



Kesehatan Masyarakat

dalam Tinjauan Ilmu Sosial
dan Perilaku

Ridwan Mochtar Thaha

Kesehatan Masyarakat

dalam Tinjauan Ilmu Sosial dan Perilaku

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Kesehatan Masyarakat

dalam Tinjauan Ilmu Sosial dan Perilaku

Ridwan Mochtar Thaha



Cerdas, Bahagia, Mulia, Lintas Generasi.

**KESEHATAN MASYARAKAT
DALAM TINJAUAN ILMU SOSIAL DAN PERILAKU**

Ridwan Mochtar Thaha

Desain Cover :

Rulie Gunadi

Sumber :

www.shutterstock.com

Tata Letak :

T. Yuliyanti

Proofreader :

Tiara Azhari

Ukuran :

x, 200 hlm, Uk: 15.5x23 cm

ISBN :

978-623-02-6280-7

Cetakan Pertama :

Maret 2023

Hak Cipta 2023, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2023 by Deepublish Publisher

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

**PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)**

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

PENGANTAR

Asalamualaikum Warahmatullahi Wabaraktuh.

Alhamdulillah Puji Syukur dipanjatkan kepada Allah Swt. atas berkah dan izinnya jugalah sehingga penulisan buku ini dapat selesai.

Konsep buku dan hasil bacaan dari referensi dan data telah lama terkumpul sejak tiga tahun lalu, tetapi kemudian didiamkan cukup lama terutama ketika pandemi Covid 19 dan baru dimulai lagi sejak 6 bulan terakhir.

Buka ini bermaksud menjelaskan bahwa Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah disiplin ilmu yang memadukan beberapa ilmu dasar ke dalam kajian-kajiannya. Olehnya, Ilmu Kesehatan Masyarakat bersifat *multi entry* di mana disiplin ini membutuhkan pendekatan yang komprehensif untuk memadukan berbagai disiplin ilmu.

Faktanya, kesehatan masyarakat saat ini lebih dominan didekati dari sisi medis dan sedikit non medis, sementara diketahui bahwa masalah risiko penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular, baik dalam upaya pengobatan, penanggulangan terutama pencegahan terbukti lebih disebabkan oleh faktor-faktor di luar kesehatan itu sendiri., misalnya faktor lingkungan, perilaku, budaya, sosial dan ekonomi dan kebijakan kesehatan.

Buku ini adalah usaha untuk mengemukakan masalah kesehatan masyarakat dari perspektif Ilmu Sosial dan Budaya. Secara khusus, kajian ilmu sosial dan budaya yang dimaksud adalah kajian-kajian antropologi, sosiologis, dan kajian komunikasi, yang terbukti mengambil peran yang kuat dalam memetakan masalah kesehatan dan ikut memberi solusi seperti tergambar dalam kajian buku ini. Mudah-mudahan buku ini berguna bagi para ahli kesehatan masyarakat, praktisi kesehatan, relawan dan partisipan yang memiliki perhatian pada kesehatan masyarakat.

Ucapan terima kasih saya ucapkan kepada semua yang telah membantu dalam penulisan buku ini, dan secara khusus untuk istriku Ida

Leida Maria, anakku Rianda Ridho, Zata Misykat, dan Adhi Nauval atas pengertian keluarga karena proses penulisan buku ini menyita waktu keluarga yang banyak. Terima kasih secara khusus juga kepada pihak-pihak yang bersedia mengedit bahasa yang digunakan dalam buku ini.

Wassalamualaikum Warahmatullah Wabarakatuh. Aamiin.

Makassar, 20 Maret 2023

Ridwan Mochtar Thaha

DAFTAR ISI

PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii

BAB I	Kesehatan Masyarakat dalam Wacana Ilmu Sosial dan Perilaku	1
1.	Aspek Biologis dan Budaya Penyakit.....	1
2.	Penyakit Adalah Penyimpangan dari Fungsi Biologis Normal.....	2
3.	Etnomedisin dan Adaptasi yang Berkembang	4
4.	Biomedis tentang Penyakit	5
5.	Model Sosial Penyakit dan Diagnosis.....	7
6.	Akun Penyakit dan Sakit.....	9
	DAFTAR PUSTAKA.....	13

BAB II	Teori-Teori Sosial dan Perilaku untuk Kajian Kesehatan Masyarakat	14
1.	Peran Teori-Teori Sosial untuk Kajian Kesehatan Masyarakat.....	14
2.	Peran Teori Perilaku Individu untuk Kajian Kesehatan Masyarakat	27
3.	Model Perubahan Perilaku Kelompok/Masyarakat untuk Kajian Kesehatan Masyarakat	40
	DAFTAR PUSTAKA.....	47

BAB III	Aspek Sosial Budaya dan Kesehatan Masyarakat	50
1.	Budaya dan Kesehatan.....	50
2.	Budaya, Etnomedisin, dan Biomedik.....	53
3.	Etnomedika sebagai Subkultur	57
4.	Kompetensi Budaya dalam Profesi Kesehatan	58
5.	Konsep Kesehatan.....	61

6.	Pendekatan Sistem untuk Kesehatan.....	66
7.	Teori Penyakit Menurut Sosial Budaya	73
8.	Ringkasan.....	76
9.	Efek Budaya pada Perawatan.....	78
10.	Menggunakan Budaya untuk Merawat Praktisi Biomedis	79
	DAFTAR PUSTAKA.....	83
BAB IV	Kajian Sosial Penyembuhan Penyakit	84
1.	Masyarakat, Penyakit, dan Keadaan Sakit	84
2.	Keterkaitan Faktor Risiko dan Penyebab Dasar: Pola Kasus Negara Berkembang	89
3.	Penyakit Kardiovaskular	92
4.	Kanker.....	98
5.	HIV/AIDS	104
6.	Alzheimer.....	108
7.	Penyakit Kejiwaan	110
8.	Ringkasan.....	117
	DAFTAR PUSTAKA.....	119
BAB V	Epidemiologi dan Kajian Sosial.....	121
1.	Epidemiologi dan Kajian Sistem Sosial.....	121
2.	Transisi Epidemiologi dan Kajian Sosial.....	123
3.	Epidemi Penyakit Masa Depan	125
4.	Harapan Hidup dan Mortalitas	126
5.	Apa yang Menjelaskan Perbedaan Rasial dan Etnisitas yang Berlanjut dalam Kematian	129
6.	Variasi Menurut Etnis dan Kelas Sosial.....	133
7.	Morbiditas	134
8.	Status Sosial Ekonomi.....	139
9.	Hubungan Penting antara Kesehatan dan Keterlibatan Hubungan Sosial yang Positif di Lapangan.....	141
10.	Disabilitas.....	144
11.	Ringkasan.....	146
	KEPUSTAKAAN.....	148

BAB VI	Komunikasi dan Kesehatan Masyarakat dari Teori ke Praktik.....	149
1.	Komunikasi dan Komunikasi Kesehatan	149
2.	Komunikasi Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat.....	171
3.	Komunikasi Kesehatan dalam Pelayanan Perawatan Kesehatan	172
4.	Komunikasi Kesehatan dalam Pengembangan Masyarakat.....	172
5.	Kompetensi Budaya sebagai Basis Strategi Komunikasi Kesehatan yang Efektif	174
6.	Kompetensi Komunikasi Kesehatan dan Adaptasi Budaya	176
7.	Perspektif Sejarah dalam Komunikasi Lintas Budaya	179
8.	Komunikasi dan Kesehatan Pribadi	181
9.	Komunikasi Kelompok	183
10.	Komunikasi dan Kesehatan Masyarakat.....	183
11.	Teknik Komunikasi dan Pemasaran.....	185
12.	Pola Komunikasi dan Penghalang Bahasa.....	186
	KEPUSTAKAAN.....	188
BAB VII	Literasi Kesehatan.....	190
1.	Mengapa Literasi Kesehatan?	190
2.	Definisi Literasi Kesehatan.....	192
3.	Dimensi Literasi Kesehatan	195
4.	Model Konseptual Literasi Kesehatan	196
5.	Efek Literasi Kesehatan	197
	DAFTAR PUSTAKA.....	200

BAB I

Kesehatan Masyarakat dalam Wacana Ilmu Sosial dan Perilaku

Secara filosofis, Ilmu Kesehatan Masyarakat (disingkat IKM) adalah disiplin ilmu yang sifatnya multi disiplin. Disiplin ilmu sosial (Baca Antropologi, Sosiologi dan juga Komunikasi) adalah tiga dari sekian disiplin ilmu yang berkaitan erat dengan IKM. Kajian-kajian Antropologi dan sosiologi termasuk ilmu komunikasi terus berkembang pesat dan terbukti telah memberikan kontribusi yang sangat besar dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat. Ilmu Antropologi yang kemudian berkembang menjadi ilmu terapan antropologi kesehatan. Ilmu Sosiologi yang kemudian berkembang menjadi sosiologi terapan sebagai sosiologi kesehatan dan komunikasi yang berkembang menjadi komunikasi terapan sebagai komunikasi kesehatan. Bukti-bukti berikut akan dijelaskan dalam bentuk bagaimana peran ilmu-ilmu sosial demikian dalam kesehatan meliputi:

1. Aspek Biologis dan Budaya Penyakit

Ilmu Biomedis telah membiasakan kita untuk memikirkan masalah kesehatan pada dasarnya hanya melibatkan penyakit atau masalah biologis di mana obat-obatan dan pembedahan merupakan respons yang paling tepat. Namun ketika diteliti penyebab sebenarnya dari morbiditas (kesakitan) dan kematian (mortalitas), ditemukan kalau biomedis bukan hanya masalah biologis tetapi secara budaya menyangkut pola perilaku manusia sebagai faktor fundamental yang mendasari penyebab utama kesakitan dan kematian. Kita menemukan penyebab utama kematian secara keseluruhan berdasarkan jenis kelamin dan berbagai kelompok etnis besar yang digunakan untuk mengategorikan perbedaan budaya dalam populasi. Data menunjukkan bahwa lima penyebab utama kematian meliputi penyakit jantung, kanker, CVD (stroke), penyakit saluran pernapasan kronis, dan cedera yang tidak disengaja (kecelakaan) bukanlah

semata-mata disebabkan oleh biologis dalam artian bakteri atau virus atau disfungsi fisiologis yang disebabkan oleh genetik. Tetapi kondisi ini adalah hasil dari banyak pengaruh faktor sosial pada perkembangan biologis normal, termasuk beberapa yang memiliki peran kausal mendasar dalam menghasilkan patologi. Kondisi seperti kanker paru-paru, CVD, kecelakaan lalu lintas dan penyakit hati dapat dianggap disebabkan oleh masalah perilaku, seperti makan berlebihan, merokok, dan penggunaan alkohol berlebihan.

Oleh sebab itu, penyebab utama kematian pada penyakit kontemporer CVD, kanker, penyakit saluran pernapasan, dan kecelakaan lalu lintas disebut **penyakit sosiogenik** karena masalah tersebut disebabkan oleh faktor sosial. Misalnya, meskipun CVD menghasilkan kelainan fisiologis, penyebabnya sebagian besar dari gaya hidup: pola makan yang buruk, kurang aktivitas, dan penggunaan narkoba (alkohol dan tembakau). Demikian juga, banyak kanker memiliki hubungan yang kuat dengan faktor perilaku seperti perubahan hidup yang penuh tekanan dan paparan polusi udara dan asap rokok, penyebab utama penyakit saluran pernapasan. Kematian akibat trauma kecelakaan juga merupakan cerminan langsung dari aktivitas budaya, seperti mengemudi dalam kecepatan tinggi dan cepat atau akibat menggunakan alkohol. Kondisi ini mencerminkan perilaku kita, yaitu gaya hidup dan budaya. Jenis kelamin pria memiliki 2 kali lebih cepat meninggal karena penyakit hati atau kecelakaan dibandingkan wanita dan memiliki tingkat kematian empat kali lebih tinggi karena bunuh diri dan pembunuhan. Perbedaan kematian pria dan wanita bukanlah sesuatu yang ditentukan oleh biologi tetapi oleh perbedaan gaya hidup.

2. Penyakit Adalah Penyimpangan dari Fungsi Biologis Normal

Ketika menentukan adanya penyakit, biomedis cenderung berfokus pada hasil tes laboratorium, mengabaikan pengalaman pasien. Misalnya, jika Anda mengira memiliki parasit usus yang ditunjukkan oleh gejala dan tanda tertentu (seperti gatal pada dubur, kembung, dan gas), dokter mungkin akan menolak untuk merawat kecuali hal ini dikonfirmasi oleh tes laboratorium (yang terkenal tidak dapat diandalkan dalam mendeteksi masalah ini). Biomedis lebih menyukai apa yang dilihat sebagai konfirmasi objektif dari “fakta” numerik hasil laboratorium atau indikasi

penyimpangan dari “norma”, rentang pengukuran yang diharapkan, daripada laporan pasien. Namun, ada beberapa konsep matematika normal-rata-rata, modus, median yang harus dipahami dalam pola variasi dalam suatu populasi.

Biomedis menganggap bahwa angka adalah “objektif”, tetapi apa yang normal mungkin spesifik secara budaya. Misalnya, ukuran normal kelenjar tiroid bervariasi sesuai dengan fungsi diet. Pembesaran tiroid, biasanya dianggap sebagai gejala klinis gondok yang merupakan adaptasi normal terhadap kadar yodium yang tinggi dalam makanan dan bukan merupakan bukti penyakit pada populasi tertentu. Menentukan kisaran variasi normal dan memerlukan referensi ke populasi tertentu dan bahkan ke kelompok yang berbeda dalam populasi, misalnya, berat badan normal untuk pria versus wanita. Karena kriteria normal, seperti berat badan dan tinggi badan, secara budaya spesifik, konsep “normal” bermasalah.

Pengaruh budaya secara nyata dapat dilihat pada diagnosis diabetes mellitus tipe 2, yang meliputi berbagai kondisi metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia (kadar glukosa atau gula darah tinggi). Sebagian besar diagnosis klinis diabetes tidak dibuat atas dasar keluhan pasien atau gejala yang jelas tetapi dari hasil tes laboratorium rutin. Ini memberikan dasar untuk diagnosis diabetes subklinis karena tidak terlihat dalam pemeriksaan klinis, hanya berdasarkan hasil laboratorium yang menunjukkan penyimpangan dari obat yang dianggap sebagai kadar glukosa darah normal. Meskipun kadar glukosa darah yang tinggi dianggap sebagai indikasi diabetes, pengukuran tersebut dapat menjadi indikator yang tidak dapat diandalkan karena banyak gejala diabetes juga merupakan reaksi khas terhadap tekanan psikologis. Tidak ada korelasi yang kuat antara kadar glukosa darah dan tingkat keparahan komplikasi diabetes (Mishler, dalam Michael Winkelman (2009).

Michael selanjutnya menyatakan bahwa kadar glukosa darah dan insufisiensi insulin harus dipahami dengan mengacu pada proses metabolisme lainnya dan dalam kaitannya dengan faktor psikososial dan budaya. Kadar glukosa “normal” bervariasi menurut populasi dan individu. Sebagai contoh, saya bersama dokter mengukur kadar glukosa darah pada penduduk asli (India) Meksiko. Beberapa tingkat sangat rendah sehingga dokter menyatakan, “Orang ini seharusnya tidak sadar,” tetapi mereka jelas

tidak dan tampaknya berfungsi normal. Kondisi biologis bukanlah satu-satunya faktor yang berhubungan dengan terjadinya penyakit tetapi kondisi sosial budaya ikut memberikan kontribusi. Contoh kasus Epilepsi yang diilustrasikan sebagai sakit akibat kondisi spiritual yang terganggu, dan praktik masyarakat untuk penyembuhan melalui upaya spiritual lebih dominan dibandingkan dengan pengobatan medis.

3. Etnomedisin dan Adaptasi yang Berkembang

Callahan (2012) mencatat bahwa *geophagy*—pemakan kotoran, yang dianggap penyakit (*pica*) dalam biomedis—dianggap sebagai praktik terapeutik di banyak budaya. Pemeriksaan *geophagy* lintas budaya dan dalam perspektif evolusi menunjukkan bahwa itu sebenarnya adalah perilaku adaptif dengan konsekuensi kesehatan yang signifikan. Karakterisasi biomedis dari perilaku adaptif sebagai penyakit menggambarkan konstruksi sosial penyakit. Praktik biomedis menganggap gangguan ini sebagai akibat dari berbagai faktor, termasuk deprivasi lingkungan, disfungsi keluarga, kerusakan otak, dan malnutrisi. *Pica* dikaitkan dengan berbagai gangguan psikologis, tetapi tidak ada dasar untuk menganggapnya sebagai penyakit selain asumsi bahwa itu tidak normal.

Perspektif biomedis menganggap makan kotoran pada dasarnya tidak berfungsi—sebuah penilaian nilai—daripada mengakui efek adaptif dari praktik-praktik ini. Callahan menjelaskan bagaimana *geophagy* mengisi berbagai fungsi nutrisi dan imunologi dan memainkan berbagai peran dalam tradisi etnomedis. Menelan tanah liat adalah bentuk umum *geophagy* nutrisi dan obat, menambahkan mineral penting ke dalam makanan dan menghilangkan racun dari makanan. *Geophagy* adalah pola perilaku yang dicatat pada wanita hamil dalam budaya di seluruh dunia, di mana ia digunakan sebagai sumber kalsium dan pengobatan untuk berbagai kondisi, termasuk mual. Mungkin juga memberikan respons sistem kekebalan yang ditingkatkan untuk ibu dan embrio. Callahan mengemukakan bahwa konsumsi kotoran pada kehamilan dan anak usia dini merupakan adaptasi evolusioner yang memiliki berbagai konsekuensi adaptif, termasuk meningkatkan perkembangan imunitas janin. Secara universal, anak usia dini (sebelum berusia dua tahun) adalah waktu geofagi

yang paling umum; Callahan mencatat bahwa periode konsumsi kotoran yang intens sesuai dengan waktu (satu tahun dan lebih setelah lahir) ketika tingkat imunoglobulin yang disediakan dalam ASI mulai menurun. Paparan awal bakteri memberikan dasar untuk perkembangan yang memungkinkan respons sistem kekebalan yang tepat di kemudian hari. Makan kotoran tampaknya memberikan manfaat adaptif dengan merangsang sistem kekebalan tubuh. Usus adalah area utama untuk produksi imunoglobulin. Paparan kotoran dapat membantu perkembangan flora usus dan memberikan paparan kuman yang memperkuat respons kekebalan terhadap ancaman di kemudian hari. Garam aluminium yang ditemukan dalam kotoran dapat membantu dalam respons imun dengan berfungsi sebagai *adjuvant* yang memberikan amplifikasi nonspesifik dalam respons sistem imun (Callahan, 2006). Jadi makan kotoran kemungkinan memiliki berbagai manfaat kesehatan. Meskipun praktik tersebut menimbulkan risiko paparan terhadap berbagai infeksi cacing (cacing) dan parasit lainnya, mengingat itu hanya penyakit tidak masuk akal secara empiris. Perspektif biomedis mencerminkan sudut pandang budaya tertentu yang dalam banyak kasus tidak terkait dengan realitas biologis dan budaya dari perilaku tersebut.

Kriteria yang digunakan dalam berbagai kondisi yang ditemukan dalam klasifikasi ICD. Beberapa penyakit dikaitkan dengan proses patologis yang terganggu, yaitu dihubungkan dengan vector atau stadium penyakit dan yang lain lagi berhubungan dengan gangguan pada bagian tertentu dari organ tubuh.

4. Biomedis tentang Penyakit

Biomedis, juga disebut sebagai *allopathic* (“melawan gejala”), kedokteran ilmiah, memandang penyakit terutama sebagai penyakit, yang dipahami sebagai kelainan biologis dalam struktur, kimia, atau fungsi tubuh (Hahn, *etc.*, 1995 dalam). Beberapa spesialisasi dalam biomedis, seperti psikiatri, memang menggunakan model penyakit psikologis, perilaku, dan sosial. Sebagian besar model berasumsi bahwa masalah kesehatan mental merupakan konsekuensi dari kelainan dalam biologi, terutama tingkat *neurotransmitter*, yang coba dimodifikasi oleh biomedis dengan obat-obatan. Asumsi penyakit biologis ini begitu tertanam dalam

pemikiran sebagian besar profesional kesehatan modern sehingga mereka menganggap pandangan biomedis mencakup perspektif yang valid tentang penyebab penyakit manusia.

Asumsi biomedis dasar mengenai penyakit meliputi:

- a. Penyakit pada dasarnya bersifat biologis dan ditandai dengan penyimpangan dari ukuran normal fungsi biologis
- b. Konsepsi generik penyakit tercermin dalam sistem klasifikasi yang valid secara universal
- c. Keyakinan bahwa setiap penyakit berasal dari penyebab fisik atau etiologi tertentu (**Adler, N.E. 1994**) menunjukkan bahwa definisi moral kusta muncul dari keadaan budaya, sosial, ekonomi, dan sejarah yang sangat menentukan pengalaman mereka yang menderita. Hal ini diilustrasikan dalam perbedaan dramatis dalam pengalaman hidup pasien kusta dalam budaya yang berbeda, tergantung pada apakah penyakit itu dianggap sangat menular. Di beberapa masyarakat, stigmatisasi terjadi ketika model medis diperkenalkan untuk mengendalikan penyakit, dan penyedia layanan kesehatan menekankan untuk menghindari kontak dengan orang yang terinfeksi. Efek budaya pada keputusan pengobatan pasien diilustrasikan dalam perjalanan ke fasilitas yang jauh di mana anonimitas dapat dipastikan dan pengucilan sosial dalam komunitas sendiri dihindari. Reaksi budaya dan harapan sosial dari penderita kusta adalah penentu utama dari pengalaman individu kusta. Penentu budaya yang kuat dari pengalaman kusta mengharuskan perawatan medis yang tepat mengatasi pengaruh ini juga. Mengobati basil saja tidak cukup; dampak sosial pada kesejahteraan pasien juga perlu ditangani. Biomedis cenderung mengatasi masalah kesehatan secara terpisah dari konteks sosial yang mempengaruhi kondisi pasien (misalnya, bagaimana faktor sosial mempengaruhi nutrisi, stres, dan akses ke obat-biologi gagal untuk mengatasi konsekuensi yang lebih luas untuk identifikasi Penyebab Penyakit”). Praduga Ilmiah Kedokteran. Praktisi biomedis umumnya menganggap bahwa standar praktik profesional menghasilkan pendekatan pengobatan “bebas budaya” yang ilmiah, netral secara moral, dan objektif (**Gaines dan Davis-Floyd, 2004**). Meskipun para praktisi melihat

diri mereka sebagai ilmuwan, biomedis tidak secara konsisten ilmiah tetapi dipengaruhi oleh kondisi sosial dan politik dan asumsi ideologis.

Biomedis tidak secara konsisten ilmiah dalam mendasarkan praktiknya pada temuan yang ditetapkan oleh uji klinis (Hahn, 1995). Banyak praktik klinis yang diterima secara umum tidak didasarkan pada kriteria ilmiah yang ketat (uji klinis *double-blind*) atau evaluasi ilmiah. Misalnya, meskipun Food and Drug Administration (FDA) harus menyetujui obat baru berdasarkan studi terkontrol, banyak obat-obatan yang digunakan sebelum undang-undang ditetapkan tetap digunakan. Obat-obatan yang disetujui untuk satu kali penggunaan sering kali dipasarkan untuk penggunaan lain yang tidak disetujui (perlakuan “tidak berlabel”). Dokter sering meresepkan beberapa obat sekaligus, meskipun penggunaan tersebut belum pernah diuji, mengakibatkan interaksi obat-obat yang membunuh puluhan ribu orang setiap tahunnya.

- d. Banyak dokter mulai menyadari bahwa praktik pengobatan mereka tidak sepenuhnya ilmiah, yang mengarah pada pengembangan pendekatan berbasis bukti untuk praktik klinis yang bertujuan untuk menambah asumsi profesional tradisional dengan penilaian kritis baru terhadap praktik mereka. Banyak praktik klinis didasarkan pada kebijaksanaan konvensional dan kepercayaan tradisional, bukan pada bukti sistematis dari laboratorium terkontrol atau studi klinis. Bias sosial biomedis diilustrasikan di banyak bidang: misalnya, argumen American Medical Association (AMA) terhadap upaya Kongres untuk meloloskan undang-undang yang menyediakan perawatan kesehatan dasar bagi semua orang Amerika. Namun, AMA tidak menentang pemerintah yang menyediakan miliaran dolar dana federal untuk sekolah kedokteran swasta, rumah sakit, dan kelompok dokter.

5. Model Sosial Penyakit dan Diagnosis

Keterbatasan perspektif biomedis bahwa penyakit pada dasarnya fisiologis dan bahwa masalah mental dan psikososial tidak relevan membuat Engel (1980) memperkenalkan model biopsikososial. Memahami

sifat kesehatan dan mengatasi penyakit memerlukan perspektif yang lebih luas yang berkaitan dengan dimensi psikologis, budaya, dan sosial yang mempengaruhi kesejahteraan. Penilaian yang efektif membutuhkan pemahaman tentang aspek psikologis dan sosial dari kondisi yang tidak diinginkan, menghubungkan penyakit dan gejala dengan konteks budaya di mana penyakit itu dihasilkan dan dialami. Perspektif konstruktivis menunjukkan bahwa nilai-nilai budaya menghasilkan variasi lintas budaya dalam pengenalan penyakit, pentingnya gejala, perawatannya, dan konsekuensinya. Perbedaan tersebut dimanifestasikan dalam perbedaan antara perhatian dokter dengan penyakit dan pengalaman pasien tentang penyakit, perbedaan yang mempengaruhi proses diagnostik. Kriteria budaya menentukan makna dari serangkaian perilaku tertentu memberikan respons sistem kekebalan yang ditingkatkan untuk ibu dan embrio. Callahan (2012) mengemukakan bahwa konsumsi makanan tidak sehat pada kehamilan dan anak usia dini merupakan adaptasi evolusioner yang memiliki berbagai konsekuensi adaptif, termasuk meningkatkan perkembangan imunitas janin.

Secara universal, anak usia dini (sebelum berusia dua tahun) adalah waktu geofagi yang paling umum; Callahan mencatat bahwa periode konsumsi tidak sehat yang intens sesuai dengan waktu (satu tahun dan lebih setelah lahir) ketika tingkat imunoglobulin yang disediakan dalam ASI mulai menurun. Paparan awal bakteri memberikan dasar untuk perkembangan yang memungkinkan respons sistem kekebalan yang tepat di kemudian hari. Makan kotoran tampaknya memberikan manfaat adaptif dengan merangsang sistem kekebalan tubuh.

Usus adalah area utama untuk produksi imunoglobulin. Paparan kotoran dapat membantu perkembangan flora usus dan memberikan paparan kuman yang memperkuat respons kekebalan terhadap ancaman di kemudian hari. Garam aluminium yang ditemukan dalam kotoran dapat membantu dalam respons imun dengan berfungsi sebagai *adjuvant* yang memberikan amplifikasi nonspesifik dalam respons sistem imun (Callahan, 2006). Jadi, makan makanan tidak sehat mungkin memiliki berbagai manfaat kesehatan. Meskipun praktik tersebut menimbulkan risiko paparan terhadap berbagai infeksi cacing (cacing) dan parasit lainnya dan menganggapnya sebagai penyakit tidak masuk akal secara empiris.

Perspektif biomedis mencerminkan sudut pandang budaya tertentu yang dalam banyak kasus tidak terkait dengan realitas biologis dan budaya dari perilaku tersebut atau gejala sebagai penyakit atau variasi normal dalam perilaku, seperti disleksia, depresi, keterbelakangan mental, dan “makan kotoran”.

Fakta biomedis didasarkan pada proses sosial dari konstruksi makna, seperti halnya dengan sistem etnomedis lainnya, dan kondisi yang diakui mungkin merupakan cerminan nilai dan asumsi daripada bukti patologi. Apa yang dianggap patologis dan penyakit ditetapkan oleh konvensi budaya dan sosial, bahkan jika mereka disebut dengan istilah medis dan ilmiah. Peran nilai-nilai budaya dalam menentukan apa yang dianggap sebagai penyakit digambarkan di atas dalam “Interaksi Biokultural: Depersonalisasi dan Depresi dari Perspektif Yoga” dan dalam pertimbangan pica atau *geophagy* berikut—pemakan kotoran—di mana apa yang dianggap sebagai penyakit dalam biomedis terlihat sebagai praktik penyembuhan di banyak budaya.

Model biopsikososial Engel (1980) yang memandang kondisi sosiokultural mempengaruhi penyakit melalui mediasi risiko seperti paparan penyakit atau kondisi lain yang menyebabkan masalah kesehatan (seperti kontaminasi) diperluas dalam perspektif konstruktivis. Perspektif ini memandang kondisi dalam suatu budaya sebagai penyebab masalah kesehatan serta membangun bagaimana anggotanya berpikir tentang penyakit dan implikasinya, dan akibatnya, bagaimana mereka mengalami penyakit kesehatan.

6. Akun Penyakit dan Sakit

Sakit kadang-kadang digunakan secara sinonim berdasarkan interpretasi penderita. Berbeda dengan penyakit sebagai pengalaman pribadi dari penyakit atau kondisi yang tidak diinginkan, ada perbedaan yang menekankan penyakit sebagai sifat alami yang diinduksi secara sosial dari pengalaman yang dihasilkan oleh tanggapan orang lain yang signifikan secara sosial. Meskipun penyakit dan sakit juga harus memiliki aspek yang diinduksi secara sosial, konsep penyakit berfokus pada efek sosial pada suatu penyakit. Ini termasuk efek alokasi sumber daya,

stigmatisasi, dan konsekuensi perawatan medis pada pengalaman hidup pasien.

Penyakit juga dapat mencerminkan beberapa jenis disfungsi atau ketidakharmonisan dalam hubungan interpersonal dan sosial. Ketika perilaku orang lain menghasilkan kesusahan, depresi, kemarahan, ketakutan, atau jijik, itu bisa membuat kita sakit. Kengerian perang, ketakutan akan penyerangan, kesedihan karena kehilangan, dan kemarahan serta keinginan untuk membalas dendam semuanya dapat menghasilkan keadaan yang tidak menyenangkan dan pada akhirnya kondisi yang tidak diinginkan. Pengalaman-pengalaman ini juga dapat menghasilkan penyakit dan berbagai gejala fisik

Hahn dalam Michael Winkelman (2009) mengusulkan bahwa alih-alih dimulai dengan biologi, biomedis harus fokus pada penyakit, pengalaman pribadi dari keadaan yang tidak diinginkan. Penyakit melibatkan respons psikologis dan subjektif individu untuk merasa tidak sehat itu termasuk sensasi kondisi, efeknya pada individu, dan keyakinan dan sikap pribadi dan budayanya tentang penyakit yang ditentukan (Helman, 2001; dalam Michael Winkelman (2009). Pengalaman sakit termasuk efek dari konsekuensi pribadi yang dirasakan dari kondisi tersebut, seperti keterbatasan kemampuan untuk terlibat dalam aktivitas yang berharga seperti makan makanan tertentu atau melakukan aktivitas yang berat. Penyakit umumnya dikonseptualisasikan sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari Ini menghasilkan pengaruh dari penyakit: seberapa penting orang lain menanggapi kondisi seseorang.

Karakteristik yang mendefinisikan seseorang sebagai sakit meliputi hal berikut (Michael Winkelman (2009), tentang penyakit sebagai penyimpangan):

- a. Perubahan fungsi tubuh atau penampilannya
- b. Perubahan dalam kemampuan perilaku atau hubungan interpersonal atau sosial
- c. Pengalaman sensorik yang tidak biasa atau gejala yang tidak menyenangkan
- d. Pengalaman keadaan emosi yang berlebihan dan mengganggu

Kondisi yang kita alami sebagai tidak diinginkan datang dari banyak sumber dan konseptual kerangka kerja, selain perasaan di dalam tubuh

kita. Perasaan tidak diinginkan lainnya berasal dari aspek perasaan tentang diri kita yang berasal dari hubungan sosial kita dengan orang lain (depresi, marah), lingkungan (kebersihan, keseimbangan, kehangatan), dan kepercayaan supernatural atau agama (baik, buruk, pantas, bersalah, dihukum). Kita mungkin merasa sakit karena tantangan pribadi yang berlebihan, konflik antarpribadi, atau persepsi tentang dunia yang memuakkan. Penyakit juga akan mencakup efek penyakit: seberapa signifikan keyakinan tentang penyebab kondisi mempengaruhi evaluasinya dan tanggapan orang lain.

Penyakit juga dapat mencerminkan gangguan atau keterbatasan yang ditakuti (misalnya, cacat permanen versus pemulihan). Keyakinan budaya membentuk pengalaman sakit. Misalnya, di budaya di mana berburu adalah dasar untuk sukses, kegagalan dalam berburu dapat dilihat sebagai penyakit. Demikian pula, kemiskinan dan pengangguran dapat dianggap sebagai bentuk penyakit, dengan kondisi yang tidak diinginkan meningkat dengan evaluasi sosial yang mempengaruhi konsep diri dan harga diri. Kondisi tubuh yang penting secara budaya atau terstigma (gemuk, kurus, lemah, berkulit gelap), karakteristik kepribadian, atau emosi (agresi, rasa malu, keserakahan, kemarahan) juga dapat dianggap sebagai kondisi yang tidak diinginkan. Bahkan aspek biologis penyakit dipengaruhi oleh persepsi budaya, yang dapat didefinisikan sebagai gejala atau kondisi yang sehat yang dipandang sebagai bukti gangguan dalam budaya lain.

Narasi Penyakit

Para dokter menggambarkan peran kuat dari penyakit yang diderita pasien untuk memulihkan rasa pemberdayaan pasien, hak atas pilihan, dan perawatan diri mereka. Narasi ini memungkinkan pasien untuk membuang stigma yang telah dianggap berasal dari mereka dan kondisi mereka, maka para dokter diminta untuk menulis ulang riwayat medis dan pemulihan mereka dalam istilah yang dapat dipahami. Narasi-narasi ini mungkin menghubungkan dokter dengan jejaring sosial dari penderita serupa yang mengubah kondisi mereka yang terstigmatisasi menjadi perjuangan untuk hak asasi manusia (misalnya, gerakan AIDS). Atau dialog dokter dan pasien akan dapat merekonstruksi situasi pasien dalam istilah yang

terhormat, sejarah alternatif yang mencirikan upaya heroik mereka untuk menyembuhkan meskipun peluang keberhasilannya kecil. Kisah-kisah sukses ini dapat memberikan motivasi untuk mengatasi keterbatasan yang ditimbulkan oleh suatu penyakit atau menyesuaikan hidup seseorang untuk mengatasi keadaan. Dalam pengertian ini, cerita penyakit dapat menyampaikan upaya untuk berhasil meskipun dalam kondisi medis yang masih lemah

Brody (dalam Michael Winkelmann 2009). menunjukkan bahwa di antara dokter, cerita di atas adalah cara untuk mengilustrasikan bagaimana pengetahuan ilmiah umum dapat diterapkan pada kasus-kasus individual, dengan anekdot menyediakan hubungan antara pengetahuan ilmiah dan masalah pasien tertentu. Narasi penyakit juga merupakan sumber informasi penting untuk mendidik penyedia dan konsumen tentang dampak penyakit dan diagnosis terhadap kehidupan masyarakat, mengatasi efek destabilisasi yang dimiliki penyakit—dan perawatan biomedis. Catatan ini juga membantu mengontekstualisasikan diagnosis abstrak diabetes atau CVD dalam konteks pengaruhnya terhadap kehidupan sehari-hari. Pentingnya mengatasi pengalaman penyakit pasien dan narasi mereka yang diilustrasikan dalam Drama Penyembuhan dan Plot Klinis, Narasi dan Konstruksi Budaya Penyakit dan Penyembuhan.

Narasi membantu mengungkapkan pengalaman pribadi dari suatu penyakit dan hubungan yang lebih luas dari situasi penderita dengan lingkungan budaya dan lingkungan sosial di mana mereka berfungsi. Narasi ini dapat mengungkapkan masalah pengobatan, komplikasi dengan kepatuhan pasien, dan tantangan dalam kehidupan sehari-hari yang ditimbulkan oleh penyakit dan pengobatan. Narasi penyakit dan cerita penyakit yang dokter dan pasien berbagi tentang penyakit alamat implikasi sosial yang lebih luas dari penyakit dan penjelasannya: mengapa, apa, kapan, di mana, dan bagaimana menjelaskan terjadinya, pengobatan, dan resolusi penyakit.

Bagi pasien, kisah sakit melibatkan penempatan pengalaman mereka dalam konteks sosial yang lebih luas, pelabelan dan klasifikasi pengalaman mereka untuk orang lain, sehingga menghubungkan dimensi individu dan sosial dalam pengalaman dan makna hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adler, N.E dan Matthews, K.A. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well?. *Journal annual review of psychology*, vol.45
2. Daniel Callahan. (1995). *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*. With a Responce Critics To My Gergetown Univerdity Press, 1995
3. Daniel Callahan. (2012). *The Roots of Bioethics. Health, Progress, Technology, Death*. Oxord University Press, New York
4. Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137
5. Michael Winkelman. (2009). *Culture and Health Applying Medical Anthropology*. Published by Jossey-Bass
6. Melville J. Herskovits dan Bronislaw Malinowski. (1931). Culture. In *Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol 4: 621–646. Macmillan.
7. D Gaines, R Davis-Floyd. (2004). *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Academia.edu, New York: Kluwer

BAB II

Teori-Teori Sosial dan Perilaku untuk Kajian Kesehatan Masyarakat

Penyajian teori-teori sosial dan perilaku dalam bab ini bertujuan untuk menjelaskan peran aspek sosial budaya terhadap perilaku individu, interaksi antarindividu yang membentuk simbol-simbol dalam perilaku kelompok dan masyarakat, begitu pun sebaliknya. Penyajian teori-teori berikut akan selalu dikaitkan dengan perilaku. Perilaku kesehatan (sehat sakit) adalah salah satu objek kajian, yang dapat diimplementasi dalam pengembangan konsep dasar dalam pengambilan keputusan maupun kebutuhan pengembangan program kesehatan masyarakat.

1. Peran Teori-Teori Sosial untuk Kajian Kesehatan Masyarakat

(1) Interaksi Simbolik

Redmond, M. (2015) Interaksi simbolik merupakan salah satu dari beberapa teori dalam ilmu sosial. Redmond menerangkan bahwa sebagai makhluk sosial, manusia ketika berinteraksi akan menggunakan simbol. Olehnya simbol menjadi dasar pembentukan nilai baru yang disepakati. Konsekuensinya interaksi simbolik merupakan proses “interpretasi terhadap tindakan”.

Sebagai peristiwa komunikasi, **Julia Wood (dalam Mark V. Redmond 2015)** menggambarkan interaksi simbolik sebagai “...suatu proses di mana manusia berinteraksi dengan simbol untuk membangun makna. Melalui interaksi simbolik kita memperoleh informasi dan ide, memahami pengalaman kita sendiri dan pengalaman orang lain, berbagi perasaan, dan mengenal orang lain. Tanpa simbol, semua ini tidak akan terjadi, Pengertian lain oleh **Charon dalam Mark V. Redmond 2015)** menyebut interaksi simbolik adalah kejadian di mana individu memutuskan tindakan mereka berdasarkan pertimbangan tindakan orang lain; intinya, kita terus-menerus bertindak dan bereaksi secara simbolis.

Redmond, M. (2015) menerangkan terdapat beberapa ahli sosiologi seperti Dewey, Cooley, Mead, Blumer, sangat memberi perhatian atas teori ini, namun mereka semua berbeda satu sama lain menjelaskan mengenai signifikansi relatif dari perspektif interaksionis. Sebagai hasil kajian sosiologi, ke empat ahli ini berusaha memahami hubungan manusia dengan masyarakatnya, dan berfokus pada simbol-simbol yang membantu kita memberi makna pada pengalaman-pengalaman dalam hidup kita.

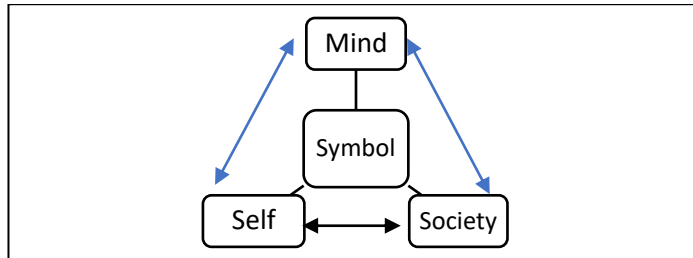
Redmond (2015) kemudian menjelaskan bahwa teori ini dapat digunakan sebagai kerangka membangun konsep untuk mengkaji masyarakat sebagai produk interaksi manusia sehari-hari, bagaimana interaksi sosial terjadi dan orang memberi makna pada hal-hal di sekitar mereka berdasarkan interpretasi interaksi mereka dengan orang lain. Perspektif interaksionis simbolik didasarkan pada gagasan bahwa orang memahami dunia sosial mereka melalui komunikasi dan interaksi sosial ditunjukkan dengan pertukaran makna melalui simbol dan bahasa. Pendukung teori ini berpendapat bahwa makna yang kita berikan pada dunia di sekitar kita bergantung pada interaksi kita dengan orang, ide, dan peristiwa. Mereka berpendapat bahwa pemahaman kita tentang dunia dan bagaimana kita berinteraksi dengan masyarakat kita didasarkan pada apa yang kita pelajari dari interaksi kita dengan orang lain daripada kebenaran objektif. Dalam istilah yang lebih sederhana, interaksionis simbolik percaya bahwa masyarakat kita dibangun secara sosial oleh makna yang kita lampirkan pada interaksi dan peristiwa sosial.

- **Fokus pada Perspektif Interaksi Simbolik**

Manusia pada hakikatnya adalah makhluk hidup yang berinteraksi. Interaksi tidak hanya terjadi secara eksklusif antarmanusia melainkan inklusif terjadi dengan seluruh mikrokosmos, termasuk interaksi manusia dengan seluruh alam dan penciptaannya. **Charon-2007 dalam (Mark V. Redmond 2015)** mengemukakan visualisasi interaksi dalam teori ini **Nutshell** menyebut terdapat tiga elemen kunci dalam interaksi yaitu:

- a. Individu/kelompok memperoleh simbol dari interaksi dengan masyarakat/orang lain.
- b. Memperoleh simbol memungkinkan untuk mengembangkan rasa diri dan pikiran (kita berpikir melalui simbol).

- c. Masyarakat ada karena orang dapat berinteraksi satu sama lain melalui simbol



Simbol di atas mencakup kata-kata dan banyak objek, dan hampir semua tindakan di sekitar yang lain mengandung elemen simbolik. Kata-kata adalah simbol terpenting, yang memungkinkan pemikiran manusia.” Diri (Simbolik Diri, Simbolik Sosial) sebelumnya dipandang sebagai entitas yang berdiri sendiri dan mandiri bahkan sampai percaya bahwa semua kualitas diri adalah bawaan. **Mead (dalam Mark V. Redmond 2015)** melihat diri sebagai entitas yang ada dalam interaksi sosial dan dengan demikian merupakan produk dari interaksi tersebut dan pemain dalam interaksi tersebut. Sekali lagi, elemen penting yang menghubungkan diri dan masyarakat adalah simbol-simbol yang berlaku dalam interaksi sosial. Hanya manusia yang memiliki rasa “diri” karena kita memiliki simbol yang dengannya kita dapat mempertimbangkan siapa dan apa diri kita. Sikap, nilai, keyakinan kita yang dirumuskan melalui simbol merupakan bagian dari kesadaran diri kita.

Bagi Mead (**dalam Mark V. Redmond 2015**), memahami diri digunakan untuk mencerminkan kemampuan kita untuk melihat diri kita sendiri sebagai objek. Anda dapat memikirkan siapa diri Anda dengan mengadopsi persepsi orang lain tentang anda. Ini rumit karena berubah setiap waktu dalam dunia sosial Anda.

- **Interaksionisme Simbolik dan Kesehatan**

Perspektif interaksionis simbolik membantu kita memahami hubungan antara individu dan masyarakat yang lebih luas sebagai

sesuatu yang dinamis dalam pelayanan kesehatan, baik pelayanan pengobatan maupun pelayanan pencegahan. **N.S. Blum (1994)** menerangkan perspektif teoretis interaksi simbolik memandang konsep diri, situasi dan masyarakat yang dicapai dalam tindakan dan asumsi penuntutnya, interaksionisme simbolik dalam kajian sosiologi medis,

Pembahasan ini terdiri dari dua persepsi yaitu: (1) Interaksi antarindividu/masyarakat dengan petugas dalam pelayanan pencegahan kesehatan, dan (2) Interaksi antarindividu dengan petugas kesehatan dalam pelayanan pengobatan maupun rehab iklitatif.

Interaksi Simbolik dalam Pelayanan Pencegahan Kesehatan mengemuka dalam Simbol Signifikan (gestur sadar) digunakan sebagai istilah penting dalam interaksi, termasuk dalam interaksi kesehatan, di mana gestur sadar akan selalu mencerminkan kapasitas unik manusia untuk mengekspresikan ide melalui isyarat (seperti kata-kata yang diucapkan) yang membangkitkan makna yang sama pada orang lain. **Mead (dalam Mark V. Redmond 2015)** menyatakan bahwa gagasan signifikan Berbeda dengan gagasan yang diambil behaviorisme, ia mengintegrasikan prinsip-prinsip dari perspektif kontras yang disebut pragmatisme. Antara lain, pragmatis percaya bahwa manusia tidak hanya menanggapi lingkungan, tetapi menafsirkan lingkungan mereka dan hasil tafsiran itu digunakan sebagai basis pengetahuan ketika berinteraksi dengan petugas kesehatan terjadi. Dan individu akan selalu memberi makna pada apa yang dirasakan yang dibangun dari kepercayaan subjektif terhadap kondisi kesehatan yang dialaminya.

Gagasan pragmatisme mengisyaratkan bahwa interaksi hanya mungkin memberi manfaat terhadap perubahan ide, gagasan dan sikap serta pemahaman tindakan bila symbol-simbol yang ditampilkan petugas kesehatan dalam upaya penegahan juga memberi “pembenaran” terhadap ide dan gagasan subjektif masyarakat dalam konsep sehat sakit mereka. Strategi komunikasi adaptif dibutuhkan sebagai keterampilan dasar petugas kesehatan untuk memainkan peran dan secara bertahap dan signifikan

mengubah pandangan dan kepercayaan lama. Secara praktik strategi komunikasi adaptif memberikan respons gerak tubuh untuk mampu menginterpretasikan dunia individu/masyarakat melalui simbol-simbol kepercayaan. Sebab simbol adalah stimulus abstrak dan arbitrer tempat orang memberi makna—simbol adalah rangsangan yang ditafsirkan dalam bentuk gagasan abstrak dan sewenang-wenang mencerminkan fakta simbol. Simbol memiliki makna “semata-mata berdasarkan konsensus di antara mereka yang menggunakannya,” yaitu “... karena komunitas pengguna simbol mengadopsi konvensi penggunaan simbol yang diberikan secara konsisten (Hewitt, **(dalam Mark V. Redmond 2015)**).” Simbol diciptakan dalam masyarakat atau budaya dan mereka yang lahir dalam masyarakat itu memperolehnya, tetapi simbol akan berubah sesuai tuntunan hidup termasuk masalah sehat sakit dalam perspektif kesehatan modern yang dibawa oleh petugas kesehatan. Fakta ini menggambarkan universalitas simbol sebagai ciri khas masyarakat manusia.

Simbol mungkin merupakan satu-satunya kualitas terpenting yang memberi kita kemanusiaan, memisahkan kita dari semua hewan lainnya. Tanpa simbol, tidak ada ciptaan manusia lain yang mungkin. Simbol memungkinkan kita untuk mengingat dan mengenang, mengevaluasi dan merencanakan, mengoordinasikan, mengomunikasikan pemikiran abstrak, memikirkan masa depan, dan mempertimbangkan alternatif dan hasil dari konsep sehat sakit. Simbol berada di jantung interaksionisme simbolik, itulah sebabnya ditempatkan sebagai sangat penting

(2) Teori Pertukaran Sosial

Teori pertukaran sosial (SET) adalah salah satu paradigma konseptual yang paling berpengaruh untuk memahami perilaku terutama perilaku di tempat kerja. Asal teori ini dapat dilacak kembali misalnya, dalam pandangan tahun Malinowski, 1925. Teori ini adalah upaya menjembatani perbenaan pandangan dari antropologi, psikologi sosial dan sosiologi tentang pertukaran nilai dalam interaksi. Teori ini memusatkan perhatian pada perilaku nyata dan tidak menggunakan pertimbangan atas

proses yang bersifat subjektif. Teori ini tidak saja memusatkan perhatian pada perilaku individu semata-mata, tetapi juga mempertimbangkan perilaku kelompok dan masyarakat.

- **Penerapan dalam Bidang Kesehatan**

Di dalam bidang kesehatan misalnya, perhatian teori ini tidak saja untuk pertukaran antara individu pengguna layanan kesehatan dengan petugas, baik dalam pengobatan atau pencegahan, tetapi juga mengkaji perilaku kelompok dan masyarakat berkaitan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. Teori pertukaran dapat menjadi kerangka analisis untuk menilai mengapa masih sering terjadi ketidakharmonisan dalam pertukaran antara pemahaman masyarakat berdasarkan kebiasaan dan kepercayaan dengan penerapan sistem kesehatan modern yang berbasis pada keilmuan.

Teori ini menggunakan premis utama dalam penerapannya yaitu: (1) Akan selalu adanya motif dalam pertukaran, (2) Pertukaran terjadi karena adanya tujuan dan (3) Pertukaran terjadi karena adanya saling mempengaruhi dan menguntungkan. Pertukaran yang awalnya antarindividu atau kelompok, selanjutnya akan menuju pada pengesahan sosial, di mana semua individu, kelompok dan masyarakat saling menerima pertukaran tersebut. Tidak ada batasan atas ganjaran atas pertukaran yang diperoleh dan hasil pertukaran akan memiliki kekuatan pengesahan sosial (*social approval*). Sebagai contoh adalah terjadinya pertukaran dalam pemahaman masyarakat dengan program kesehatan misalnya pada penyakit jiwa dan mental. Ada perpaduan yang dinamis antara perawatan kesehatan di tingkat masyarakat oleh pemuka agama, “orang pintar” yang terpadu dengan pengobatan modern yang dilakukan oleh Petugas Kesehatan.

Pengesahan sosial sebagai bukti dari pertukaran yang sifatnya telah terjadi dan merupakan suatu kondisi pemuasan dan motivasi yang termasuk dalam teori sistem pertukaran.

(3) **Teori Ekologi Budaya**

Pada dasarnya, ekologi budaya merumuskan bahwa manusia merupakan makhluk hidup yang selalu menjalani proses interaksi dengan

lingkungan. Kurang lebih sepertiga dan setengah permukaan bumi terdapat campur tangan seiring dengan terjadinya perkembangan manusia. Sebelum adanya teknologi peralatan konstruksi dan dinamit, menurut Ekologi Budaya manusia telah tertanam erat dengan proses permukaan bumi. Ekologi Budaya berpendapat bahwa manusia dan lingkungannya telah hidup berdampingan hingga keduanya sebagai antropologi terapan yang disebut aling mempengaruhi satu sama lain. Teori Ekologi Budaya merupakan bagian dari teori-teori antropologi dan berkembang sebagai antropologi terapan yang disebut sebagai antropologi ekologis.

- **Definisi Ekologi Budaya**

Istilah Ekologi Budaya awalnya ditemukan oleh Antropolog Amerika **Julian Steward** (dalam **Sandra Teresa, 2015**) mempublikasikan bukunya yang berjudul *Theory of Culture Changes* dan berpendapat bahwa Ekologi Budaya merupakan teori mengenai hubungan lingkungan dengan budaya. Ia juga membangun proposisi bahwa eksploitasi sumber daya meningkatkan sistem sosial yang terdapat pada suatu lokasi tertentu. Eksploitasi sumber daya tersebut bergantung pada adaptasi atau perkembangan teknologi yang dibuat oleh manusia dalam lingkup hidupnya.

Teresa, (2015) mengemukakan bahwa teori ini berkembang pesat disebabkan oleh karena pengaruh lingkungan terhadap budaya masyarakat. Lingkungan bahkan disebut berpengaruh terhadap kemajuan atau juga menghambat budaya. Walaupun demikian, aliran klasik antropolog melihat kedudukan lingkungan tidak banyak menghambat budaya tetapi justru minimal menjadi alat kontrol untuk membatasi manusia dan budayanya, misalnya kondisi lingkungan pada musim panas akan membatasi bila dikembangkan teknologi untuk mengatasi hal ini maka penggarapan sawah sudah tentu bisa teratasi.

Teresa selanjutnya **menyebut bahwa Julian Steward** adalah salah satu penganjur tentang pentingnya dikaji kaitan ekologi terhadap budaya. Budaya dalam perspektif ini disebut adalah adaptasi terhadap kondisi lingkungan. Bila lingkungan berubah akibat garapan manusia dan ada perubahan terhadap masalah, maka budaya harus diupayakan untuk berubah sesuai perkembangan.

Teresa kemudian mengajukan proposisi bahwa lingkungan bukan penentu perbedaan antarkebudayaan, dan secara empiris ekologi budaya berbeda dengan ekologi biologi yakni perbedaan antara organisme dengan lingkungan. Penganut-penganut ekologi kebudayaan yang lebih baru seperti **Andrew** membantah pendapat Teresa dan menyatakan bahwa lingkungan, berpengaruh terhadap perkembangan dari kebudayaan yaitu dalam arti bahwa individu dan masyarakat berperilaku menurut cara yang berbeda karena perbedaan lingkungan, yang berbeda menurut tingkatnya termasuk dalam hal menanggapi peristiwa penyakit dan risiko sakit sebagai konsekuensinya.

Faktor Terjadinya Ekologi Budaya

LB Wirawan (2012) Ekologi Budaya merupakan kajian yang menempatkan adaptasi manusia terhadap lingkungan. Wirawan menyebut ada beberapa unsur pokok yang harus dikaji yaitu perilaku (*behavior patterns*), kerja (*work*) dan penggunaan teknologi yang di dalam proses pengolahan atau pemanfaatan lingkungan. Faktor yang mempengaruhi unsur pokok adalah interaksi dalam sistem sosia, sistem ekonomi sistem politik dan teknologi

- **Tahapan Ekologi Budaya**

Dalam Ekologi Budaya modern, dapat ditarik beberapa unsur teori sejak tahun 1950-an hingga sekarang. Unsur-unsur tersebut meliputi, ekologi sejarah pada skala kecil, ekologi politik membahas relasi kekuasaan dan konflik pada skala global. Dalam postmodernisme semua teori sama-sama valid dan “kebenaran” menanggapi masalah praktis yang beradaptasi dengan lingkungan yang khas dan unik.

(4) Materialisme Kebudayaan

Marvin Harris merupakan tokoh Materialisme Kebudayaan. Marvin lahir 18 Agustus 1927 di New York. Dia seorang sejarawan dan ahli teori antropologi yang dikenal karena karyanya tentang materialisme kebudayaan. Pernah bekerja sebagai pekerