORMED CONSENT</i>	 120
Topik 1.	
Presepsi Perilaku Sakit.....	121
Latihan	132
Ringkasan	132
Tes 1	132
Topik 2.	
Aspek Hukum Rekam Medis dan Informed Consent	134
Latihan	144
Ringkasan	145
Tes 2	146
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	148
DAFTAR PUSTAKA	149

BAB I

KONSEP PERILAKU KESEHATAN

Netty Thamaria, MH

PENDAHULUAN

Manusia adalah makhluk hidup ciptaan Tuhan yang paling sempurna. Hal ini berarti bahwa manusia mempunyai keistimewaan dibanding dengan makhluk hidup yang lain. Salah satu keistimewaan yang menonjol adalah perilakunya. Meskipun semua makhluk hidup mempunyai perilaku. Namun perilaku manusia berbeda dengan perilaku makhluk hidup yang lain. Menurut pendapat para ahli psikologi modern bahwa manusia sebagai makhluk ciptaan Tuhan, selain dipandang sebagai makhluk biologis, juga makhluk unik yang berbeda dengan makhluk hidup lainnya dimuka bumi.

Manusia adalah subjek sekaligus obyek, serta makhluk individual sekaligus sosial. Namun manusia pada umumnya tidak bersifat pasif, yaitu menerima keadaan dan tunduk pada suratan tangan atau kodratnya, tetapi secara sadar dan aktif menjadikan dirinya sesuatu.proses perkembangan. Perilaku manusia sebagian ditentukan oleh kehendaknya sendiri dan lingkungan sedangkan sebagian yang lain bergantung pada alam.

Pada Bab ini saudara mendapat penjelasan mengenai Ilmu perilaku dan etika profesi kefarmasian yang akan menguraikan permasalahan, yaitu meliputi: definisi perilaku, konsep pendidikan (promosi kesehatan), dasar psikologis perilaku dan psikologis individu, esq, pemahaman sosial dan persepsi, perbedaan komunikasi verbal dan non verbal, etika dan kode etik. motivasi, aspek hukum rekam medis dan informed consent, gambaran perilaku hidup sehat masyarakat indonesia, penelitian perilaku kesehatan. dasar psikologis perilaku (sifat khas individu), persepsi dan perilaku sakit.

Di harapkan setelah mempelajari ilmu perilaku dan etika profesi saudara dapat memahami arti penting dalam ilmu perilaku dan tentang etika demikian juga etika profesi pada umumnya dan khususnya etika profesi kefarmasian.

Kegunaan bab ini adalah memberikan pengetahuan kepada Anda tentang cakupan dan lingkup perilaku di bidang kesehatan yang akan bermanfaat apabila Anda bekerja di bidang teknis kefarmasian. Dengan demikian, Anda akan mendapatkan pemahaman yang mendalam untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut: “Mengapa manusia (1) berperilaku berperilaku karena stimulasi lingkungan (behavioristik), (2) berperilaku karena niat yang ada dalam diri individu (humanistik/realisme), (3) manusia berperilaku karena tuntutan, kebutuhan yang dirasakan baik datang dari lingkungan maupun diri sendiri yang diputuskan oleh diri (konvergensi)

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan akan dapat menjelaskan apakah ilmu perilaku itu, termasuk pengetahuan tentang perilaku diri sendiri dan perilaku sesama kita dalam berkehidupan bermasyarakat.

Topik 1 Perilaku

Dari aspek biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari segi biologis, semua makhluk hidup mulai dari binatang sampai dengan Manusia, mempunyai aktivitas masing-masing. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup mempunyai bentangan kegiatan yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang untuk mengenali sikap perilaku diri sendiri dan sikap perilaku orang lain, dan seterusnya. Secara singkat aktivitas manusia itu terdiri dari

1. aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain, seperti berjalan, bernyanyi, tertawa dsb
2. aktivitas yang tidak dapat diamati oleh orang lain seperti berpikir, berfantasi, bersikap dan sebagainya.

Dalam mempelajari dan memahami ilmu perilaku ini, Anda tidak hanya diajak untuk menghafalkan atau menguasai semua materinya, sehingga kemudian menjadi berpuas diri karena telah merasa menguasai semua materi atau pengetahuannya, tetapi lebih dari itu, Anda diajak untuk lebih memperhatikan dan mendalami ilmu perilaku secara umum dan mendasar. baik tentang sikap dan perilaku diri sendiri maupun sikap dan perilaku orang lain di sekitar kita.

Ada beberapa **definisi perilaku** manusia yang disampaikan oleh beberapa ahli seperti berikut ini:

1. Skinner (1938):

Seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa: Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori skiner ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus - Organisme - Respons.

Skinner membedakannya menjadi dua respon yaitu:

- a. *Respondent Response* atau reflexive:

yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut eliciting stimulation karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. Misalnya makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menimbulkan mata tertutup, dsb. *Respondent Response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta dsb.

- b. *Operant Response* atau instrumental respons,

yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut organisme reinforcing stimulation atau

reinforcer, karena memperkuat respon. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya). Kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru) maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

2. Robert Kwik (1974):

Menyatakan bahwa: Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap.

Sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan obyek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia.

3. Sunaryo (2004):

Yang disebut perilaku manusia adalah aktivitas yang timbul karena adanya stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat dirumuskan bahwa perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh Pihak dari Luar.

Perilaku manusia melibatkan tiga komponen utama yaitu ;

- a. Kondisi lingkungan tempat terjadinya perilaku tersebut.
- b. Perilaku itu sendiri.
- c. Konsekuensi dari perilaku tersebut.

Berulang atau tidak berulangnya suatu perilaku dipengaruhi oleh keadaan tiga komponen tersebut. Penjabarannya dalam perilaku berkendara di jalan raya cukup sederhana:

Misalkan: Seorang pengendara berada di persimpangan jalan yang sepi (kondisi lingkungan) kemudian ia memutuskan untuk melanggar lampu lalu lintas (perilaku).

Konsekuensi dari perilaku ini adalah :

- a. Perjalanan yang lebih cepat.
- b. Pengendara tersebut tidak ditangkap petugas karena memang tidak ada petugas di persimpangan jalan tersebut.

Perilaku pelanggaran seperti ini akan cenderung diulangi karena mendapat penguatan positif atau hadiah yaitu 1). proses perjalanan yang lebih cepat, dan 2) tidak tertangkap oleh petugas.

Perilaku manusia tidak lepas dari proses pematangan organ-organ tubuh. misalnya:

- a. Bahwa seorang bayi belum dapat duduk atau berjalan apabila organ-organ tubuhnya belum cukup kuat menopang tubuh.
- b. Perlu pematangan tulang belakang terutama tulang leher, punggung, pinggang, serta tulang kaki.

- c. Seorang bayi tidak akan dapat berjalan terlebih dahulu sebelum tengkurap dan sebagainya.

Selain itu, perilaku individu tidak timbul dengan sendirinya, tetapi akibat adanya rangsangan (stimulus):

- a. Baik dari dalam dirinya (internal).
- b. Atau pun dari luar dirinya (eksternal).

Pada hakikatnya perilaku individu mencakup:

- a. Perilaku yang tampak/Terbuka (*overt behavior*)
Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.
- b. Perilaku yang tidak tampak/Tertutup (*inert behavior* atau *convert behavior*).
Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.
- c. Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka.
Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Perilaku tentang bagaimana seseorang menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respon internal dan eksternal:

Respon yang diberikan antara lain respon pasif berupa pengetahuan, persepsi, dan sikap maupun respon aktif yang dilakukan sehubungan dengan sakit dan penyakit.

Perilaku kesehatan adalah:

Tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan:

- a. Sakit dan Penyakit.
- b. Sistem pelayanan kesehatan.
- c. Makanan.
- d. lingkungan.

Rangsangan yang berkaitan dengan perilaku kesehatan terdiri dari empat unsur tersebut diatas juga yaitu:

- a. Sakit dan Penyakit.
- b. Sistem pelayanan kesehatan.
- c. Makanan.
- d. Lingkungan.

Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).
Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.
- b. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*).
Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan
- c. Perilaku Kesehatan Lingkungan.
Perilaku kesehatan lingkungan adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

A. DOMAIN PERILAKU

Menurut Bloom, seperti dikutip Notoatmodjo (2003), membagi perilaku itu dalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas.

Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari :

1. Ranah Kognitif (*cognitive domain*).
2. Ranah Affektif (*affective domain*).
3. Ranah psikomotor (*psychomotor domain*).

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

1. Pengetahuan (*knowledge*)
Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang:

- a. Faktor Internal adalah faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- b. Faktor Eksternal adalah faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
- c. Faktor pendekatan belajar adalah faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Ada (6) enam tingkatan domain pengetahuan yaitu:

- a. Tahu (*Know*)
Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami (*Comprehension*)
Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi
Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.
- d. Analisis
Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.
- e. Sintesa
Sintesa menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.
- f. Evaluasi
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/obyek.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu obyek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan:

- a. Menerima (*receiving*)
Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
- b. Merespon (*responding*)
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
- c. Menghargai (*valuing*)
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

a. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

c. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

d. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoatmodjo (2003), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni:

a. Kesadaran (*awareness*)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)

b. Tertarik (*interest*)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus

c. Evaluasi (*evaluation*)

Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

d. Mencoba (*trial*)

Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.

e. Menerima (*Adoption*)

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Asumsi Determinan Perilaku:

Spranger membagi kepribadian manusia menjadi 6 macam nilai kebudayaan.

Kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut. Secara rinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti:

1. Keinginan
2. Kehendak
3. Minat
4. Motivasi
5. Persepsi
6. Sikap

Namun demikian realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh faktor lain diantaranya adalah pengalaman, keyakinan, sarana/fasilitas, sosial budaya dan sebagainya.

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi **perilaku** khususnya perilaku yang berhubungan dengan **kesehatan**, antara lain:

1. Teori Lawrence Green (1980)

Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*).

Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh:

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2. Teori Snehandu B. Kar (1983)

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

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).

- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- c. Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d. Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

3. Teori WHO (1984)

WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah :

- a. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap obyek (obyek kesehatan).
 - 1) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
 - 2) Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
 - 3) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau obyek lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
- b. Tokoh penting sebagai Panutan. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
- c. Sumber-sumber daya (*resources*), mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
- d. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat sesuai dengan peradaban umat manusia

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas , kerjakan latihan berikut :

1. Jelaskan pengertian tentang Perilaku menurut para ahli.
2. Coba berikan menurut pengertianmu sendiri pengertian tentang perilaku
3. Berikan contoh bahwa:Perilaku manusia tidak lepas dari proses pematangan organ-organ tubuh.
4. Jelaskan teori tentang Perilaku menurut . Teori Lawrence Green
5. Berikan penjelasan juga menurut teori dari Who tentang Perilaku

Jawaban:

1. Pengertian tentang Perilaku menurut para ahli adalah
 - a. Skinner (1938) :

Seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa : Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori skiner ini disebut teori “S-O-R” atau Stimulus - Organisme -Respons.
 - b. Robert Kwik (1974):

menyatakan bahwa :Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.
 - c. Sunaryo (2004) :

Yang disebut perilaku manusia adalah aktivitas yang timbul karena adanya stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.
2. Menurut pendapat saya Perilaku adalah
Tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari dan merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).
3. Contoh Perilaku manusia yang tidak lepas dari proses pematangan organ-organ tubuh :
 - Seorang bayi belum dapat duduk atau berjalan apabila organ-organ tubuhnya belum cukup kuat menopang tubuh.
 - Perlu pematangan tulang belakang terutama tulang leher, punggung, pinggang, serta tulang kaki.
 - Seorang bayi tidak akan dapat berjalan terlebih dahulu sebelum tengkurap dan sebagainya.

4. Teori tentang Perilaku menurut. Teori Lawrence Green
Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor diluar perilaku (non behavior causes).
Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :
 - 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
 - 2) Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
 - 3) Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.
5. Teori Perilaku menurut WHO :
Seseorang berperilaku tertentu adalah pemikiran dan perasaan (thoughts and feeling), dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap obyek (obyek kesehatan).
 - a. Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
 - b. Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
 - c. Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap obyek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat.
 - d. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau obyek lain.
 - e. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu,
 - f. sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.

Ringkasan

Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

1. Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.
2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).
3. Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan
4. Perilaku Kesehatan Lingkungan.

5. Perilaku kesehatan lingkungan adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Pernyataan ini adalah dari :
 - A. Skinner
 - B. Robert Kwik
 - C. Sunaryo
 - D. Lawrence Green
- 2) Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan yaitu kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu :
 - A. Faktor perilaku dan faktor diluar perilaku
 - B. Faktor Pemikiran dan perasaan.
 - C. Faktor Pengetahuan dan Persepsi
 - D. Faktor Kepercayaan dan sikap
- 3) Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :
 - A. Faktor Predisposisi
 - B. Faktor Pendukung
 - C. Faktor Pendorong
 - D. Semua benar
- 4) Menurut penelitian Rogers , yang mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :
 - A. Kesadaran, Tertarik,Evaluasi, Mencoba dan Menerima.
 - B. Menerima, Tertarik, Kesadaran, Mencoba , dan Evaluasi
 - C. Kesadaran, Mencoba ,Tertarik, Evaluasi, Menerima.
 - D. Salah samua.
- 5) Perilaku kesehatan adalah : Tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan :
 - A. Sakit dan Penyakit
 - B. Sistem pelayanan kesehatan
 - C. Makanan dan Lingkungan
 - D. Semua ben

Topik 2

Konsep Pendidikan (Promosi Kesehatan)

Ilmu Perilaku yaitu ilmu tentang perilaku dari individu serta pengaruh individu terhadap perilaku kehidupannya maupun perilaku interaksi antara perilaku dirinya mencakup semua aspek yang berhubungan dengan tindakan manusia yang tergabung dalam suatu kegiatan.

Dalam topik 2 ini Anda akan mempelajari materi-materi sebagai berikut: konsep pendidikan (promosi kesehatan), konsep analisis atau diagnosis perilaku menurut L. Green, tahap perubahan perilaku, performance/penampilan, dan tata tertib.

Pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan pada diri seseorang yang di hubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat. Dalam konteks promosi kesehatan, peran pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain.

Promosi kesehatan bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan atau suatu produk yang harus dicapai, tetapi sesungguhnya merupakan proses perkembangan yang berubah secara dinamis yang didalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap, maupun praktek baru yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat.

Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan masyarakat yaitu mengubah perilaku individu di bidang kesehatan , yaitu:

1. menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat
2. mendorong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup
3. mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan

Secara operasional tujuan pendidikan kesehatan :

1. agar penderita memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan dan masyarakatnya
2. agar setiap orang melakukan langkah-langkah positif dalam hal mencegah berkembangnya sakit menjadi parah, dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang di sebabkan oleh penyakit
3. agar setiap org memiliki pengertian yg lebih baik ttg eksistensi dan perubahan2 dg efisien.

setelah mempelajari tentang konsep pendidikan (promosi kesehatan) , diharapkan Anda dapat memahami terkait masalah pendidikan kesehatan sebagai promosi kesehatan secara mendalam.

A. EDUKASI PERILAKU

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat.

Dalam rangka membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, maka intervensi atau upaya yang ditujukan kepada faktor perilaku ini sangat strategis.

Intervensi terhadap faktor perilaku dapat dilakukan dengan 2 cara :

1. Tekanan (*Enforcement*). Yaitu mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara2 tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Misal: : UU, Peraturan2, Instruksi, tekanan2 (fisik dan non fisik), sanksi2 dsb. Tetapi pada umumnya perubahan perilaku ini tidak langgeng karena tidak didasari oleh engertian dan kesadaran yang tinggi thd tujuan perilaku tersebut dilaksanakan.
2. Edukasi (*Education*). Yaitu mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi/bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, melalui kegiatan pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Memang dibutuhkan waktu yang lama dampak dari cara ini, namun bila berhasil maka akan langgeng bahkan selama hidup dilakukan.

Konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosis/menganalisis perilaku adalah dari konsep L. Green (1980).

Menurut Green, perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama :

1. Faktor2 Predisposisi (*Predisposing Factors*). Adalah pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan thd hal2 yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dsb. Misal:; Pemeriksaan kesehatan ibu hamil. Kadang2 kepercayaan, tradisi dan sistem nilai masyarakat juga dapat mendorong atau menghambat ibu untuk periksa hamil. Misal: al kepercayaan ibu hamil tidak boleh disuntik karena dapat menyebabkan anak cacat. Sedangkan Faktor2 yang posistif yang mempermudah terwujudnya perilaku kesehatan disebut dengan Faktor pemudah.
2. Faktor2 pemungkin (*Enabling Factors*). Mencakup sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi dsb. Juga Fasilitas kesehatan masyarakat : Puskesmas, RS, Poliklinik, posyandu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta. Misalkan ibu hamil mau memeriksakan kehamilannya maka ada sarananya. Faktor ini disebut dengan faktor pendukung atau pemungkin.
3. Faktor penguat (*Reinforcing factors*). Yaitu meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk UU, Peraturan2 baik dari Pusat maupun daerah yang terkait dengan kesehatan. Misal: UU yang mengharuskan ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilannya.

Hasil yang didapat (*output*) dari pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif.

Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif mengandung berbagai dimensi:

1. Perubahan Perilaku. Misalnya, Perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu diubah : merokok, minum-minuman keras, ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya, ibu tidak mengimunisasi balitanya dsb.
2. Pembinaan Perilaku. Ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan (*healthy life style*). Misalnya: olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, menguras bak mandi secara teratur, membuang sampah ditempatnya dsb.
3. Pengembangan Perilaku. Ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak yang sebaiknya sedini mungkin. Misalnya: Seorang bayi yang buang air kecil /pipis/ngompol, secara naluri ia merasa tidak enak lalu menangis. Apabila orang tuanya tidak merespon maka lama kelamaan bayi tersebut akan berhenti menangis dan tidur lagi. Selanjutnya si bayi bila ngompol tidak akan menangis lagi. Hal ini berarti anak sudah dibiasakan untuk berperilaku tidak sehat.

Berikut ini berapa referensi yang terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku seseorang.

Terdapat beberapa tahapan yang dilalui, sehingga kita dapat mengalami perubahan perilaku. Tahap-tahap tersebut antara lain:

1. Tahap mengetahui

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku adalah pengetahuan (*knowledge*). Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek.

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Komponen kognitif merupakan representasi yang dipercaya oleh individu. Komponen kognitif berisi persepsi dan kepercayaan yang dimiliki individu mengenai sesuatu kepercayaan datang dari yang telah dilihat, kemudian terbentuk suatu ide atau gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum suatu obyek. Sekali kepercayaan telah terbentuk, akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang dapat diharapkan dari obyek tertentu.

Namun kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak terlalu akurat. Kadang-kadang kepercayaan tersebut terbentuk justru dikarenakan kurang atau tiadanya informasi yang benar mengenai obyek yang dihadapi. Seringkali komponen kognitif ini dapat disamakan dengan pandangan atau opini.

2. Tahap memahami
Tahap memahami (*comprehension*), merupakan tahap memahami suatu obyek bukan sekedar tahu atau dapat menyebutkan, tetapi juga dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek.
3. Tahap mempraktekkan
Tahap aplikasi (*application*), yaitu jika orang yang telah memahami obyek yang dimaksud dapat mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain.
4. Tahap merangkum
Tahap analisis (*analysis*), merupakan kemampuan seseorang menjabarkan dan atau memisahkan. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tingkat analisis jika dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram pada pengetahuan atas obyek tersebut.
5. Tahap sintesis
Tahap ini menunjukkan kemampuan seseorang untuk merangkum suatu hubungan logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Sintesis merupakan kemampuan untuk menyusun formulasi baru.
6. Tahap evaluasi.
Sedangkan tahap terakhir, berupa tahap evaluasi (*evaluation*). Tahap ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu obyek.

B. PERFORMANCE (PENAMPILAN)

AHLI MADYA FARMASI

1. Cara Berpakaian : Sopan dan terpelihara.
 - Seragam.
 - Baju Putih.
 - Bersih dan disetrika
 - Blue Jean tidak dianjurkan.
2. Rambut: Pria tidak gondron
 - Terpelihara dengan baik.
 - Disisir rapih.
3. Muka: Pria; kumis dipelihara, janggut dirapihkan.
Wanita; make up yang ringan.
4. Kuku: Gunting pendek dan bersih.
5. Sepatu:
 - Bersih dan disemir.
 - Yang umum dan sopan.
 - Kaos kaki yang sepadan dengan sepatu.
 - Wanita, bila memakai stocking hendaknya serasi.

6. Bau badan.
 - Dapat sangat mengganggu.
 - Atasi dengan deodoran

AHLI MADYA FARMASI PROFESIONAL

1. Bersih dan sehat : AMF mengerti betul arti kebersihan kesehatan.
2. Rendah hati : Ingat “ Ilmu padi “.
3. Tulus dan Ikhlas. Bersungguh-sungguh dalam menghadapi sesuatu.
4. Sopan dan Santun. AMF harus menghindari hal2 sbb :
 - Merokok ditempat kerja.
 - Minum keras.
 - Memotong pembicaraan atasan atau sesama teman dan juga pelanggan .
 - Sikap sembrono, cuek, acuh tak acuh.
5. Bersahabat.
 - Mudah tersenyum.
 - Suka menolong.
 - Hangat dalam pembicaraan dengan sikap sungguh2.
 - Supel dan humoris.
 - Dapat menjadi pendengar yang baik.
6. Percaya Diri.
Jangan sekali2 menunjukkan sikap gugup kepada Pelanggan.
7. Dapat dipercaya.
Anda adalah wakil dari perusahaan
8. Antusias dan Bergairah.
9. Sikap Antusias dapat terlihat dan terpancar dari :
 - Pengetahuan dan keyakinannya terhadap pekerjaan dan juga dan juga terhadap dirinya sendiri. Hal ini terlihat dari : Cara berbicara, Cara bertindak dan bahkan seluruh sikap Anda.
 - AMF mempunyai sikap bersemangat , tidak mudah loyo.
10. Disiplin.
 - Selalu tepat waktu.
 - Tindakannya selalu berdasarkan pada ketentuan/peraturan yang ada.
 - Selalu sibuk dan tidak mau memboroskan waktunya sedikitpun.
 - Mempunyai komitmen.

11. Optimis.

- Pandanglah segala sesuatu dari sudut yang positif.
- Ubahlah suasana murung menjadi suasana yang gembira.
- Setiap permasalahan mempunyai tantangan dan pemecahannya akan didapatkan.

12. Tangguh.

- Tidak mudah menyerah.
- Selalu berusaha untuk selalu membicarakan dan menyelesaikan pokok permasalahan.
- Cepat dan tepat.
- Kurang senang berbasa-basi.
- Tidak Plinplan.
- Bukan penjilat.

13. Memiliki integritas yang tinggi : Jujur, loyal dan menjadi manusia yang seutuhnya.

14. Cerdas dan Kreatif : merupakan motivator handal.

C. TATA TERTIB BAGI MAHASISWA

Dalam Pelaksanaan Proses Belajar Mengajar

I. Pendahuluan.

Poltekkes Jakarta II Jurusan Farmasi adalah lembaga pendidikan dan kebudayaan dibawah Departemen Kesehatan. Jurusan Farmasi adalah tempat pembinaan disiplin dan tempat menimba ilmu serta ketrampilan yang dicita-citakan. Mengingat hal2 tersebut diatas, maka disusun tata tertib bagi mahasiswa yang mencakup Hak, kewajiban, larangan serta sangsi agar diperoleh hasil kegiatan belajar mengajar yang optimal.

II. Hak Mahasiswa.

1. Mahasiswa berhak mendapatkan pendidikan dan pengajaran.
2. Mahasiswa berhak mendapatkan dan menggunakan fasilitas pendidikan yang ada di jurusan Farmasi untuk kepentingan kemajuan.
3. mahasiswa berhak melakukan komunikasi dan konsultasi dengan pihak akademi (Ketua Jurusan, Dosen, Karyawan) demi kepentingan bersama.

III. Kewajiban, Larangan dan Sangsi Bagi Mahasiswa.

1. Setiap mahasiswa wajib mengenakan seragam dan sepatu selama berada dalam lingkungan akademi dengan ketentuan sbb:

Waktu Pemakaian:

- Senin : Putih - Coklat Susu
- Kamis : Putih - Coklat Susu
- Selasa, Rabu, Jumat:
 - Kemeja/Blous: Bebas dan Sopan
 - Rok, di bawah lutut

Jika ketentuan ini dilanggar pada waktu proses belajar mengajar berlangsung, maka mahasiswa tidak diijinkan untuk mengikuti kegiatan belajar mengajar tersebut dan dianggap tidak hadir.

2. Setiap mahasiswa diwajibkan mengikuti kegiatan belajar mengajar sesuai dengan jadwal yang berlaku dan tepat waktu, karena kehadiran berpengaruh pada penilaian dan harus hadir tepat waktu, karena kehadiran berpengaruh pada penilaian dan harus hadir minimal 80% dari seluruh kegiatan mata kuliah/praktikum yang diikuti.
3. Setiap mahasiswa wajib mengisi daftar hadir. Kehadiran berbobot 10% terhadap nilai akhir semester.
4. Setiap mahasiswa tidak diperbolehkan meninggalkan kelas/laboratorium selama jam kuliah/praktek, keperluan2 lain diselesaikan dalam jam istirahat. Jika ketentuan ini dilanggar dianggap tidak hadir.
5. Jika karena masalah yang tidak terelakkan sehingga mahasiswa tidak dapat mengikuti kegiatan kuliah/praktek maka harus melapor dan mengisi lembar pernyataan yang ditujukan kepada Ketua Jurusan dan diserahkan ke Pembimbing Akademik.
6. Jika ada waktunya Pengajar belum/tidak hadir, mahasiswa diwajibkan melapor kepada : Pembimbing Akademik atau Dosen Tetap yang ada.
7. Setiap mahasiswa wajib mengikuti ujian yang diberikan setiap dosen ataupun ujian2 yang diadakan akademi sesuai ketentuan yang berlaku.
8. Setiap mahasiswa wajib memelihara pustaka yang tersedia di Jurusan Farmasi. Mahasiswa yang merusakkan pustaka diwajibkan mengganti atau memperbaiki.
9. Setiap mahasiswa wajib bersikap dan bertindak sopan, hormat serta memupuk hubungan baik dengan dosen, karyawan akademi, dan sesama mahasiswa , dikelas, dilingkungan Politeknik Kesehatan Jakarta II Jurusan Farmasi maupun diluar jurusan.
10. Setiap mahasiswa wajib ikut memelihara ketertiban, keamanan, dan kebersihan jurusan Farmasi (baik ruang belajar maupun laboratorium) serta menjaga nama baik jurusan Farmasi.
11. Setiap mahasiswa wajib mematuhi semua pernyataan yang telah dibuat dan ditandatangani.

12. Mahasiswa dilarang merokok didalam kelas, laboratorium dan dilingkungan kampus.
13. Mahasiswa dilarang meminjam tanpa ijin pustaka dan alat dari kampus untuk dibawa pulang.
14. Mahasiswa dilarang melakukan kegiatan yang mengganggu/bertentangan dengan program akademi.
15. Dengan penuh tanggung jawab dan disiplin mahasiswa wajib melaksanakan semua tugas serta mematuhi pertaturan yang berlaku.
16. Mahasiswa yang melanggar tata tertib akademi akan dikenakan sanksi sesuai dengan pelanggaran yang dilakukan (peringatan lisan, peringatan tertulis, diskors, dikeluarkan).

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut:

Pertanyaan :

1. Intervensi terhadap faktor perilaku dapat dilakukan dengan 2 cara , jelaskan.
2. Konsep umum untuk mendiagnosis/menganalisis perilaku adalah dari konsep L. Green (1980). Menurut Green, perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama , jelaskan.
3. Sebutkan beberapa tahapan yang dilalui, sehingga kita dapat mengalami perubahan perilaku.
4. Sebutkan Hak Mahasiswa dalam kegiatan belajar mengajar di Poltekkes Jurusan Farmasi Jakarta II.
5. Apa yang saudara ketahui tentang sifat optimis ?

Jawaban:

1. Intervensi terhadap faktor perilaku dapat dilakukan dengan 2 cara :
 - a. Tekanan (*Enforcement*). Yaitu mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara2 tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*).
 - b. Edukasi (*Education*). Yaitu mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi/bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, melalui kegiatan pendidikan atau penyuluhan kesehatan.
2. Menurut Green, perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama:
 - 1) Faktor2 Predisposisi (*Predisposing Factors*). Adalah pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan thd hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dsb.

- 2) Faktor2 pemungkin (*Enabling Factors*). Mencakup sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Misal: : air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi dsb.
 - 3) Faktor penguat (*Reinforcing factors*). Yaitu meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan.
3. Tahap-tahap tersebut antara lain:
- a. Tahap mengetahui, yaitu :
Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek.
 - b. Tahap memahami, yaitu :
Tahap memahami (*comprehension*), merupakan tahap memahami suatu obyek bukan sekedar tahu atau dapat menyebutkan, tetapi juga dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek.
 - c. Tahap mempraktekkan, yaitu :
Tahap aplikasi (*application*), yaitu jika orang yang telah memahami obyek yang dimaksud dapat mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain.
 - d. Tahap merangkum,
Merupakan tahap analisis (*analysis*), merupakan kemampuan seseorang menjabarkan dan atau memisahkan. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang sudah sampai pada tingkat analisis jika dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram pada pengetahuan atas obyek tersebut.
 - e. Tahap sintesis. Yaitu :
Tahap ini menunjukkan kemampuan seseorang untuk merangkum suatu hubungan logis dari komponen –komponen pengetahuan yang dimiliki.
 - f. Tahap evaluasi.
Tahap terakhir, berupa tahap evaluasi (*evaluation*). Tahap ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu obyek.
4. Hak Mahasiswa dalam Tata Tertib kegiatan belajar mengajar di Poltekkes
- 1) Mahasiswa berhak mendapatkan pendidikan dan pengajaran.
 - 2) Mahasiswa berhak mendapatkan dan menggunakan fasilitas pendidikan yang ada di jurusan Farmasi untuk kepentingan kemajuan.
 - 3) mahasiswa berhak melakukan komunikasi dan konsultasi dengan pihak akademi (Ketua Jurusan, Dosen, Karyawan) demi kepentingan bersama.

5. Optimis adalah :
- Memandang segala sesuatu dari sudut yang positif.
 - mengubah suasana murung menjadi suasana yang gembira.
 - Setiap permasalahan mempunyai tantangan dan pemecahannya akan didapatkan.

Ringkasan

- Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat.
- Intervensi terhadap faktor perilaku dapat dilakukan dengan 2 cara :
 - Tekanan (*Enforcement*).
 - Edukasi (*Education*)
- Hasil yang didapat (*Output*) dari pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif.
- Tahap yang dilalui untuk mengalami perubahan perilaku adalah tahap mengetahui, tahap memahami, tahap mempraktekkan, tahap merangkum, tahap sintetis, tahap evaluasi.
- Optimis adalah :
 - Pandanglah segala sesuatu dari sudut yang positif.
 - Ubahlah suasana murung menjadi suasana yang gembira.
 - Setiap permasalahan mempunyai tantangan dan pemecahannya .

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- Faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat adalah :
 - Faktor Pendidikan
 - Faktor Keamanan
 - Faktor Kebiasaan
 - Faktor Perilaku
- Tekanan (*Enforcement*). Yaitu mengubah perilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara2: tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Misal: : UU, Peraturan2, Instruksi, tekanan2 (fisik dan non fisik), sanksi2 dsb.
 - UU.
 - Peraturan2, Instruksi.
 - Sanksi
 - Semua Benar

- 3) Tata tertib bagi mahasiswa yang mencakup Hak, kewajiban, larangan serta sangsi agar
- A. Mahasiswa menjadi takut.
 - B. Diperoleh hasil kegiatan belajar mengajar yang optimal.
 - C. Dosen dapat menghukum mahasiswa.
 - D. Mahasiswa rajin ke perpustakaan.
- 4) Yang dimaksud dengan Disiplin adalah :
- A. Selalu tepat waktu.
 - B. Tindakannya selalu berdasarkan pada ketentuan/peraturan yang ada.
 - C. Selalu sibuk dan tidak mau memboroskan waktunya sedikitpun.
 - D. Semua benar.
- 5) Tahap evaluasi berkaitan dengan :
- A. Kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu obyek.
 - B. Kemampuan seseorang untuk beradaptasi terhadap lingkungan.
 - C. Adanya perilaku seseorang yang menyimpang.
 - D. Kecerdasan seseorang.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1:

1. B
2. A
3. D
4. A
5. A

Tes 2:

1. D
2. D
3. B
4. D
5. A

Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (2006). *Rumah Tangga Sehat*, Jakarta.

Notoatmodjo, S. & Sarwono, S. (1990). *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta

Notoatmodjo, S (2003). *Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka

Glenz, Karen 1990, *Health Behaviour And Health Education Theory Research and Practice*.
San Fransisco. Oxford: Joosey- Bas Publisher

Perundang-Undangan Kesehatan

BAB 2

DASAR PSIKOLOGIS PERILAKU, PSIKOLOGIS INDIVIDU, ESQ DAN PEMAHAMAN SOSIAL DAN PERSEPSI

Netty Thamaria, MH

PENDAHULUAN

Psikologis perilaku adalah ilmu yang mempelajari perilaku dalam interaksi dengan lingkungan dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku. Perilaku adalah manifestasi hayati makhluk hidup. Lingkungan adalah semua hal yang berada di luar diri manusia; sedangkan lingkungan efektif adalah lingkungan yang bermakna untuk manusia. Sedangkan perilaku sosial adalah perilaku yang relatif menetap yang diperlihatkan oleh individu di dalam berinteraksi dengan orang lain. Orang yang berperilakunya mencerminkan keberhasilan dalam proses sosialisasinya dikatakan sebagai orang yang sosial.

Dalam bab 2 ini Anda akan diperkenalkan lebih lanjut mengenai dasar psikologis perilaku, psikologis individu, dan ESQ (yang mencakup IQ, EQ, dan SQ) juga pemahaman sosial dan pemahaman tentang persepsi kesehatan diri

Sehubungan dengan kompetensi Anda sebagai tenaga teknis kefarmasian, maka materi akan membantu Anda dalam menjalankan tugas profesi Anda khususnya dalam hal melakukan pelayanan kefarmasian.

Setelah mempelajari bab ini, Anda diharapkan Anda akan dapat menjelaskan apakah ilmu perilaku itu, termasuk pengetahuan tentang perilaku diri sendiri dan perilaku sesama kita dalam berkehidupan bermasyarakat.

Topik 1

Dasar Psikologis Perilaku, Psikologis Individu dan ESQ

A. KONSEP DASAR PSIKOLOGI

Materi yang Anda pelajari di Bab sebelumnya (Konsep Perilaku Kesehatan) terkait dengan materi yang terdapat di bab ini karena mengkaji aspek yang lebih dalam dari perilaku pada dasarnya merupakan suatu respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus yang diawali dengan proses psikologis.

1. Sejarah Psikologi

- Psikologi pada mulanya di gunakan para ilmuwan dan para filsuf untuk memenuhi kebutuhan mereka dalam memahami akal pikiran dan tingkah laku aneka ragam makhluk hidup mulai dari yang primitive sampai yang modern. Namun ternyata tidak cocok, lantaran menurut para ilmuwan dan filsuf, psikologi memiliki batasan-batasan tertentu yang berada di luar kaidah keilmuan dan etika falsafati. Kaidah *scientific* dan patokan etika filsufi ini tak dapat di bebaskan begitu saja sebagai muatan psikologi (Rebek, 1988)
- Namun secara lebih spesifik (khusus), psikologi lebih banyak dikaitkan dengan kehidupan organisme manusia. Dalam hubungan ini psikologi di definisikan sebagai ilmu pengetahuan yang berusaha memahami perilaku manusia, alasan dan cara mereka melakukan sesuatu, dan juga memahami bagaimana makhluk tersebut berpikir dan berperasaan (Gleitman, 1986).

2. Pengertian Psikologi

- Psikologi yang dalam istilah lama di sebut ilmu jiwa itu berasal dari kata bahasa Inggris *psychology*. Kata *psychology* merupakan dua akar kata yang bersumber dari bahasa Greek (Yunani), yaitu: (1) *psyche* yang berarti jiwa; (2) *logos* yang berarti ilmu. Jadi secara harfiah psikologi adalah ilmu jiwa atau bisa disebut ilmu yang mempelajari kejiwaan.
- Jiwa secara harfiah berasal dari perkataan sansekerta JIV, yang berarti lembaga hidup (*lebensbeginnel*), atau daya hidup (*lebenscracht*). Oleh karena jiwa itu merupakan pengertian yang abstrak, tidak bisa dilihat dan belum bisa diungkapkan secara lengkap dan jelas, maka orang lebih cenderung mempelajari “jiwa yang memateri” atau gejala “jiwa yang meraga/menjasmani”, yaitu bentuk tingkah laku manusia (segala aktivitas, perbuatan, penampilan diri) sepanjang hidupnya. Oleh karena itu, psikologi butuh berabad-abad lamanya untuk memisahkan diri dari ilmu filsafat.

3. Definisi Psikologi Menurut Para Ahli

- Bruno (1987), membagi pengertian psikologi dalam tiga bagian yang pada prinsipnya saling berhubungan. Pertama, psikologi adalah studi (penyelidikan) mengenai “ruh”. Kedua, psikologi adalah ilmu pengetahuan mengenai “kehidupan mental”, ketiga psikologi adalah ilmu pengetahuan mengenai “tingkah laku organisme”.
- William James (1842-1910), menganggap psikologi sebagai ilmu pengetahuan mengenai kehidupan mental.
- JB. Watson (1878-1958), menganggap psikologi sebagai ilmu pengetahuan tentang tingkah laku organisme.
- EG. Boring & HS. Langfield, menganggap psikologi sebagai studi tentang hakikat manusia.

4. Definisi Psikologi dapat dijelaskan sbb :

- Psikologi tidak mempelajari jiwa/mental itu secara langsung karena sifatnya yang abstrak, tetapi psikologi membatasi pada manifestasi dan ekspresi dari jiwa/mental tersebut yakni berupa tingkah laku dan proses atau kegiatannya, sehingga Psikologi dapat didefinisikan sebagai ilmu pengetahuan yang mempelajari tingkah laku dan proses mental.

5. Ruang Lingkup

- Psikologi didefinisikan sebagai kajian *scientific* tentang tingkah laku dan proses mental organisme. Tiga idea penting dalam definisi ini ialah : Scientific, tingkah laku dan Proses mental.
- Scientific, bermakna kajian yang dilakukan dan data yang dikumpulkan mengikuti prosedur yang sistematis. Walau pun kaidah *scientific* diikuti, ahli-ahli psikologi perlu membuat berbagai inferen atau tafsiran berdasarkan temuan yang diperoleh. Ini dikarenakan subjek yang dikaji adalah hewan dan manusia dan tidak seperti sesuatu sel (seperti dalam kajian biologi) atau bahan kimia (seperti dalam kajian kimia) yang secara perbandingan lebih stabil. Manakala mengkaji tingkah laku hewan atau manusia memang sukar dan perlu kerap membuat inferen atau tafsiran.

6. Perbedaan Antara Jiwa dan Nyawa

- Nyawa adalah daya jasmaniah yang adanya tergantung pada hidup jasmani dan menimbulkan perbuatan badaniah (*organic behavior*) yaitu perbuatan yang ditimbulkan oleh proses belajar, misal : insting, refleks, nafsu dan sebagainya.
- Jiwa adalah daya hidup rohaniah yang bersifat abstrak yang menjadi penggerak dan pengatur bagi sekalian perbuatan-perbuatan pribadi (*personal behavior*) dari hewan tingkat tinggi hingga manusia. Perbuatan pribadi adalah perbuatan

sebagai hasil proses belajar yang dimungkinkan oleh keadaan jasmani, rohani dan sosial.

Menurut Aristoteles, Jiwa disebut sebagai Anima

- *Anima vegetativa*, yaitu anima yang terdapat pada tumbuh-tumbuhan yang mempunyai kemampuan untuk makan, minum dan berkembang biak
- *Anima sensitiva*, yaitu anima yang terdapat dalam hewan. Anima ini memiliki kemampuan seperti anima vegetativa juga kemampuan untuk berpindah tempat, mempunyai nafsu, dapat mengamati, mengingat dan merasakan
- *Anima intelektual*, yaitu anima yang terdapat dalam diri manusia. Selain memiliki kemampuan seperti anima sensitiva juga mempunyai kemampuan berpikir dan berkemauan.

Setelah mempelajari definisi dasar psikologis tersebut diatas, diharapkan anda setuju dengan definisi psikologis, ruang lingkup di atas, terkait juga dengan perbedaan nyawa dan jiwa, serta pendapat dari Aristoteles tersebut.

Dengan mengingat uraian psikologis diatas, diharapkan anda dapat menambah wawasan pengetahuan mengenai definisi psikologi, anda dapat memberikan pemahaman dikaitkan dengan pengertian tentang Jiwa, Nyawa

B. IQ, EQ, DAN SQ

IQ, EQ, SQ dan ESQ adalah penggambaran dari potensi manusia sebagai makhluk paling cerdas dan kompleks di muka bumi. Pembagian ini mewakili dari banyak potensi kecerdasan manusia yang didefinisikan secara umum.

1. IQ (*Intelligence Quotient*)

ialah istilah kecerdasan manusia dalam kemampuan untuk :

- a. menalar,
- b. perencanaan sesuatu,
- c. kemampuan memecahkan masalah,
- d. belajar,
- e. memahami gagasan,
- f. berfikir,
- g. penggunaan bahasa dan lainnya.

Anggapan awal bahwa IQ adalah kemampuan bawaan lahir yang mutlak dan tak dapat berubah adalah salah, karena penelitian modern membuktikan bahwa kemampuan IQ dapat meningkat dari proses belajar.

Kecerdasan ini pun tidaklah baku untuk satu hal saja, tetapi untuk banyak hal, contohnya ; seseorang dengan kemampuan mahir dalam bermusik, dan yang lainnya dalam

hal olahraga. Jadi kecerdasan ini dari tiap - tiap orang tidaklah sama, tetapi berbeda satu sama lainnya.

2. EQ (*Emotional Quotient*)

Kecerdasan emosional adalah kemampuan:

- a. Pengendalian diri sendiri,
- b. Semangat, dan ketekunan,
- c. Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan bertahan menghadapi frustrasi,
- d. Kesanggupan untuk mengendalikan dorongan hati dan emosi,
- e. Tidak melebih-lebihkan kesenangan,
- f. Mengatur suasana hati
- g. Menjaga agar beban stress tidak melumpuhkan kemampuan berpikir,
- h. Dapat membaca perasaan terdalam orang lain (empati) dan berdoa,
- i. Dapat memelihara hubungan dengan sebaik-baiknya,
- j. Kemampuan untuk menyelesaikan konflik,
- k. Memimpin diri dan lingkungan sekitarnya.

3. SQ (*Spiritual Quotient*)

Perlu dipahami bahwa SQ :

- a. Tidak mesti berhubungan dengan agama,
- b. Kecerdasan spiritual (SQ) adalah kecerdasan jiwa yang dapat membantu seseorang membangun dirinya secara utuh.
- c. SQ tidak bergantung pada budaya atau nilai.
- d. Tidak mengikuti nilai-nilai yang ada, tetapi menciptakan kemungkinan untuk memiliki nilai-nilai itu sendiri.
- e. Kecerdasan Spiritual adalah kecerdasan yang berasal dari dalam hati, menjadikan kita kreatif ketika kita dihadapkan pada masalah pribadi, dan mencoba melihat makna yang terkandung di dalamnya, serta menyelesaikannya dengan baik agar memperoleh ketenangan dan kedamaian hati
- f. Kecerdasan spiritual membuat individu mampu memaknai setiap kegiatannya sebagai ibadah, demi kepentingan umat manusia dan Tuhan yang sangat dicintainya.

4. ESQ (*Emotional and Spiritual Quotient*)

ESQ merupakan sebuah singkatan dari *Emotional Spiritual Quotient* yang merupakan gabungan EQ dan SQ, yaitu Penggabungan antara pengendalian kecerdasan emosi dan spiritual.

Manfaat yang bisa di dapat adalah tercapai nya keseimbangan antara hubungan Horizontal (manusia dengan manusia) dan Vertikal (manusia dan Tuhan). ESQ juga dapat membuat kita lebih percaya diri dalam melakukan tindakan.

C. SOAL SQ

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan memberikan skor seberapa sering Anda melakukannya.

Tidak pernah	= TP = 1	Sering	= SR = 3
Kadang-kadang	= KK = 2	Selalu	= SL = 4

No. Pertanyaan

1. Apakah anda berdoa setiap hari ?
2. Apakah anda keluar dalam perjalanan menjadi baik?
3. Apakah anda memiliki keberanian untuk berpendirian pada kebenaran?
4. Apakah anda membimbing kehidupan anda sebagai makhluk spiritual ?
5. Apakah anda merasa memiliki ikatan kekeluargaan dengan semua manusia ?
6. Apakah anda menganut standar etika dan moral ?
7. Apakah anda merasa cinta kepada Tuhan dalam hati anda ?
8. Apakah anda menahan diri dari pelanggaran hukum, meskipun anda dapat melepaskan diri darinya ?
9. Apakah anda mempunyai kontribusi terhadap kesejahteraan orang lain?
10. Apakah anda mencintai dan memproteksi secara aktif planet bumi ini ?
11. Apakah anda mengurus kesejahteraan binatang2 ?
12. Apakah perbuatan anda sesuai dengan kata2 anda ?
13. Apakah anda bersyukur atas keberuntungan anda ?
14. Apakah anda jujur ?
15. Apakah anda amanah ?
16. Apakah anda toleran terhadap perbedaan ?
17. Apakah anda anti kekerasan ?
18. Apakah anda bahagia ?
19. Apakah anda tawadhu (rendah Hati) ?
20. Apakah anda hemat, shg tidak konsumtif dan boros ?
21. Apakah anda dermawan ? Apakah anda mau berbagi ?
22. Apakah anda sopan ?
23. Apakah anda dapat dipercaya ?
24. Apakah anda terbuka saat berbicara dengan orang lain.
25. Apakah anda sabar dalam keadaan yang berat ?

D. JUMLAH NILAI

TIPS MENINGKATKAN IQ, SQ, dan EQ

1. Tips Meningkatkan IQ
 - a. Makan secara teratur,dan makan makanan yang banyak mengandung nutrisi untuk
 - b. kesehatan Otak.
 - c. Istirahatlah yang cukup (tidur 8 jam setiap malam)

- d. Motivasi diri untuk selalu optimis dan hilangkan rasa malas .
 - e. Selalu berfikir positif.
 - f. Kembangkan keterampilan Otak dengan kegiatan puzzle, tebak kata, tts, dan lain-lain.
 - g. Batasi waktu yang tidak berguna, misalnya bermain secara berlebihan.
2. Tips Meningkatkan SQ
- a. Seringlah melakukan mawas diri dan renungkan mengenai diri sendiri, kaitan hubungan dengan orang lain, serta peristiwa yang dihadapi.
 - b. Kenali tujuan, tanggung jawab , hak , dan kewajiban hidup .
 - c. Tumbuhkan kepedulian, kasih sayang, dan kedamaian.
 - d. Ambil hikmah dari segala perubahan di dalam kehidupan sebagai jalan untuk meningkatkan mutu kehidupan.
 - e. Kembangkan tim kerja dan kemitraan yang saling asah-asih-asuh/jangan egois.
 - f. Belajar mempunyai rasa rendah hati di hadapan Allah dan sesama manusia.
3. Tips Meningkatkan EQ
- a. Pahami dan rasakan perasaan diri sendiri.
 - b. Selalu mendidik diri agar dapat bertahan dalam situasi sulit.
 - c. Hadapi dunia luar tanpa rasa takut.
 - d. Berusaha untuk memecahkan masalah sendiri.
 - e. Tumbuhkan rasa percaya diri dan kemampuan untuk bangkit dari kegagalan.
 - f. Tanamkan rasa hormat pada orang lain, kerja sama, dan semangat kerja tim.
 - g. Jangan menilai atau mengubah perasaan terlalu cepat/plin-plan/tidak punya pendirian.
 - h. Hubungkan perasaan dengan pikiran.
 - i. Jangan mudah menyerah .
 - j. Yakin setiap masalah pasti ada jalan keluarnya.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut :

1. Sebutkan definisi Psikologi menurut para ahli.
2. Apakah perbedaan antara jiwa dan nyawa?
3. Apa yang dimaksud dengan kecerdasan emosional?
4. Bagaimana meningkatkan kecerdasan emosional?
5. Bagaimana meningkatkan SQ saudara?

Jawaban:

1. Definisi Psikologi , menurut Para Ahli
 - a. Bruno (1987), membagi pengertian psikologi dalam tiga bagian yang pada prinsipnya saling berhubungan. Pertama, psikologi adalah studi (penyelidikan) mengenai “ruh”. Kedua, psikologi adalah ilmu pengetahuan mengenai “kehidupan mental”, ketiga psikologi adalah ilmu pengetahuan mengenai “tingkah laku organisme”.
 - b. William James (1842-1910), menganggap psikologi sebagai ilmu pengetahuan mengenai kehidupan mental.
 - c. JB. Watson (1878-1958), menganggap psikologi sebagai ilmu pengetahuan tentang tingkah laku organisme.
 - d. EG. Boring & HS.Langfield, menganggap psikologi sebagai studi tentang hakikat manusia.
2. Perbedaan Antara Jiwa Dan Nyawa

Nyawa adalah daya jasmaniah yang adanya tergantung pada hidup jasmani dan menimbulkan perbuatan badaniah (*organic behavior*) yaitu perbuatan yang ditimbulkan oleh proses belajar, misal : insting, refleks, nafsu dan sebagainya.

Jiwa adalah daya hidup rohaniah yang bersifat abstrak yang menjadi penggerak dan pengatur bagi sekalian perbuatan-perbuatan pribadi (*personal behavior*) dari hewan tingkat tinggi hingga manusia. Perbuatan pribadi adalah perbuatan sebagai hasil proses belajar yang dimungkinkan oleh keadaan jasmani, rohaniah dan sosial.
3. Kecerdasan emosional adalah kemampuan untuk :
 - a. Pengendalian diri sendiri,
 - b. Semangat, dan ketekunan,
 - c. Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan bertahan menghadapi frustrasi,
 - d. Kesanggupan untuk mengendalikan dorongan hati dan emosi,
 - e. Tidak melebih-lebihkan kesenangan,
 - f. Mengatur suasana hati
 - g. Menjaga agar beban stress tidak melumpuhkan kemampuan berpikir,
 - h. Dapat membaca perasaan terdalam orang lain (empati) dan berdoa,
 - i. Dapat memelihara hubungan dengan sebaik-baiknya,
 - j. Kemampuan untuk menyelesaikan konflik,
 - k. Memimpin diri dan lingkungan sekitarnya.
4. Tips Meningkatkan EQ
 - a. Pahami dan rasakan perasaan diri sendiri.
 - b. Selalu mendidik diri agar dapat bertahan dalam situasi sulit.
 - c. Hadapi dunia luar tanpa rasa takut.
 - d. Berusaha untuk memecahkan masalah sendiri.
 - e. Tumbuhkan rasa percaya diri dan kemampuan untuk bangkit dari kegagalan.

- f. Tanamkan rasa hormat pada orang lain, kerja sama, dan semangat kerja tim.
 - g. Jangan menilai atau mengubah perasaan terlalu cepat/plin-plan/tidak punya pendirian.
 - h. Hubungkan perasaan dengan pikiran.
 - i. Jangan mudah menyerah .
 - j. Yakin setiap masalah pasti ada jalan keluarnya.
5. Tips Meningkatkan SQ
- a. Seringlah melakukan mawas diri dan renungkan mengenai diri sendiri, kaitan hubungan dengan orang lain, serta peristiwa yang dihadapi.
 - b. Kenali tujuan, tanggung jawab , hak , dan kewajiban hidup .
 - c. Tumbuhkan kepedulian, kasih sayang, dan kedamaian.
 - d. Ambil hikmah dari segala perubahan di dalam kehidupan sebagai jalan untuk meningkatkan mutu kehidupan.
 - e. Kembangkan tim kerja dan kemitraan yang saling asah-asih-asuh/jangan egois.
 - f. Belajar mempunyai rasa rendah hati di hadapan Allah dan sesama manusia.

Ringkasan

1. Psikologi dapat didefinisikan sebagai ilmu pengetahuan yang mempelajari tingkah laku dan proses mental.
2. Nyawa adalah daya jasmaniah yang adanya tergantung pada hidup jasmani dan menimbulkan perbuatan badaniah (organic behavior) yaitu perbuatan yang ditimbulkan oleh proses belajar, misal : insting, refleksi, nafsu dan sebagainya.
3. Jiwa adalah daya hidup rohaniah yang bersifat abstrak yang menjadi penggerak dan pengatur bagi sekalian perbuatan-perbuatan pribadi (personal behavior) dari hewan tingkat tinggi hingga manusia. Perbuatan pribadi adalah perbuatan sebagai hasil proses belajar yang dimungkinkan oleh keadaan jasmani, rohaniah dan sosial.
4. IQ, EQ, SQ dan ESQ adalah penggambaran dari potensi manusia sebagai makhluk paling cerdas dan kompleks di muka bumi. Pembagian ini mewakili dari banyak potensi kecerdasan manusia.
5. IQ, SQ dan EQ ternyata dapat ditingkatkan dengan melakukan tips meningkatkan IQ, SQ dan EQ.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Psikologi adalah :
 - A. Ilmu jiwa atau bisa di sebut ilmu yang mempelajari kejiwaan
 - B. Ilmu yang mempelajari tentang kesehatan.
 - C. Ilmu yang berhubungan dengan sehat dan sakit.
 - D. Ketiganya salah

- 2) Bruno membagi pengertian psikologi dalam tiga bagian yang pada prinsipnya saling berhubungan.
 - A. Psikologi adalah studi (penyelidikan) mengenai "ruh".
 - B. Psikologi adalah ilmu pengetahuan mengenai "kehidupan mental",
 - C. Psikologi adalah ilmu pengetahuan mengenai "tingkah laku organisme".
 - D. Semua benar

- 3) Kecerdasan Emosional adalah kemampuan untuk :
 - A. Mengatur hati
 - B. Pengelolaan diri sendiri
 - C. Tidak melebih-lebihkan kesenangan.
 - D. Semua benar

- 4) Nyawa adalah daya jasmaniah yang adanya tergantung pada hidup jasmani dan menimbulkan:
 - A. Perbuatan badaniah.
 - B. Perbuatan baik.
 - C. Ketidakseimbangan
 - D. Kematian

- 5) Perbuatan pribadi adalah perbuatan sebagai hasil proses belajar yang dimungkinkan oleh keadaan :
 - A. jasmani, rohaniyah dan sosial.
 - B. Jasmani, kesakitan dan latihan.
 - C. Sosial, kesehatan, kesembuhan.
 - D. Ketiganya salah

Topik 2

Pemahaman Sosial dan Persepsi

PENDAHULUAN

Keberadaan manusia sebagai makhluk individu dan sosial mengandung pengertian bahwa manusia merupakan makhluk unik, dan merupakan perpaduan antara aspek individu sebagai perwujudan dirinya sendiri dan makhluk sosial sebagai anggota kelompok atau masyarakat.

Manusia sebagai makhluk individu dan sosial akan menampilkan tingkah laku tertentu, akan terjadi peristiwa pengaruh mempengaruhi antara individu yang satu dengan individu yang lain. Hasil dari peristiwa saling mempengaruhi tersebut maka timbulah perilaku sosial tertentu yang akan mewarnai pola interaksi tingkah laku setiap individu. Perilaku sosial individu akan ditampilkan apabila berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini individu akan mengembangkan pola respon tertentu yang sifatnya cenderung konsisten dan stabil sehingga dapat ditampilkan dalam situasi sosial yang berbeda-beda.

Perilaku sosial adalah perilaku yang relatif menetap yang diperlihatkan oleh individu di dalam berinteraksi dengan orang lain. Orang yang berperilakunya mencerminkan keberhasilan dalam proses sosialisasinya dikatakan sebagai orang yang sosial,

Telah dipaparkan bahwa manusia merupakan makhluk yang berjiwa, dan kenyataan ini kiranya tidak ada yang membantah, dan kehidupan kejiwaan itu direfleksikan dalam perilaku, aktivitas manusia. Sudah sejak dari dahulu kala para ahli telah membicarakan masalah ini, antara lain oleh plato, Aristoteles, sebagai ahli-ahli fikir pada waktu itu yang telah membicarakan mengenai soal jiwa ini. Kalau manusia mengadakan intropeksi kepada diri masing-masing, memang dapat dimengerti bahwa dalam dirinya, manusia merasa senang kalau melihat sesuat yang indah, berpikir kalau menghadapi sesuat masalah, ingin membeli sesuatu kalau membutuhkan sesuatu barang, semua ini memberikan gambaran bahwa dalam diri manusia berlangsung kegiatan-kegiatan atau aktivitas-aktivitas kejiwaan.

Seperti telah di kemukakan di bagian atas , uraian perilaku pada Bab ini adalah mengenai pemahaman soaial dan persepsi kesehatan diri .

Pemahaman sosial ini akan di uraikan secara lebih dalam melalui teori dari para ahli , demikian juga pemahaman tentang persepsi kesehatan diri .

Di harapkan setelah mempelajari materi Bab ini, diharapkan anda mendapat pengetahuan baru terkait pemahaman tentang pemahaman soaial dalam masyarakat dan persepsi diri tentang kesehatan .

Dari pembahasan Bab ini di tujukan agar anda dapat menjelaskan tentang:

1. Perilaku sosial individu akan ditampilkan apabila berinteraksi dengan orang lain. Dalam hal ini individu akan mengembangkan pola respon tertentu yang sifatnya cenderung konsisten dan stabil sehingga dapat ditampilkan dalam situasi sosial yang berbeda-beda.
2. Perilaku sosial adalah perilaku yang relatif menetap yang diperlihatkan oleh individu di dalam berinteraksi dengan orang lain. Orang yang berperilakunya mencerminkan keberhasilan dalam proses sosialisasinya dikatakan sebagai orang yang sosial.

Teori pemahaman sosial dan pengaruhnya terhadap kesehatan

1. Pemahaman sosial merupakan kemampuan untuk mempersepsi orang lain/kelompok lain secara akurat dan menafsirkan perilaku mereka.
2. Meskipun tak seorangpun memiliki waktu atau energi yang tak terbatas untuk mengevaluasi secara cermat suatu individu atau kelompok masyarakat tertentu.

A. TEORI BANDURA

Teori pemahaman sosial ini dikembangkan oleh Bandura (West dan Wicklund, 1980) yang pada dasarnya menguraikan ide bagaimana belajar dan merubah perilaku, dan awalnya muncul sebagai kritik terhadap teori belajar tradisional terhadap berbagai masalah yang kurang dapat diselesaikan.

Masalah itu misalnya bagaimana menciptakan kreativitas kalau hanya berdasarkan *reinforcement* semata, bagaimana memandang proses belajar perilaku melalui trial and error jika perilaku itu beresiko seperti belajar menyetir mobil, apakah *reinforcement* selalu mutlak diberikan dan sebagainya.

Reinforcement adalah “Proses dimana tingkah laku diperkuat oleh konsekuensi yang segera mengikuti tingkah laku tersebut. Saat sebuah tingkah laku mengalami penguatan maka tingkah laku tersebut akan cenderung untuk muncul kembali pada masa mendatang.”

B. PERCOBAAN THORNDIKE

Pada percobaan yang dilakukan oleh Thorndike (tahun 1911), Ia meletakkan seekor kucing yang lapar pada sebuah kandang. Di sisi luar kandang yang dapat dilihat oleh kucing, Thorndike meletakkan makanan. Pintu kandang akan terbuka jika kucing memukul tuas yang ada pada pintu. Pintu tidak akan terbuka kecuali kucing dapat memukul tuas tersebut. Setelah melakukan beberapa gerakan, akhirnya kucing dapat memukul tuas tersebut dan akhirnya pintu terbuka sehingga kucing tersebut dapat mengambil makanan tersebut. Perlakuan yang sama dilakukan pada waktu yang berbeda dan ternyata kucing dengan segera mampu membuka pintu kandang dengan memukul tuas yang ada.

Hasil Percobaan Thorndike

Pada contoh ini, kucing tersebut akan cenderung untuk memukul tuas saat ini dimasukkan kedalam kandang, karena tingkah laku tersebut segera menghasilkan akibat terbukanya pintu dan kucing dapat mengambil makanan yang ada. Mengambil makanan (pada kucing yang lapar tersebut) merupakan konsekuensi yang *reinforced* (memperkuat) tingkah laku kucing memukul tuas yang ada

Dari contoh di atas, *reinforcement* dapat didefinisikan sebagai:

- a. Kejadian perilaku tertentu
- b. Diikuti oleh akibat yang segera mengikutinya
- c. Hasilnya menguatkan tingkah laku tersebut.

C. JENIS-JENIS REINFORCEMENT

1. Positive Reinforcement

Kejadian sebuah tingkah laku, diikuti oleh penambahan stimulus atau peningkatan intensitas dari stimulus yang hasilnya menguatkan tingkah laku tersebut

Contoh : Positif Reinforcement. Saat anak bertingkah laku tantrum di toko, ia mendapatkan permen (positive reinforcer/penguat positif diberikan). Akibatnya, anak akan cenderung untuk tantrum di toko.

2. Negative Reinforcement

Kejadian sebuah tingkah laku, diikuti oleh penghilangan stimulus atau penurunan intensitas stimulus yang hasilnya menguatkan tingkah laku tersebut.

Contoh : Negative Reinforcement. Tingkah laku Ibu yang membelikan anak permen berhasil mengurangi atau menghentikan tingkah laku tantrum anak (stimulus yang tidak disukai menghilang). Akibatnya, Ibu akan cenderung untuk membelikan anak permen saat anak bertingkah laku tantrum di toko.

- Teori ini dalam menjelaskan terjadinya perilaku melibatkan aspek kognitif, yang diartikan bagaimana manusia memikirkan sesuatu dan melakukan interpretasi terhadap berbagai pengalaman yang diperoleh.
- Di samping itu, teori ini menjelaskan bahwa perilaku yang baru dan kompleks dapat diciptakan dengan observasi terhadap model yang dihadirkan secara langsung ataupun tidak langsung . Oleh karena itu, teori ini juga disebut *observational learning theory*.
- Bandura : Pribadi, Lingkungan dan Tingkah laku saling mempengaruhi
- Bandura melukiskan : Teori Belajar Sosial berusaha menjelaskan tingkah laku manusia dari segi interaksi timbal-balik yang berkesinambungan antara faktor kognitif, tingkahlaku, dan faktor lingkungan. Dalam proses determinisme timbal-balik itulah terletak kesempatan bagi manusia untuk mempengaruhi nasibnya maupun batas-batas kemampuannya untuk memimpin diri sendiri

D. APLIKASI TEORI

Belajar melalui observasi ini akan melibatkan orang lain yaitu model dalam memperagakan suatu aktivitas. Bandura mengusulkan tiga macam pendekatan treatment, yakni:

1. Latihan Penguasaan (desensitisasi modeling)

Mengajari klien menguasai tingkahlaku yang sebelumnya tidak bisa dilakukan (misalnya karena takut). Treatment konseling dimulai dengan membantu klien mencapai relaksasi yang mendalam. Kemudian konselor meminta klien membayangkan hal yang menakutkannya secara bertahap. Misalnya, ular, dibayangkan melihat ular mainan di etalase toko. Kalau klien dapat membayangkan kejadian itu tanpa rasa takut, mereka diminta membayangkan bermain-main dengan ular mainan, kemudian melihat ular dikandang kebun binatang, kemudian menyentuh ular, sampai akhirnya menggendong ular. Ini adalah model desensitisasi sistemik yang pada paradigma behaviorisme dilakukan dengan memanfaatkan variasi penguatan. Bandura memakai desensitisasi sistemik itu dalam pikiran (karena itu teknik ini terkadang disebut; modeling kognitif) tanpa memakai penguatan yang nyata.

2. Modeling terbuka (modeling partisipan)

Klien melihat model nyata, biasanya diikuti dengan klien berpartisipasi dalam kegiatan model, dibantu oleh modelnya meniru tingkahlaku yang dikehendaki, sampai akhirnya mampu melakukan sendiri tanpa bantuan.

3. Modeling Simbolik

Klien melihat model dalam film, atau gambar/cerita. Kepuasan vikarious (melihat model mendapat penguatan) mendorong klien untuk mencoba/meniru tingkahlaku modelnya.

Jenis- Jenis Peniruan :

a. Peniruan Langsung

Pembelajaran langsung dikembangkan berdasarkan teori pembelajaran social Albert Bandura. Ciri khas pembelajaran ini adalah adanya modeling , yaitu suatu fase dimana seseorang memodelkan atau mencontohkan sesuatu melalui demonstrasi bagaimana suatu ketrampilan itu dilakukan. Meniru tingkah laku yang ditunjukkan oleh model melalui proses perhatian. Contoh : Meniru gaya penyanyi yang disukai

b. Peniruan Tak Langsung

Peniruan Tak Langsung adalah melalui imajinasi atau perhatian secara tidak langsung. Contoh : Meniru watak yang dibaca dalam buku, memperhatikan seorang guru mengajarkan rekannya.

c. Peniruan Gabungan

Peniruan jenis ini adalah dengan cara menggabungkan tingkah laku yang berlainan yaitu peniruan langsung dan tidak langsung. Contoh : Pelajar meniru gaya gurunya melukis dan cara mewarnai daripada buku yang dibacanya.

d. Peniruan Sesaat/seketika.

Tingkah laku yang ditiru hanya sesuai untuk situasi tertentu saja.

Contoh : Meniru Gaya Pakaian di TV, tetapi tidak boleh dipakai di sekolah.

e. Peniruan Berkelanjutan

Tingkah laku yang ditiru boleh ditonjolkan dalam situasi apapun.

Contoh : Pelajar meniru gaya bahasa gurunya.

E. PERSEPSI

1. Persepsi tentang Kesehatan Diri.

Persepsi membantu individu untuk dapat menyadari dan dapat mengerti tentang keadaan yang ada disekitarnya maupun tentang keadaan diri individu yang bersangkutan.

Suryono (2004) menyatakan bahwa *self-perception* adalah persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang berasal dari dalam diri individu, artinya yang menjadi objek adalah diri sendiri. Termasuk dalam hal kesehatan, persepsi tentang kesehatan diri merupakan suatu pemaknaan tentang keadaan diri individu itu sendiri.

Pengertian persepsi kesehatan diri menurut WHO (Asmadi, 2008) diartikan sebagai keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan. Kesehatan tidak didapatkan secara utuh apabila ada salah satu dari aspek fisik, mental ataupun sosial yang sedang mengalami gangguan atau masalah. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Syafrudin & Hamidah, 2009)

Kesehatan :

- Hal ini berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi.
- Menurut Sunaryo (2004) Persepsi merupakan proses akhir dari pengamatan yang diawali oleh proses penginderaan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh alat indera, kemudian individu ada perhatian, diteruskan ke otak, dan individu menyadari tentang sesuatu. Dengan persepsi individu menyadari dapat mengerti tentang keadaan lingkungan yang ada di sekitarnya maupun tentang hal yang ada dalam diri individu yang bersangkutan.
- Persepsi dapat diartikan sebagai proses kognitif dalam memahami informasi tentang diri dan lingkungannya melalui pancaindera, dan tiap-tiap individu mungkin memberikan tanggapan dan arti yang berbeda.

Obat :

- Perilaku Berobat. Berobat berasal dari kata obat. Menurut Novia (2010), obat adalah bahan yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit atau menyembuhkan, sedangkan pengobatan merupakan penyembuhan; proses perbuatan yang menyembuhkan.
- Widyatamma (2011) menyatakan bahwa obat adalah senyawa atau campuran senyawa yang berkhasiat mengurangi, menghilangkan gejala, atau menyembuhkan penyakit.
- Pengertian berobat menurut Soenarwo (2009) adalah bagian dari ikhtiar menuju sehat. Ini menandakan bahwa berobat bukanlah satu-satunya faktor penentu kesehatan, ada faktor lain yang juga ikut berperan.

2. Perilaku Berobat

Perilaku berobat dapat dijelaskan melalui model kepercayaan kesehatan (Health Beliefe Model), Notoadmodjo (2004) menyatakan bahwa model kepercayaan kesehatan adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio-psikologis. Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa masalah kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behavior*), yang oleh Becker dikembangkan dari teori lapangan (*field theory* Lewin) menjadi model kepercayaan kesehatan (health belief model).

Berobat adalah kegiatan yang dilakukan seseorang untuk mengurangi, dan menyembuhkan suatu penyakit. Jadi, perilaku berobat adalah respon individu terhadap penyakit yang diderita, respon tersebut dapat berupa mendatangi Rumah Sakit, Puskesmas, praktek dokter, atau tempat-tempat lain yang dianggap dan diyakini mampu membuatnya menjadi sehat.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut:

1. Apa yang saudara ketahui tentang Pemahaman Sosial ?.
2. Jelaskan tentang teori Pemahaman Sosial yang dikembangkan oleh Bandura.
3. Apa yang dimaksud dengan *Reinforcement*?
4. Sebutkan definisi Kesehatan menurut UU RI no 23 tahun 1992.
5. Jelaskan apa yang dimaksud Obat menurut Widyatamma.

Jawaban:

1. Pemahaman sosial merupakan kemampuan untuk mempersepsi orang lain/kelompok lain secara akurat dan menafsirkan perilaku mereka, meskipun tak seorangpun memiliki waktu atau energi yang tak terbatas untuk mengevaluasi secara cermat suatu individu atau kelompok masyarakat tertentu.
2. Teori Pemahaman Sosial yang dikembangkan oleh Bandura (West dan Wicklund, 1980) pada dasarnya menguraikan ide bagaimana belajar dan merubah perilaku, dan awalnya muncul sebagai kritik terhadap teori belajar tradisional terhadap berbagai masalah yang kurang dapat diselesaikan. Masalah itu misalnya bagaimana menciptakan kreativitas kalau hanya berdasarkan *reinforcement* semata, bagaimana memandang proses belajar perilaku melalui trial and error jika perilaku itu beresiko seperti belajar menyetir mobil, apakah *reinforcement* selalu mutlak diberikan dan sebagainya.
3. *Reinforcement* adalah :
"Proses dimana tingkah laku diperkuat oleh konsekuensi yang segera mengikuti tingkah laku tersebut .Saat sebuah tingkah laku mengalami penguatan maka tingkah laku tersebut akan cenderung untuk muncul kembali pada masa mendatang."
4. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
5. Widyatamma (2011) menyatakan bahwa obat adalah senyawa atau campuran senyawa yang berkhasiat mengurangi, menghilangkan gejala, atau menyembuhkan penyakit.

Ringkasan

Pemahaman sosial merupakan kemampuan untuk mempersepsi orang lain/kelompok lain secara akurat dan menafsirkan perilaku mereka.

Pemahaman sosial Dalam hubungannya dengan kesehatan sangat meningkatkan pemahaman tentang bagaimana dan mengapa orang-orang mengadopsi perilaku tak sehat dan sehat serta bagaimana cara mengubah perilaku yang berpengaruh terhadap kesehatan. Dimana dalam pemahaman sosial menjelaskan tentang hubungan dan pengaruh lingkungan (eksternal), pribadi (internal) mempengaruhi tingkah laku.

Dalam aplikasi teori pemahaman sosial dalam kehidupan ada 3 pendekatan yang diperlukan

1. Latihan Penguasaan (desensitisasi modeling)
2. Modeling terbuka (modeling partisipan): Klien melihat model nyata,
3. Modeling Simbolik; Klien melihat model dalam film, atau gambar.

Menurut Bandura : Pribadi, Lingkungan dan Tingkah laku adalah saling mempengaruhi *Reinforcement* adalah kejadian perilaku tertentu yang diikuti oleh akibat yang segera mengikutinya, hasilnya menguatkan tingkah laku tersebut.

Persepsi dapat diartikan sebagai proses kognitif dalam memahami informasi tentang diri dan lingkungannya melalui pancaindra, dan tiap-tiap individu mungkin memberikan tanggapan dan arti yang berbeda.

perilaku berobat adalah respon individu terhadap penyakit yang diderita, respon tersebut dapat berupa mendatangi Rumah Sakit, Puskesmas, praktek dokter, atau tempat-tempat lain yang dianggap dan diyakini mampu membuatnya menjadi sehat.

Pengertian Persepsi Kesehatan Diri menurut WHO (Asmadi, 2008) diartikan sebagai keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan. Kesehatan tidak didapatkan secara utuh apabila ada salah satu dari aspek fisik, mental ataupun sosial yang sedang mengalami gangguan atau masalah

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pemahaman sosial adalah :
 - A. Kemampuan untuk membaca sifat orang lain secara akurat dan terperinci
 - B. Kemampuan untuk mempersepsi orang lain secara akurat dan menafsirkan perilaku mereka.
 - C. Dapat memahami orang lain dan berlaku adil .
 - D. Mampu untuk beradaptasi dan mengerti perasaan orang lain.
- 2) Percobaan yang dilakukan oleh Thorndike adalah menggunakan :
 - A. Seekor kucing yang lapar pada sebuah kandang.
 - B. Seekor kucing yang sudah kenyang pada sebuah kandang.
 - C. 1 (satu) ekor Kucing dan 1 ekor anjing yang diletakkan dikandang berbeda.
 - D. 1 (satu) ekor tikus yang lapar pada sebuah kandang.
- 3) Dalam aplikasi teori pemahaman sosial di kehidupan ada 3 pendekatan yang diperlukan
 - A. Latihan Penguasaan , Modeling terbuka, Modeling tertutup.
 - B. Modeling terbuka, latihan sosial, modeling simbolik.
 - C. Latihan Penguasaan, Modeling terbuka, Modeling Simbolik.
 - D. Semua benar.
- 4) Yang dimaksud dengan Berobat adalah :
 - A. Kegiatan yang dilakukan seseorang untuk mengurangi, dan menyembuhkan suatu penyakit.
 - B. Kegiatan seseorang untuk pergi ke pengobatan alternatif.
 - C. Menyembuhkan dengan menggunakan herbal.
 - D. Semua salah.

- 5) *Reinforcement* adalah :
- A. Proses dimana tingkah laku diperkuat oleh konsekuensi yang segera mengikuti tingkah laku tersebut .
 - B. Saat sebuah tingkah laku mengalami penguatan maka tingkah laku tersebut akan cenderung untuk muncul kembali pada masa mendatang.
 - C. Tingkah laku yang menyimpang dan dilakukan dengan kekerasan.
 - D. A dan B benar.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1:

1. A
2. D
3. D
4. A
5. A

Tes 2:

1. B
2. A
3. C
4. A
5. D

Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (2006). *Rumah Tangga Sehat*. Jakarta.

Notoatmodjo, S. & Sarwono, S. (1990). *Pengantar ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Glenz, K. (1990). *Health behaviour and health education theory research and practice*. San Francisco: Joosey- Bas Publisher

Perundang-Undangan Kesehatan

BAB 3

KOMUNIKASI VERBAL, KOMUNIKASI NONVERBAL DAN ETIKA PROFESI

Netty Thamaria, MH

PENDAHULUAN

- Manusia adalah makhluk sosial.
- Manusia hanya dapat hidup berkembang dan berperan sebagai manusia dengan berhubungan dan bekerja sama dengan manusia lain.
- Salah satu cara terpenting untuk berhubungan dan bekerja sama dengan manusia adalah komunikasi.
- Komunikasi merupakan salah satu aspek terpenting dan kompleks bagi kehidupan manusia.
- Manusia sangat dipengaruhi oleh komunikasi yang dilakukannya dengan manusia lain, baik yang sudah dikenal maupun yang tidak dikenal sama sekali.
- Komunikasi memiliki peran yang sangat vital bagi kehidupan manusia, karena itu kita harus memberikan perhatian yang seksama terhadap komunikasi
- Jika anda ditanya, apakah komunikasi itu?
- Apa yang terjadi jika sejumlah orang bertemu dan berinteraksi?
- Ketika anda mencoba menjawab kedua pertanyaan itu, maka sebenarnya anda tengah menyusun sebuah komunikasi.
- Kedua pertanyaan itu tampak mudah, bahkan orang awam yang bukan ahli pun dapat memberikan jawaban menurut sudut pandangnya.

Dalam bab 3 ini Anda akan diperkenalkan dengan konsep-konsep yang terdapat dalam teori komunikasi yang meliputi komunikasi verbal dan nonverbal seperti perbedaan dan fungsi kedua jenis komunikasi tersebut. Elemen-elemen dalam komunikasi verbal yang dibahas adalah kata dan bahasa; sedangkan untuk komunikasi nonverbal, dalam Topik ini Anda akan diperkenalkan dengan karakteristik komunikasi nonverbal yang cenderung mengalir terus.

Diperlukan ketelitian dalam melakukan kegiatan kefarmasian, dengan teliti dan terus menerus melatih diri serta belajar ketrampilan bidang profesi di harapkan perilaku nya sesuai dengan etika profesinya di masyarakat. Pengertian Profesi adalah suatu jabatan atau juga pekerjaan yang menuntut keahlian atau suatu keterampilan dari pelakunya. Biasanya sebutan dari “profesi” selalu dapat dikaitkan dengan pekerjaan atau juga jabatan yang dipegang oleh seseorang, namun tidak semua pekerjaan atau suatu jabatan dapat disebut dengan profesi. Karena profesi menuntut keahlian dari para pemangkunya. Hal tersebut mengandung arti bahwa suatu pekerjaan atau suatu jabatan yang disebut dengan profesi tidak bisa dipegang oleh sembarang orang, namun tetapi memerlukan suatu persiapan

dengan melalui pendidikan serta pelatihan yang dikembangkan khusus untuk itu. Pekerjaan tersebut tidak sama dengan profesi.

Setelah mempelajari bab ini Anda diharapkan mampu:

1. menjelaskan apa yang dimaksud dengan komunikasi verbal, komunikasi nonverbal, perbedaan
2. membedakan karakteristik komunikasi verbal dan nonverbal
3. menjelaskan fungsi komunikasi verbal dan nonverbal
4. pengertian profesi, dan pengertian etika , pengertian etika profesi , serta apa itu etika profesi tenaga teknis kefarmasian (TTK) , menjelaskan kode etik dari tenaga teknis kefarmasian

Pengetahuan mengenai komunikasi verbal dan nonverbal ini penting bagi Anda yang bekerja di bidang kefarmasian karena akan berperan dalam membantu Anda untuk melakukan komunikasi yang efektif dan melayani masyarakat di bidang kesehatan serta dapat memahami, menerapkannya dalam melakukan tugas kegiatan sesuai kompetensi pendidikan dan berdasarkan etika profesi anda .

Topik 1

Komunikasi Verbal dan Komunikasi Nonverbal

- Pesan yang disampaikan oleh pengirim kepada penerima dapat dikemas secara verbal dengan kata-kata atau nonverbal tanpa kata-kata.
- Komunikasi yang pesannya dikemas secara verbal disebut komunikasi verbal,
- Komunikasi yang pesannya dikemas secara nonverbal disebut komunikasi nonverbal.
- Jadi, komunikasi verbal adalah penyampaian makna dengan menggunakan kata-kata.
- Sedang komunikasi nonverbal tidak menggunakan kata-kata.
- Dalam komunikasi sehari-hari 35% berupa komunikasi verbal dan 65% berupa komunikasi nonverbal.

A. KOMUNIKASI VERBAL

- Komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan kata-kata, entah lisan maupun tulisan.
- Komunikasi ini paling banyak dipakai dalam hubungan antar manusia.
- Melalui kata-kata, mereka mengungkapkan perasaan, emosi, pemikiran, gagasan, atau maksud mereka, menyampaikan fakta, data, dan informasi serta menjelaskannya, saling bertukar perasaan dan pemikiran, saling berdebat, dan bertengkar.
- Dalam komunikasi verbal itu bahasa memegang peranan penting.

Ada beberapa unsur penting dalam komunikasi verbal, yaitu:

3. Bahasa

Pada dasarnya bahasa adalah suatu system lambang yang memungkinkan orang berbagi makna. Dalam komunikasi verbal, lambang bahasa yang dipergunakan adalah bahasa verbal entah lisan, tertulis pada kertas, ataupun elektronik. Bahasa suatu bangsa atau suku berasal dari interaksi dan hubungan antara warganya satu sama lain.

Bahasa memiliki banyak fungsi, namun sekurang-kurangnya ada tiga fungsi yang erat hubungannya dalam menciptakan komunikasi yang efektif. Ketiga fungsi itu adalah:

- a. Untuk mempelajari tentang dunia sekeliling kita;
- b. Untuk membina hubungan yang baik di antara sesama manusia
- c. Untuk menciptakan ikatan-ikatan dalam kehidupan manusia.

Bagaimana mempelajari bahasa?

Menurut para ahli, ada tiga teori yang membicarakan sehingga orang bisa memiliki kemampuan berbahasa.

1. Teori pertama disebut *Operant Conditioning* yang dikembangkan oleh seorang ahli psikologi behavioristik yang bernama B. F. Skinner (1957).
Teori ini menekankan unsur rangsangan (stimulus) dan tanggapan (response) atau lebih dikenal dengan istilah S-R. teori ini menyatakan bahwa jika satu organisme dirangsang oleh stimuli dari luar, orang cenderung akan memberikan reaksi. Anak-anak mengetahui bahasa karena ia diajar oleh orang tuanya atau meniru apa yang diucapkan oleh orang lain.
2. Teori kedua ialah teori kognitif yang dikembangkan oleh Noam Chomsky. Menurutnya kemampuan berbahasa yang ada pada manusia adalah pembawaan biologis yang dibawa dari lahir.
3. Teori ketiga disebut *Mediating theory* atau teori penengah. Dikembangkan oleh Charles Osgood. Teori ini menekankan bahwa manusia dalam mengembangkan kemampuannya berbahasa, tidak saja bereaksi terhadap rangsangan (stimuli) yang diterima dari luar, tetapi juga dipengaruhi oleh proses internal yang terjadi dalam dirinya.

2. Kata

Kata merupakan inti lambang terkecil dalam bahasa. Kata adalah yang melambangkan atau mewakili sesuatu hal, entah orang, barang, kejadian, atau keadaan. Jadi, kata itu bukan orang, barang, kejadian, atau keadaan sendiri. Makna kata tidak ada pada pikiran orang. Tidak ada hubungan langsung antara kata dan hal. Yang berhubungan langsung hanyalah kata dan pikiran orang.

C. KOMUNIKASI NON VERBAL

- Komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk nonverbal, tanpa kata-kata.
- Dalam hidup nyata komunikasi nonverbal jauh lebih banyak dipakai daripada komunikasi verbal.
- Dalam berkomunikasi hampir secara otomatis komunikasi nonverbal ikut terpakai. Karena itu, komunikasi nonverbal bersifat tetap dan selalu ada.
- Komunikasi nonverbal lebih jujur mengungkapkan hal yang mau diungkapkan karena spontan.
- Komunikasi nonverbal dapat berupa bahasa tubuh, tanda (*sign*), tindakan/perbuatan (*action*) atau objek (*object*).
- Bahasa Tubuh. Bahasa tubuh yang berupa raut wajah, gerak kepala, gerak tangan,, gerak-gerik tubuh mengungkapkan berbagai perasaan, isi hati, isi pikiran, kehendak, dan sikap orang.

- Tanda. Dalam komunikasi nonverbal tanda mengganti kata-kata, misalnya, bendera, rambu-rambu lalu lintas darat, laut, udara; aba-aba dalam olahraga.
- Tindakan/perbuatan. Ini sebenarnya tidak khusus dimaksudkan mengganti kata-kata, tetapi dapat menghantarkan makna. Misalnya, menggebrak meja dalam pembicaraan, menutup pintu keras-keras pada waktu meninggalkan rumah, menekan gas mobil kuat-kuat. Semua itu mengandung makna tersendiri.
- Objek. Objek sebagai bentuk komunikasi nonverbal juga tidak mengganti kata, tetapi dapat menyampaikan arti tertentu. Misalnya, pakaian, aksesoris dandan, rumah, perabot rumah, harta benda, kendaraan, hadiah

Hal menarik dari komunikasi nonverbal ialah studi Albert Mehrabian (1971) yang menyimpulkan bahwa :

“tingkat kepercayaan dari pembicaraan orang hanya 7% berasal dari bahasa verbal, 38% dari vocal suara, 55% dari ekspresi muka”

Jika terjadi pertentangan antara apa yang diucapkan seseorang dengan perbuatannya, orang lain cenderung mempercayai hal-hal yang bersifat nonverbal.

Oleh sebab itu, Mark Knapp (1978) menyebut bahwa penggunaan kode nonverbal dalam berkomunikasi memiliki fungsi untuk:

- a. Meyakinkan apa yang diucapkannya (*repetition*)
- b. Menunjukkan perasaan dan emosi yang tidak bisa diutarakan dengan kata-kata (*substitution*)
- c. Menunjukkan jati diri sehingga orang lain bisa mengenalnya (*identity*)
- d. Menambah atau melengkapi ucapan-ucapan yang dirasakan belum sempurna

Ada perbedaan antara kedua sistem komunikasi verbal dan nonverbal

Pertama, komunikasi nonverbal yang dianggap lebih jujur. Jika perilaku verbal dan nonverbal yang tidak konsisten, kebanyakan orang percaya perilaku nonverbal. Ada sedikit bukti bahwa perilaku nonverbal sebenarnya lebih dapat dipercaya daripada komunikasi verbal, setelah semua, kita sering mengontrolnya cukup sadar. Meskipun demikian, hal itu dianggap lebih dapat dipercaya. (Anderson, 1999)

Akhirnya, komunikasi verbal adalah diskrit, sedangkan komunikasi nonverbal terus menerus. Simbol verbal mulai dan berhenti, kami mulai berbicara pada satu saat dan berhenti berbicara saat yang lain.

Sebaliknya, komunikasi nonverbal cenderung mengalir terus. Sebelum kita berbicara, ekspresi wajah dan postur mengungkapkan perasaan kita, saat kita bicara, gerakan tubuh kita dan mengkomunikasikan penampilan, dan setelah kita berbicara postur tubuh berubah, mungkin santai

Secara sekilas telah diuraikan pada bagian awal tulisan ini, bahwa antara komunikasi verbal dan nonverbal merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan, dalam arti, kedua bahasa tersebut bekerja bersama-sama untuk menciptakan suatu makna. Namun,

keduanya juga memiliki perbedaan-perbedaan. Dalam pemikiran Don Stacks dan kawan-kawan, ada tiga perbedaan utama di antara keduanya yaitu :

1. Kesengajaan pesan (the intentionality of the message),
2. Tingkat simbolisme dalam tindakan atau pesan (the degree of symbolism in the act or message).
3. Pemrosesan mekanisme (processing mechanism). Kita mencoba untuk menguraikannya satu per satu.

Uraianannya :

1. Kesengajaan (*intentionality*)

Satu perbedaan utama antara komunikasi verbal dan nonverbal adalah persepsi mengenai niat (*intent*). Pada umumnya niat ini menjadi lebih penting ketika kita membicarakan lambang atau kode verbal. Michael Burgoon dan Michael Ruffner menegaskan bahwa sebuah pesan verbal adalah komunikasi kalau pesan tersebut

- a. dikirimkan oleh sumber dengan sengaja dan
- b. diterima oleh penerima secara sengaja pula.

Komunikasi nonverbal tidak banyak dibatasi oleh niat atau intent tersebut. Persepsi sederhana mengenai niat ini oleh seorang penerima sudah cukup dipertimbangkan menjadi komunikasi nonverbal.

Sebab, komunikasi nonverbal cenderung kurang dilakukan dengan sengaja dan kurang halus apabila dibandingkan dengan komunikasi verbal.

Selain itu, komunikasi nonverbal mengarah pada norma-norma yang berlaku, sementara niat atau intent tidak terdefinisikan dengan jelas.

Misalnya, norma-norma untuk penampilan fisik. Kita semua berpakaian, namun berapa sering kita dengan sengaja berpakaian untuk sebuah situasi tertentu? Berapa kali seorang teman memberi komentar terhadap penampilan kita?

Persepsi receiver mengenai niat ini sudah cukup untuk memenuhi persyaratan guna mendefinisikan komunikasi nonverbal.

2. Perbedaan perbedaan simbolik (*symbolic differences*)

Kadang-kadang niat atau intent ini dapat dipahami karena beberapa dampak simbolik dari komunikasi kita. Misalnya, memakai pakaian dengan warna atau model tertentu, mungkin akan dipahami sebagai suatu 'pesan' oleh orang lain (misalnya berpakaian dengan warna hitam akan diberi makna sebagai ungkapan ikut berduka cita).

3. Mekanisme pemrosesan (*processing mechanism*)

- a. Perbedaan ketiga antara komunikasi verbal dan nonverbal berkaitan dengan bagaimana kita memproses informasi. Semua informasi termasuk komunikasi diproses melalui otak, kemudian otak kita menafsirkan informasi ini lewat pikiran

yang berfungsi mengendalikan perilaku-perilaku fisiologis (refleks) dan sosiologis (perilaku yang dipelajari dan perilaku sosial).

- b. Satu perbedaan utama dalam pemrosesan adalah dalam tipe informasi pada setiap belahan otak. Secara tipikal, belahan otak sebelah kiri adalah tipe informasi yang lebih tidak berkesinambungan dan berubah-ubah, sementara belahan otak sebelah kanan, tipe informasinya lebih berkesinambungan dan alami

Berdasarkan pada perbedaan tersebut, pesan-pesan verbal dan nonverbal berbeda dalam konteks struktur pesannya.

Komunikasi nonverbal kurang terstruktur. Aturan-aturan yang ada ketika kita berkomunikasi secara nonverbal adalah lebih sederhana dibanding komunikasi verbal yang mempersyaratkan aturan-aturan tata bahasa dan sintaksis.

Komunikasi nonverbal secara tipikal diekspresikan pada saat tindak komunikasi berlangsung. Tidak seperti komunikasi verbal, bahasa nonverbal tidak bisa mengekspresikan peristiwa komunikasi di masa lalu atau masa mendatang. Selain itu, komunikasi nonverbal mempersyaratkan sebuah pemahaman mengenai konteks di mana interaksi tersebut terjadi, sebaliknya komunikasi verbal justru menciptakan konteks tersebut.

Perbedaan lain tentang komunikasi verbal dan nonverbal dapat dilihat dari dimensi-dimensi yang dimiliki keduanya. Gagasan ini dicetuskan oleh Malandro dan Barker seperti yang dikutip dalam buku Komunikasi Antar Budaya tulisan Dra. Ilya Sunarwinadi, M.A.

1. Struktur vs. Nonstruktur

Komunikasi verbal sangat terstruktur dan mempunyai hukum atau aturan-aturan tata bahasa. Dalam komunikasi nonverbal hampir tidak ada atau tidak ada sama sekali struktur formal yang mengarahkan komunikasi. Kebanyakan komunikasi nonverbal terjadi secara tidak disadari, tanpa urutan kejadian, yang dapat diramalkan sebelumnya. Tanpa pola yang jelas, perilaku nonverbal yang sama dapat memberi arti yang berbeda pada saat yang berlainan.

2. Linguistik vs. Nonlinguistik

Linguistik adalah ilmu yang mempelajari asal usul, struktur, sejarah, variasi regional dan ciri-ciri fonetik dari bahasa. Dengan kata lain, linguistik mempelajari macam-macam segi bahasa verbal, yaitu suatu sistem dari lambang-lambang yang sudah diatur pemberian maknanya.

Sebaliknya, pada komunikasi nonverbal, karena tidak adanya struktur khusus, maka sulit untuk memberi makna pada lambang. Belum ada sistem bahasa nonverbal yang didokumentasikan, walaupun ada usaha untuk memberikan arti khusus pada ekspresi-ekspresi wajah tertentu. Beberapa teori mungkin akan memberikan pengecualian pada bahasa kaum tuna-rungu yang berlaku universal, sekalipun ada juga lambang-lambang yang bersifat unik.

3. Sinambung (*continuous*) vs. Tidak Sinambung (*discontinuous*)
Komunikasi nonverbal dianggap bersifat sinambung, sementara komunikasi verbal didasarkan pada unit-unit yang terputus-putus. Komunikasi nonverbal baru berhenti bila orang yang terlibat di dalamnya meninggalkan suatu tempat. Tetapi selama tubuh, wajah dan kehadiran kita masih dapat dipersepsikan oleh orang lain atau diri kita sendiri, berarti komunikasi nonverbal dapat terjadi. Tidak sama halnya dengan kata-kata dan simbol dalam komunikasi verbal yang mempunyai titik awal dan akhir yang pasti.
4. Dipelajari vs. Didapat secara Ilmiah
Jarang sekali individu yang diajarkan cara untuk berkomunikasi secara nonverbal. Biasanya ia hanya mengamati dan mengalaminya. Bahkan ada yang berpendapat bahwa manusia lahir dengan naluri-naluri dasar nonverbal. Sebaliknya komunikasi verbal adalah sesuatu yang harus dipelajari
5. Pemrosesan dalam Bagian Otak sebelah Kiri vs. Pemrosesan dalam Bagian Otak sebelah kanan
Pendekatan neurofisiologik melihat perbedaan dalam pemrosesan stimuli verbal dan nonverbal pada diri manusia. Pendekatan ini menjelaskan bagaimana kebanyakan stimuli nonverbal diproses dalam bagian otak sebelah kanan, sedangkan stimuli verbal yang memerlukan analisis dan penalaran, diproses dalam bagian otak sebelah kiri. Dengan adanya perbedaan ini, maka kemampuan untuk mengirim dan menerima pesan berbeda pula.

C. PERBEDAAN DAN FUNGSI KOMUNIKASI VERBAL DAN NONVERBAL

1. Banyak perilaku nonverbal yang diatur oleh dorongan-dorongan biologik. Sebaliknya komunikasi verbal diatur oleh aturan-aturan dan prinsip-prinsip yang dibuat oleh manusia, seperti sintaks dan tata bahasa. Misalnya, kita bisa secara sadar memutuskan untuk berbicara, tetapi dalam berbicara secara tidak sadar pipi menjadi memerah dan mata berkedip terus-menerus
2. Banyak komunikasi nonverbal serta lambang-lambang yang bermakna universal. Sedangkan komunikasi verbal lebih banyak yang bersifat spesifik bagi kebudayaan tertentu.
3. Dalam komunikasi nonverbal bisa dilakukan beberapa tindakan sekaligus dalam suatu waktu tertentu, sementara komunikasi verbal terikat pada urutan waktu.
4. Komunikasi nonverbal dipelajari sejak usia sangat dini. Sedangkan penggunaan lambang berupa kata sebagai alat komunikasi membutuhkan masa sosialisasi sampai pada tingkat tertentu.
5. Komunikasi nonverbal lebih dapat memberi dampak emosional dibanding komunikasi verbal.

Fungsi Komunikasi Verbal dan Non Verbal :

- a. Meskipun komunikasi verbal dan nonverbal memiliki perbedaan-perbedaan, namun keduanya dibutuhkan untuk berlangsungnya tindak komunikasi yang efektif. Fungsi dari lambang-lambang verbal maupun nonverbal adalah untuk memproduksi makna yang komunikatif.
- b. Secara historis, kode nonverbal sebagai suatu multi saluran akan mengubah pesan
 - 1) verbal melalui enam fungsi:
 - 2) Pengulangan (*repetition*),
 - 3) Berlawanan (*contradiction*),
 - 4) Pengganti (*substitution*),
 - 5) Pengaturan (*regulation*),
 - 6) Penekanan (*accentuation*)
 - 7) Pelengkap (*complementation*).

Dalam tahun 1965, Paul Ekman menjelaskan bahwa pesan nonverbal akan mengulang atau meneguhkan pesan verbal. Misalnya dalam suatu lelang, kita mengacungkan satu jari untuk menunjukkan jumlah tawaran yang kita minta, sementara secara verbal kita mengatakan "satu".

Pesan-pesan nonverbal juga berfungsi untuk mengkontradiksikan atau menegaskan pesan verbal seperti dalam sarkasme atau sindirian-sindirian tajam. Kadang-kadang, komunikasi nonverbal mengganti pesan verbal. Misalnya, kita tidak perlu secara verbal menyatakan kata "menang", namun cukup hanya mengacungkan dua jari kita membentuk huruf 'V' (victory) yang bermakna kemenangan.

Fungsi lain dari komunikasi nonverbal adalah mengatur pesan verbal. Pesan-pesan nonverbal berfungsi untuk mengendalikan sebuah interaksi dalam suatu cara yang sesuai dan halus, seperti misalnya anggukan kepala selama percakapan berlangsung. Selain itu, komunikasi nonverbal juga memberi penekanan kepada pesan verbal, seperti mengacungkan kepalan tangan. Dan akhirnya fungsi komunikasi nonverbal adalah pelengkap pesan verbal dengan mengubah pesan verbal, seperti tersenyum untuk menunjukkan rasa bahagia kita.

Bahwa dalam suatu peristiwa komunikasi, perilaku nonverbal digunakan secara bersama-sama dengan Bahasa verbal:

- a. Perilaku nonverbal memberi aksen atau penekanan pada pesan verbal. Misalnya menyatakan terima kasih dengan tersenyum.
- b. Perilaku nonverbal sebagai pengulangan dari bahasa verbal. Misalnya menyatakan arah tempat dengan menjelaskan "Perpustakaan Universitas Terbuka terletak di belakang gedung ini", kemudian mengulang pesan yang sama dengan menunjuk arahnya.
- c. Tindak komunikasi nonverbal melengkapi pernyataan verbal, misalnya mengatakan maaf pada teman karena tidak dapat meminjamkan uang; dan agar lebih percaya,

pernyataan itu ditambah lagi dengan ekspresi muka sungguh-sungguh atau memperlihatkan saku atau dompet yang kosong.

- d. Perilaku nonverbal sebagai pengganti dari komunikasi verbal. misalnya menyatakan rasa haru tidak dengan kata-kata, melainkan dengan mata yang berlinang-linang.

Dalam perkembangannya sekarang ini, fungsi komunikasi nonverbal dipandang sebagai pesan-pesan yang holistik, lebih dari pada sebagai sebuah fungsi pemrosesan informasi yang sederhana. Fungsi-fungsi holistik mencakup identifikasi, pembentukan dan manajemen kesan, muslihat, emosi dan struktur percakapan. Karenanya, komunikasi nonverbal terutama berfungsi mengendalikan (controlling), dalam arti kita berusaha supaya orang lain dapat melakukan apa yang kita perintahkan.

Hickson dan Stacks menegaskan bahwa fungsi-fungsi holistik tersebut dapat diturunkan dalam 8 fungsi, yaitu :

- 1) Pengendalian terhadap percakapan,
- 2) Kontrol terhadap perilaku orang lain,
- 3) Ketertarikan atau kesenangan,
- 4) Penolakan atau ketidaksenangan,
- 5) Peragaan informasi kognitif,
- 6) Peragaan informasi afektif,
- 7) Penipuan diri (*self-deception*) .
- 8) Muslihat terhadap orang lain

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas , kerjakan latihan berikut :

Pertanyaan:

1. Jelaskan yang saudara ketahui apa yang dimaksud dengan komunikasi verbal.
2. Apa yang dimaksud dengan komunikasi nonverbal?. Jelaskan.
3. Sebutkan 8 Fungsi yang dimaksud oleh Hickson dan Stacks.
4. Kode nonverbal akan mengubah pesan verbal menjadi 6 fungsi, sebutkan.
5. Jelaskan menurut Mark Knapp bahwa penggunaan kode nonverbal dalam berkomunikasi memiliki beberapa fungsi.

Jawaban:

1. Komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan kata-kata, entah lisan maupun tulisan. Komunikasi ini paling banyak dipakai dalam hubungan antar manusia. Melalui kata-kata, mereka mengungkapkan perasaan, emosi, pemikiran, gagasan, atau maksud mereka, menyampaikan fakta, data, dan informasi serta menjelaskannya, saling bertukar perasaan dan pemikiran, saling berdebat, dan bertengkar. Dalam komunikasi verbal itu bahasa memegang peranan penting.
2. Komunikasi Non Verbal : adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk nonverbal, tanpa kata-kata. Dalam hidup nyata komunikasi nonverbal jauh lebih banyak dipakai daripada komunikasi verbal. Dalam berkomunikasi hampir secara otomatis komunikasi nonverbal ikut terpakai. Karena itu, komunikasi nonverbal bersifat tetap dan selalu ada. Komunikasi nonverbal lebih jujur mengungkapkan hal yang mau diungkapkan karena spontan. Komunikasi nonverbal dapat berupa bahasa tubuh, tanda (*sign*), tindakan/perbuatan (*action*) atau objek (*object*).
3. Delapan fungsi yang diturunkan menurut Hickson dan Stucks :
 - 1) Pengendalian terhadap percakapan,
 - 2) Kontrol terhadap perilaku orang lain,
 - 3) Ketertarikan atau kesenangan,
 - 4) Penolakan atau ketidaksesuaian,
 - 5) Peragaan informasi kognitif,
 - 6) Peragaan informasi afektif,
 - 7) Penipuan diri (*self-deception*) .
 - 8) Muslihat terhadap orang lain
4. Kode nonverbal sebagai suatu multi saluran akan mengubah pesan verbal melalui enam fungsi:
 - 1) Pengulangan (*repetition*),
 - 2) Berlawanan (*contradiction*),
 - 3) Pengganti (*substitution*),
 - 4) Pengaturan (*regulation*),
 - 5) Penekanan (*accentuation*)
 - 6) Pelengkap (*complementation*).
5. Mark Knapp menyebut bahwa penggunaan kode nonverbal dalam berkomunikasi memiliki fungsi untuk:
 - a) Meyakinkan apa yang diucapkannya (*repetition*)
 - b) Menunjukkan perasaan dan emosi yang tidak bisa diutarakan dengan kata-kata (*substitution*)
 - c) Menunjukkan jati diri sehingga orang lain bisa mengenalnya (*identity*)
 - d) Menambah atau melengkapi ucapan-ucapan yang dirasakan belum sempurna

Ringkasan

1. Salah satu cara terpenting untuk berhubungan dan bekerja sama dengan manusia adalah komunikasi. Komunikasi merupakan salah satu aspek terpenting dan kompleks bagi kehidupan manusia.
2. Komunikasi verbal adalah diskrit, sedangkan komunikasi nonverbal terus menerus. Simbol verbal mulai dan berhenti, kami mulai berbicara pada satu saat dan berhenti berbicara saat yang lain.
Sebaliknya, komunikasi nonverbal cenderung mengalir terus. Sebelum kita berbicara, ekspresi wajah dan postur mengungkapkan perasaan kita, saat kita bicara, gerakan tubuh kita dan mengkomunikasikan penampilan, dan setelah kita berbicara postur tubuh berubah, mungkin santai
3. Komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan kata-kata, baik lisan maupun tulisan.
Dalam komunikasi verbal terdapat dua unsur penting, yaitu bahasa dan kata
Sedangkan komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk nonverbal, tanpa kata-kata, lebih ke ekspresi. Dalam komunikasi nonverbal terdapat beberapa unsur penting, yaitu: bahasa tubuh, tanda (*sign*), tindakan/perbuatan (*action*) atau objek (*object*).

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Komunikasi verbal adalah:
 - A. Komunikasi yang menggunakan kata-kata, entah lisan maupun tulisan.
 - B. Komunikasi paling banyak dipakai dalam hubungan antar manusia.
 - C. Ketika seseorang menjawab pertanyaan maka berarti orang tsb sedang melakukan komunikasi.
 - D. Semua benar
- 2) Linguistik adalah :
 - A. Ilmu yang mempelajari asal usul, struktur, sejarah, variasi regional dan ciri-ciri fonetik
 - B. dari bahasa.
 - C. Ilmu yang mempelajari bahasa ibu.
 - D. Ilmu yang berkaitan dengan kemampuan untuk bercerita.

- 3) Komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang bersifat :
- A. Komunikasi yang bersifat tetap dan selalu ada.
 - B. Komunikasi yang bersifat tidak tetap dan selalu ada.
 - C. Komunikasi yang bersifat tetap namun selalu tidak ada.
 - D. Tidak ada yang benar
- 4) Mana pernyataan yang benar berikut ini :
- A. Komunikasi nonverbal lebih dapat memberi dampak emosional dibanding komunikasi verbal.
 - B. Komunikasi nonverbal kurang dapat memberi dampak emosional dibanding komunikasi verbal.
 - C. Komunikasi verbal lebih dapat member dampak emosional dibanding komunikasi nonverbal.
 - D. Semua benar.
- 5) Dari pernyataan ini mana yang paling benar :
- A. Dalam komunikasi nonverbal bisa dilakukan beberapa tindakan sekaligus dalam suatu waktu tertentu.
 - B. Komunikasi verbal terikat pada urutan waktu.
 - C. Komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk nonverbal , tanpa kata – kata.
 - D. Semua benar.

Topik 2 Etika Profesi

PENDAHULUAN

Keberadaan manusia sebagai makhluk individu dan sosial mengandung pengertian bahwa manusia merupakan makhluk unik, dan merupakan perpaduan antara aspek individu sebagai perwujudan dirinya sendiri dan makhluk sosial sebagai anggota kelompok atau masyarakat. Untuk mengatakan apakah suatu pekerjaan termasuk profesi atau bukan, kriteria pekerjaan tersebut harus diuji.

Sebagai mahasiswa Diploma III kefarmasian , diperlukan ketelitian dan melakukan kegiatan kefarmasian dengan teliti dan terus menerus melatih diri serta belajar ketrampilan di bidang profesinya , sehingga di harapkan perilaku nya disesuaikan dengan etika profesinya di masyarakat .

Pengertian Profesi adalah suatu jabatan atau juga pekerjaan yang menuntut keahlian atau suatu keterampilan dari pelakunya. Biasanya sebutan dari “profesi” selalu dapat dikaitkan dengan pekerjaan atau juga jabatan yang dipegang oleh seseorang, namun akan tetapi tidak semua pekerjaan atau suatu jabatan dapat disebut dengan profesi disebabkan karena profesi menuntut keahlian dari para pemangkunya. Hal tersebut mengandung arti bahwa suatu pekerjaan atau suatu jabatan yang disebut dengan profesi tidak bisa dipegang oleh sembarang orang, namun tetapi memerlukan suatu persiapan dengan melalui pendidikan serta pelatihan yang dikembangkan khusus untuk itu. Pekerjaan tersebut tidak sama dengan profesi.

Setelah anda mendapat pemahaman materi etika ini , diharapkan anda dapat memahami dan menerapkannya dalam melakukan tugas kegiatan sesuai kompetensi pendidikan dan berdasarkan etika profesi anda .

Dengan pemahaman materi ini, maka anda sudah dapat menjelaskan pengertian profesi, dan pengertian etika , pengertian atika profesi , serta apa itu etika profesi tenaga teknis kefarmasian (TTK) , menjelaskan kode etik dari tenaga teknis kefarmasian.

Pengetahuan mengenai etika profesi ini penting bagi Anda yang bekerja di bidang kefarmasian karena akan berperan dalam membantu Anda untuk melayani masyarakat di bidang kesehatan.

Pengertian Etika profesi menurut keiser dalam (Suhrawardi Lubis, 1994:6-7) merupakan suatu sikap hidup berupa keadilan untuk dapat memberikan pelayanan yang professional terhadap masyarakat dengan penuh ketertiban serta keahlian ialah sebagai pelayanan didalam rangka melaksanakan suatu tugas yang merupakan kewajiban terhadap masyarakat.

Pengertian Kode etik profesi adalah suatu sistem norma, nilai serta aturan professional tertulis yang dengan secara tegas menyatakan apa yang benar serta baik, dan juga apa yang tidak benar serta tidak baik bagi professional. Kode etik tersebut menyatakan

perbuatan apa yang benar / salah, perbuatan apa yang harus dilakukan serta juga apa yang harus dihindari.

Tujuan kode etik adalah supaya dapat professional memberikan jasa sebaik-baiknya kepada pemakai atau juga customernya. Dengan adanya kode etik tersebut akan dapat melindungi perbuatan yang tidak professional.

A. PENGERTIAN PROFESIONALISME

Pengertian Profesionalisme adalah suatu komitmen dari para anggota suatu profesi untuk dapat meningkatkan kemampuannya dengan secara terus menerus atau berkelanjutan. “Profesionalisme” ialah sebutan yang mengacu ke arah suatu sikap mental didalam bentuk komitmen dari para anggota suatu profesi untuk dapat senantiasa mewujudkan serta meningkatkan kualitas profesionalnya.

Etik/etika berasal dari kata ethos(Yunani) yang artinya Karakter, Watak kesusilaan atau Adat Istiadat atau kebiasaan.

Etika berkaitan dengan

- a. nilai-nilai,
- b. tata cara hidup yang baik,
- c. aturan hidup yang baik
- d. dan segala kebiasaan yang dianut dan diwariskan dari generasi ke generasi



Moral merujuk kepada cara berfikir, dan bagaimana mereka harus bertindak
Perbedaan antara moral dengan etika

1. Etika
 - a. Etika menyangkut perbuatan manusia
 - b. Etika menunjukkan cara yang tepat artinya cara yang diharapkan serta ditentukan dalam sebuah kalangan tertentu.
 - c. Etika hanya berlaku untuk pergaulan.
 - d. Etika bersifat relatif. Yang dianggap tidak sopan dalam sebuah kebudayaan, dapat saja dianggap sopan dalam kebudayaan lain.

2. Moral

- a. Moral tidak terbatas pada cara melakukan sebuah perbuatan, moral memberi norma tentang perbuatan itu sendiri.
- b. Moral menyangkut masalah apakah sebuah perbuatan boleh dilakukan atau tidak boleh dilakukan.
- c. Moral selalu berlaku walaupun tidak ada orang lain.
- d. Moral bersifat absolut. Perintah seperti “jangan berbohong” , “jangan mencuri” merupakan prinsip moral yang tidak dapat ditawar-tawar.

3. Etika dan Hukum Persamaannya

Mempunyai tujuan sosial yang sama yakni menghendaki agar manusia melakukan perbuatan yang baik dan benar

4. Etika dan Hukum Perbedaannya

Etika ditujukan kepada sikap batin manusia, dan sanksinya dari kelompok masyarakat profesi itu sendiri .

Hukum ditujukan pada sikap lahir manusia, membebani manusia dengan hak dan kewajiban, bersifat memaksa, sanksinya tegas dan konkret yang dilaksanakan melalui wewenang penguasa/pemerintah.

1) Etika

- a) Berlaku untuk lingkungan kelompok /profesi
- b) Disusun berdasarkan kesepakatan anggota kelompok/profesi
- c) Tidak seluruhnya tertulis dengan pasal-pasal
- d) Sanksi terhadap pelanggaran berupa tuntunan dan sanksi organisasi
- e) Pelanggaran diselesaikan oleh Majelis Etika (MPEAD dan MPEA)
- f) Penyelesaian pelanggaran seringkali tidak diperlukan/disertai bukti fisik

2) Hukum

- a) Berlaku untuk umum
- b) Disusun oleh badan pemerintah
- c) Tercantum secara rinci di dalam kitab UU dengan pasal-pasal, termasuk sanksi
- d) terhadap pelanggaran
- e) Sanksi terhadap pelanggaran berupa tuntutan, baik perdata maupun pidana
- f) Pelanggaran diselesaikan melalui pengadilan atau sanksi administrasi
- g) Penyelesaian pelanggaran memerlukan bukti fisik

3) Norma

diartikan sebagai kaidah atau pedoman untuk melakukan sesuatu.

Tujuan Etika dan Norma

- a) Mengarahkan perkembangan masyarakat menuju suasana yang harmonis, tertib, teratur, damai dan sejahtera.
- b) Mengajak orang bersikap kritis dan rasional dalam mengambil keputusan secara otonom Etika Norma

ETIKA



NORMA: 1. Norma Khusus

2. Norma Umum: a. Norma Sopan Santun
b. Norma Hukum

5. Macam-macam Norma

Dibagi 2 yaitu :

- 1) Norma khusus adalah aturan yang berlaku dalam bidang kegiatan tertentu atau khusus, ex: aturan olahraga, aturan kuliah, dll
- 2) Norma umum adalah aturan yang bersifat umum dan universal. Contoh : Norma sopan santun, Norma hukum , Norma moral.
 - a) Norma sopan santun : Mengatur pola perilaku dan sikap lahiriah manusia.
Misal: mengatur perilaku pergaulan, bertamu, minum, makan, berpakaian, dll.
 - b) Norma hukum : merupakan norma yang biasanya dimodifikasikan dalam bentuk aturan tertulis sebagai pegangan bagi masyarakat untuk berperilaku yang baik maupun sebagai pedoman untuk menjatuhkan hukuman bagi pelanggarnya. Misal: UUD 1945, PP, Tap MPR, Keppres, KUHP, dll.
 - c) Norma moral: Norma yang bersumber dari hati nurani (conscience), menjadi tolak ukur yang dipakai oleh masyarakat dalam menentukan baik buruknya tindakan manusia sebagai anggota masyarakat atau sebagai orang dengan jabatan atau profesi tertentu.

B. ETIKA PROFESI

Profesi adalah: Pekerjaan yang dilakukan sebagai nafkah hidup dengan mengandalkan keahlian dan keterampilan yang tinggi dan dengan melibatkan komitmen pribadi (moral) yang mendalam

Profesional adalah: Orang yang memerlukan kepandaian khusus untuk melakukan suatu pekerjaan

Profesi: Dituntut ketekunan, keuletan, disiplin, komitmen dan irama kerja yang pasti, karena pekerjaan ini melibatkan secara langsung pihak-pihak lain.

1. Orang yang professional mempunyai :
2. Disiplin kerja yang tinggi yang muncul dari dalam dirinya sendiri
3. Tidak karena orang lain.
4. Integritas pribadi yang tinggi dan mendalam.
5. Tahu menjaga nama baiknya,
6. Komitmen moralnya,
7. Tuntutan profesi serta nilai dan cita-cita yang diperjuangkan oleh profesinya.

1. Ciri – ciri Profesi

- a. Adanya keahlian dan keterampilan khusus yang diatur dalam aturan yang disebut Dengan kode etik
- b. Adanya komitmen moral yang tinggi.
- c. Orang yang profesional, hidup dari profesinya membentuk identitas dari orang tsb
- d. Pengabdian kepada masyarakat
- e. Ada izin khusus untuk menjalankan profesi tersebut
- f. Para profesional biasanya menjadi anggota dari suatu Organisasi Profesi mis: IDI (dokter), PGRI, dsb

Pekerjaan Kefarmasian membutuhkan tingkat keahlian dan kewenangan yang didasari oleh suatu standar kompetensi, dan etika

Etika profesional farmasi tidak hanya mendorong/meningkatkan kinerja bagi tenaga farmasi, tetapi juga akan memberikan peningkatan kontribusi fungsional /peranan farmasi bagi masyarakat.

Ruang lingkup pelayanan kefarmasian meliputi Tanggung jawab, kewenangan dan hak.

- a. Bidang Apotek/Apotek Rumah Sakit
- b. Bidang Toko Obat
- c. Bidang Pedagang Besar Farmasi
- d. Bidang Puskesmas
- e. Bidang Industri
- f. Bidang Instalasi Perbekalan Farmasi

C. KODE ETIK

Fungsi Kode Etik

1. Memberikan arahan bagi suatu pekerjaan profesi
2. Menjamin mutu moralitas profesi di mata masyarakat

Tuntutan bagi anggota profesi:

1. Keharusan menjalankan profesinya secara bertanggung jawab
2. Keharusan untuk tidak melanggar hak-hak orang lain

Kode etik harus disosialisasikan karena :

1. Sebagai sarana kontrol social.
2. Mencegah campur tangan yang dilakukan oleh pihak luar yang bukan kalangan profesi
3. Mengembangkan petunjuk baku dari kehendak manusia yang lebih tinggi berdasarkan moral.
- 4.

1. Tujuan Kode Etik

- a. Melindungi anggota organisasi untuk menghadapi persaingan pekerjaan profesi yang tidak jujur dan untuk mengembangkan tugas profesi sesuai dengan kepentingan masyarakat.
- b. Menjalin hubungan bagi anggota profesi satu sama lain dan menjaga nama baik profesi kualifikasi
- c. Merangsang pengembangan profesi pendidikan yang memadai
- d. Mencerminkan hubungan antara pekerjaan profesi dengan pelayanan masyarakat dan kesejahteraan social
- e. Mengurangi kesalahpahaman dan konflik baik dari antar anggota maupun dengan masyarakat umum
- f. Membentuk ikatan yang kuat bagi semua anggota dan melindungi profesi terhadap pemberlakuan norma hukum yang bersifat imperatif sebelum disesuaikan dengan saluran norma moral profesi.

2. Kode Etik

- a. Kewajiban terhadap Profesi
- b. Kewajiban Ahli Farmasi terhadap teman sejawat
- c. Kewajiban terhadap Pasien/pemakai Jasa
- d. Kewajiban Terhadap Masyarakat
- e. Kewajiban Ahli Farmasi Indonesia thd Profesi Kesehatan Lainnya

3. Kode Etik Tenaga Teknis Kefarmasian

a. Kewajiban terhadap Profesi

- 1) Seorang Asisten Apoteker harus menjunjung tinggi serta memelihara martabat, kehormatan profesi, menjaga integritas dan kejujuran serta dapat dipercaya.
- 2) Seorang Asisten Apoteker berkewajiban untuk meningkatkan keahlian dan pengetahuan sesuai dengan perkembangan teknologi.
- 3) Seorang tenaga teknis kefarmasian senantiasa harus melakukan pekerjaan profesinya sesuai dengan standar operasional prosedur, standar profesi yang berlaku dan kode etik profesi
- 4) Seorang tenaga teknis kefarmasian senantiasa harus menjaga profesionalisme dalam memenuhi panggilan tugas dan kewajiban profesi

b. Kewajiban Ahli Farmasi terhadap teman sejawat

- 1) Seorang Ahli Farmasi Indonesia memandang teman sejawat sebagaimana dirinya dalam memberikan penghargaan
- 2) Seorang Ahli Farmasi Indonesia senantiasa menghindari perbuatan yang merugikan teman sejawat secara material maupun moral
- 3) Seorang Ahli Farmasi Indonesia senantiasa meningkatkan kerjasama dan memupuk keutuhan martabat jabatan kefarmasian, mempertebal rasa saling percaya didalam menunaikan tugas

c. Kewajiban terhadap Pasien/pemakai Jasa

- 1) Seorang tenaga teknis kefarmasian harus bertanggung jawab dan menjaga kemampuannya dalam memberikan pelayanan kepada pasien/pemakai jasa secara professional
- 2) Seorang tenaga teknis kefarmasian harus menjaga rahasia kedokteran dan rahasia kefarmasian, serta hanya memberikan kepada pihak yang berhak
- 3) Seorang tenaga teknis kefarmasian harus berkonsultasi/merujuk kepada teman sejawat atau teman sejawat profesi lain untuk mendapatkan hasil yang akurat atau baik.

d. Kewajiban Terhadap Masyarakat

- 1) Seorang ahli Farmasi harus mampu sebagai suri teladan ditengah-tengah masyarakat
- 2) Seorang ahli Farmasi Indonesia dalam pengabdian profesinya memberikan semaksimal mungkin pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki
- 3) Seorang ahli Farmasi Indonesia harus selalu aktif mengikuti perkembangan peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan khususnya dibidang kesehatan khususnya dibidang Farmasi
- 4) Seorang ahli Farmasi Indonesia harus selalu melibatkan diri dalam usaha – usaha pembangunan nasional khususnya dibidang kesehatan

- 5) Seorang ahli Farmasi harus mampu sebagai pusat informasi sesuai bidang profesinya kepada masyarakat dalam pelayanan kesehatan
 - 6) Seorang ahli Farmasi Indonesia harus menghindarkan diri dari usaha- usaha yang mementingkan diri sendiri serta bertentangan dengan jabatan Farmasian.
- e. Kewajiban Ahli Farmasi Indonesia terhadap Profesi Kesehatan Lainnya
- 1) Seorang Ahli Farmasi Indonesia senantiasa harus menjalin kerjasama yang baik, saling percaya, menghargai dan menghormati terhadap profesi kesehatan lainnya
 - 2) Seorang Ahli Farmasi Indonesia harus mampu menghindarkan diri terhadap perbuatan-perbuatan yang dapat merugikan, menghilangkan kepercayaan, penghargaan masyarakat terhadap profesi kesehatan lainnya
4. **Sumpah Tenaga Teknis Kefarmasian mengandung 4 (empat) butir-butir penting, bunyinya:**
1. Bahwa saya, sebagai tenaga teknis kefarmasian, akan melaksanakan tugas saya sebaik-baiknya, menurut undang – undang yang berlaku, dengan penuh tanggung jawab dan kesungguhan.
 2. Bahwa saya, sebagai tenaga teknis kefarmasian, dalam melaksanakan tugas atas dasar kemanusiaan, tidak akan membedakan pangkat, kedudukan, keturunan, golongan, bangsa dan agama.
 3. Bahwa saya, sebagai tenaga teknis kefarmasian, dalam melaksanakan tugas, akan membina kerja sama, keutuhan dan kesetiakawanan, dengan teman sejawat.
 4. Bahwa saya, sebagai tenaga teknis kefarmasian, tidak akan menceritakan kepada siapapun, segala rahasia yang berhubungan dengan tugas saya, kecuali jika diminta oleh pengadilan, untuk keperluan kesaksian.

Semoga Tuhan yang Maha Esa, memberikan kekuatan kepada saya.

5. **Profesi Farmasi di Masyarakat**

SWOT Analysis

Kekuatan :

- a. Kecenderungan Mayoritas Wanita
- b. *Basic Knowledge* Yang Dapat Diandalkan
- c. Regulasi Yang Menyangkut Profesi Farmasi
- d. Trend Masyarakat Membuka Apotek
- e. Tawaran Pendidikan Lanjut

Peluang

- a. Pelayanan Asuhan Kefarmasian Yang Terus Berkembang
- b. Lingkup Bidang Pelayanan Obat Yang Masih Luas
- c. Harapan Masyarakat Yang Tetap Tinggi

Hambatan

- a. Arus Globalisasi
- b. Sistem Birokrasi Yang Ada
- c. Pandangan Sebelah Mata Profesi Lain
- d. Semangat Negatif Anggota Profesi

Kelemahan

- a. Kepercayaan Diri Yang Rendah.
- b. *Basic Knowledge* Yang Berkaki Dua
- c. Desakan Kebutuhan Hidup
- d. Kesadaran Profesional Yang Rendah
- e. Egoisme Dalam Kebersamaan Berprofesi
- f. Regulasi Yang Kontradiktif Dengan Profesi

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut:

Pertanyaan :

1. Sebutkan perbedaan Moral dengan Etika.
2. Apa yang disebut Profesi?.
3. Jelaskan apa yang dimaksud dengan orang yang professional ?.
4. Apa yang dimaksud dengan Fungsi Kode Etik?
5. Mengapa Kode Etik harus disosialisasikan?

Jawaban:

1. Perbedaan antara moral dengan etika

ETIKA:

- a. Etika menyangkut perbuatan manusia
- b. Etika menunjukkan cara yang tepat artinya cara yang diharapkan serta ditentukan dalam sebuah kalangan tertentu.
- c. Etika hanya berlaku untuk pergaulan.
- d. Etika bersifat relatif. Yang dianggap tidak sopan dalam sebuah kebudayaan, dapat saja dianggap sopan dalam kebudayaan lain.

MORAL:

- a. Moral tidak terbatas pada cara melakukan sebuah perbuatan, moral memberi norma tentang perbuatan itu sendiri.
 - b. Moral menyangkut masalah apakah sebuah perbuatan boleh dilakukan atau tidak boleh dilakukan.
 - c. Moral selalu berlaku walaupun tidak ada orang lain.
 - d. Moral bersifat absolut. Perintah seperti “jangan berbohong” , “jangan mencuri” merupakan prinsip moral yang tidak dapat ditawar-tawar.
2. Profesi adalah Pekerjaan yang dilakukan sebagai nafkah hidup dengan mengandalkan keahlian dan keterampilan yang tinggi dan dengan melibatkan komitmen pribadi (moral) yang mendalam .
3. Orang yang professional mempunyai :
- a. Disiplin kerja yang tinggi yang muncul dari dalam dirinya sendiri
 - b. Tidak karena orang lain.
 - c. Integritas pribadi yang tinggi dan mendalam.
 - d. Tahu menjaga nama baiknya,
 - e. Komitmen moralnya,
 - f. Tuntutan profesi serta nilai dan cita-cita yang diperjuangkan oleh profesinya.
4. Fungsi Kode Etik :
- a. Memberikan arahan bagi suatu pekerjaan profesi
 - b. Menjamin mutu moralitas profesi di mata masyarakat
5. Kode etik harus disosialisasikan karena :
- a. Sebagai sarana kontrol sosial.
 - b. Mencegah campur tangan yang dilakukan oleh pihak luar yang bukan kalangan profesi
 - c. Mengembangkan petunjuk baku dari kehendak manusia yang lebih tinggi berdasarkan moral.

Ringkasan

Dalam melaksanakan tugas profesinya Asisten Apoteker /Tenaga Teknis Kefarmasian bekerja berdasarkan standart profesi dan kode etik profesi yang telah ditentukan. Standar profesi dan kode etik digunakan sebagai pedoman bagi seluruh Asisten Apoteker / TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) dalam melaksanakan tugas profesinya. TTK yang professional adalah tenaga kesehatan yang kompeten, memiliki dasar ilmu pengetahuan sesuai dengan profesinya, memiliki kemauan untuk trampil melakukan profesinya dan memiliki sikap yang menampilkan profesinya

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Etika dan Hukum Persamaannya :
 - A. Mempunyai tujuan sosial yang sama yakni menghendaki agar manusia melakukan perbuatan yang baik dan benar.
 - B. Mempunyai tujuan yang sama yaitu menjaga agar manusia mengikuti peraturan lalu lintas.
 - C. Etika dan hukum sama- sama berlandaskan kekuatan.
 - D. Tidak ada yang benar.
2. Etika dan Hukum Perbedaannya :
 - A. Etika ditujukan kepada sikap batin manusia, Hukum ditujukan pada sikap lahir manusia
 - B. Etika sanksinya dari kelompok masyarakat profesi itu sendiri , Hukum membebani manusia dengan hak dan kewajiban.
 - C. Etika berlaku untuk kalangan organisasi/profesi, hukum berlaku umum.
 - D. Semua benar
3. Norma sopan santun termasuk dalam:
 - A. Norma Umum.
 - B. Norma Khusus.
 - C. Norma hukum.
 - D. Salah semua
4. Pilihlah jawaban yang benar :
 - A. Moral menyangkut masalah apakah sebuah perbuatan boleh dilakukan atau tidak boleh dilakukan.
 - B. Moral selalu berlaku walaupun tidak ada orang lain.
 - C. Moral bersifat absolut.
 - D. Semua benar
5. Profesi: dituntut
 - A. Ketekunan,
 - B. Keuletan.
 - C. Disiplin.
 - D. Benar semua

Kunci Jawaban Tes

Tes 1:

1. D
2. A
3. A
4. A
5. D

Tes 2:

1. A
2. D
3. A
4. D
5. D

Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan: *Profil Kesehatan Indonesia*

Departemen kesehatan dan badan pusat statistik, rumah tangga sehat, jakarta 2006

Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (2006). *Rumah Tangga Sehat*. Jakarta.

Notoatmodjo, S. & Sarwono, S. (1990). *Pengantar ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Glenz, K. (1990). *Health behaviour and health education theory research and practice*. San Fransisco: Joosey- Bas Publisher

BAB 4

PRESEPSI PERILAKU SAKIT DAN PERILAKU PENCARIAN PELAYANAN KESEHATAN

Netty Thamaria, MH

PENDAHULUAN

Bab 3 ini Anda akan diperkenalkan dengan konsep-konsep yang terdapat dalam teori komunikasi yang meliputi komunikasi verbal dan nonverbal seperti perbedaan dan fungsi kedua jenis komunikasi tersebut. Elemen-elemen dalam komunikasi verbal yang dibahas adalah kata dan bahasa; sedangkan untuk komunikasi nonverbal, dalam Topik ini Anda akan diperkenalkan dengan karakteristik komunikasi nonverbal yang cenderung mengalir terus.

Pembahasan mengenai pengertian persepsi dan perilaku sakit dalam bab ini terutama akan lebih di tekankan pada definisi dan perseptif .

Definisi akan memberikan pengertian dasar mengenal apakah perilaku sakit itu, dan apakah maksud dari persepsi itu sendiri.

Uraian dalam Bab yang terdahulu memberikan Anda pemahaman tentang konsep perilaku, konsep perilaku kesehatan, konsep perubahan perilaku, konsep psikologis dan konsep komunikasi. Dalam Bab ini, merupakan rangkaian materi yang telah disampaikan dari bab-bab sebelumnya, sehingga Anda dapat memperoleh materi ilmu perilaku ini dengan memahami setiap materi dari semua bab yang telah diuraikan di atas, semua itu untuk menambahkan ilmu pengetahuan terkait dasar perilaku yang lebih mendasar di bidangnya.

Setelah mempelajari bab ini Anda diharapkan mampu:

1. menjelaskan persepsi penyakit dan sakit.
2. Menjelaskan teori dan perilaku sakit
3. Menjelaskan elemen-elemen perilaku sakit
4. perilaku dalam pencarian pelayanan kesehatan,
5. respon terhadap sakit
6. konsep tentang pelayanan kesehatan
7. model pengguna pelayanan kesehatan

Pengetahuan yang Anda dapatkan dalam bab ini akan berguna dalam hal memberikan perspektif dalam pekerjaan di bidang teknis kefarmasian dan pelayanan kesehatan dimana Anda perlu mendapat gambaran yang lebih tepat apakah

Topik 1

Presepsi Perilaku Sakit

DEFINISI

Presepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus. Sensasi berasal dari dari sense yang artinya alat penginderaan, yang menghubungkan organism (manusia) dengan lingkungan. Sensasi terjadi bila alat-alat indra mengubah informasi atau stimulus menjadi implus-impuls saraf dengan “bahasa” yang dipahami “komputer” otak. Sensasi merupakan pengalaman elementer yang segera, dan yang tidak memerlukan penguraian herbal, simbolis, atau konseptual, terutama sekali hubungan dengan kegiatan alat indra. Sensasi terjadi setelah seseorang mengalami stimulus melalui indra, sesuai dengan objeknya. Sedangkan persepsi adalah, bagaimana seseorang memberi arti terhadap stimulus tersebut. Di tengah-tengah masyarakat dibangun sebuah fasilitas kesehatan, misalnya: puskesmas pada semua orang terjadi proses sensasi, bahwa bangunan itu adalah puskesmas, tetapi mereka mempersepsikan puskesmas tersebut berbeda-beda. Demikian juga penyakit yang terjadi dalam masyarakat, akan dipersepsikan berbeda-beda oleh masing orang. Bahkan beberapa orang yang menderita penyakit yang sama, sebagian orang dipersepsikan sebagai penyakit, tetapi sebagian lain lagi dipersepsikan bukan sebagai penyakit.

B. PERSEPSI PENYAKIT DAN SAKIT

Rendahnya utilisasi (penggunaan) fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, balai pengobatan, dan sebagainya sering kali kesalahan atau penyebab ditudingkan kepada faktor jarak antara fasilitas tersebut dengan msayarakat yang terlalu jauh (baik jarak secara fisik maupun secara sosial), tarif yang tinggi, pelayanan yang tidak memuaskan dan sebagainya. Kita sering melupakan faktor masyarakat itu sendiri, diantaranya presepsi atau konsep masyarakat tentang sakit.

Pada kenyataannya, didalam masyarakat terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak provider aatau penyelenggara pelayanan kesehatan. Timbulnya perbedaan konsep sehat-sakit yang diberikan oleh pihak penyelenggara pelayanan kesehatan disebabkan adanya presepsi sakit yang berbeda anatar masyarakat dan provider (pihak penyelenggara pelayanan kesehatan). Adanya perbedaan presepsi yang berkisar antara penyakit (*disease*) dengan illines (rasa sakit).

Kerangka pembahasan ini akan diberi batasan untuk kedua istilah tersebut. Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah suatu fenomena yang objektif yang terjadi perubahan fungsi-

fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Sedangkan sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya, atau persepsi seseorang terhadap penyakit yang dideritanya. Hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*). Dua orang yang menderita penyakit yang sama, misalnya TBC, yang satu merasakan atau mempersepsikan bahwa ia sakit, tetapi yang lain merasakan bahwa ia sakit.

Dari batasan kedua pengertian atau istilah yang berbeda tersebut, tampak adanya perbedaan konsep dari sehat-sakit yang kemudian akan menimbulkan permasalahan konsep sehat-sakit di dalam masyarakat. Secara objektif seseorang terkena penyakit, salah satu organ tubuhnya terganggu fungsinya, namun dia tidak merasa sakit. Atau sebaliknya, seseorang merasa sakit bila merasakan suatu di dalam tubuhnya, tetapi dari pemeriksaan klinis tidak diperoleh bukti bahwa ia sakit. Lebih lanjut penjelasan ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Penyakit ada sakit : kombinasi alternative

sakit penyakit (<i>disease</i>) (<i>Illness</i>)	Tak Hadir (<i>not present</i>)	Hadir/Ada (<i>present</i>)
Tak dirasakan (<i>not preceived</i>)	1	2
Dirasakan (<i>preceived</i>)	3	4

1. Area 1 (satu):

Menggambarkan bahwa seseorang tidak mengandung atau menderita penyakit dan juga tidak merasa sakit (*no disease and no illness*). Dalam keadaan demikian maka orang tersebut sehat menurut konsep kita (dari kacamata petugas kesehatan, orang yang bersangkutan juga merasa sehat).

2. Area 2 (dua)

Mengambarkan seseorang mendapat serangan penyakit (secara klinis), tetapi orang itu sendiri tidak merasa sakit atau mungkin tidak dirasakan sebagai sakit (*disease but no illness*). Dalam kenyataannya area ini adalah yang paling luas wilayahnya. Artinya, anggota-anggota masyarakat yang secara klinis maupun laboratoris menunjukkan gejala klinis bahwa mereka tidak merasakan sebagai sakit. Oleh karena itu, mereka tetap menjalankan kegiatannya sehari-hari sebagaimana orang sehat.

Dari sini keluar suatu konsep sehat masyarakat, yaitu bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari, dan keluar konsep sakit, di mana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidurnya, tidak dapat

menjalankan pekerjaan sehari-hari. Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun, kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa. Hal inipun bukan berarti mereka harus mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas dan sebagainya), tetapi juga fasilitas pengobatan tradisional (dukun dan sebagainya) yang kadang-kadang menjadi pilihan masyarakat yang pertama. Itulah sebabnya maka rendahnya penggunaan puskesmas atau tidak digunakannya fasilitas-fasilitas pengobatan modern dapat disebabkan oleh persepsi masyarakat tentang sakit yang berbeda dengan konsep *provider*.

3. Area 3 (tiga) :

Menggambarkan penyakit yang tidak hadir pada seseorang, tetapi orang tersebut merasa sakit atau tidak enak badan (*illness but no disease*). Pada kenyataannya kondisi ini hanya sedikit dalam masyarakat. Orang yang merasa sakit padahal setelah pemeriksaan baik secara klinis maupun laboratoris tidak diperoleh bukti bahwa ia menderita suatu penyakit. Hal ini mungkin karna gangguan-gangguan psikis saja, atau yang menderita “psikosomatis”

4. Area 4 (empat):

Menggambarkan adanya suatu fenomena yang sama baik bagi orang yang bersangkutan dan petugas kesehatan. Seseorang memang menderita sakit dan juga ia rasakan sebagai rasa sakit (*illness with disease*). Hal inilah sebenarnya yang dapat dikatakan benar-benar sakit. Dalam kondisi yang demikian ini fasilitas kesehatan dapat mencapai sasarnya secara optimal. Artinya, pelayanan yang di programkan akan bertemu dengan kebutuhan masyarakat.

Untuk meningkatkan daerah ke empat ini diperlukan suatu koreksi terhadap konsep masyarakat tentang sehat-sakit. Selama masih ada perbedaan konsep didalam masyarakat, dan selama belum ada pembetulan atas konsep-konsep yang salah ini maka peningkatan utilisasi-fasilitas kesehatan akan berjalan lamban dan bahkan macet sama sekali. Persepsi masyarakat tentang sakit yang “notabene” merupakan konsep sehat-sakit masyarakat berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Kelompok masyarakat yang satu berbeda dengan konsep sehat-sakitnya kelompok lain. Untuk itu maka tiap-tiap unit pelayanan kesehatan komunitas perlu mencari sendiri konsep sehat-sakit masyarakat yang dilayaninya. Untuk itu penelitian tentang aspek-aspek sosial budaya kesehatan sangat diperlukan oleh tiap unit pelayanan kesehatan komunitas. Jelasnya, tiap-tiap puskesmas atau unit pelayanan kesehatan perlu mengumpulkan data sosial budaya masyarakat yang dilayani guna meningkatkan jangkauan pelayanan.

C. TEORI PERILAKU SAKIT

Mechanics (1988) melakukan pendekatan sosial untuk mempelajari perilaku sakit. Pendekatan ini dihubungkan dengan teori konsep diri, definisi situasi, efek dari anggota kelompok dalam kesehatan dan efek birokrasi. Teori ini menekankan pada 2 faktor, yakni: a. persepsi atau definisi oleh individu pada suatu situasi dan b. kemampuan individu melawan sakit (keadaan yang berat).

Kedua faktor di atas digunakan untuk menjelaskan mengapa seseorang dengan kondisi sakit dapat mengatasinya, tetapi orang lain dengan kondisi yang lebih ringan justru mengalami kesulitan sosial dan psikologis.

Mechanics menjelaskan variasi-variasi dalam perilaku sakit, yaitu perilaku yang berhubungan dengan kondisi yang menyebabkan seseorang menaruh perhatian terhadap gejala-gejala pada dirinya dan kemudian mencari pertolongan. Jadi, teori ini difokuskan kepada pengertian proses perilaku yang tampak sebelum individu mencari pengobatan. Selanjutnya Mechanics mengembangkan analisis proses tentang perilaku sakit. Hal ini dilakukannya tidak hanya terhadap mereka yang kontak dengan petugas.

Selanjutnya Mechanics mengajukan 2 pertanyaan penting untuk di bahas, yakni etiologi sakit dan etiologi perilaku sakit. Dalam uraian selanjutnya ia hanya membahas etiologi perilaku sakit. Menurutinya banyak faktor atau variabel yang menyebabkan seorang bereaksi terhadap sakit, yaitu:

1. Gejala atau tanda-tanda dapat dikenali atau dirasakan menonjol dari gejala dan tanda-tanda yang menyimpang atau lain dari biasanya.
2. Banyaknya gejala-gejala yang di anggap serius (perkiraan kemungkinan bahaya).
3. Banyaknya gejala yang menyebabkan putusnya hubungan keluarga, pekerjaan aktifitas sosial yang lain.
4. frekuensi dari gejala dan tanda-tanda yang tampak, persistensinya dan frekuensi timbulnya.
5. Nilai ambang dari mereka yang terkena
6. Informasi, pengetahuan, dan asumsi budaya, dan pengertian-pengertian dari yang menilai.
7. Kebutuhan dasar (basic need) yang menyebabkan perilaku
8. Kebutuhan yang bersaing dengan respons sakit.
9. Perbedaan interpretasi yang mungkin terhadap gejala yang dikenalkan.
10. Tersedianya sumber daya, kedekatan fisik, biaya (juga biaya dalam sosial-ekonomi, jarak sosial) dan sebagainya.

Sepuluh variable tersebut dapat diklasifikasikan menjadi empat katagori umum. variabel 1, 2 dan 6 sesuai dengan persepsi dan menonjolnya gejala yang akan lebih ditentukan oleh orientasi medis dan warisan sosial budaya dari individu. Individu yang mengenal dan sudah diajari melawan suatu penyakit/gejala akan bereaksi terhadap gejala berbeda dengan yang belum mengenalnya.

Variable 3, 4, dan 5 berhubungan dengan hilang dan menetapnya gejala. Variable 7, 8, dan 9 berhubungan dengan kebutuhan mengatasi dan alternatif untuk menginterpretasikan gejala yang hilang. Sedangkan variable ke-10 adalah pengaruh faktor sosial-psikologis dalam merespon sakit (penyakit).

Di samping 10 variabel tersebut, Mechanics membahas adanya dua tingkat analisis yang dipengaruhi oleh 10 variabel tersebut.

1. Tingkat pertama:

Batasan dari orang lain, yang mereferensikan kepada proses dimana orang lain selain si sakit mengenal gejala sakit dari individu dan mengatakan bahwa orang tersebut sakit dan perlu perawatan.

2. Tingkat kedua:

Batasan sendiri, mengenal gejala penyakitnya dan menentukan pencarian pertolongan sendiri. Menurut Mechanics, analisis dengan orang-orang di luar dirinya, yaitu dengan orang lain, cenderung menentang definisi bahwa orang lain berusaha memaksa dirinya dan menyebabkan perlunya dorongan untuk mencari pengobatan.

Hal yang penting dalam suatu analisis perilaku sakit adalah pola reaksi sosio-kultural yang di pelajari suatu saat ketika individu di hadapkan kepada gejala penyakit sehingga gejala-gejala itu akan dikenal, dinilai, ditimbang, dan kemudian bereaksi atau tidak tergantung atas definisi individu atas situasi itu. Definisi terhadap situasi itu di tentukan oleh warisan sosio-budaya dan pola sosialisasi yang ada. Jadi individu dari sosio-budaya yang sama akan mengenal, menilai, dan bereaksi terhadap kondisi sakit dalam pola yang sama, sedang individu dari sosio-budaya yang berbeda juga akan berbeda. Misalnya bagaimana masyarakat menghadapi penyakit tertentu, misalnya TBC, setiap kelompok masyarakat berbeda sesuai dengan sosio-budaya kelompok masyarakat tersebut.

Sepuluh determinan dari teori Mechanics menunjukkan kriteria dimana masing-masing gejala penyakit atau kondisi dievaluasi oleh individu (individual evaluation). Dengan kata lain 10 variabel tersebut menunjukkan 10 tipe keputusan yang ada pada proses untuk mencari pengobatan atau tidak. Meskipun akan tampak bahwa 10 variabel menunjukkan perbedaan dan proses pembuatan keputusan, ia mengatakan bahwa hal tersebut tidak berdiri sendiri dan sering berinteraksi dengan yang lain.

Kelemahan teori Mechanics:

Kelemahan dari teori Mechanics ini adalah bahwa meskipun teori Mechanics telah mengembangkan scope perilaku sakit, termasuk individu yang sakit, tetapi tidak mencari pengobatan, dan mengidentifikasi dengan sepuluh faktor pengambilan keputusan dalam mencari pertolongan. Teori ini masih perlu kejelasan dan pengujian lebih lanjut. Kelemahan-kelemahan lain teori ini dia diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Tentang *nature* atau sifat dari ketergantungan antara 10 variabel belum di spesifikasikan. Mendeteksi bagaimana keputusan individu saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya adalah penting untuk mengetahui perilaku sakit.
2. Teori umum ini belum di uji secara keseluruhan sehingga hasilnya tidak mungkin untuk di jajari validitas empirisnya meskipun kelihatannya memang beralasan.
3. Meskipun teori mencari pengobatan telah dikembangkan tetapi belum dapat diterapkan pada perilaku sehat, terutama pada segi pencegahan. Tetapi dengan sedikit modifikasi dapat diterapkan. Pilihan terhadap fasilitas kesehatan ini dengan sendirinya didasari pula keyakinan atau kepercayaan terhadap fasilitas-fasilitas tersebut.
4. Terkonsentrasi kepada proses pembuatan keputusan untuk mencari atau tidak mencari pengobatan, tetapi tidak terhadap proses kontak pertama individu dengan petugas.

Suchman sebagaimana juga Mechanics, sangat memperhatikan perilaku sakit. Ia mendefinisikan perilaku sakit sebagai cara bagaimana bila gejala dirasakan, dinilai, dan kemudian bertindak untuk mengenalinya sebagai rasa sakit, rasa ketidaknyamanan (*discomfort*) atau mengatasi rasa sakit tersebut. Analisis ini untuk mengidentifikasi pola pencarian, penemuan, dan penyelenggaraan perawatan. Oleh karena itu, pengembangan teori yang mengikuti individu mulai dari mempersepsi dan mengenal penyakit dan kembali sehat di tangan petugas kesehatan.

D. ELEMEN – ELEMEN PERILAKU SAKIT

Elemen pokok yang merupakan komponen dasar dalam perilaku sakit menurut Suchman dan Mechanics adalah:

- a. *Content* (isi): apa saja atau kemana saja tindakan yang dilakukan oleh orang yang sakit atau orang yang anaknya sakit.
- b. *Sequence* (urut-urutannya): tahap-tahap yang dilakukan oleh orang yang sakit atau anaknya yang sedang sakit.
- c. *Spacing* (jarak): berapa jarak antara tindakan atau upaya penyembuhan yang satu dengan yang lainnya.
- d. *Variability* (variabilitas) perilaku sakit: variasi atau jenis-jenis upaya atau tindakan memperoleh penyembuhan.

Selanjutnya 4 elemen atau komponen pokok perilaku sakit tersebut kemudian dikembangkan menjadi lima konsep, yang selanjutnya berguna untuk analisis perilaku sakit, yakni:

- a. *Shoping* atau proses mencari beberapa sumber yang berbeda dari pelayanan kesehatan (termasuk tradisional) untuk satu persoalan atau yang lain, meskipun tujuannya adalah untuk mencari dokter atau petugas kesehatan yang lain yang akan mendiagnosis dan mengobati yang sesuai dengan harapan.

- b. *Fragmentation* atau proses pengobatan oleh beberapa petugas kesehatan fasilitas kesehatan (termasuk tradisional) pada lokasi yang sama.
- c. *Procrastination* atau proses penundaan pencarian pengobatan suatu gejala di rasakan.
- d. *Selfmedication* atau mengobati sendiri dengan berbagai ramuan atau membelinya di warung obat.
- e. *Discontinuity* atau proses tidak melanjutkan (menghentikan) pengobatan.

Tahap-tahap Pembuatan Keputusan:

Selanjutnya untuk menganalisis bagaimana proses seseorang di dalam membuat keputusan sehubungan dengan pencarian atau pemecahan masalah perawatan kesehatannya, Suchman membaginya ke dalam 5 tahap kejadian.

- a. Tahap pengaman atau pengenalan gejala (*the symptom experience*). Pada tahap ini individu membuat keputusan bahwa di dalam dirinya ada suatu gejala penyakit, yang di dasarkan pada adanya rasa ketidaknakan pada badannya. Gejala tersebut dirasakan sebagai ancaman bagi hidupnya.
- b. Tahap asumsi peranan sakit (*the assumption of the sick role*). Dalam hal individu membuat keputusan pada ia sakit dan memerlukan pengobatan. Kemudian mulai berusaha untuk mengobati sendiri dengan caranya sendiri. Di samping itu ia mulai mencari informasi dari anggota keluarga yang lain, tetangga atau teman bekerja. Ia juga mencari pengakuan dari orang lain bahwa ia sakit dan kalau perlu minta dibebaskan sementara dari sebagian tugasnya atau bahkan tugasnya sehari-hari.
- c. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan (*the medical care contact*). Pada tahap ini individu mulai berhubungan dengan fasilitas pelayanan kesehatan, sesuai dengan pengetahuan, pengalaman serta berupa dukun, sinthe, mantra, dokter, atau dokter spesialis.
- d. Tahap ketergantungan pasien (*the dependent patient stage*). Pada tahap ini individu memutuskan bahwa dirinya, karena perbuatannya sebagai pasien, maka untuk kembali sehat harus tergantung dan pasrah kepada fasilitas pengobatan. Ia harus mematuhi apa yang diperintahkan kepadanya supaya sehat kembali.
- e. Tahap pemulihan atau rehabilitasi (*the recovery of rehabilitation*). Pada tahap ini pasien atau individu memutuskan untuk melepaskan diri dari peran pasien. Dengan hal ini dapat terjadi dua kemungkinan. Pertama, ia pulih kembali seperti sebelum sakit. Kemungkinan yang kedua, ia menjadi cacat yang berarti ia tidak dapat sempurna melakukan fungsinya ketika belum sakit.

Kelima tahap kejadian tersebut sekaligus merupakan isi dan urutan dari perilaku sakit. Tetapi kenyataannya mungkin berbeda, artinya kelima tahap ini tidak selalu ada pada semua penyakit, dan berbeda seorang dengan orang yang lain.

E. PERSEPSI KESEHATAN DAN PENYAKIT

Menurut Twoddle, apa yang dirasakan sehat bagi seseorang bisa saja tidak merasakan sehat bagi orang lain, karena adanya perbedaan persepsi. Ada dua hal yang timbul dari usaha untuk menjelaskan kesehatan dan penyakit, yaitu:

- Berbicara kesehatan ada dua hal yang berbeda, yakni kesehatan normal dengan kesehatan sempurna. Kesehatan sempurna mencakup juga kesehatan mental dan sosial.
- Definisi kesehatan dilihat dari sudut mental dan sosial lebih khas daripada bila dilihat dari sudut biologis semata-mata
- Penyakit adalah hadirnya ketidaksempurnaan baik, fisik, mental, maupun sosial pada seseorang.

Dari kriteria biologis, yang terpenting letaknya pada dua ujung ekstrem, yaitu kesehatan sempurna dan kematian. Menurut Twoddle dan Kassler (1977) definisi kesehatan terutama harus dilihat dari segi sosial daripada segi biologis. Karena kesehatan berbeda antara persepsi individu dengan masyarakat (sosial) atau penilaian masyarakat (orang lain).

Hubungan Antara Status Kesehatan Dilihat dari Segi Individu dengan Status Kesehatan Dilihat dari Sudut Penilaian

Dari sudut individu	Dari sudut penilai	
	Sehat (<i>well</i>)	Sakit (<i>ill</i>)
Sehat (<i>well</i>)	Kesehatan normal (<i>normal health</i>)	Mengingkari sakit (<i>deny of illness</i>)
Sakit (<i>ill</i>)	Pura-pura sakit (<i>hypochondriac</i>)	Kesehatan buruk (<i>ill health</i>)

F. PERANAN ORANG SAKIT

Orang yang berpenyakit (*having a disease*) dan orang yang sakit (*having a illness*) adalah dua hal yang berbeda. Berpenyakit adalah suatu kondisi patologis yang objektif, sedangkan sakit adalah evaluasi atau persepsi individu terhadap konsep sehat-sakit.

Dua orang atau lebih secara patologis menderita suatu jenis penyakit yang sama. Bisa jadi orang yang satu merasa lebih sakit dari yang lain, dan bahkan orang yang satunya lagi tidak merasa sakit. Hal ini disebabkan karena evaluasi atau persepsi mereka yang berbeda tentang sakit. Orang yang berpenyakit belum tentu akan mengakibatkan berubahnya peranan orang tersebut di dalam masyarakat. Sedangkan orang yang sakit akan menyebabkan perubahan peranannya di dalam masyarakat maupun di dalam lingkungan keluarga.

Jelaskan, orang yang sakit memasuki posisi baru, dan posisi baru ini menuntut suatu peranan yang baru pula.

Peranan baru orang sakit (pasien) harus mendapat pengakuan dan dukungan dari anggota masyarakat dan anggota keluarga yang sehat secara wajar. Sebab dengan sakitnya salah satu anggota keluarga atau anggota masyarakat maka ada lowongan posisi yang berarti juga mekanisme system di dalam keluarga atau masyarakat tersebut akan terganggu. Hal ini disebabkan salah satu anggota pemegang peranan absen. Untuk itu maka anggota-anggota keluarga/ masyarakat harus dapat mengisi lowongan posisi tersebut, yang berarti juga menggantikan peranan orang yang sedang sakit tersebut.

Kadang-kadang peranan orang yang sakit tersebut demikian luasnya sehingga peranan yang ditinggalkan tidak mungkin digantikan oleh orang saja. Hal ini mengingat pula orang yang menggantikan tersebut sudah mempunyai posisi dan peranan sendiri.

Demikian seterusnya bahwa orang sakit sebagai anggota masyarakat atau keluarga akan mengakibatkan perubahan-perubahan posisi dan peranan-peranannya.

Berbicara tentang peranan, maka ada dua hal yang saling berkaitan, yakni hak (*rights*) dan kewajiban (*obligation*). Demikian juga peranan orang sakit (pasien) akan menyangkut masalah hak dan kewajiban orang sakit tersebut sebagai anggota masyarakat.

G. HAK – HAK ORANG SAKIT

Hak orang sakit yang pertama dan yang utama adalah bebas dari segala tanggung jawab sosial yang normal. Artinya, orang yang sedang sakit mempunyai hak untuk tidak melakukan pekerjaan sehari-hari yang biasa dia lakukan. Hal ini boleh dituntut, namun tidak mutlak. Maksudnya, tergantung dari tingkat keparahan atau tingkat persepsi dari penyakitnya tersebut. Apabila tingkat keparahannya masih rendah maka orang tersebut mungkin tidak perlu menuntut haknya. Dan seandainya mau menuntutnya harus tidak secara penuh. Maksudnya, ia tetap berada di dalam posisinya tetapi peranannya dikurangi, dalam arti volume dan frekuensi kerjanya dikurangi.

Tetapi bila tingkat keparahannya tinggi maka hak tersebut harus dituntutnya. Lebih-lebih apabila si sakit tersebut menderita penyakit menular. Hak untuk tidak memasuki posisi sosial dapat dituntut olehnya sebab apabila tidak maka akan berakibat ganda. Di satu pihak akan menambah derajat keparahan si sakit dan juga akan menghasilkan hasil kerjam yang tidak sempurna, dan di pihak lain masyarakat kerja atau anggota-anggota masyarakat yang lain akan tertulari penyakitnya yang mungkin akan menimbulkan epidemik (*outbreak*) yang berbahaya. Kepada siapa hak tersebut dapat dituntut? Sebagai anggota keluarga hak tersebut dapat dituntutnya kepada anggota keluarga yang lain. Sebagai konsekuensi tuntutan hak atas sakit ini maka anggota keluarga yang lain dituntut kewajibannya untuk meneruskan tuntutan tersebut kepada masyarakat dimana saja si sakit tersebut mendapatkan posisi dan peranan.

Tuntutan yang kedua adalah kepada organisasi kerja (tempat kerja), dan yang ketiga adalah tuntutan hak sakit kepada organisasi-organisasi masyarakat dimana si sakit menduduki posisi dan menjalankan peran. Kedua tuntutan ini boleh langsung maupun melalui lembaga keluarga dan bahkan melalui lembaga pelayanan kesehatan seperti surat cuti dokter dan sebagainya. Hak yang kedua dari orang sakit adalah hak untuk menuntut (mengklaim) bantuan atau perawatan kepada orang lain. Di dalam masyarakat orang yang sedang sakit berada dalam posisi lemah, lebih-lebih bila sakitnya sudah berada pada derajat keparahan yang tinggi. Di pihak lain orang yang sakit dituntut kewajibannya untuk sembuh dan juga dituntut untuk segera kembali berperan di dalam system sosial.

Dari kondisi ini ia berhak untuk dibantu dan dirawat agar cepat memperoleh kesembuhan. Di dalam hal ini anggota keluarga dan anggota masyarakat yang tidak sakit berkewajiban untuk membantu dan merawatnya. Oleh karena tugas penyembuhan dan perawatan itu memerlukan suatu kemampuan dan keterampilan khusus maka tugas ini didelegasikan kepada lembaga-lembaga masyarakat atau individu-individu tertentu, seperti dukun, dokter, perawat, bidan, dan petugas kesehatan yang lain. Pemerintah di dalam hal ini juga sebagai penyelenggara pelayanan sosial berkewajiban untuk memberikan hak-hak penyembuhan dan perawatan kepada anggotanya yang sedang sakit.

H. KEWAJIBAN ORANG SAKIT

Di samping haknya yang dapat dituntut, orang yang sedang sakit juga mempunyai kewajiban yang harus dipenuhi. Pertama, orang yang sedang sakit mempunyai kewajiban untuk sembuh dari penyakitnya. Memperoleh kesembuhan bukanlah hak penderita, tetapi kewajiban penderita. Hal ini disebabkan karena manusia diberi kesempurnaan dan kesehatan oleh Tuhan. Secara ilmiah manusia itu sehat. Adapun menjadi atau jatuh sakit sebenarnya merupakan kesalahan manusianya sendiri. Oleh karena itu, bila ia jatuh sakit maka ia berkewajiban untuk mengembalikan posisinya ke dalam keadaan sehat. Seperti telah diuraikan di atas bahwa orang sakit itu lemah sehingga di dalam melakukan kewajibannya untuk sembuh memerlukan bantuan orang lain. Dalam hal ini sakit dapat menjalankan kewajibannya mencari penyembuhan sendiri, atau minta bantuan orang lain.

Apabila prinsip ini diterapkan di dalam masyarakat maka kewajiban tersebut ada pada masyarakat. Para petugas kesehatan dalam usahanya ikut melibatkan masyarakat di dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sebenarnya hanya sekedar membantu masyarakat tersebut dalam rangka menjalankan kewajibannya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Seperti telah kita sepakati bersama bahwa masyarakat, dalam pendekatan pelayanan kesehatan masyarakat sebagai objek sekaligus sebagai subjek, dan juga consumer sekaligus sebagai *provider*, maka dalam konteks peranan sakit orang yang sakit juga sebagai anggota masyarakat dapat menuntut haknya sekaligus menjalankan kewajiban orang sakit. Jelaskan, memperoleh kesembuhan adalah hak kewajiban orang sakit. Kewajiban orang sakit yang kedua adalah mencari pengakuan, nasehat-nasehat, dan kerja sama dengan para ahli (dalam

hal ini adalah petugas kesehatan) yang ada di dalam masyarakat. Kewajiban orang sakit untuk mencari pengakuan ini penting agar anggota masyarakat yang lain dapat menggantikan posisinya dan melakukan peranan-peranannya selama ia dalam keadaan sakit. Pengakuan ini misalnya dapat diwujudkan dengan pemberian cuti sakit atau izin tidak masuk kerja, baik secara formal maupun informal. Sedangkan pentingnya mencari nasihat dan kerja sama oleh orang sakit kepada anggota masyarakat lain adalah dalam rangka kewajibannya yang pertama, yakni agar memperoleh kesembuhan yang secepat mungkin.

Dari segi sosiologi, Suchman (1965) mencoba mengembangkan suatu skema, dan menelusuri proses pengambilan keputusan seseorang di dalam menghadapi sakit melalui 5 (lima) fase seperti telah diuraikan sebelumnya. Dari skema tersebut kita lihat bahwa pada fase pertama, ketika gejala sakit mulai terasa, si penderita mencoba mengatasinya dengan obat atau cara-cara yang diketahuinya dari orang tuanya atau orang lain. Misalnya dengan kerokan bila merasa pusing, atau minum jamu bila merasa badan meriang, dan sebagainya. Apabila tidak sembuh maka ia mencari nasihat kepada orang-orang awam sekitarnya. Hal ini telah memasuki tahap kedua, tahap system pelayanan kesehatan keluarga/berobat.

Apabila belum sembuh juga, si penderita memutuskan bahwa ia memasuki tahap ketiga, yakni memasuki golongan orang sakit, menerima peranan sebagai orang sakit. Ia kemudian mencari nasihat kepada pemberi pelayanan kesehatan profesional, baik modern (dokter, mantra, dan sebagainya) maupun pelayanan kesehatan tradisional (dukun, sinshe, dan sebagainya). Jika tidak cocok maka ia beralih ke fasilitas-fasilitas yang lain.

Tahap keempat perilaku penderita ini adalah menerima dan melakukan prosedur pengobatan, dan akhirnya kembali ke peran orang normal apabila ia sembuh dari penyakitnya (tahap kelima). Penggambaran Suchman seperti telah diuraikan di atas hanya memperhitungkan faktor dari dalam diri di penderita saja, tidak memperhitungkan faktor-faktor lain seperti sosio-budaya, ekonomi, umur, demografi, jenis kelamin, dan sebagainya.

Dari uraian mengenai persepsi dan perilaku sakit di atas, diharapkan Anda dapat memahami sehingga dapat menjelaskan bagaimana menyatakan antara orang yang dikatakan menderita sakit, mengalami perilaku sakit dan mengalami persepsi sebagai orang sakit.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas , kerjakan latihan berikut :

Pertanyaan:

1. Jelaskan tentang persepsi penyakit dan sakit.
2. Jelaskan tentang 10 variabel sakit
3. Jelaskan tentang peranan orang sakit
4. Jelaskan tentang hak dan kewajiban orang sakit

Petunjuk jawaban latihan

1. Dalam menjawab soal ini, uraikan terkait definisi persepsi penyakit lihat dalam bab ini tentang perilaku sakit
2. Jawab soal ini dengan cara menyampaikan variabel sakit yang terurai dalam teori perilaku sakit.
3. Dalam menjawab pertanyaan ini sub bab tentang peranan orang sakit
4. Dalam menjawab pertanyaan ini baca dari sub bab tentang hak orang sakit dan kewajiban orang sakit.

Ringkasan

Persepsi perilaku sakit, menguraikan masalah terkait ;

1. Penyakit dan sakit
2. Perilaku sakit
3. Elemen- elemen perilaku sakit
4. Persepsi kesehatan dan penyakit
5. Peranan orang sakit
6. Hak orang sakit
7. Kewajiban orang sakit

Dari uraian di atas tampak adanya perbedaan konsep dari sehat-sakit yang kemudian akan menimbulkan permasalahan konsep sehat-sakit di dalam masyarakat. Secara objektif seseorang terkena penyakit, salah satu organ tubuhnya terganggu fungsinya, namun dia tidak merasa sakit. Atau sebaliknya, seseorang merasa sakit bila merasakan suatu di dalam tubuhnya, tetapi dari pemeriksaan

Berbicara kesehatan yakni kesehatan normal dengan kesehatan sempurna. Kesehatan sempurna mencakup juga kesehatan mental dan sosial.

Definisi kesehatan dilihat dari sudut mental dan sosial lebih khas daripada bila dilihat dari sudut biologis semata-mata. Penyakit adalah hadirnya ketidaksempurnaan baik, fisik, mental, maupun sosial pada seseorang.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pelayanan kesehatan disebabkan adanya persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider (pihak penyelenggara pelayanan kesehatan). Adanya perbedaan persepsi yang berkisar antara :
 - A. penyakit (*disease*) dengan *illness* (rasa sakit).
 - B. Fasilitas puskesmas
 - C. Tenaga teknis kefarmasian
 - D. Definisi sehat
2. Mechanics (1988) melakukan pendekatan sosial untuk mempelajari :
 - A. efek dari anggota
 - B. teori konsep diri,
 - C. definisi situasi,
 - D. perilaku sakit
3. Tahap asumsi peranan sakit individu memerlukan pengobatan. Antara lain swa-medikasi . arti dari swa-medikasi yaitu :
 - A. Pengobatan oleh dukun
 - B. Pengobatan sendiri
 - C. Pengobatan oleh tenaga kesehatan
 - D. Pengobatan oleh rekan kerja
4. Berbicara kesehatan ada dua hal yang berbeda, yakni kesehatan normal dengan kesehatan sempurna. Yang disebut kesehatan sempurna yaitu :
 - A. Kesehatan tubuh jasmani
 - B. Kesehatan lingkungan
 - C. kesehatan mental dan sosial.
 - D. Kesehatan ekonomi
5. Suchman (1965) mencoba mengembangkan suatu skema, dan menelusuri proses pengambilan keputusan seseorang di dalam menghadapi sakit melalui 5 (lima) fase dari segi apakah skema itu di kembangkan ?
 - A. segi ekonomi
 - B. segi sosiologi
 - C. segi psikologi
 - D. segi hukum

Topik 2

Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

A. RESPONS TERHADAP SAKIT

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

- a. Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun symptom atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya.
Alasan lain yang sering kita dengar adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif, dan sebagainya. Dan akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya, dan sebagainya.
- b. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment* atau *self medication*), dengan alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan. Mengobati sendiri yang dilakukan masyarakat melalui berbagai cara antara lain: kerokan, pijat, membuat ramuan sendiri, misalnya jamu, minum jamu yang dibeli dari warung, minum obat yang dibeli bebas di warung obat atau apotek.
- c. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan pun lebih berorientasi kepada sosial-budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing.
Dukun (bermacam-macam dukun) yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantra, bidan, dan sebagainya yang masih asing bagi mereka, seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatan pun merupakan kebudayaan mereka.

- d. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (profesional) yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam Balai Pengobatan, Puskesmas, dan Rumah Sakit, termasuk mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

Dari uraian di atas tampak jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit adalah berbeda dengan konsep kita tentang sehat-sakit itu. Demikian juga persepsi sehat-sakit antara kelompok-kelompok masyarakat pun akan berbeda-beda pula.

Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungan dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua pokok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat-sakit kita, maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan. Bila persepsi sehat-sakit masyarakat sudah sama dengan pengertian kita, maka kemungkinan besar fasilitas yang diberikan akan mereka pergunakan.

Oleh karena itu, dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas perlu ditunjang dengan adanya penelitian-penelitian sosial. Budaya masyarakat, persepsi dan perilaku masyarakat tersebut terhadap sehat-sakit. Bila diperoleh data bahwa masyarakat masih mempunyai persepsi sehat-sakit yang berbeda dengan kita, maka kita dapat melakukan pembetulan konsep sehat-sakit itu melalui pendidikan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, pelayanan yang kita berikan akan diterima oleh masyarakat

B. KONSEP PELAYANAN KESEHATAN

Sebelum mulai membahas kedua model utama dan kecenderungan dalam menggunakan pelayanan kesehatan, kita harus memiliki pengertian tentang apa yang kita maksudkan dan bagaimana kita akan mengukur pelayanan kesehatan ini. Untuk mempunyai pengertian pelayanan kesehatan, kita akan memperhatikan konsep kerangka kerja utama dari pelayanan kesehatan tersebut.

Pada prinsipnya ada dua kategori pelayanan kesehatan berdasarkan sasaran dan orientasinya, yakni:

1. Kategori yang berorientasi pada publik (masyarakat):
Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kategori public terdiri dari sanitasi lingkungan (air bersih, sarana pembuangan limbah baik limbah padat maupun cair, imunisasi, dan perlindungan kualitas udara, dan sebagainya). Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik ketimbang ke arah individu-individu yang khusus. Orientasi pelayanan kesehatan publik ini adalah pencegahan (*preventif*) dan peningkatan (*promotif*).
2. Kategori yang berorientasi pada perorangan (pribadi). Pelayanan kesehatan pribadi adalah langsung ke arah individu, yang pada umumnya mengalami masalah kesehatan

atau penyakit. Orientasi pelayanan kesehatan individu ini adalah penyembuhan dan pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) ditujukan langsung kepada pemakai pribadi (*individual consumer*).

Pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*) disini lebih dikaitkan dengan individu anggota masyarakat yang mengalami masalah kesehatan atau sakit dalam upaya mencari atau menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat. Karena itu, kita akan membatasi bahasan mengenai pengukuran pelayanan kesehatan ke kategori pelayanan kesehatan pribadi.

Anderson dan Newman (1973) membuat suatu kerangka kerja teoretis untuk pengukuran penggunaan pelayanan kesehatan pribadi. Sehubungan dengan hal yang sangat penting dari artikel mereka adalah diterimanya secara luas definisi dari dimensi-dimensi penggunaan/pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Anderson dan Newman mempersamakan tiga dimensi dari kepentingan utama dalam pengukuran dan penentuan pelayanan kesehatan, yaitu: tipe, tujuan/maksud, dan unit analisis.

a. Tipe

Tipe digunakan untuk memisahkan berbagai pelayanan kesehatan antara satu dengan yang lainnya. Anderson dan Newman menunjukkan bahwa ada perbedaan kecenderungan-kecenderungan jangka panjang dan jangka pendek untuk berbagai tipe dari pelayanan (seperti rumah sakit, dokter gigi, perawatan di rumah, dan lain-lain).

Mereka juga menunjukkan penemuan-penemuan riset bahwa faktor-faktor penentu (determinan) individual bervariasi agak besar untuk penggunaan tipe-tipe yang berbeda dari pelayanan kesehatan. Karena kedua faktor ini (cenderung dan faktor penentunya berbeda) maka masuk akal bahwa satu komponen utama dalam pengaturan pelayanan kesehatan menjadi tipe dari pelayanan kesehatan yang digunakan.

b. Tujuan

Tujuan disini diklasifikasikan berdasarkan tingkatan perawatan terhadap masalah kesehatan yang dialaminya, yakni:

- 1) *Primary care* (perawatan tingkat I): perawatan tingkat I dikaitkan dengan perawatan pencegahan (*preventive care*).
- 2) *Secondary care* (perawatan tingkat II): perawatan tingkat II dikaitkan dengan perawatan perbaikan (*restoration* individu ke tingkat semula dari fungsionalnya).
- 3) *Tertiary care* (perawatan tingkat III): perawatan tingkat III dikaitkan dengan stabilitas dari kondisi yang memperhatikan penyakit jangka panjang agar tidak terjadi serangan penyakit yang sama lagi.
- 4) *Fourthly care* (perawatan tingkat IV): perawatan IV dikaitkan semata-mata dengan kebutuhan pribadi dari pasien dan tidak dihubungkan dengan perawatan penyakit.

c. Unit analisis

Unit analisis merupakan dimensi ke-3 dalam rangka kerja Anderson dan Newman yang mendukung tiga perbedaan diantara unit-unit analisis, yaitu: kotak, volume, dan episode.

Alasan utama bagi perbedaan ini adalah bahwa ciri-ciri khas individu mungkin menjadi penanggung jawab bagi sejumlah episode, sedangkan ciri-ciri khas dari system pembebasan (khususnya pada dokter) mungkin menjadi tanggung jawab utama bagi sejumlah akibat dari kontak kunjungan sebagai akibat dari setiap episode penyakit. Jadi karena jumlah kontak, episode, dan volume pelayanan kesehatan yang digunakan ditentukan oleh faktor- faktor yang berbeda, maka pengukuran penggunaan pelayanan kesehatan akan membuat suatu perbedaan diantara unit-unit pelayanan kesehatan yang berbeda.

Sebagai contoh kita ingin mengukur pelayanan rumah sakit per 100 orang dalam 1 tahun, jumlah kunjungan dokter dalam tahun tertentu atau persentase orang yang mengunjungi seorang ahli gigi dalam 1 tahun. Ketiga indikator atau dimensi ini telah dipakai oleh Amerika dalam menguji kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan. Untuk itu kita perlu menaruh perhatian pada pengertian sifat umum pengaturan pelayanan kesehatan sebagaimana yang dicerminkan dalam konsep kerangka Anderson dan Newman.

C. MODEL PENGGUNAAN PELAYANAN KESEHATAN

Selama 3 dekade yang lalu, sejumlah besar riset telah dilakukan kedalam faktor –faktor penentu (determinan) penggunaan pelayanan kesehatan. Kebanyakan dari riset inilah model-model adanya penggunaan pelayanan kesehatan dikembangkan dan dilengkapi.

1. Tujuan penggunaan pelayanan kesehatan

Anderson dan Newman (1979) menjelaskan bahwa model penggunaan pelayanan kesehatan ini dapat membantu/memenuhi satu atau lebih dari 5 tujuan berikut:

- a. Untuk melukiskan hubungan kedua belah pihak antara faktor penentu dari penggunaan pelayanan kesehatan,
- b. Untuk meringankan peramalan kebutuhan masa depan pelayanan kesehatan,
- c. Untuk menentukan ada/tidak adanya pelayanan dari pemakaian pelayanan kesehatan yang berat sebelah,
- d. Untuk menyarankan cara-cara memanipulasi kebijaksanaan yang berhubungan dengan variabel-variabel agar memberikan perubahan-perubahan yang diinginkan
- e. Untuk menilai pengaruh pembentukan program atau proyek-proyek pemeliharaan/perawatan kesehatan yang baru.

Telah banyak riset di bidang penggunaan pelayanan kesehatan di mana hampir mustahil untuk membahas setiap model spesifik yang telah digunakan sebagai pengganti. Berbagai pendekatan dipakai dalam penelitian penggunaan pelayanan kesehatan yang menurut jenisnya dibedakan ke dalam 7 kategori yang didasarkan pada tipe-tipe variabel

yang digunakan sebagai determinan-determinan penggunaan pelayanan kesehatan (Anderson dan Anderson, 1979).

Model-model penggunaan pelayanan kesehatan selama ini pada umumnya didasarkan pada berbagai acuan tipe-tipe pelayanan kesehatan. Tujuan tipe-tipe kategori atau model-model penggunaan pelayanan kesehatan tersebut adalah antara lain kependudukan, struktur sosial, psikologi sosial, sumber keluarga, sumber daya masyarakat, organisasi, dan model-model sistem kesehatan.

1. Model demografi (Kependudukan):

Dalam model ini tipe variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel-variabel ini digunakan sebagai ukuran mutlak atau indikator fisiologis yang berbeda (umur, seks) dan siklus hidup (status perkawinan, besarnya keluarga) dengan asumsi bahwa perbedaan derajat kesehatan, derajat kesakitan, dan penggunaan pelayanan kesehatan sedikit banyak akan berhubungan dengan variabel di atas. Karakteristik demografi juga mencerminkan atau berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan sosial dari jenis kelamin mempengaruhi berbagai tipe dan ciri-ciri sosial).

2. Model-model struktur sosial (*Social structure models*)

Di dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan, dan kebangsaan. Variabel-variabel ini mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat. Mereka mengingatkan akan berbagai gaya kehidupan yang diperlihatkan oleh individu-individu dan keluarga dari kedudukan sosial tertentu. Penggunaan pelayanan kesehatan adalah salah satu aspek dari gaya hidup ini, yang ditentukan oleh lingkungan sosial, fisik, dan psikologis. Masalah utama dari model struktur sosial dari penggunaan pelayanan kesehatan adalah bahwa kita tidak mengetahui mengapa variabel ini menyebabkan penggunaan pelayanan kesehatan. Kita ketahui bahwa individu-individu yang berbeda suku bangsa, pekerjaan, atau tingkat pendidikan mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatan mereka. Dengan kata lain, pendekatan struktur sosial didasarkan pada asumsi bahwa orang-orang dengan latar belakang struktur sosial yang bertentangan akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara tertentu pula.

3. Model-model sosial psikologis (*Psychological models*)

Dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah ukuran dari sikap dan keyakinan individu. Variabel-variabel sosio-psikologis pada umumnya terjadi dari 4 kategori.

- a. Pengertian kerentanan terhadap penyakit,
- b. Pengertian keseluruhan dari penyakit,
- c. Keuntungan yang diharapkan dari pengambilan tindakan, dalam menghadapi penyakit,
- d. Kesiapan tindakan individu.

4. Model sumber keluarga (*Family resource models*)

Dalam model ini variabel bebas yang dipakai adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga atau sebagai anggota suatu asuransi kesehatan dan pihak yang

membiayai pelayanan kesehatan keluarga dan sebagainya. Karakteristik ini untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan mereka. Ringkasnya, model sumber keluarga menekankan kesanggupan untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi anggotanya. Dengan demikian model sumber keluarga adalah berdasarkan model ekonomis.

5. Model sumber daya masyarakat (*Community resource models*)

Pada model ini tipe model yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat, dan ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat. Dengan demikian model ini memindahkan pelayanan dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

6. Model-model organisasi (*Organization models*)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah:

- a. Gaya (*style*) praktik pengobatan (sendiri, rekanan, atau grup),
- b. Sifat (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak),
- c. Letak dari pelayanan (tempat pribadi, rumah sakit, atau klinik),
- d. Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter).

7. Model sistem kesehatan

Keenam kategori model penggunaan fasilitas kesehatan tersebut tidak begitu terpisah, meskipun ada perbedaan dalam sifat (*nature*). Model sistem kesehatan mengintegrasikan keenam model terdahulu ke dalam model yang lebih sempurna. Untuk itu maka demografi, ciri-ciri struktur sosial, sikap, dan keyakinan individu atau keluarga, sumber-sumber di dalam masyarakat dan organisasi pelayanan kesehatan yang ada, digunakan bersama dengan faktor-faktor yang berhubungan seperti kebijaksanaan dan struktur ekonomi pada masyarakat yang lebih luas (negara).

Dengan demikian apabila dilakukan analisis terhadap penyediaan dan penggunaan pelayanan kesehatan oleh masyarakat maka harus diperhitungkan juga faktor-faktor yang terlibat di dalamnya. Dalam melakukan penelitian perilaku sehubungan dengan penggunaan/pencarian fasilitas-fasilitas kesehatan, semua variabel dari berbagai model tersebut dihubungkan dengan perilaku mereka terhadap fasilitas, dan juga dilihat variabel mana yang paling dominan pengaruhnya.

8. Model kepercayaan kesehatan (*The health belief models*)

Model kepercayaan adalah suatu bentuk penjabaran dari model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditAndai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider. Kegagalan ini akhirnya memunculkan teori yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit (*preventive health behavior*), yang oleh Becker (1974) dikembangkan dari teori lapangan (*Fieldtheory*, Lewin, 1954) menjadi model kepercayaan kesehatan (*health belief model*).

Kerangka Teori Model Kepercayaan (Helth Belief Model):

Teori Lewin menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkup kehidupan sosial (masyarakat). Di dalam kehidupan ini individu akan bernilai, baik positif maupun negatif, disuatu daerah wilayah tertentu. Apabila seseorang keadaannya atau berada pada daerah positif, maka berarti ia ditolak dari daerah negatif. Implikasinya di dalam kesehatan adalah, penyakit atau sakit adalah suatu daerah negatif sedangkan sehat adalah wilayah positif.

Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dan rintangan yang dialami dalam tindakannya melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut.

a) Kerentanan yang dirasakan (*Percieved suscepotibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Dengan kata lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

b) Keseriusan yang dirasakan (*Percieved seriousness*)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Penyakit polio, misalnya, akan dirasakan lebih serius bila dibandingkan dengan flu. Oleh karena itu, tindakan pencegahan polio akan lebih banyak dilakukan bila dibandingkan dengan pencegahan (pengobatan) flu.

c) Manfaat dari rintangan-rintingan yang dirasakan (*percieved benafis and barries*).

Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut.

d) Isyarat atau tanda-tanda (Cues)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka dipergunakan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut, misalnya, pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit, dan sebagainya, model kepercayaan kesehatan ini diilustrasikan pada gambar 8.1.

9. Model sistem kesehatan (*Health system model*)

Anderson (1974) menggambarkan model sistem kesehatan (health system model) yang berupa model kepercayaan kesehatan. Di dalam model Anderson ini terdapat 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan, yakni: karakteristik, predisposisi, karakteristik pendukung, karakteristik kebutuhan.

1) Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang digolongkan ke dalam 3 kelompok.

- a. Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur.
- b. Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan, atau ras, dan sebagainya.
- c. Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. Selanjutnya Anderson percaya bahwa:
 - i. Setiap individu atau orang mempunyai perbedaan karakteristik, mempunyai perbedaan tipe dan frekuensi penyakit, dan mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
 - ii. Setiap individu mempunyai perbedaan struktur sosial, mempunyai perbedaan gaya hidup, dan akhirnya mempunyai perbedaan pola penggunaan pelayanan kesehatan.
 - iii. Individu percaya adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

2) Karakteristik pendukung (*Enabling characteristics*)

Karakteristik ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, ia tak akan bertindak untuk menggunakan, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar.

3) Karakteristik kebutuhan (*Need characteristics*)

Faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat predisposisi dan enabling itu ada. Kebutuhan (need) di sini di bagi menjadi dua kategori, dirasa atau *perceived (subject assessment)* dan *evaluated (clinical diagnosis)*.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut:

Pertanyaan :

1. Jelaskan pengertian tentang respon terhadap sakit.
2. jelaskan tentang model penggunaan pelayanan kesehatan
3. jelaskan apa yang kamu ketahui tentang 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan
4. jelaskan tentang model sosial psikologis dalam model sumber keluarga

Petunjuk Jawaban Latihan:

1. untuk menjawab soal ini, kemukakan secara lengkap pengertian perilaku terhadap sakit, untuk menjelaskan respon terhadap sakit.
2. jawablah soal ini dengan menguraikan terkait pelayanan kesehatan yang dikerahui.
3. jawablah soal ini dengan mengemukakan kategori dari pelayanan kesehatan
4. jawablah pertanyaan ini terkait model sumber keluarga dalam penggunaan pelayanan kesehatan.

Ringkasan

Perilaku pencarian pelayanan kesehatan, mengatur materi yaitu: Respon terhadap sakit, Konsep pelayanan kesehatan, dan Model penggunaan pelayanan kesehatan

Respon sakit terdiri dari materi yang mengatur tindakan tidak melakukan apa-apa, tindakan mengobati sendiri, tindakan mencari pengobatan kefasilitas tradisional, tindakan mencari pengobatan ke fasilitas modern

Konsep pelayanan kesehatan, terdiri dari kategori yang berorientasi pada publik, dan kategori yang berorientasi pada perorangan

Dalam model penggunaan pelayanan kesehatan ini, meliputi

1. model sumber keluarga
2. model sumber daya masyarakat
3. model-model organisasi
4. model system kesehatan
5. model kepercayaan kesehatan

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Tidak ada yang benar. 1. Dalam pembahasan respon terhadap sakit, persepsi masyarakat terhadap sakit – sehat berbeda beda, hal ini erat hubungannya dengan :
 - A. perilaku pencarian pengobatan
 - B. konsep sakit sehat
 - C. konsep pelayanan kesehatan
 - D. konsep perilaku kesehatan
- 2) Dalam beberapa dekade ini, sejumlah besar riset telah dilakukan dalam menentukan faktor determinan penggunaan pelayanan kesehatan . berbagai pendekatan dipakai dalam penelitian penggunaan pelayanan kesehatan. Adapun perbedaan type variabel tersebut tercakup dalam :
 - A. 4 kategori
 - B. 5 kategori
 - C. 6 kategori
 - D. 7 kategori
- 3) Model- model penggunaan pelayanan kesehatan selama ini didasarkan pada acuan tipe pelayanan kesehatan, dimana model pelayanan tersebut terdiri dari berbagai model. Dalam model tujuan pelayanan kesehatan antara lain menganut model yang adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosiologis . sebutkan model tersebut yaitu:
 - A. model sistem kesehatanx
 - B. model sumber keluarga
 - C. model sosial psikologis
 - D. model demografi
- 4) Tindakan mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional, saat ini menduduki tempat teratas terlebih untuk masyarakat yang di pedesaan . yang dikatakan fasilitas pelayanan kesehatan tradisional ini yaitu :
 - A. Bidan
 - B. Dokter
 - C. Apotik
 - D. Dukun

Kunci jawaban Tes

Tes 1:

1. D
2. B
3. B
4. C
5. B

Tes 2:

1. A
2. D
3. A
4. D

Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan: *Profil Kesehatan Indonesia*

Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (2006). *Rumah Tangga Sehat*. Jakarta.

Notoatmodjo, S. & Sarwono, S. (1990). *Pengantar ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Glenz, K. (1990). *Health behaviour and health education theory research and practice*. San Fransisco: Joosey- Bas Publisher

BAB 5

MOTIVASI DAN PERILAKU HIDUP SEHAT MASYARAKAT INDONESIA

Netty Thamaria, MH

Pada Bab 5 ini, Anda diberikan pengetahuan tentang motivasi perilaku hidup sehat . Berbeda dengan uraian terdahulu , yang mana materinya mendalami masalah perilaku kesehatan saja, kali ini bagaimana pemahaman perilaku sehat dari setiap individu di Indonesia.

Anda dapat mendalami uraian dalam Bab yang terdahulu yang memberikan Anda pemahaman tentang konsep perilaku, konsep perilaku kesehatan, konsep perubahan perilaku, konsep psikologis dan konsep komunikasi.

Dalam Bab ini anda akan belajar tentang

1. Pengertian motivasi
2. Teori motivasi
3. Metode dan alat motivasi
4. Metode Peningkatan Motivasi
5. Perilaku hidup sehat pada masyarakat Indonesia

Topik 1

Presepsi Perilaku Sakit

A. PENGERTIAN

Pembahasan mengenai pengertian motivasi dan perilaku hidup sehat masyarakat Indonesia dalam Bab ini terutama akan lebih di tekankan pada materi terkait Motivasi dan Tiga indikator utama dalam perilaku sehat , yaitu

1. di lingkungan yang sehat
2. berperilaku sehat
3. terjangkau oleh pelayanan kesehatan yang profesional.

Motif atau motivasi berasal dari kata Latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak dan berperilaku. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau *needs* dan *want*. Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspons. Tanggapan terhadap kebutuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk tindakan untuk pemenuhan kebutuhan tersebut, dan hasilnya adlah orang yang bersangkutan merasa atau menjadi puas. Apabila kebutuhan tersebut belum direspons (baca:dipenuhi) maka akan selalu berpotensi untuk muncul kembali sampai dengan terpenuhinya kebutuhan yang di maksud. Misalnya, seorang yang telah lulus sarjana, akan menimbulkan kebutuhan “mencari” pekerjaan, dan sekaligus sebagai pemenuhan kebutuhan fisik (makan). Untuk pemenuhan kebutuhan tersebut ia mencari pekerjaan, dan selama pekerjaan belum di peroleh maka kebutuhan tersebut akan selalu muncul sampai didapatnya pekerjaan. Banyak batasan pengertian tentang motivasi ini antara lain sebagai berikut:

1. Pengertian motivasi seperti yang di rumuskan oleh Terry G. (1986) adalah keinginan yang terdapat pada diri orang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan-perbuatan, tindakan, tingkah laku atau perilaku.
2. Sedangkan Stooner (1992) mendefinisikan bahwa motivasi adalah sesuatu hal yang menyebabkan dan yang mendukung tindakan atau perilaku seseorang.
3. Dalam konteks pengembangan organisasi, Flippo (1984) merumuskan bahwa motivasi adalah suatu arahan pegawai dalam suatu organisasi agar mau bekerjasama dalam mencapai keinginan para pegawai dalam rangka pencapaian keberhasilan organisasi.
4. Dalam konteks yang sama (pengembangan organisasi), Duncan (1981) mengemukakan bahwa motivasi adalah setiap usaha yang didasarkan untuk mempengaruhi perilaku seseorang dalam meningkatkan tujuan organisasi semaksimal mungkin.
5. Knootz (1972) merumuskan bahwa motivasi mengacu pada dorongan dan usaha untuk memuaskan kebutuhan atau suatu tujuan (Motivation refers to the drive and effort to satisfy a want or goal).

6. Berbeda dengan Hasibuan (1995) merumuskan bahwa motivasi adalah suatu perangsang keinginan (want) dan daya penggerak kemauan yang akhirnya seseorang bertindak atau berperilaku. Ia menambahkan bahwa setiap motif mempunyai tujuan tertentu yang ingin di capai.

Dari berbagai batasan dan dalam konteks yang berbeda seperti tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa motivasi pada dasarnya merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya. Didalam diri seseorang terdapat “kebutuhan” atau “keinginan” (want) terhadap objek diluar seseorang tersebut, kemudian bagaimana seseorang tersebut dalam rangka memenuhi kebutuhan dengan “situasi diluar” objek tersebut dalam rangka memenuhi kebutuhan yang di maksud. Oleh sebab itu, motivasi adalah suatu alasan (resoning) seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya.

B. TEORI – TEORI MOTIVASI

Banyak para ahli dan berbagai disiplin ilmu merumuskan konsep atau teori tentang motivasi. Diantara banyak konsep tentang motivasi dari berbagai ahli ilmu tersebut, di bawah ini penulis kemukakan beberapa konsep sebagai dasar motivasi.

1. Teori McClelland

Menurut McClelland yang dikutip dan di terjemahkan oleh Sahlan Ansawi (2002), mengatakan bahwa dalam diri manusia ada dua motivasi, yakni motif primer atau motif yang dipelajari, dan motif sekunder atau motif yang dipelajari melalui pengalaman serta interaksi dengan orang lain. Oleh karena motif sekunder timbul karena interaksi dengan orang lain, maka motif ini juga sering juga disebut disebut motif sosial. Motif primer atau motif yang tidak dipelajari ini secara alamiah timbul pada setiap manusia secara biologis. Motif ini mendorong seseorang untuk terpenuhinya kebutuhan biologisnya misalnya makan, minum, seks, dan kebutuhan-kebutuhan biologis yang lain.

Sedangkan motif sekunder adalah motif yang ditimbulkan karena dorongan dari luar akibat interaksi dengan orang lain atau interaksi sosial. Selanjutnya motif sosial ini oleh Clevelland yang dikutip oleh Isnanto Senoadi (1984), dibedakan menjadi 3 motif, yakni:

a. Motif berprestasi (*need for achievement*)

Berprestasi adalah suatu dorongan yang ada pada setiap manusia untuk mencapai hasil kegiatannya atau hasil kerjanya secara maksimal. Secara naluri setiap orang mempunyai kebutuhan untuk mengerjakan atau melakukan kegiatannya lebih baik dari sebelumnya, dan bila mungkin untuk lebih baik dari orang lain. Namun dalam realitasnya, untuk berprestasi atau mencapai hasil kegiatannya lebih baik dari sebelumnya, atau lebih baik dari orang lain itu tidak mudah, banyak kendalanya. Justru kendala yang di hadapi dalam mencapai prestasi inilah yang mendorongnya

untuk berusaha mengatasinya serta memelihara semangat yang tinggi, dan bersaing mengungguli orang lain. Oleh sebab itu, maka motif berprestasi adalah sebagai dorongan untuk sukses dalam situasi kompetisi yang didasarkan kepada ukuran “keunggulan” dibanding dengan standar ataupun kemampuan orang lain.

Di dalam dunia pendidikan motif berprestasi diwujudkan dalam usaha atau semangat belajar yang tinggi, dan selalu ingin mencapai skor yang tinggi. Sedangkan dalam dunia kerja atau organisasi, motif berprestasi ini di tampilkan atau diwujudkan dalam perilaku kerja atau kinerja yang tinggi, selalu ingin bekerja lebih baik dari sebelumnya atau lebih baik dari orang lain, serta mampu mengatasi kendala-kendala kerja yang dihadapi. Secara rinci pencerminan motif berprestasi dalam kehidupan sehari-hari antara lain sebagai berikut:

- 1) Berani mengambil tanggung jawab pribadi atas perbuatannya.
- 2) Selalu mencari umpan balik terhadap keputusan atau tindakan-tindakannya yang berkaitan dengan tugasnya.
- 3) Selalu berusaha melaksanakan pekerjaannya atau tugasnya sehari-hari dengan cara-cara baru atau inovatif dan kreatif.
- 4) Senantiasa tidak atau belum puas terhadap setiap pencapaian kerja atau tugas, dan sebagainya.

b. Motif berafiliasi (*need for affiliation*)

Manusia adalah makhluk sosial, oleh sebab itu manusia menjadi bermakna dalam interaksinya dengan manusia yang lain (sosial). Dengan demikian, secara naluri kebutuhan atau dorongan untuk berafiliasi dengan sesama manusia adalah melekat pada setiap orang. Agar kebutuhan berafiliasi dengan orang lain ini terpenuhi, atau dengan kata lain diterima oleh orang lain atau lebih positif lagi supaya disukai oleh orang lain, ia harus menjaga hubungan baik dengan orang lain. Untuk mewujudkan “ disenangi orang lain ” maka setiap perbuatannya atau perilakunya adalah merupakan alat atau “ media ” untuk membentuk, memelihara, diterima, dan bekerja sama dengan orang lain.

Pencerminan motif berafiliasi di dalam perilaku sehari-hari dalam organisasi kerja, antara lain sebagai berikut:

- 1) Senang menjalin “pertemanan” atau persahabatan dengan orang lain terutama dengan peer group-nya.
- 2) Dalam melakukan pekerjaan atau tugas lebih mementingkan team work daripada kerja sendiri.
- 3) Dalam melakukan tugas atau pekerjaan lebih merasa efektif bekerja sama dengan orang lain dari pada sendiri.
- 4) Setiap pengambilan keputusan berkaitan dengan tugas cenderung minta persetujuan atau kesepakatan orang lain atau kawan sekerjanya, dan sebagainya.

c. Motif berkuasa (*need for power*)

Manusia mempunyai kecenderungan untuk mempengaruhi dan menguasai orang lain, baik dalam kelompok sosial yang kecil maupun kelompok sosial besar. Motif untuk mempengaruhi dan menguasai orang lain ini oleh Clelland disebut motif berkuasa. Motif berkuasa ini adalah berusaha mengarahkan perilaku seseorang untuk mencapai kepuasan melalui tujuan tertentu, yakni kekuasaan dengan jalan mengontrol atau menguasai orang lain. Pencerminan motif berkuasa ini dalam kehidupan sehari-hari antara lain seperti tersebut di bawah ini:

- 1) Selalu ingin mendominasi pembicaraan-pembicaraan dalam pergaulan dengan orang lain terutama dalam kelompok.
- 2) Aktif dalam menentukan atau pengambilan keputusan terkait dengan kegiatan kelompok atau pekerjaan.
- 3) Senang membantu atau memberikan pendapat kepada pihak lain, meskipun tidak diminta.
- 4) Senang menjadi anggota suatu organisasi atau perkumpulan yang dapat mencerminkan prestasi, dan sebagainya.

2. Teori McGregor

Berdasarkan penelitiannya, McGregor menyimpulkan teori motivasi itu dalam teori X dan Y. Teori ini didasarkan pada pandangan konvensional atau klasik (teori X) dan pandangan baru atau modern (teori Y). Teori X yang bertolak dari pandangan klasik ini bertolak dari anggapan bahwa:

- a. Pada umumnya manusia itu tidak senang bekerja
- b. Pada umumnya manusia cenderung sesedikit mungkin melakukan aktivitas atau bekerja.
- c. Pada umumnya manusia kurang berambisi.
- d. Pada umumnya manusia kurang senang apabila diberi tanggung jawab, melainkan suka diatur dan diarahkan.
- e. Pada umumnya manusia bersifat egois dan kurang acuh terhadap organisasi. Oleh sebab itu, dalam melakukan pekerjaan harus diawasi dengan ketat dan harus dipaksa untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi.

Sedangkan teori Y yang bertumpu pada pandangan atau pendekatan baru ini beranggapan bahwa:

- a. Pada dasarnya manusia itu tidak pasif, tetapi aktif.
- b. Pada dasarnya manusia itu tidak malas kerja, tetapi suka bekerja.
- c. Pada umumnya manusia dapat berprestasi dalam menjalankan pekerjaannya.
- d. Pada umumnya manusia selalu berusaha mencapai sasaran atau tujuan organisasi.
- e. Pada umumnya manusia itu selalu mengembangkan diri untuk mencapai tujuan atau sasaran.

Mendasarkan teori McGregor ini, para pimpinan atau manajer atau pemimpin organisasi, lembaga atau institusi mempunyai keyakinan bahwa mereka dapat mengarahkan para anggotanya atau bawahannya untuk mencapai produktivitas atau tujuan-tujuan organisasi mereka. Oleh sebab itu, para pimpinan tersebut dipermudah dalam memotivasi bawahan untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan-tujuan organisasi. Dengan tercapainya tujuan-tujuannya organisasi, maka tujuan-tujuan perorangan dalam organisasi juga akan tercapai

3. Teori Herzberg

Frederick Herzberg adalah seorang ahli psikologis dari Universitas Cleveland, Amerika Serikat. Pada tahun 1950 telah mengembangkan teori motivasi “Dua faktor” (Herzberg’s Two Factors Motivation Theory). Menurut teori ini, ada dua faktor yang mempengaruhi seseorang dalam kegiatan, tugas atau pekerjaannya, yakni:

- a. Faktor-faktor penyebab kepuasan (satisfier) atau faktor motivasional. Faktor penyebab kepuasan ini menyangkut kebutuhan psikologis seseorang, yang meliputi serangkaian kondisi instrinsik. Apabila kepuasan dicapai dalam kegiatannya atau kerjanya, maka akan menggerakkan tingkat motivasi yang kuat bagi seseorang untuk bertindak atau bekerja, dan akhirnya dapat menghasilkan kinerja yang tinggi. Faktor motivasional (kepuasan) ini mencakup antara lain:
 - 1) Prestasi (achievement),
 - 2) Penghargaan (recognition)
 - 3) Tanggung jawab (responsibility)
 - 4) Kesempatan untuk maju (posibility of growth)
 - 5) Pekerjaan itu sendiri (work)
- b. Faktor-faktor penyebab ketidakpuasan (dissatisfaction) atau faktor higiene. Faktor-faktor ini menyangkut kebutuhan akan pemeliharaan atau maintenance factor yang merupakan hakikat manusia yang ingin memperoleh kesehatan badaniah. Hilangnya faktor-faktor ini akan menimbulkan ketidakpuasan bekerja (dissatisfaktion). Faktor higienes yang menimbulkan ketidakpuasan melakukan kegiatan, tugas atau pekerjaan ini antara lain:
 - 1) Kondisi kerja fisik (physical environment)
 - 2) Hubungan interpersonal (interpersonal relationship)
 - 3) Kebijakan dan administrasi perusahaan (company and administration policy)
 - 4) Pengawasan (supervision)
 - 5) Gaji (salary)
 - 6) Keamanan kerja (job security)

Dari teori Herzberg ini dapat ditarik kesimpulan bahwa:

- a. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan atau memotivasi seseorang dalam meningkatkan kinerjanya adalah kelompok faktor-faktor motivasional (satisfiers)
- b. Perbaikan gaji, kondisi kerja, kebijakan organisasi dan administrasi tidak akan menimbulkan kepuasan, melainkan ketidakpuasan. Sedangkan faktor yang menimbulkan kepuasan adalah hasil kegiatan atau hasil kerja itu sendiri.
- c. Perbaikan faktor higiene kurang dapat mempengaruhi terhadap sikap melakukan kegiatan atau kerja yang positif.

4. Teori Maslow

Maslow, seorang ahli psikologis telah mengembangkan teori motivasi ini sejak tahun 1943. Maslow melanjutkan teori Elton Mayo (1880-1949), berdasarkan pada kebutuhan manusia yang dibedakan antara kebutuhan biologis dan kebutuhan psikologis, atau disebut kebutuhan materiil (biologis) dan kebutuhan nonmateriil (psikologis). Maslow mengembangkan teorinya setelah ia mempelajari kebutuhan-kebutuhan manusia itu bertingkat-tingkat atau sesuai dengan “hierarki”, dan menyatakan bahwa:

- a. Manusia adalah makhluk sosial “berkeinginan”, dan keinginan ini menimbulkan kebutuhan yang perlu dipenuhi. Keinginan atau kebutuhan ini bersifat terus-menerus, dan selalu meningkat.
- b. Kebutuhan yang telah terpenuhi (dipuaskan), mempunyai pengaruh untuk menimbulkan keinginan atau kebutuhan lain yang lebih meningkat.
- c. Kebutuhan manusia tersebut tampaknya berjenjang atau bertingkat-tingkat. Tingkatan tersebut menunjukkan urutan kebutuhan yang harus dipenuhi dalam suatu waktu tertentu. Satu motif yang lebih tinggi tidak akan dapat mempengaruhi atau mendorong tindakan seseorang, sebelum kebutuhan dasar terpenuhi. Dengan kata lain, motif-motif yang bersifat psikologis tidak akan mendorong perbuatan seseorang, sebelum kebutuhan dasar (biologis) tersebut terpenuhi.
- d. Kebutuhan yang satu dengan kebutuhan yang lain saling kait-mengait, tetapi tidak terlalu dominan keterkaitan tersebut. Misalnya, kebutuhan untuk pemenuhan kebutuhan berprestasi tidak harus dicapai sebelum pemenuhan kebutuhan berafiliasi dengan saling berorang lain, meskipun kedua kebutuhan tersebut saling berkaitan.

Hierarki kebutuhan Maslow:

Teori tingkatan menurut Maslow tersebut dapat digambarkan di dalam diagram di bawah ini:

a. Kebutuhan fisiologis

Menurut Maslow, kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan untuk mempertahankan hidup, oleh sebab itu sangat pokok. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan-kebutuhan yang sangat vital bagi manusia, yakni: sandang, pangan dan papan (pakaian,

makanan, dan perumahan). Apabila kebutuhan ini secara relatif terpenuhi, maka kebutuhan yang lain seperti rasa aman, kebutuhan untuk diakui oleh orang lain akan menyusul untuk dipenuhi. Tetapi apabila kebutuhan fisiologis tersebut belum terpenuhi secara relatif, maka kebutuhan yang lain masih belum menuntut untuk dipenuhi. Orang tidak akan termotivasi untuk pengembangan dirinya, apabila motif dasarnya, misalnya makanan bagi keluarganya saja masih belum cukup. Maslow menekankan bahwa ketika kebutuhan itu muncul pada seseorang, maka berarti hal tersebut merupakan pendorong dan pengarah untuk terwujudnya perilaku. Pada saat seseorang sudah sampai pada taraf untuk memenuhi kebutuhan “aktualisasi diri”, karena kebutuhan lain telah terpenuhi, maka ia pada saatnya diberikan tanggung jawab yang lebih besar, sebagai perwujudan dari “aktualisasi diri” tersebut.

b. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman mempunyai bentangan yang sangat luas, mulai dari rasa aman dari ancaman alam, misalnya hujan, rasa aman dari orang jahat atau pencuri, rasa aman dari masalah kesehatan atau bebas dari penyakit, sampai rasa aman dari ancaman dikeluarkan dari pekerjaan. Kebutuhan akan keamanan ini bukan saja keamanan fisik, tetapi juga keamanan secara psikologis, misalnya bebas dari tekanan atau intimidasi dari pihak lain. Dalam konteks pekerjaan, seorang karyawan di samping memerlukan pemenuhan kebutuhan fisiologis (makanan dan pakaian) yang diterima melalui gajinya, ia juga memerlukan jaminan keamanan atau perlindungan kesehatan dengan asuransi, dan jaminan kesejahteraan apabila ia sudah pensiun atau mengalami putus hubungan kerja, dan sebagainya.

c. Kebutuhan sosialisasi atau afiliasi dengan orang lain

Kebutuhan berafiliasi atau bersosialisasi dengan orang lain dapat diwujudkan melalui keikutsertaan seseorang dalam suatu organisasi atau perkumpulan-perkumpulan tertentu. Manusia pada dasarnya adalah makhluk sosial, yang selalu ingin berkelompok atau bersosialisasi dengan orang lain. Kebutuhan berafiliasi dengan orang lain pada prinsipnya agar dirinya itu diterima dan disayangi oleh orang lain sebagai anggota kelompoknya. Seseorang yang telah melewati pemenuhan kebutuhan fisiologisnya dan kebutuhan akan keamanannya, maka orang ini dapat meningkatkan kebutuhan akan afiliasi dengan orang lain. Kebutuhan ini dapat direalisasikan dengan masuknya orang tersebut dalam berbagai organisasi atau perkumpulan-perkumpulan, misalnya menjadi anggota organisasi massa atau organisasi politik, anggota perkumpulan atau klub olahraga. Oleh karena manusia sebagai makhluk sosial, sudah barang tentu dalam mewujudkan dirinya sebagai makhluk sosial tersebut, manusia membutuhkan atau menginginkan kebutuhan-kebutuhan sosial yang antara lain terdiri dari:

- 1) Kebutuhan untuk diterima oleh orang lain dilingkungan ia hidup (di lingkungan ia tinggal dan di lingkungan kerjanya).
 - 2) Kebutuhan akan perasaan dihormati, karena setiap orang merasa dirinya penting. Serendah-rendahnya pendidikan yang dicapai, ia merasa penting dan perlu dihormati oleh orang lain. Hal ini perlu diperhatikan oleh siapa saja yang menjabat pimpinan, ia tidak boleh menganggap remeh para anggotanya atau bawahannya sekecil apapun jabatan atau pekerjaan bawahan tersebut.
 - 3) Kebutuhan akan perasaan “kemajuan”, dan tidak seorangpun menyukai kegagalan dalam tugas atau pekerjaan apa pun. Kemajuan atau keberhasilan sebuah kegiatan, pekerjaan ataupun tugas adalah merupakan kebutuhan setiap orang.
 - 4) Kebutuhan akan perasaan “ikut serta” atau berpartisipasi. Setiap orang, setiap karyawan akan merasa senang jika ia diikutsertakan dalam berbagai kegiatan perusahaan atau organisasi.
- d. Kebutuhan akan penghargaan
- Setelah ketiga kebutuhan (fisiologis, biologis dan afiliasi) tersebut terpenuhi maka kebutuhan berikutnya, yakni kebutuhan penghargaan (esteem needs) akan muncul. Kebutuhan penghargaan ini adalah kebutuhan “prestise”, kebutuhan ini bukan kebutuhan monopoli bagi pejabat atau pimpinan perusahaan atau organisasi saja. Orang serendah apapun kedudukan atau jabatannya, setelah ketiga kebutuhan tersebut terpenuhi, maka kebutuhan penghargaan atau prestise ini muncul atau ingin di penuhi. Hal ini disebabkan karena kebutuhan ingin dihargai itu adalah merupakan kebutuhan semua orang terlepas dari kedudukan atau jabatannya. Dalam mewujudkan kebutuhan penghargaan ini bukan semata-mata bukan pemberian dari pihak lain, tetapi harus di buktikan dari kemampuan atau prestasi yang dicapainya. Untuk itu sistem pemberian penghargaan (reward) di organisasi-organisasi perlu dikembangkan, tetapi bukan didasarkan pada “lama kerja” atau model “arisan”, tetapi harus didasarkan pada sistem kompetisi prestasi kerja.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri
- Apabila seseorang telah melewati atau terpenuhi keempat kebutuhan yang pertama, maka kebutuhan tingkat akhir (kelima) akan muncul, yakni kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan aktualisasi diri ini menurut Maslow merupakan kebutuhan untuk mengembangkan potensi diri secara maksimal. Misalnya seorang perawat, berusaha bagaimana ia menjadi “perawat teladan” diwilayahnya, kemudian meningkat menjadi “perawat teladan” di seluruh Indonesia.
- Kebutuhan aktualisasi diri ini adalah merupakan realisasi diri secara lengkap dan penuh. Pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri ini antara seorang yang satu dengan yang lain akan berbeda. Program pendidikan jangka panjang bergelar dan pelatihan (pendidikan jangka pendek) didalam suatu institusi atau organisasi adalah merupakan bentuk pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri bagi

karyawannya atau anggotanya. Kebutuhan aktualisasi memang berbeda dengan kebutuhan yang lain, yakni:

- 1) Aktualisasi diri adalah merupakan bagian dari pertumbuhan individu, dan berlangsung terus menerus sejalan dengan meningkatnya jenjang karier seorang individu.
- 2) Kebutuhan aktualisasi diri tidak dapat di penuhi semata-mata dari luar individu, tetapi yang lebih utama adalah usaha dari individu itu sendiri. Sedangkan untuk pemenuhan kebutuhan yang lain, faktor dari luar juga menentukan.

C. METODE DAN ALAT MOTIVASI

Untuk meningkatkan motivasi seseorang terhadap suatu jenis perilaku dapat dilakukan dengan memberi hadiah atau “iming-iming” berupa benda atau materi. Tetapi tidak semua orang meningkat motivasinya karena diberi hadiah atau uang misalnya, melainkan banyak faktor yang mempengaruhi terhadap motivasi tersebut. Beberapa ahli mengelompokan dua cara atau metode untuk meningkatkan motivasi, yakni:

1. Metode langsung (*direct motivation*)
Pemberian materi atau nonmateri kepada orang secara langsung untuk memenuhi kebutuhan merupakan cara langsung dapat meningkatkan motivasi kerja. Yang dimaksud dengan pemberian materi adalah misalnya pemberian bonus, pemberian hadiah pada waktu tertentu. Sedangkan pemberian non materi antara lain memberikan pujian, memberikan penghargaan dan tanda-tanda penghormatan yang lain dalam bentuk surat atau piagam, misalnya.
2. Metode tidak langsung (*Indirect motivation*)
Adalah suatu kewajiban memberikan kepada anggota suatu organisasi berupa fasilitas atau sarana-sarana kesehatan . misalnya, membangun atau penyediaan air bersih kepada suatu desa tertentu yang dapat menunjang perilaku kesehatan mereka. Dengan fasilitas atau sarana dan prasarana tersebut, masyarakat akan merasa dipermudah dalam memperoleh air bersih, sehingga dapat mendorong lebih baik kesehatannya.

Upaya peningkatan motivasi seperti tersebut, dengan memberikan sesuatu kepada masyarakat dipandang sebagai cara atau metode untuk meningkatkan motivasi berperilaku hidup sehat. Tetapi dilihat dari apa yang diberikan kepada orang atau masyarakat, yang akhirnya dapat meningkatkan motivasi, maka apa yang diberikan tersebut dapat dikatakan sebagai alat motivasi. Apabila hal ini dapat dikategorikan sebagai alat motivasi, maka dapat dikelompokan menjadi 3, yakni:

a. Materiil

Alat motivasi materiil adalah apa yang diberikan kepada masyarakat dapat memenuhi kebutuhan untuk hidup sehat, yang berupa uang atau barang yang merupakan faktor pemungkin (*enabling factors*) untuk melakukan hidup sehat.

Misalnya, ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya secara teratur diberikan uang transport atau diberikan peralatan bayi untuk menjemput kelahiran bayinya.

b. Nonmateri

Alat motivasi nonmateri adalah pemberian tersebut tidak dapat dinilai dengan uang, tetapi pemberian sesuatu yang hanya memberikan kepuasan atau kebanggaan kepada orang atau masyarakat. Misalnya pemberian penghargaan kepada peserta KB berupa mendali, piagam, piala, bintang penghargaan, dan sebagainya.

c. Kombinasi materi dan nonmateri

Alat motivasi ini adalah kedua-duanya, baik materiil maupun nonmateriil. Disamping fasilitas yang diterima, bonus yang diterima masyarakat juga memperoleh penghargaan berupa piagam atau mendali, dan sebagainya.

D. METODE PENINGKATAN MOTIVASI

Dilihat dari orientasi cara peningkatan motivasi, para ahli mengelompokkannya kedalam suatu model-model motivasi, yakni:

1. Model Tradisional

Model ini menekankan bahwa untuk memotivasi masyarakat agar mereka berperilaku sehat, perlu pemberian insentif berupa materi bagi anggota masyarakat yang mempunyai prestasi tinggi dalam berperilaku hidup sehat. Anggota masyarakat yang mempunyai prestasi makin baik dalam berperilaku sehat, maka makin banyak atau makin sering anggota masyarakat tersebut mendapat insentif.

2. Model Hubungan Manusia

Model ini menekankan bahwa untuk meningkatkan motivasi berperilaku sehat, perlu dilakukan pengakuan atau memperhatikan kebutuhan sosial mereka, meyakinkan kepada mereka bahwa setiap orang adalah penting dan berguna bagi masyarakat. Oleh sebab itu, model ini lebih menekankan memberikan kebebasan berpendapat, berkreasi, dan berorganisasi, dan sebagainya bagi setiap orang, ketimbang memberikan insentif materi.

3. Model sumber daya manusia

Model ini mengatakan bahwa banyak hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan motivasi. Di samping uang, barang, atau kepuasan, tetapi juga kebutuhan akan keberhasilan (kesuksesan hidup). Menurut model ini setiap manusia cenderung untuk mencapai kepuasan dari potensi yang dicapai, dan prestasi yang baik tersebut merupakan tanggung jawabnya sebagai anggota masyarakat.

Oleh sebab itu, menurut model sumber daya manusia ini, untuk meningkatkan motivasi hidup sehat, perlu memberikan tanggung jawab dan kesempatan yang seluas-luasnya bagi mereka. Motivasi akan meningkat jika kepada mereka diberikan kepercayaan dan kesempatan untuk membuktikan kemampuannya dalam memelihara kesehatan.

a. Motivasi positif (insentif positif)

Adalah pimpinan masyarakat atau organisasi memberikan hadiah atau reward kepada anggota atau bawahan yang berprestasi atau berperilaku sehat. Dengan hadiah yang diberikan ini akan meningkatkan semangat berperilaku sehat atau kerja para anggota masyarakat atau anggota, yang akhirnya akan memacu perilaku mereka lebih meningkat. Hadiah atau *reward* ini dapat berupa uang, barang atau nonmateriil, misalnya piagam, atau sekedar pujian berupa kata-kata lisan.

b. Motivasi negatif (insentif negatif)

Adalah pimpinan memberikan hukuman (punishment) kepada anggotanya atau bawahannya yang kurang berprestasi atau perilakunya kurang baik. Dengan teguran-teguran atau kalau perlu hukuman, akan mempunyai efek “takut” pada anggota atau karyawan akan adanya sanksi, atau hukuman, dan sebagainya. Oleh karena sanksi atau hukuman, maka ia akan dapat meningkatkan semangat kerjanya atau perilakunya. Kedua jenis motivasi tersebut diatas dalam praktiknya dapat diterapkan dalam pimpinan masyarakat atau organisasi, tetapi harus tepat dan seimbang, agar dapat meningkatkan semangat berkarya atau berperilaku. Perlu diingat bahwa untuk memperoleh efek jangka panjang, maka motivasi positiflah yang lebih tepat digunakan. Sedangkan insentif negatif, hanya cocok untuk meningkatkan motivasi jangka pendek saja.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas , kerjakan latihan berikut :

Pertanyaan:

1. Jelaskan pengertian tentang Motivasi menurut pendapat Anda.
2. Jelaskan tentang Motivasi Primer dan Motivasi Sekunder.
3. Jelaskan salah satu teori Motivasi dari seorang Ahli yang terkenal .
4. jelaskan tentang Hierarki Kebutuhan menurut Maslow.

Petunjuk jawaban latihan

1. untuk menjawab soal ini, kemukakan secara lengkap pengertian tentang apa itu Motivasi dalam hidup sehat.
2. jawablah soal ini dengan menguraikan terkait maksud dari teori ini.
3. jawablah soal ini dengan menjelaskan isi dari teori motivasi .
4. jawablah pertanyaan ini sesuai tingkatan hierakhi nya.

Ringkasan

1. Motif atau motivasi berasal dari kata latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak dan berperilaku. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau *needs* dan *want*. Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspons. Tanggapan terhadap kebutuhan tersebut diwujudkan dalam bentuk tindakan untuk pemenuhan kebutuhan tersebut, dan hasilnya adalah orang yang bersangkutan merasa atau menjadi puas. Apabila kebutuhan tersebut belum direspons (baca: dipenuhi) maka akan selalu berpotensi untuk muncul kembali sampai dengan terpenuhinya kebutuhan yang di maksud. Misalnya, seorang yang telah lulus sarjana, akan menimbulkan kebutuhan “mencari” pekerjaan, dan sekaligus sebagai pemenuhan kebutuhan fisik (makan). Untuk pemenuhan kebutuhan tersebut ia mencari pekerjaan, dan selama pekerjaan belum di peroleh maka kebutuhan tersebut akan selalu muncul sampai didapatnya pekerjaan.
2. Kerangka pembahasan ini akan diberi batasan untuk kedua istilah Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah suatu fenomena yang objektif yang terjadi perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organisme biologis. Sedangkan sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya, atau persepsi seseorang terhadap penyakit yang dideritanya. Hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*).

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau
 - a. Direspons.
 - b. Diabaikan
 - c. Didengar
 - d. Dilihat
- 2) Motivasi adalah keinginan yang terdapat pada diri orang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan-perbuatan, tindakan, tingkah laku atau perilaku, pengertian menurut:
 - A. Stooner (1992)
 - B. Flippo (1984)
 - C. Hasibuan (1995)
 - D. Terry G. (1986)

- 3) Aktualisasi diri adalah merupakan bagian dari dan berlangsung terus menerus sejalan dengan meningkatnya jenjang karier seorang individu.
- A. A.Pertumbuhan Keluarga.
 - B. Pertumbuhan individu.
 - C. Pertumbuhan Kampus.
 - D. Pertumbuhan Organisasi
- 4) Untuk meningkatkan motivasi hidup sehat, perlu memberikan tanggung jawab dan kesempatan yang seluas-luasnya bagi mereka. Motivasi akan meningkat jika kepada mereka diberikan kepercayaan dan kesempatan untuk membuktikan kemampuannya dalam memelihara kesehatan. Uraian ini menjelaskan Model Motivasi:
- A. Model Tradisional
 - B. Model Hubungan Manusia
 - C. Model sumber daya manusia
 - D. Model Modernisasi.

Topik 2

Perilaku Hidup Sehat Masyarakat Indonesia

Para Mahasiswa yang baik, kita sudah mendalami apa itu 'Motivasi' , banyak para pemikir menyampaikan uraian pendapatnya tentang teori motivasi , selanjutnya Anda akan kami ajak untuk membahas tentang 'persepsi'. Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya. Persepsi adalah memberikan makna kepada stimulus. persepsi adalah, bagaimana seseorang memberi arti terhadap stimulus tersebut.

Di tengah-tengah masyarakat dibangun sebuah fasilitas kesehatan, misalnya: puskesmas pada semua orang terjadi proses sensasi, bahwa bangunan itu adalah puskesmas, tetapi mereka mempersepsikan puskesmas tersebut berbeda-beda. Demikian juga penyakit yang terjadi dalam masyarakat, akan dipersepsikan berbeda-beda oleh masing orang. Bahkan beberapa orang yang menderita penyakit yang sama, sebagian orang dipersepsikan sebagai penyakit, tetapi sebagian lain lagi dipersepsikan bukan sebagai penyakit. Selanjutnya kita simak tentang perilaku hidup sehat.

Menurut WHO, setiap tahunnya sekitar 2,2 juta orang di negara-negara berkembang terutama anak-anak meninggal dunia akibat berbagai penyakit yang disebabkan oleh kurangnya air minum yang aman, sanitasi dan hygiene yang buruk.

Selain itu, terdapat bukti bahwa pelayanan sanitasi yang memadai, persediaan air yang aman, sistem pembuangan sampah serta pendidikan hygiene dapat menekan angka kematian akibat diare sampai 65%, serta penyakit-penyakit lainnya sebanyak 26%.

Bersamaan dengan masuknya milenium baru, Kementerian kesehatan telah mencanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan, yang dilandasi paradigma sehat. Paradigma sehat adalah cara pandang, pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor, dan upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan.

Berdasarkan paradigma sehat ditetapkan visi Indonesia Sehat 2010, dimana ada 3 pilar yang perlu mendapat perhatian khusus, yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat serta pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata. Untuk perilaku sehat bentuk kongkritnya yaitu perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan.mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan. Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar (30-35% terhadap derajat kesehatan), maka diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Salah satunya melalui program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2010 atau PHBS 2010 adalah keadaan dimana individu- individu dalam rumah tangga (keluarga) masyarakat Indonesia telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam rangka:

1. Mencegah timbulnya penyakit dan masalah-masalah kesehatan lain
2. Menanggulangi penyakit dan masalah-masalah kesehatan lain, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan
3. Memanfaatkan pelayanan kesehatan
4. Mengembangkan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersumber masyarakat

Namun, secara nasional penduduk yang telah memenuhi kriteria PHBS baik pada tahun 2011 hanya 55% dan diharapkan mencapai 70% pada tahun 2014.

1. Gambaran Perilaku Hidup Sehat Masyarakat Indonesia

Pada masa awal pemerintahan reformasi, presiden JB.Habibi pada waktu itu mencanangkan program "Indonesia sehat 2010" . inisiator Indonesia sehat 2010 tersebut adalah menteri kesehatan pada masa itu, yakni Prof.Dr.Farid Anfas Muluk. Visi Indonesia sehat 2010 adalah: "masyarakat Indonesia pada tahun 2010 hidup dalam lingkungan yang sehat, perilaku sehat, dan dilayani petugas kesehatan yang profesional". Oleh sebab itu kurang lebih 10 tahun ke depan mulai dicanangkannya Indonesia sehat 2010 tersebut ada tiga indikator utama yang akan dicapai oleh pembangunan kesehatan di Indonesia, yakni, semua orang Indonesia akan hidup

- a. Di lingkungan yang sehat
- b. Berperilaku yang sehat
- c. Terjangkau oleh pelayanan kesehatan yang professional

Untuk mewujudkan tercapainya indikator tersebut sebagai upaya telah disusun. Salah satu program utama untuk mencapai perilaku sehat bagi semua penduduk Indonesia adalah program promosi kesehatan. Maka pusat promosi kesehatan, sebagai institusi yang bertanggung jawab dalam mewujudkan perilaku hidup saat ini menjabarkan berbagai indikator perilaku yang harus dicapai oleh program promosi kesehatan. Salah satunya adalah perilaku hidup sehat bagi masyarakat ditatanan rumah tangga. Tatanan keluarga atau rumah tangga dalam mewujudkan perilaku sehat adalah merupakan pencerminan perilaku masyarakat pada umumnya. Karena masyarakat dalam Kesatuan Negara Republik Indonesia adalah merupakan akumulasi dari Keluarga atau rumah tangga di wilayah Republik Indonesia ini. Karakteristik dan susunan anggota keluarga juga pencerminan dari penduduk Indonesia ini. Oleh sebab itu perilaku hidup sehat dari tatanan rumah tangga juga merupakan refleksi dari perilaku sehat bangsa Indonesia.

Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) adalah merupakan salah satu cara untuk mengumpulkan data di masyarakat yang dilaksanakan oleh BPS (Badan Pusat Statistik). Sensus menggunakan 2 instrumen utama , yakni Kor dan Bab memuat data sasaran yang menjadi minat masing-masing Departemen teknis tertentu dan topik yang sama dipertahankan setiap 3 tahun,. Terkait dengan Departemen kesehatan, khususnya Sensus tahun 2004 data individu ditanyakan kepada semua anggota rumah tangga

dewasa yang menjadi sampel. Dalam “Bab kesehatan”, sensus tahun 2004 data mencakup: strata kesehatan, perilaku hidup sehat, dan pelayanan kesehatan.

Dari 10 indikator perilaku hidup sehat yang ditetapkan oleh Kementerian kesehatan untuk mengukur perilaku kesehatan di tatanan rumah tangga atau keluarga, yang benar-benar dapat mengukur perilaku hidup sehat bagi keluarga, atau individu dalam keluarga adalah:

- a. mencari pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan,
- b. memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif,
- c. tidak merokok,
- d. melakukan aktivitas fisik,
- e. mengkonsumsi sayur dan buah secara cukup.

Sedangkan 5 indikator yang lain yang belum dapat dimasukkan sebagai indikator perilaku sehat adalah:

- a. Kepemilikan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPKM).
- b. Rumah tangga yang tersedia jamban,
- c. Rumah tangga tersedia air bersih,
- d. Rumah tangga dengan kesesuaian luas lantai dengan jumlah anggota keluarga,
- e. Rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

Ke lima indikator terakhir ini tidak masuk sebagai indikator perilaku, karena keberadaannya fasilitas rumah tangga tersebut bukan karena lebih disebabkan oleh karena faktor ekonomi. Dapat dikatakan bahwa ke lima faktor terakhir ini adalah merupakan faktor-faktor pendukung perilaku (*enabling factors*), bukan perilaku itu sendiri.

Adapun gambaran perilaku hidup sehat penduduk Indonesia sebagai berikut.

Perilaku Pencarian Pertolongan Persalinan:

Batasan perilaku menggunakan atau mencari pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah: “Pada saat melahirkan keluarga menggunakan jasa pertolongan tenaga kesehatan (dokter, bidan, atau para medis lainnya) pada proses lahirnya janin dari kandungan ke dunia luar, mulai dari tanda-tanda lahirnya bayi, pemotongan tali pusat dan keluarnya plasenta”. Rumah tangga dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan: apabila rumah tangga tersebut mempunyai balita termuda yang kelahirannya ditolong oleh tenaga kesehatan sebagai penolong pertama.

Gambaran perilaku pencarian pertolongan persalinan ke tenaga kesehatan berdasarkan Susenas 2004 Bab kesehatan ini sudah mencapai 64,0%. Dibandingkan dengan Susenas sebelumnya angka ini naik rata-rata sekitar 5% per tahun.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut:

Pertanyaan :

1. Jelaskan pengertian tentang Persepsi menurut pendapat Anda.
2. sebutkan 10 variable yang menyebabkan seseorang bereaksi terhadap sakit.
3. jelaskan perbedaan tentang Penyakit dan Sakit .
4. jelaskan Peranan orang sakit, hak dan kewajiban orang sakit.
5. uraikan gambaran tentang perilaku hidup sehat di Indonesia.

Petunjuk Jawaban Latihan:

1. untuk menjawab soal ini, kemukakan secara lengkap pengertian tentang apa itu persepsi sakit penyakit.
2. jawablah soal ini dengan menjelaskan adanya 10 variabel tentang sakit .
3. jawablah soal ini dengan menjelaskan definisi penyakit dan apa definisi tentang sakit .
4. jawablah pertanyaan ini sesuai maksud dari peran , hak dan kewajibannya.
5. jawablah pertanyaan ini dengan menguraikan isi dari Program Hidup Bersih Sehat.

Ringkasan

Ada 5 indikator penilaian PHBS dalam tatanan rumah tangga, sekolah, tempat kerja, sarana kesehatan, dan tempat umum. indikator ini tidak masuk sebagai indikator perilaku, karena keberadaannya fasilitas rumah tangga tersebut bukan karena lebih disebabkan oleh karena faktor ekonomi. Dapat dikatakan bahwa ke lima faktor ini adalah merupakan faktor-faktor pendukung perilaku (enabling factors), bukan perilaku itu sendiri.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Bila seseorang di katakan menderita penyakit , maka Kebutuhan untuk orang ini yaitu pergi ke:
 - A. Rumah keluarga.
 - B. Rumah Ibadah.
 - C. Rumah Kaca
 - D. Rumah Saki

- 2) Pendapat tentang “apa yang dirasakan sehat bagi seseorang biasa saja tidak merasakan sehat bagi orang lain” ,
Sebutkan ahli yang mengungkapkan pendapat tersebut,
A. Twoddle,
B. Mechanics
C. Suchman
D. WHO
- 3) Hak untuk tidak melakukan pekerjaan sehari-hari yang biasa dia lakukan untuk:
A. Orang Sehat
B. Orang Sakit.
C. Orang Asing
D. Orang Kuat.
- 4) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2010 atau PHBS 2010 adalah keadaan dimana individu- individu dalam rumah tangga (keluarga) masyarakat Indonesia telah melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam rangka:
A. Mencegah timbulnya penyakit dan masalah-masalah kesehatan lain
B. Membuat perayaan kekeluargaan
C. Melakukan seminar kesehatan.
D. Memanfaatkan mobil ambulance

Kunci jawaban Tes

Tes 1:

1. A
2. D
3. B
4. C

Tes 2:

1. D
2. A
3. B
4. A

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik (2006). *Rumah Tangga Sehat*. Jakarta.

Departemen Kesehatan: *Profil Kesehatan Indonesia*

Notoatmodjo, S. & Sarwono, S. (1990). *Pengantar ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka.

Glenz, K. (1990). *Health behaviour and health education theory research and practice*. San Fransisco: Joosey- Bas Publisher

BAB 6

PENELITIAN PERILAKU KESEHATAN DAN ASPEK HUKUM REKAM MEDIS SERTA *INFORMED CONSENT*

Netty Thamaria, MH

Dalam Topik 1 mahasiswa akan mempelajari tentang penelitian perilaku kesehatan. Penelitian adalah upaya untuk memperoleh atau menemukan fakta atau kebenaran empiris. Hasil penemuan fakta tersebut mempunyai dua manfaat penting, yakni manfaat praktis atau aplikatif dan manfaat teoretis atau akademis. Manfaat praktis dari hasil penelitian (utamanya penelitian kesehatan) adalah sebagai masukan bagi pengembangan atau peningkatan upaya-upaya kesehatan. Di samping itu, manfaat praktis hasil penelitian kesehatan juga untuk mengevaluasi pencapaian program-program kesehatan dan merupakan “umpan balik” bagi program yang bersangkutan. Sedangkan manfaat teoretis atau akademis sebuah hasil penelitian adalah sebagai bukti dan kontribusi pengembangan ilmu. Penelitian sekecil apapun, hasilnya adalah merupakan kontribusi bagi pengembangan ilmu yang bersangkutan. Dilihat dari perspektif ini, maka penelitian perilaku kesehatan mempunyai manfaat

Dalam topik 2, mahasiswa akan mempelajari terkait aspek hukum dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan di sini juga mengaitkan tentang bagaimana anda nanti setelah lulus dari D3 Farmasi dan akan meraih gelar Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) maka anda harus memahami tugas profesi sebagai TTK . TTK masuk dalam rumpun jabatan Vokasi sesuai dengan Undang-Undang tentang Pendidikan Nasional dan juga terkait dengan Undang – undang tentang Tenaga Kesehatan, maka TTK harus memahami semua peraturan perundang-unadangan yang terkait dengan profesi kefarmasian , materi ini sebagai bekal anda untuk mengantisipasi dari kesalahan atau adanya malpraktek. Sehubungan dengan hal ini, dalam topik terakhir di sajikan aspek hukum tentang *Informed Consent* dan Rekam Medis

Topik 1

Presepsi Perilaku Sakit

Dilihat dari perspektif ini, maka penelitian perilaku kesehatan mempunyai manfaat:

1. Manfaat praktis:
Hasil penelitian perilaku kesehatan merupakan evaluasi terhadap pengaruh program-program promosi kesehatan pada khususnya, dan program-program kesehatan pada umumnya. Selanjutnya berdasarkan hasil penelitian atau evaluasi tersebut dapat digunakan untuk perbaikan atau peningkatan program selanjutnya.
2. Manfaat teoritis:
Hasil penelitian perilaku kesehatan merupakan kontribusi ilmiah terhadap pengembangan ilmu perilaku dan promosi kesehatan pada khususnya, dan program-program kesehatan pada umumnya. Telah kita ketahui bersama bahwa perilaku adalah merupakan faktor kedua terbesar setelah lingkungan dalam mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat (HL. Blum:1974).

A. RUANG LINGKUP PENELITIAN PERILAKU KESEHATAN

Telah diuraikan dalam bab sebelumnya bahwa perilaku kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yakni perilaku kelompok atau segmen orang yang sehat dan kelompok orang yang sakit. Perilaku segmen orang sehat adalah bagaimana mereka kelompok orang sehat ini berperilaku untuk mempertahankan supaya tetap sehat (perilaku pencegahan dari penyakit dan meningkatkan kesehatannya). Sedangkan perilaku segmen masyarakat yang sakit adalah, bagaimana mereka supaya sembuh dari sakit dan menjadi pulih kesehatannya. Perilaku segmen masyarakat yang sakit ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan (health seeking behavior). Dua segmen masyarakat (sehat dan sakit) tersebut dalam mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya memerlukan peran pihak lain dalam bentuk perorangan, atau bentuk institusi, organisasi, lembaga, dan sebagainya. Pihak lain ini lebih dikenal dengan pelayanan kesehatan atau penyedia pelayanan kesehatan (provider) sebagai institusi, atau petugas kesehatan sebagai personelnya. Sedangkan pihak yang memerlukan pelayanan, baik segmen masyarakat yang sehat maupun yang sakit ini disebut “client”, “consumer”, termasuk pasien. Namun pada kenyataannya di masyarakat, pihak penyedia pelayanan kesehatan, tidak secara otomatis menjalankan tugas pelayanannya, baik preventif-promotif, maupun kuratif rehabilitative. Tetapi harus melalui proses pendidikan yang cukup lama sehingga mereka berperilaku atau berkompeten dalam pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu penelitian perilaku kesehatan, dalam menyediakan data atau informasi yang bermanfaat bagi upaya pelayanan kesehatan, maka hendaknya mencakup 3 kelompok, yakni:

1. Perilaku petugas kesehatan, sebagai pemberi pelayanan atau “provider”:
Dalam penelitian perilaku penyedia pelayanan kesehatan ini, mencakup dua hal penting yang menyangkut kemampuan atau perilaku mereka, yakni:
 - a. Manajerial:
Institusi pelayanan kesehatan sekecil apa pun memerlukan organisasi dan tata laksana yang baik, sehingga menjadikan pelayanan kesehatan tersebut efektif dan efisien. Di samping itu, pelayanan kesehatan yang diberikan harus memberikan kepuasan kepada pelanggan, klien, atau pasien. Kemampuan manajerial yang perlu penelitian, yang hasilnya dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja manajemen antara lain:
 - Kepemimpinan
 - Kemampuan merencanakan.
 - Kemampuan pelaksanaan kegiatan atau program antara lain kemampuan: komunikasi, koordinasi, supervisi, dan sebagainya.
 - Kemampuan monitoring dan evaluasi program-program kesehatan.
 - b. Pelaksana teknis dan fungsional:
Di samping kemampuan manajerial, pelaksanaan pelayanan kesehatan di tataran lapangan, sebagai ujung tombak pelayanan juga harus mampu menghadirkan pelayanan yang memuaskan bagi para pelanggan atau pasien. Untuk mengukur kemampuan teknis fungsional diperlukan alat ukur, yang seharusnya masing-masing pelaksana tugas fungsional memilikinya, yakni: uraian tugas (job description) atau sering disebut “SOP” (standard operating procedure).
2. Perilaku calon pemberi pelayanan kesehatan (siswa atau mahasiswa dalam pendidikan tenaga kesehatan):
Perilaku tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan tidak serta merta terbentuk pada saat mereka diangkat atau diputuskan menjadi petugas kesehatan di suatu institusi pelayanan kesehatan, misalnya di rumah sakit, puskesmas atau diklinik bersalin, dan sebagainya. Perilaku “melayani” masyarakat atau “client” ini harus dibentuk atau dikondisikan sejak petugas kesehatan tersebut didalam proses pendidikan. Bahkan sebelum masuk ke dalam proses pendidikan tenaga kesehatan pun, perilaku mereka sudah dapat dideteksi. Oleh sebab itu, penelitian terhadap calon tenaga kesehatan, yang masih dalam proses pendidikan ini dapat mencakup dua hal, yakni:
 - a. Motivasi
Telah diuraikan dalam bab sebelumnya, bahwa motivasi adalah dorongan atau alasan untuk bertindak atau berperilaku. Motivasi calon tenaga kesehatan di suatu institusi pendidikan adalah alasan mengapa mereka memilih atau masuk pendidikan tenaga kesehatan tersebut. Apakah benar semua siswa atau mahasiswa memilih ke institusi pendidikan tersebut memang karena “motif” pelayanan bagi orang yang menderita atau sedang sakit. Dari penelitian-penelitian yang ada, hanya

sedikit (kurang dari 50%) para calon tenaga kesehatan di lembaga-lembaga pendidikan tenaga kesehatan itu mempunyai motif pelayanan. Sebagian besar dari mereka motif memilih pendidikan calon tenaga kesehatan itu antara lain, karena: supaya cepat memperoleh pekerjaan, mudah mencari pekerjaan kalau sudah lulus, probabilitas untuk diterima besar, atau karena tidak diterima dipilihan utamanya. Akibatnya dari motivasi para calon atau peserta pendidikan institusi pendidikan tenaga kesehatan yang rendah ini, maka kinerja para tenaga kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan tidak maksimum (pada umumnya kinerjanya rendah, dan kurang memuaskan pelanggan atau pasien).

b. Proses pembelajaran:

Akibat motivasi yang rendah dalam memasuki institusi pendidikan calon tenaga kesehatan, maka kinerja (performance) dalam proses belajarnya juga rendah. Akibatnya prestasi mereka pada umumnya pas-pasan saja. Belajar sebenarnya merupakan proses untuk mematangkan diri sehingga mampu melaksanakan tugas (pelayanan) sesuai dengan standar yang ditentukan. Tetapi karena motivasinya rendah, maka belajar hanya dikonotasikan untuk sekedar lulus. Secara kumulatif para calon tenaga kesehatan yang belajar diinstitusi pendidikan ini, tujuan utamanya adalah hanya untuk mencapai IP (indeks prestasi) minimal sesuai standar yang ditetapkan saja, bukan untuk mencapai prestasi yang setinggi-tingginya.

3. Perilaku masyarakat

Dalam uraian sebelumnya telah disinggung bahwa masyarakat sebagai “client” atau pengguna serana pelayanan kesehatan, dikelompokkan menjadi dua, yakni: kelompok masyarakat yang sehat, dan kelompok masyarakat yang sakit. Namun demikian, dua kelompok masyarakat sehat dan sakit ini dilapangan tidak dapat dibedakan seperti warna “hitam” dan “putih”. Sebab di antara kedua kelompok ini selalu ada daerah abu-abu (grey area). Misalnya pada kelompok masyarakat sehat, secara nyata sebenarnya juga terdiri 2 kelompok, yakni: kelompok yang benar-benar sehat, tetapi juga ada kelompok yang sudah beresiko, misalnya: ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan balita, kelompok usia lanjut (lansia), dan sebagainya. Demikian juga diri kelompok masyarakat yang sakit ini, ada kelompok yang sudah memang benar-benar sakit, tetapi ada kelompok yang belum sakit tetapi sudah berpotensi sakit yang lebih berat, misalnya: penderita hipertensi, diabetes mellitus, berkolesterol tinggi, dan sebagainya. Terkait dengan dua kelompok masyarakat tersebut, maka perilaku kesehatan atau perilaku sehat juga dikelompokkan menjadi dua, yakni:

a. Perilaku sehat (*healthy life style*):

Adalah perilaku orang yang sehat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Oleh sebab itu perilaku ini secara rinci mencakup tindakan atau perilaku:

- Mencegah dari sakit, kecelakaan dan masalah kesehatan yang lain (preventif).
- Meningkatkan derajat kesehatannya (promotif), yakni perilaku-perilaku yang terkait dengan peningkatan kesehatan.

Perilaku orang sehat supaya tetap sehat (terhindar dari penyakit) dan bahkan lebih meningkat kesehatannya ini, sekurang-kurangnya mencakup dibawah ini:

- a. Makan dengan menu seimbang, dengan komposisi makanan sehari-hari terdiri dari makanan-makanan yang mengandung: karbohidrat, protein, lemak, mineral, dan vitamin-vitamin. Gizi seimbang ini dapat diwujudkan dalam bentuk antara lain: nasi, mi atau roti, lauk pauk (tahu, tempe, ikan, ayam, dan sebagainya), sayur (berbagai daun), buah-buahan, dan susu.
- b. Aktivitas fisik secara teratur (tidak harus dalam bentuk olahraga), sekurang-kurangnya 30 menit sehari, dan sekurang-kurangnya 3 kali dalam satu minggu.
- c. Tidak mengonsumsi makana atau minuman yang dapat menimbulkan adeksi atau kecanduan, termasuk tidak merokok.
- d. Mengelola stress (bukan menghindari stres). Stress adalah bagian dari hidup manusia sehari-hari, dan sulit untuk dihindari. Oleh sebab itu, yang penting bagaimana kita dapat mengelola atau mengatasi stress kita, termasuk bagaimana kita bias mengidentifikasi sumber stress (stressor)
- e. Menyediakan waktu untuk rekreasi. Rekreasi adalah ibarat membuka jendela pada waktu dalam saat “sumpeg”. Maka sewaktu-waktu berekreasi dengan keluarga adalah penting.
- f. Menjaga kebersihan diri (personal hygiene), lingkungan, dan makanan/minuman sehari-hari.

Perilaku pencarian penyembuhan (*Health seeking behavior*):

Adalah perilaku kelompok orang yang sakit ini berupaya untuk mencari penyembuhan atau pengobatan guna membebaskan diri dari penyakit tersebut, serta memperoleh pemulihan kesehatannya. Oleh sebab itu perilaku penyembuhan ini mencakup:

1. Mengenali gejala penyakit dengan menggunakan caranya sendiri, misalnya pengalaman orang lain, atau pengetahuan yang dimiliki.
2. Melakukan penyembuhan atau pengobatan sendiri (self treatment atau self medication), sesuai dengan pengetahuan, keyakinan atau kepercayaannya. Perilaku pengobatan sendiri ini terdiri dari berbagai bentuk, baik secara tradisional dan modern. Bentuk perilaku penyembuhan sendiri secara tradisional ini misalnya: kerokan, pijat, atau membuat ramuan atau minum jamu baik yang dibuat sendiri atau beli di warung. Sedangkan pengobatan sendiri dengan cara modern juga dilakukan dengan berbagai cara misalnya; minum obat yang dijual bebas di warung, toko obat

atau apotek. Kadang-kadang juga minum obat paten yang dibeli toko obat atau apotek. Sebab banyak juga obat-obat paten yang dijual bebas (tanpa resep).

3. Melakukan upaya memperoleh kesembuhan dan pemulihan dari luar, sesuai dengan pemahaman dan persepsi terhadap penyakitnya tersebut. pilihan-pilihan jenis pelayanan kesehatan tersebut berbeda-beda urutannya. Pilihan pertama pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada umumnya (terutama di pedesaan) adalah pelayanan kesehatan tradisional, yakni dukun atau paranormal kesehatan. Pelayanan kesehatan tradisional sebagai pilihan pertama, sebenarnya kurang tepat. Sebab pada umumnya pengobatan atau penyembuhan yang digunakan oleh para pengobatan tradisional ini tidak didasarkan pada hasil diagnosis penyakit. Penyembuhan dan pengobatan biasanya didasarkan pada diagnosis kebatinan atau para normal, yang sering kurang masuk akal.

Akibat dari proses penyembuhan atau pengobatan semacam ini kadang-kadang berakibat yang lebih buruk atau lebih parah bagi pasien. Setelah gagal ditangani oleh pengobatan tradisional, maka biasanya pasien dibawa ke pelayanan kesehatan modern (rumah sakit, puskesmas, atau dokter). Namun demikian karena sudah terlambat, maka pelayanan kesehatan modern pun tidak mampu menanganinya, alias “angkat tangan”. Oleh sebab itu, seyogyanya pelayanan kesehatan sebagai tempat pencarian penyembuhan atau pengobatan (health seeking behavior) ini sesuai dengan urutan di bawah ini:

1. Pelayanan kesehatan primer, bentuknya: puskesmas, dokter praktek, bidan atau mantri praktek. Apabila pelayanan kesehatan primer ini tidak berhasil menanganinya, maka baru mencari pelayanan kesehatan rujukan.
2. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat pertama (rumah sakit tipe D/C). tetapi bagi masyarakat pedesaan, di mana bidan praktek atau mantri praktek sebagai tempat pelayanan kesehatan primer, maka dokter praktek atau puskesmas mungkin sebagai pelayanan kesehatan rujukan tingkat pertama ini. Apabila pelayanan kesehatan rujukan pertama ini tidak berhasil menanganinya, maka baru mencari pertolongan pelayanan kesehatan rujukan tingkat dua.
3. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat dua (rumah sakit tipe B atau A) adalah pelayanan kesehatan rujukan yang mempunyai sarana dan prasarana yang lebih lengkap, serta mempunyai tenaga medis maupun para medis yang lebih ahli. Bagi masyarakat yang tinggal di pedesaan, dimana pelayanan kesehatan primer yang digunakan adalah bidan atau mantri praktek, maka Rumah sakit Kabupaten (tipe C) pun sudah merupakan pelayanan kesehatan rujukan yang paling tinggi. Sebaliknya bagi golongan orang yang mampu utamanya dari kota besar, maka pelayanan rujukan yang digunakan adalah Rumah Sakit Internasional, baik yang ada di Jakarta, maupun di luar negeri (Singapura, Malaysia, Tiongkok, dan sebagainya).

B. PENGUKURAN PERILAKU KESEHATAN

Seperti telah diuraikan pada bagian lain buku ini, bahwa domain atau ranah utama perilaku manusia adalah: kognitif, afektif (emosi) dan konasi, yang dalam bentuk operasionalnya adalah ranah: pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan atau praktek (*practice*).

1. Pengetahuan:

Adalah hal apa yang diketahui oleh orang atau responden terkait dengan sehat dan sakit atau kesehatan, misal: tentang penyakit (penyebab, cara penularan, cara pencegahan), gizi, sanitasi, pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, keluarga berencana, dan sebagainya.

2. Sikap:

Adalah bagaimana pendapat atau penilaian orang atau responden terhadap hal yang terkait dengan kesehatan, sehat-sakit dan faktor yang terkait dengan faktor resiko kesehatan. Misalnya: bagaimana pendapat atau penilaian responden terhadap penyakit demam berdarah, anak dengan gizi buruk, tentang lingkungan, tentang gizi makanan, dan seterusnya.

3. Praktek (tindakan):

Adalah hal apa yang dilakukan oleh responden terhadap terkait dengan kesehatan (pencegahan penyakit), cara peningkatan kesehatan, cara memperoleh pengobatan yang tepat, dan sebagainya.

A. Metoda pengukuran

Penelitian di bidang apapun, termasuk penelitian perilaku, metoda atau cara pengukuran sangat berperan dalam menentukan hasil penelitian tersebut. Karena hasil penelitian termasuk menganalisis hasil tersebut diperoleh dari pengukuran. Mengumpulkan data penelitian pada hakikatnya adalah mengukur dari variable subjek penelitian. Misalnya apabila kita akan meneliti pengetahuan ibu-ibu tentang imunisasi dasar bagi anak balita, maka sudah barang tentu kita akan mengukur sejauh mana atau setinggi mana pengetahuan ibu tersebut tentang imunisasi dasar, dengan cara menanyakan secara langsung (wawancara) atau menanyakan secara tertulis (angket). Cara yang digunakan untuk mengumpulkan data atau mengukur variable ini disebut metode pengukuran. Metode-metode yang sering digunakan untuk mengukur perilaku kesehatan, biasanya tergantung dari beberapa hal antara lain: domain atau ranah perilaku yang diukur (pengetahuan, sikap atau tindakan/praktek) dan juga tergantung pada jenis dan metode penelitian yang digunakan.

1. Pengukuran pengetahuan:

Pengetahuan tentang kesehatan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya, kuantitatif atau kualitatif:

a. Penelitian Kuantitatif :

Penelitian kuantitatif pada umum akan mencari jawab atas fenomena, yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, berapa lama, dan sebagainya, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket (*self administered*):

- Wawancara tertutup atau wawancara terbuka, dengan menggunakan Instrumen (alat pengukur/pengumpul data) kuisisioner. Wawancara tertutup adalah suatu wawancara dimana jawaban responden atas pertanyaan yang diajukan telah tersedia dalam opsi jawaban, responden tinggal memilih jawaban mana yang mereka anggap paling benar atau paling tepat. Sedangkan wawancara terbuka, dimana pertanyaan-pertanyaan yang diajukan bersifat terbuka, sedangkan responden boleh menjawab apa saja sesuai dengan pendapat atau pengetahuan responden sendiri.
- Angket tertutup atau terbuka. Seperti halnya wawancara, angket juga dalam bentuk tertutup dan terbuka. Instrumen atau alat ukurnya adalah seperti wawancara, hanya jawabannya responden disampaikan lewat tulisan. Metode pengukuran melalui angket ini sering disebut "*self administered*" atau metode mengisi sendiri.

b. Penelitian Kuantitatif

Pada umumnya penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab bagaimana suatu fenomena itu terjadi, atau mengapa terjadi. Misalnya penelitian kesehatan tentang demam berdarah di suatu komunitas tertentu. Penelitian kuantitatif mencari jawab seberapa besar kasus demam berdarah tersebut, dan berapa sering demam berdarah ini menyerang penduduk di komunitas ini. Sedangkan penelitian kualitatif akan mencari jawab mengapa di komunitas ini sering terjadi kasus demam berdarah, dan mengapa masyarakat tidak mau melakukan 3M, dan seterusnya. Metode-metode pengukuran pengetahuan dalam metode penelitian kualitatif ini antara lain:

- Wawancara mendalam:
Mengukur variable pengetahuan dengan menggunakan metode wawancara mendalam, yang akhirnya memancing jawaban yang sebanyak-banyaknya dari responden. Jawaban responden akan diikuti pertanyaan yang lain, terus menerus, sehingga diperoleh informasi atau jawaban responden sebanyak-banyaknya dan sejelas-jelasnya.
- Diskusi Kelompok Terfokus (DKT):
Diskusi kelompok terfokus atau "Focus group discussion" dalam menggali informasi dari beberapa orang responden sekaligus dalam kelompok. Penelitian mengajukan pertanyaan-pertanyaan, yang akan memperoleh jawaban yang berbeda-beda dari semua responden dalam kelompok tersebut. Jumlah kelompok dalam diskusi kelompok terfokus seyogyanya tidak terlalu banyak, tetapi juga tidak terlalu sedikit, antara 6-10 orang.

2. Pengukuran sikap

Pengukuran sikap juga dapat dilakukan berdasarkan jenis atau metode penelitian yang digunakan.

a. Kuantitatif:

Pengukuran sikap dalam penelitian kuantitatif, juga dapat menggunakan dua cara seperti pengukuran, yakni:

- Wawancara:

Metode wawancara untuk pengukuran sikap sama dengan wawancara untuk mengukur pengetahuan. Bedanya hanya pada substansi pertanyaannya saja. Apabila pada pengukuran pengetahuan pertanyaan-pertanyaannya menggali jawaban apa yang diketahui oleh responden. Tetapi pada pengukuran sikap pertanyaan-pertanyaannya menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek

- Angket

Demikian juga pengukuran sikap menggunakan metode angket, juga menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek kesehatan, melalui pertanyaan-pertanyaan dan jawaban-jawaban tertulis.

b. Kualitatif

Pengukuran sikap dalam metode penelitian kualitatif, substansi pertanyaannya juga sama dengan pertanyaan-pertanyaan pada penelitian sikap pada penelitian kuantitatif seperti tersebut di atas.

- Wawancara mendalam:

- Seperti pertanyaan-pertanyaan dalam penelitian kuantitatif untuk sikap, tetapi pertanyaan bersifat menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek.

- Diskusi kelompok terfokus (DKT):

- Seperti pertanyaan-pertanyaan dalam penelitian kuantitatif untuk sikap, tetapi pertanyaan-pertanyaan yang bersifat menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek

Metode observasi untuk mengukur sikap

Disamping metode-metode pengukuran sikap seperti setelah diuraikan diatas (wawancara atau angket), pengukuran sikap juga dapat dilakukan melalui metode pengamatan atau observasi. Metode observasi untuk mengukur sikap ini dapat dilakukan melalui dua cara, yakni:

1. Verbal

Misalnya untuk mengetahui sikap orang terhadap penyakit kusta. Kepada orang tersebut dipertontonkan video atau gambar penderita kusta, kemudian orang tersebut diminta memberikan tanggapan terhadap gambar atau tayangan video tersebut.

2. Nonverbal

Seperti pada contoh diatas, di mana kepada seseorang ditayangkan gambar atau sebuah kasus penderita kusta. Kemudian diamati bagaimana gerakan atau “mimic” orang tersebut adalah mencerminkan sikapnya terhadap kusta.

Kriteria pengukuran sikap:

Mengukur sikap agak berbeda dengan mengukur pengetahuan. Sebab mengukur sikap berarti menggali pendapat atau penilaian orang terhadap objek yang berupa fenomena, gejala, kejadian dan sebagainya yang kadang-kadang bersifat abstrak. Di bidang kesehatan misalnya menanyakan sikap terhadap penyakit HIV/AIDS yang kasusnya belum pernah ia lihat. Sebelum menguraikan pengukuran sikap, terlebih dahulu kita lihatkan beberapa konsep tentang sikap yang dapat dijadikan acuan untuk pengukuran sikap, antara lain sebagai berikut:

1. Sikap merupakan tingkatan afeksi yang positif atau negative yang dihubungkan dengan objek (Thurstone).
2. Sikap dilihat dari individu yang menghubungkan efek yang positif dengan objek (individu menyenangi objek atau negative atau tidak menyenangi objek) (Edward)
3. Sikap merupakan penilaian dan atau pendapat terhadap individu objek (Licker).

Oleh sebab itu, mengukur sikap biasanya dilakukan dengan hanya minta pendapat atau penilaian terhadap fenomena, yang diwakili dengan “pernyataan” (bukan pertanyaan). Beberapa hal atau kriteria untuk mengukur sikap, maka perlu diperhatikan hal-hal antara lain sebagai berikut:

1. Dirumuskan dalam bentuk pernyataan.
2. Pernyataan haruslah sependek mungkin kurang lebih dua puluh kata.
3. Bahasanya sederhana dan jelas
4. Tiap satu pernyataan hanya memiliki satu pemikiran saja.
5. Tidak menggunakan kalimat bentuk negative rangkap.

Cara mengukur sikap dapat dilakukan melalui wawancara dan atau observasi, dengan mengajukan pernyataan-pernyataan yang telah disusun berdasarkan kriteria-kriteria di atas. Kemudian pernyataan-pernyataan tersebut dirumuskan dalam bentuk “Instrumen”. Dengan Instrumen tersebut pendapat atau penilaian responden terhadap objek dapat diperoleh melalui wawancara atau angket. Biasanya responden dimintakan pendapatnya terhadap pernyataan-pernyataan dengan mengatakan atau memilih:

1. Setuju, tidak setuju,
2. Baik, tidak baik,
3. Menerima, tidak menerima, atau
4. Senang, tidak senang

Dua pilihan tersebut memang kurang tajam, oleh sebab itu untuk lebih mempertanyakan sikap responden, Likert membuat skala, yang selanjutnya disebut skala Likert, misalnya:

Sangat setuju---x---x---x---x ---sangat tidak setuju

Baik sekali---x---x---x---x--- sangat tidak baik

Sangat menerima---x---x---x---sangat menolak

Atau lebih konkrit dan kuantitatif, misalnya:

5 4 3 2 1

Sangat senang x---x---x---x---sangat tidak senang

Contoh lain:

Pilihlah jawaban anda:

4, bila sangat setuju

3, bila setuju

2, bila tidak setuju

1, bila sangat tidak setuju

Pertanyaan Pendapat/penilaian

1. HIV/AIDS adalah suatu penyakit yang sangat berbahaya
2. Penderita HIV/AIDS tidak perlu dikucilkan:
3. Petugas kesehatan dikamar bedah adalah berisiko tertular HIV/AIDS
4. Penggunaan kondom adalah salah satu cara untuk menghindari HIV/AIDS.

3. Pengukuran praktik/tindakan (perilaku terbuka):

Mengukur perilaku terbuka, praktek atau tindakan, relatif lebih mudah bila dibandingkan dengan mengukur perilaku tertutup (pengetahuan dan sikap). Sebab praktek atau tindakan mudah diamati secara konkret dan langsung maupun melalui pihak ketiga. Secara garis besar mengukur perilaku terbuka atau praktek dapat dilakukan melalui dua metoda, yakni:

a. Langsung:

Mengukur perilaku terbuka secara langsung, berarti peneliti langsung mengamati atau mengobservasi perilaku subjek yang diteliti. Misalnya: mengukur perilaku ibu dalam memberikan makan kepada anak balitanya, maka peneliti dapat mengamati langsung terhadap ibu-ibu balita dalam memberikan makanan kepada anak balitanya. Untuk memudahkan pengamatan, maka hal-hal yang akan diamati tersebut dituangkan atau dibuat lembar titik atau (check list), misalnya: jenis makanan yang diberikan, jumlah atau porsi, waktu pemberian makanan, komposisi makanan, dan seterusnya.

b. Tidak langsung:

Pengukuran perilaku secara tidak langsung ini, berarti penelitian tidak secara langsung mengamati perilaku orang yang diteliti (responden). Oleh sebab itu metoda pengukuran secara tidak langsung ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, yakni:

1) Metode mengingat kembali atau “recall”:

Metode “recall” ini dilakukan dengan cara responden atau subjek penelitian diminta untuk mengingat kembali (recall) terhadap perilaku atau tindakan beberapa waktu yang lalu. Lamanya waktu yang diminta untuk diingat responden, berbeda-beda. Untuk perilaku makan atau asupan makanan, oleh para ahli gizi telah ditetapkan 24 jam, maka disebut “24 hours recall”. Penetapan 24 jam untuk metode pengukuran perilaku makanan atau pemberian makanan ini didasarkan penelitian para ahli gizi. Bahwa kecermatan mengingat jumlah dan jenis makanan yang dimakan atau diberikan kepada anak balita atau yang dimakan (dikonsumsi) sendiri oleh responden itu adalah “24 jam”. Sedangkan untuk perilaku-perilaku yang lain sangat relatif, oleh sebab itu batas waktu mengingat diserahkan kepada penelitian yang bersangkutan.

2) Melalui orang ketiga atau orang lain yang “dekat” dengan subjek atau responden:

Pengukuran perilaku terhadap seseorang atau responden dilakukan oleh orang yang terdekat dengan responden yang diteliti. Misalnya untuk mengamati perilaku keteraturan minum obat seorang penderita penyakit tertentu dapat melalui anggota pasien yang paling dekat, misalnya melalui istri atau suami. Untuk mengamati partisipasi seseorang dalam masyarakat, dapat dilakukan melalui tokoh masyarakat setempat.

3) Melalui “indikator” (hasil perilaku) responden:

Pengukuran perilaku ini dilakukan melalui indikator hasil perilaku orang yang diamati. Misalnya peneliti akan mengamati atau mengukur perilaku kebersihan diri atau “personel hygiene” seorang murid sekolah. Maka yang diamati adalah hasil dari perilaku kebersihan diri tersebut, antara lain: kebersihan kuku, telinga, kulit, gigi, dan seterusnya.

Penelitian perilaku yang lain:

Pada umumnya penelitian-penelitian perilaku kesehatan selama ini mencakup 3 domain tersebut (pengetahuan, sikap dan praktek/tindakan) terhadap objek kesehatan. Namun demikian masih banyak penelitian-penelitian perilaku kesehatan diluar 3 domain tersebut, misalnya:

- a. Motivasi
- b. Kinerja (kemampuan pelaksanaan tugas pelayanan kesehatan)
- c. Kepatuhan dalam menjalankan proses pengobatan atau penyembuhan,
- d. Kinerja atau perilaku kerja berbagai petugas kesehatan
- e. Partisipasi masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan, dan seterusnya.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas , kerjakan latihan berikut :

Pertanyaan:

1. Apa manfaat dari penelitian perilaku kesehatan?
2. Berilah contoh penelitian perilaku kesehatan terhadap calon tenaga kesehatan?
3. Bagaimana cara pengukuran sikap dengan metode kuantitatif?

Ringkasan

Penelitian perilaku kesehatan, dalam menyediakan data atau informasi yang bermanfaat bagi upaya pelayanan kesehatan hendaknya mencakup 3 kelompok Perilaku petugas kesehatan, sebagai pemberi pelayanan atau “provider”, Perilaku calon pemberi pelayanan kesehatan dan Perilaku masyarakat. Mengumpulkan data penelitian pada hakikatnya adalah mengukur dari variable subjek penelitian. Cara yang digunakan untuk mengumpulkan data atau mengukur variable ini disebut metode pengukuran. Metode-metode yang sering digunakan untuk mengukur perilaku kesehatan, biasanya tergantung dari beberapa hal antara lain: domain atau ranah perilaku yang diukur (pengetahuan, sikap atau tindakan/praktek) dan juga tergantung pada jenis dan metode penelitian yang digunakan.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau
 - a. Direspons.
 - b. Diabaikan
 - c. Didengar
 - d. Dilihat
- 2) Penelitian perilaku petugas kesehatan yang bedapat digunakan untuk meningkatkan kinerja manajemen kecuali
 - a. Kemampuan merencanakan
 - b. Kemampuan komunikasi
 - c. Kemampuan memotivasi
 - d. Kemampuan evaluasi

- 3) *bagaimana pendapat atau penilaian orang atau respnden terhadap hal yang terkait dengan kesehatan merupakan salah satu definisi pengukuran perilaku kesehatan dilihat dari ranah*
- a. pengetahuan
 - b. sikap
 - c. perilaku
 - d. semua benar
- 4) *metode pengukuran langsung atau tidak langsung adalah pengukuran perilaku kesehatan dilihat dari ranah*
- a. pengetahuan
 - b. sikap
 - c. perilaku
 - d. semua benar
- 5) *metoda pengukuran secara tidak langsung ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, kecuali*
- a. mengingat kembali
 - b. hasil perilaku
 - c. orang terdekat
 - d. lembar tilik

Topik 2

Aspek Hukum Rekam Medis dan Informed Consent

INFORMED CONSENT

Sebagian besar keluhan ketidakpuasan pasien disebabkan komunikasi yang kurang terjalin baik antara dokter dengan pasien dan keluarga pasien. Perhatian terhadap pasien tidak hanya dalam bentuk memeriksa dan memberi obat saja, tetapi juga harus membina komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga pasien. Dokter perlu menjelaskan kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi dan rencana pemeriksaan-pemeriksaan berikutnya, bukan hanya memeriksa pasien dan memberi obat saja. Pasien juga perlu untuk menanyakan ke dokter, minta dijelaskan kemungkinan-kemungkinan penyakitnya.

Dengan pemahaman yang relatif minimal, masyarakat awam sulit membedakan antara risiko medik dengan malpraktek. Hal ini berdasarkan bahwa suatu kesembuhan penyakit tidak semata berdasarkan tindakan medik, namun juga dipengaruhi faktor-faktor lain seperti kemungkinan adanya komplikasi, daya tahan tubuh yang tidak sama, kepatuhan dalam penatalaksanaan regimen terapeutik. Kecenderungan masyarakat lebih melihat hasil pengobatan dan perawatan, padahal hasil dari pengobatan dan perawatan tidak dapat diprediksi secara pasti. Petugas kesehatan dalam praktiknya hanya memberi jaminan proses yang sebaik mungkin, sama sekali tidak menjanjikan hasil.

Kesalahpahaman semacam ini seringkali berujung pada gugatan malpraktek.

Secara etik dokter diharapkan untuk memberikan yang terbaik untuk pasien. Apabila dalam suatu kasus ditemukan unsur kelalaian dari pihak dokter, maka dokter tersebut harus mempertanggungjawabkan perbuatannya itu. Begitu pula dari pihak pasien, mereka tidak bisa langsung menuntut apabila terjadi hal-hal di luar dugaan karena harus ada bukti-bukti yang menunjukkan adanya kelalaian. Dalam hal ini harus dibedakan antara kelalaian dan kegagalan. Apabila hal tersebut merupakan risiko dari tindakan yang telah disebutkan dalam persetujuan tertulis (Informed Consent), maka pasien tidak bisa menuntut. Oleh karena itu, untuk memperoleh persetujuan dari pasien dan untuk menghindari adanya salah satu pihak yang dirugikan, dokter wajib memberi penjelasan yang sejelas-jelasnya agar pasien dapat mempertimbangkan apa yang akan terjadi terhadap dirinya.

Pada dasarnya dalam praktik sehari-hari, pasien yang datang untuk berobat ke tempat praktik dianggap telah memberikan persetujuannya untuk dilakukan tindakan-tindakan rutin seperti pemeriksaan fisik. Akan tetapi, untuk tindakan yang lebih kompleks biasanya dokter akan memberikan penjelasan terlebih dahulu untuk mendapatkan kesediaan dari pasien, misalnya kesediaan untuk dilakukan pemeriksaan USG.

Ikhtwal diperlukannya izin pasien, adalah karena tindakan medik hasilnya penuh ketidakpastian, tidak dapat diperhitungkan secara matematik, karena dipengaruhi faktor-faktor lain di luar kekuasaan dokter, seperti virulensi penyakit, daya tahan tubuh pasien, stadium penyakit, respon individual, faktor genetik, kualitas obat, kepatuhan pasien dalam mengikuti prosedur dan nasihat dokter, dll. Selain itu tindakan medik mengandung risiko,

atau bahkan tindakan medik tertentu selalu diikuti oleh akibat yang tidak menyenangkan. Risiko baik maupun buruk yang menanggung adalah pasien. Atas dasar itulah maka persetujuan pasien bagi setiap tindakan medik mutlak diperlukan, kecuali pasien dalam kondisi emergensi. Mengingat pasien biasanya datang dalam keadaan yang tidak sehat, diharapkan dokter tidak memberikan informasi yang dapat mempengaruhi keputusan pasien, karena dalam keadaan tersebut, pikiran pasien mudah terpengaruh. Selain itu dokter juga harus dapat menyesuaikan diri dengan tingkat pendidikan pasien, agar pasien bisa mengerti dan memahami isi pembicaraan

Persetujuan tersebut disebut dengan Informed Consent. Consent hakikatnya adalah hukum perikatan, ketentuan perdata akan berlaku dan ini sangat berhubungan dengan tanggung jawab profesional menyangkut perjanjian perawatan dan perjanjian terapeutik. Aspek perdata Informed Consent bila dikaitkan dengan Hukum Perikatan yang di dalam KUH Perdata BW Pasal 1320 memuat 4 syarat sahnya suatu perjanjian yaitu:

- a. Adanya kesepakatan antar pihak, bebas dari paksaan, kekeliruan dan penipuan.
- b. Para pihak cakap untuk membuat perikatan
- c. Adanya suatu sebab yang halal, yang dibenarkan, dan tidak dilarang oleh peraturan perundang undangan serta merupakan sebab yang masuk akal untuk dipenuhi.

Dari syarat pertama yaitu adanya kesepakatan antara kedua pihak (antara petugas kesehatan dan pasien), maka berarti harus ada informasi keluhan pasien yang cukup dari kedua belah pihak tersebut. Dari pihak petugas harus mendapat informasi keluhan pasien sejujurnya, demikian pula dari pihak pasien harus memperoleh diagnosis dan terapi yang akan dilakukan. Ada beberapa kaidah yang harus diperhatikan dalam menyusun dan memberikan Informed Consent agar hukum perikatan ini tidak cacat hukum, diantaranya adalah:

- a. Tidak bersifat memperdaya (*Fraud*).
- b. Tidak berupaya menekan (*Force*).
- c. Tidak menciptakan ketakutan (*Fear*).

Seorang pasien memiliki hak dan kewajiban yang layak untuk dipahaminya selama dalam proses pelayanan kesehatan. Ada 3 hal yang menjadi hak mendasar dalam hal ini yaitu hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (*the right to health care*), hak untuk mendapatkan informasi (*the right to information*), dan hak untuk ikut menentukan (*the right to determination*).

Seorang pasien yang sedang dalam pengobatan atau perawatan disuatu sarana pelayanan kesehatan seringkali harus menjalani suatu tindakan medis baik untuk menyembuhkan (terapeutik) maupun untuk menunjang proses pencarian penyebab penyakitnya (diagnostik). Pasien yang mengalami kelainan dalam kehamilan letak janin pada kehamilan pertama dengan bobot janin yang diperkirakan besar, perlu diberikan informasi tentang rencana persalinan secara operasi sesar, maka operasi ini termasuk tindakan medis terapeutik.

Sebelum melakukan tindakan medis tersebut, dokter seharusnya akan meminta persetujuan dari pasien. Untuk jenis tindakan medis ringan, persetujuan dari pasien dapat

diwujudkan secara lisan atau bahkan hanya dengan gerakan tubuh yang menunjukkan bahwa pasien setuju, misalnya mengangguk. Untuk tindakan medis yang lebih besar atau beresiko, persetujuan ini diwujudkan dengan menandatangani formulir persetujuan tindakan medis. Dalam proses ini, pasien sebenarnya memiliki beberapa hak sebelum menyatakan persetujuannya, yaitu pasien berhak mendapat informasi yang cukup mengenai rencana tindakan medis yang akan dialaminya. Informasi ini akan diberikan oleh dokter yang akan melakukan tindakan atau petugas medis lain yang diberi wewenang.

Pasien berhak bertanya tentang hal-hal seputar rencana tindakan medis yang akan diterimanya tersebut apabila informasi yang diberikan dirasakan masih belum jelas. Pasien berhak meminta pendapat atau penjelasan dari dokter lain untuk memperjelas atau membandingkan informasi tentang rencana tindakan medis yang akan dialaminya, pasien berhak menolak rencana tindakan medis tersebut.

Semua informasi diatas sudah harus diterima pasien sebelum rencana tindakan medis dilaksanakan. Pemberian informasi ini selayaknya bersifat obyektif, tidak memihak, dan tanpa tekanan. Setelah menerima semua informasi tersebut, pasien seharusnya diberi waktu untuk berfikir dan mempertimbangkan keputusannya.

Untuk beberapa jenis tindakan medis yang berkaitan dengan kehidupan reproduksi dan berpasangan sebagai suami-istri, maka pernyataan persetujuan terhadap rencana tindakan medisnya harus melibatkan persetujuan suami/istri pasien tersebut apabila suami/istrinya ada atau bisa dihubungi untuk keperluan ini. Dalam hal ini, tentu saja suami/istrinya tersebut harus juga memenuhi kriteria dalam keadaan sadar dan sehat akal. Beberapa jenis tindakan medis tersebut misalnya tindakan terhadap organ reproduksi, KB, dan tindakan medis yang bisa berpengaruh terhadap kemampuan seksual atau reproduksi dari pasien tersebut.

Menurut PerMenKes no 290/MenKes/Per/III/2008 dan UU no 29 th 2004 Pasal 45 serta Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran KKI tahun 2008, maka Informed Consent adalah persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Persetujuan yang ditanda tangani oleh pasien atau keluarga terdekatnya tersebut, tidak membebaskan dokter dari tuntutan jika dokter melakukan kelalaian

Tindakan medis yang dilakukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga terdekatnya, dapat digolongkan sebagai tindakan melakukan penganiayaan berdasarkan KUHP Pasal 351. Informasi/keterangan yang wajib diberikan sebelum suatu tindakan kedokteran dilaksanakan adalah:

- a. *Diagnosa yang telah ditegakkan*
- b. *Sifat dan luasnya tindakan yang akan dilakukan.*
- c. *Manfaat dan urgensinya dilakukan tindakan tersebut*
- d. *Resiko resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi daripada tindakan kedokteran tersebut*
- e. *Alternatif cara pengobatan yang lain.*

f. Prakiraan biaya *yang menyangkut* tindakan kedokteran tersebut.

Resiko resiko yang harus diinformasikan kepada pasien yang dimintakan persetujuan tindakan kedokteran :

a. Resiko yang melekat *pada tindakan kedokteran tersebut*.

b. *Resiko yang tidak* bisa diperkirakan sebelumnya.

Dalam hal terdapat indikasi kemungkinan perluasan tindakan kedokteran, dokter yang akan melakukan tindakan juga harus memberikan penjelasan (Pasal 11 Ayat 1 Permenkes No 290 / Menkes / PER / III / 2008). Penjelasan kemungkinan perluasan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud dalam Ayat 1 merupakan dasar daripada persetujuan (Ayat 2). Pengecualian terhadap keharusan pemberian informasi sebelum dimintakan persetujuan tindakan kedokteran adalah:

a. Dalam keadaan gawat darurat (emergensi), dimana dokter harus segera bertindak untuk menyelamatkan jiwa.

b. Keadaan emosi pasien yang sangat labil sehingga ia tidak bisa menghadapi situasi dirinya
Ini tercantum dalam PerMenKes no 290/Menkes/Per/III/2008. Tindakan medis yang dilakukan tanpa izin pasien, dapat digolongkan sebagai tindakan melakukan penganiayaan berdasarkan KUHP Pasal 351. Menurut Pasal 5 Permenkes No 290 / Menkes / PER / III / 2008, persetujuan tindakan kedokteran dapat dibatalkan atau ditarik kembali oleh yang memberi persetujuan, sebelum dimulainya tindakan (Ayat 1). Pembatalan persetujuan tindakan kedokteran harus dilakukan secara tertulis oleh yang memberi persetujuan (Ayat 2).

Dalam hubungan hukum, pelaksana dan pengguna jasa tindakan medis (dokter, dan pasien) bertindak sebagai “subyek hukum ” yakni orang yang mempunyai hak dan kewajiban, sedangkan “jasa tindakan medis” sebagai “obyek hukum” yakni sesuatu yang bernilai dan bermanfaat bagi orang sebagai subyek hukum, dan akan terjadi perbuatan hukum yaitu perbuatan yang akibatnya diatur oleh hukum, baik yang dilakukan satu pihak saja maupun oleh dua pihak.

Dalam masalah Informed Consent dokter sebagai pelaksana jasa tindakan medis, disamping terikat oleh KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia) bagi dokter, juga tetap tidak dapat melepaskan diri dari ketentuan-ketentuan hukum perdata, hukum pidana maupun hukum administrasi, sepanjang hal itu dapat diterapkan. Pada pelaksanaan tindakan medis, masalah etik dan hukum perdata, tolok ukur yang digunakan adalah culpa levis, sehingga jika terjadi kesalahan kecil dalam tindakan medis yang merugikan pasien, maka sudah dapat dimintakan pertanggungjawabannya secara hukum. Hal ini disebabkan pada hukum perdata secara umum berlaku adagium “barang siapa merugikan orang lain harus memberikan ganti rugi”. Sedangkan pada masalah hukum pidana, tolok ukur yang dipergunakan adalah kesalahan culpa lata. Oleh karena itu adanya kesalahan kecil (ringan) pada pelaksanaan tindakan medis belum dapat dipakai sebagai tolok ukur untuk menjatuhkan sanksi pidana.

Aspek Hukum Perdata, suatu tindakan medis yang dilakukan oleh pelaksana jasa tindakan medis (dokter) tanpa adanya persetujuan dari pihak pengguna jasa tindakan medis (pasien), sedangkan pasien dalam keadaan sadar penuh dan mampu memberikan persetujuan, maka

dokter sebagai pelaksana tindakan medis dapat dipersalahkan dan digugat telah melakukan suatu perbuatan melawan hukum (onrechtmatige daad) berdasarkan Pasal 1365 Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUHP). Hal ini karena pasien mempunyai hak atas tubuhnya, sehingga dokter dan harus menghormatinya.

Aspek Hukum Pidana, Informed Consent mutlak harus dipenuhi dengan adanya pasal 351 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) tentang penganiayaan. Suatu tindakan invasive (misalnya pembedahan/operasi) yang dilakukan pelaksana jasa tindakan medis tanpa adanya izin dari pihak pasien, maka pelaksana jasa tindakan medis dapat dituntut telah melakukan tindak pidana penganiayaan yaitu telah melakukan pelanggaran terhadap Pasal 351 KUHP.

Resume Informed Consent :

Informed Consent :

- a. Mengetahui protap dan kebijakan tentang Informed Consent.
- b. Mengetahui informasi apa saja yang diterima pasien pada saat pelaksanaan Informed Consent.
- c. Mengetahui siapa saja yang berhak memberikan persetujuan dalam Informed Consent.
- d. Mengetahui apakah pasien/keluarga mengerti informasi yang diberikan dokter sebelum memberikan persetujuan tindakan medis.
- e. Mengetahui proses persetujuan pasien terhadap tindakan medis.
- f. Mengetahui proses penolakan pasien terhadap tindakan medis.

REKAM MEDIK

Rekam Medis merupakan formulir, catatan, dan laporan yang dikoordinasikan sedemikian rupa untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan manajemen klinis dan administrasi guna memudahkan pengelolaan dalam melayani pasien, sehingga semua hasil pelayanan kepada pasien dapat dinilai dan dilihat pada formulir-formulir dalam dokumen rekam medis (DRM).

Semua proses pelayanan yang diberikan dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien harus mendapat persetujuan dari pihak pasien. World Medical Association (WMA) dalam deklarasi Helsinki 1964 disebutkan bahwa riset klinik terhadap manusia tidak boleh dilakukan tanpa persetujuan yang bersangkutan, setelah ia mendapat penjelasan, walaupun secara hukum dia tidak mampu namun persetujuan harus diperoleh dari wali yang sah.

Dalam hal ini Informed Consent (surat persetujuan tindakan medis) memiliki peranan yang sangat penting. Informed Consent merupakan bukti persetujuan yang diberikan oleh pasien/keluarga pasien atas dasar informasi dan penjelasan dari tenaga kesehatan (dokter) kepada pasien mengenai penyakit pasien dan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien tersebut dalam rangka penyembuhan.

Dengan semakin berkembangnya dunia kesehatan di Indonesia, rekam medik mempunyai peranan tidak kalah pentingnya dalam menunjang pelaksanaan Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang

pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta. Setiap sarana kesehatan wajib membuat rekam medis, dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lain yang terkait, harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan, & harus dibubuhi tandatangan yang memberikan pelayanan.

Rekam medik sangat penting selain untuk diagnosis, pengobatan juga untuk evaluasi pelayanan kesehatan, peningkatan efisiensi kerja melalui penurunan mortalitas & morbiditas serta perawatan penderita yang lebih sempurna. Rekam medik harus berisi informasi lengkap perihal proses pelayanan medis di masa lalu, masa kini & perkiraan terjadi di masa yang akan datang. Kepemilikan rekam medik sering menjadi perdebatan di kalangan kesehatan, karena dokter beranggapan bahwa mereka berwenang penuh terhadap pasiennya akan tetapi petugas rekam medik bersikeras mempertahankan berkas rekam medik di lingkungan kerjanya. Di lain pihak, pasien sering memaksa untuk membawa atau membaca berkas yang memuat riwayat penyakitnya. Dalam Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, pasal 12 ayat (1) menyatakan bahwa berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan, Ayat (2) menyatakan bahwa: isi rekam medis merupakan milik pasien. Hal ini mengandung arti bahwa pasien berhak tahu tentang isi rekam medis.

Rekam medik yang lengkap & cermat adalah syarat mutlak bagi bukti dalam kasus kasus medikolegal. Selain itu, kegunaan rekam medik dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain:

- a. *Aspek administrasi: Rekam medik mempunyai arti administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang & tanggung jawab bagi tenaga kesehatan.*
- b. *Aspek medis: Rekam medik mempunyai nilai medis karena catatan tersebut dipakai sebagai dasar merencanakan pengobatan & perawatan yang akan diberikan*
- c. *Aspek hukum: Rekam medik mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam usaha menegakkan hukum serta bukti untuk menegakkan keadilan.*
- d. *Aspek keuangan: Rekam medik dapat menjadi bahan untuk menetapkan pembayaran biaya pelayanan kesehatan.*
- e. *Aspek penelitian: Rekam medik mempunyai nilai penelitian karena mengandung data atau informasi sebagai aspek penelitian & pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.*
- f. *Aspek pendidikan: Rekam medik mempunyai nilai pendidikan karena menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologis pelayanan medik terhadap pasien yang dapat dipelajari.*
- g. *Aspek dokumentasi: Rekam medik mempunyai nilai dokumentasi karena merupakan sumber yang harus didokumentasikan yang dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban & laporan.*

Dalam undang-undang praktik kedokteran ditegaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan,

tindak dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Lebih lanjut ditegaskan dalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 13 ayat (1) bahwa rekam medis dapat dimanfaatkan/digunakan sebagai pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran, penegakan etika kedokteran dan kedokteran gigi bagi profesi kedokteran, keperluan pendidikan dan penelitian, dasar pembiayaan biaya pelayanan kesehatan, data statistic kesehatan.

Perlindungan Pasien

Perlindungan pasien tentang hak memperoleh Informed Consent dan Rekam Medis dapat dijabarkan seperti dibawah ini:

1. UU NO 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Pasal 56

- (1) Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap
- (2) Hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku pada:
 - a. penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas
 - b. keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri; atau
 - c. gangguan mental berat
- (3) Ketentuan mengenai hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Pernyataan IDI Tentang Informed Consent

- a. Manusia dewasa dan sehat rohaniyah berhak sepenuhnya menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap tubuhnya.
- b. Dokter tidak berhak melakukan tindakan medis yang bertentangan dengan kemauan pasien, walaupun untuk kepentingan pasien itu sendiri.
- c. Oleh karena itu, semua tindakan medis (diagnostik, terapeutik maupun paliatif) memerlukan "Informed Consent" secara lisan maupun tertulis.
- d. Setiap tindakan medis yang mengandung risiko cukup besar, mengharuskan adanya persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien, setelah sebelumnya pasien itu memperoleh informasi yang adekuat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta risiko yang berkaitan dengannya ("Informed Consent").
- e. Untuk tindakan yang tidak termasuk dalam butir 3, hanya dibutuhkan persetujuan lisan atau sikap diam.
- f. Informasi tentang tindakan medis harus diberikan kepada pasien, baik diminta oleh pasien maupun tidak. Menahan informasi tidak boleh, kecuali bila dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kepentingan kesehatan pasien. Dalam hal ini dokter dapat memberikan informasi itu kepada keluarga terdekat. Dalam memberikan informasi kepada keluarga terdekat pasien, kehadiran seorang perawat / paramedik lain sebagai saksi adalah penting.

- g. Isi informasi mencakup keuntungan dan kerugian tindakan medis yang direncanakan, baik diagnostik, terapeutik maupun paliatif.
 - h. Informasi biasanya diberikan secara lisan, tetapi dapat pula secara tertulis (berkaitan dengan informasi "Informed Consent"). Informasi harus diberikan secara jujur dan benar, terkecuali bila dokter menilai bahwa hal ini dapat merugikan kepentingan pasien. Dalam hal ini dokter dapat memberikan informasi yang benar itu kepada keluarga terdekat pasien.
 - i. Dalam hal tindakan bedah (operasi) dan tindakan invasif lainnya, informasi harus diberikan oleh dokter yang bersangkutan sendiri.
 - j. Untuk tindakan yang bukan bedah (operasi) dan tindakan invasif, informasi dapat diberikan oleh perawat atau dokter lain, sepengetahuan atau dengan petunjuk dokter yang merawat.
 - k. Perluasan operasi yang dapat diduga sebelum tindakan dilakukan, tidak boleh dilakukan tanpa informasi sebelumnya kepada keluarga yang terdekat atau yang menunggu. Perluasan yang tidak dapat diduga sebelum tindakan dilakukan, boleh dilaksanakan tanpa informasi sebelumnya bila perluasan operasi tersebut perlu untuk menyelamatkan nyawa pasien pada waktu itu
 - l. Informed Consent diberikan oleh pasien dewasa yang berada dalam keadaan sehat rohani
 - m. Untuk orang dewasa yang berada dibawah pengampuan, Informed Consent diberikan oleh orangtua/kurator/wali. Untuk yang dibawah umur dan tidak mempunyai orangtua/wali. "Informed Consent" diberikan oleh keluarga terdekat
 - n. Dalam hal pasien tidak sadar/pingsan, serta tidak didampingi oleh yang tersebut dalam butir 10, dan yang dinyatakan secara medis berada dalam keadaan gawat dan/atau darurat, yang memerlukan tindakan medis segera untuk kepentingan pasien, tidak diperlukan Informed Consent dari siapapun dan ini menjadi tanggung jawab dokter.
 - o. Dalam pemberian persetujuan berdasarkan informasi untuk tindakan medis di RS / Klinik, maka RS / Klinik yang bersangkutan ikut bertanggung jawab
3. UU RI No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
- Pasal 45
- a. Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
 - b. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap.
 - c. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup
 - diagnosis dan tata cara tindakan medis
 - tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 - alternative tindakan lain dari risikonya;
 - risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - prognosis terhadap tindakan yang dilakukan

- d. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan.
 - e. Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan
 - f. Ketentuan mengenai tata cara persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (5) diatur dengan Peraturan Menteri.
4. Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- a. Pasal 2 ayat (1) menyatakan bahwa : semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
 - b. Pasal 7 ayat (1) menyatakan bahwa : penjelasan tentang tindakan kedokteran harus diberikan langsung kepada pasien dan atau keluarga terdekat, baik diminta maupun tidak diminta.
 - c. Pasal 7 ayat (3) menyatakan bahwa: penjelasan tentang tindakan kedokteran dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya mencakup :
 - 1) Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran
 - 2) Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan
 - 3) Alternatif tindakan lain dan resikonya
 - 4) Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
 - 5) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan
 - 6) Prakiraan pembiayaan
 - d. Pasal 13 ayat (1) menyatakan bahwa: persetujuan diberikan oleh pasien yang kompeten atau keluarga terdekat
5. Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medik
- a. Pasal 12 ayat (2) menyatakan bahwa: isi rekam medis merupakan milik pasien
 - b. Pasal 13 ayat (1) huruf a menyatakan bahwa: pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai : a. pemerilaharaan kesehatan dan pengobatan pasien.

ALTERNATIF PENYELESAIAN KASUS

Permasalahan yang sering memicu masalah antara pasien dengan sarana pelayanan kesehatan/dokter adalah kedua belah pihak kurang mengerti hak & kewajibannya. sarana pelayanan kesehatan/dokter lebih mementingkan dalam menuntut hak-nya namun lupa melaksanakan kewajibannya secara tuntas. Di sisi lain pasien kadang tidak dapat memenuhi kewajibannya seperti pembayaran atas biaya pengobatan sementara seringkali hak-haknya kurang diperhatikan.

Agar kasus seperti diatas tidak terulang kembali masing-masing pihak harus mengerti apa yang menjadi hak & kewajibannya dalam pengobatan. Hal ini telah diatur dalam pasal 50-53 UU no.29/2004 tentang Praktik Kedokteran. Pasien sebaiknya mengerti bahwa hak-nya adalah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai penyakit, pemeriksaan, pengobatan, efek samping, risiko, komplikasi, sampai alternatif

pengobatannya. Pasien juga berhak untuk menolak pemeriksaan/pengobatan & meminta pendapat dokter lain.

Selain itu, pencatatan tentang perjalanan penyakit pasien yang di tulis dalam rekam medik adalah milik pasien sehingga berhak untuk meminta salinannya untuk kebutuhan rujukan. Pasien memiliki kewajiban untuk memberikan informasi selengkap-lengkapny, mematuhi nasihat/anjuran pengobatan, mematuhi peraturan yang ada di sarana pelayanan kesehatan dan membayar semua biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Sedangkan sarana pelayanan kesehatan/dokter wajib untuk memberikan pelayanan sesuai standar & kebutuhan medis pasien, merujuk ke tempat yang lebih mampu jika tidak sanggup menangani pasienn membuat dan merahasiakan rekam medik. Sarana pelayanan kesehatan/dokter pun berhak untuk menerima pembayaran atas jasa layanan kesehatan yang diberikannya pada pasien.

Selain mengerti hak & kewajibannya, kedua belah pihak pun harus memiliki komunikasi yang baik & rasa saling percaya untuk menghindari kesalahpahaman. Berbagai konflik antara pasien dan sarana pelayanan kesehatan/dokter hampir selalu diawali oleh komunikasi yang buruk & kurangnya rasa percaya di antara keduanya. Pasien maupun sarana pelayanan kesehatan/dokter harus saling terbuka dan mau menerima masukan agar pengobatan dapat dilaksanakan dengan baik.

Sarana pelayanan kesehatan/dokter harus paham bahwa pasien datang hanya karena ingin diobati & sembuh, bukan untuk mencari-cari perkara. Pasien pun harus mengerti bahwa tidak ada sarana pelayanan kesehatan/dokter yang memiliki niat jahat untuk mencelakakan pasiennya. Selain itu, sarana pelayanan kesehatan/dokter harus belajar berbesar hati dalam menerima kritik & saran sebagai sarana untuk perbaikan kualitas layanan, bukan dianggap sebagai penghinaan atau pencemaran nama baik. sarana pelayanan kesehatan/dokter harus ingat bahwa pasien itu sedang dalam kesusahan akibat penyakitnya, sangat wajar jika pasien mudah marah dan terlalu sensitif..

Namun bila akhirnya ada masalah di antara keduanya, perlu suatu cara penyelesaian yang bijak demi kebaikan bersama.

Langkah dilakukan melalui jalur hukum yang lebih berorientasi pada ‘menang-kalah’ sehingga hubungan di antara keduanya menjadi tidak baik. Langkah ini sering dipilih karena kurangnya pengetahuan akan alternatif penyelesaian masalah yang lain. Padahal langkah hukum membutuhkan waktu panjang & biaya banyak. Ada berbagai cara lain yang dapat dipilih, seperti penyelesaian secara kekeluargaan atau dengan bantuan penengah/mediator yang dipercayai & dihormati oleh kedua pihak.

Selain cara-cara penyelesaian masalah di atas, terdapat pula Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) jika pasien merasa dokter berlaku tidak sesuai etika. Sementara untuk masalah yang berkaitan dengan kinerja/tindakan dokter di dalam praktiknya, pasien dapat mengadukannya ke Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) yang anggotanya terdiri dari tokoh masyarakat, sarjana hukum, & dokter. Pasien bisa mengadu ke kedua lembaga tersebut sekaligus dengan meminta bantuan kantor cabang organisasi profesi dokter atau dinas kesehatan setempat.

Hubungan pasien dan sarana pelayanan kesehatan/dokter memang dinamis, sehingga masalah pun akan selalu timbul. Dengan cara penyelesaian masalah yang tepat diharapkan hubungan di antara keduanya dapat terus terjalin dengan baik sehingga dunia pelayanan kesehatan di Indonesia dapat lebih berkualitas & melindungi masyarakat.

Latihan

Untuk memperdalam pengertian Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut:

Pertanyaan :

1. Sebutkan Bentuk *Informed Consent* :
2. Apa yang di maksud dengan : Tersirat atau dianggap diberikan (*implied or tacit consent*)
3. Apakah fungsi dari *Informed Consent* itu?
4. *Informed Consent* dinyatakan valid jika pasien sudah menyetujui dan menanda tangani lembar *Informed Consent* dan Dokter telah melaksanakan kewajibannya. Kewajiban apa yg dibebankan kepada dokter?
5. Dan pasien sudah mendapatkan haknya. Hak apa yang terdapat pada pasien dalam doktrin *Informed Consent*?
6. Kalau ada persetujuan, pasti ada penolakan. Iya, dalam dunia medis Penolakan Tindakan Medis biasa disebut Informed Refusal. Apakah pasien berhak untuk menolak dilakukannya suatu prosedur tindakan medis?
7. jelaskan bagaimana tentang riset klinik terhadap manusia
8. Disamping Hak Pasien diatas, jelaskan apa kewajiban pasien terhadap Rekam Medis nya

Jawaban

1. Sebutkan Bentuk *Informed Consent* : Secara lisan (*oral*), Secara tertulis (*written*)
2. Apa yang di maksud dengan : Tersirat atau dianggap diberikan (*implied or tacit consent*)
Dalam keadaan biasa (*normal or constructive consent*), Dalam keadaan gawat darurat (*emergency*)
3. Fungsinya sebagai ;
 - a. Promosi dan hak otonomi perorangan
 - b. Proteksi dari pasien dan subjek
 - c. Mencegah terjadinya penipuan dan paksaan
 - d. Menimbulkan rangsangan kepada profesi medis untuk mengadakan introspeksi terhadap diri sendiri (*self security*)
 - e. Promosi dari keputusan-keputusan rasional
 - f. Keterlibatan masyarakat (dalam memajukan prinsip otonomi sebagai suatu nilai sosial dan mengadakan pengawasan dalam penyelidikan bio-medik (Alexander Capron)
4. *Informed Consent* dinyatakan valid jika pasien sudah menyetujui dan menanda tangani lembar *Informed Consent* dan Dokter telah melaksanakan kewajibannya. Kewajiban apa

yg dibebankan kepada dokter? Kewajiban untuk memberikan informasi kepada pasien, Kewajiban untuk memperoleh persetujuan sebelum ia melakukan tindakannya.

5. Dan pasien sudah mendapatkan haknya. Hak apa yang terdapat pada pasien dalam doktrin *Informed Consent*?
 - a. Hak untuk memperoleh informasi mengenai penyakitnya dan tindakan apa yang hendak dilakukan oleh dokter terhadap dirinya.
 - b. Hak untuk memperoleh jawaban atas pertanyaan yang diajukannya.
 - c. Hak untuk memilih alternatif lain, jika ada
 - d. Hak untuk menolak usul tindakan yang hendak dilakukan.
6. Kalau ada persetujuan, pasti ada penolakan. Iya, dalam dunia medis Penolakan Tindakan Medis biasa disebut *Informed Refusal*. Apakah pasien berhak untuk menolak dilakukannya suatu prosedur tindakan medis? Ya, Pasien berhak untuk menolak. Dasar hukumnya adalah Hak asasi dari seseorang untuk menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap dirinya sendiri.
7. Bahwa riset klinik itu tidak boleh dilakukan tanpa persetujuan orang yang akan dilakukan penelitiannya. setelah ia mendapat penjelasan, walaupun secara hukum dia tidak mampu namun persetujuan harus diperoleh dari wali yang sah.
8. Pasien memiliki kewajiban untuk memberikan informasi selengkap-lengkapya, mematuhi nasihat/anjuran pengobatan, mematuhi peraturan yang ada di sarana pelayanan esehatan dan membayar semua biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Ringkasan

Pengaturan mengenai rekam medis dapat kita jumpai dalam Pasal 46 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (“UU Praktik Kedokteran”) yang mengatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Arti rekam medis itu sendiri menurut penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Permenkes 269/2008 ini tidak mengatur siapa saja yang dimaksud dengan keluarga di sini. Aturan tersebut tidak mengatakan siapa anggota keluarga yang bisa mendapatkan ringkasan rekam medis atau yang dapat memberikan persetujuan tertulis kepada orang lain untuk mendapatkan ringkasan medis tersebut.

Akan tetapi, untuk mengetahui anggota keluarga yang dimaksud kita dapat mengacu pada UU Praktik Kedokteran dalam pasal yang mengatur tentang persetujuan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi. Pasal yang dimaksud adalah Pasal 45 ayat (1) UU Praktik Kedokteran yang berbunyi:

“Setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan.”

Menurut penjelasan Pasal 45 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, pada prinsipnya yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis adalah pasien yang bersangkutan. Namun, apabila pasien yang bersangkutan berada di bawah pengampuan (under curatele), persetujuan atau penolakan tindakan medis dapat diberikan oleh keluarga terdekat antara lain suami/istri, ayah/ibu kandung, anak-anak kandung atau saudara-saudara kandung.

Jika pihak rumah sakit menolak memberikan ringkasan medis kepada Anda sebagai keluarga pasien yang berhak, usahakan untuk menyelesaikan masalah tersebut secara kekeluargaan. Namun, jika pihak rumah sakit tetap menolak memberikan rekam medis tersebut, maka pasien atau keluarganya dapat menempuh langkah-langkah yang diatur dalam UU Rumah Sakit, yaitu:

1. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit baik secara perdata maupun pidana (lihat Pasal 32 huruf q); atau
2. mengeluhkan pelayanan RS yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (lihat Pasal 32 huruf r). Penginformasian kepada media ini kemudian akan menimbulkan kewenangan bagi Rumah Sakit untuk mengungkap rahasia kedokteran pasien sebagai hak jawab Rumah Sakit (lihat Pasal 44 ayat [3]) .

Selain itu, pasien atau keluarganya juga dapat mengajukan gugatan kepada pelaku usaha, kepada lembaga yang secara khusus berwenang menyelesaikan sengketa antara konsumen dan pelaku usaha (lihat Pasal 45 UU Perlindungan Konsumen).

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat.

1. Pelayanan kesehatan disebabkan adanya persepsi sakit yang berbeda antara masyarakat dan provider (pihak penyelenggara pelayanan kesehatan). Adanya perbedaan persepsi yang berkisar antara :
 - a. penyakit (*disease*) dengan *illness* (rasa sakit).
 - b. Fasilitas puskesmas
 - c. Tenaga teknis kefarmasian
 - d. Definisi sehat
2. Informasi/keterangan yang wajib diberikan sebelum suatu tindakan kedokteran dilaksanakan adalah:
 - a. Diagnosa yang telah ditegakkan
 - b. Sifat dan luasnya tindakan yang akan dilakukan.
 - c. Manfaat dan urgensinya dilakukan tindakan tersebut
 - d. Resiko resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi daripada tindakan kedokteran tersebut
 - e. a, b, c, d, betul semua.

3. Kesalahpahaman semacam ini seringkali berujung pada gugatan malpraktek. Secara etik dokter diharapkan untuk memberikan yang terbaik untuk pasien.
Malpraktek dalam pernyataan di atas artinya :
 - a. Praktek yang berhasil menyembuhkan
 - b. tenaga kesehatan yang santai
 - c. praktek oleh tenaga dukum
 - d. praktek tenaga kesehatan yang lalai.
4. Rekam Medis merupakan salah satu alat bukti yang di atur dalam Peraturan :
 - a. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 .
 - b. Undang-Undang nomor 36 tahun 2009
 - c. Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008
 - d. Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008
5. Rekam medis itu sendiri menurut penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran adalah
 - a. berkas yang berisikan catatan dan dokumen pasien.
 - b. berkas pasien yang selalu dibawa- bawa
 - c. merupakan kuitansi keuangan pasien
 - d. berisi tentang keluhan kesah pasien terhadap dokter.

Kunci Jawaban Tes

TES 1

1. A
2. C
3. B
4. C
5. D

TES 2

1. A
2. E
3. D
4. A
5. A

DAFTAR PUSTAKA

Abidin. (2009). *Quo Vadis Kliniko Mediko Legal Indonesia*

Alwi, Rekam Medik sebagai Bukti Hukum,
<http://simrsud.wordpress.com/2010/10/20/rekam-medik-sebagai-bukti-hukum/>
Diakses 6/11/2011

Ali. Mulyohadi, Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Yang Baik di Indonesia, 2009

Billy, Aspek Hukum Rekam Medis, billy@hukum-kesehatan.web.id, diakses 6/11/2011

Chandawila, Rekam Medis (Menurut Permenkes no.269/2008 & UU no.29/2004),
<http://hukumkes.wordpress.com/2008/03/06/rekam-medis-menurut-permenkes-no749a1989-uu-no292004/#more-6> Diakses 6/11/2011

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana

Indradi, Hak-Hak Pasien dalam Menyatakan Persetujuan Rencana Tindakan Medis,
<http://www.ilunifk83.com/t143-informed-consent>, diakses 6/10/2011

Irwady, Mengenal Informed Consent,
<http://irwandykapalawi.wordpress.com/2007/11/01/mengenal-informed-consent/>,
diakses 6/11/2011

Jayanti. Nusye, Penyelesaian Hukum dalam Malapraktik Kedokteran, Pustaka Yustisia, 2009
Lampiran SKB IDI No.319/P/BA./88

Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medik

Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran

Ta'adi, Hukum Kesehatan Pengantar Menuju Perawat Profesional, EGC, 2009

UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan UU No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran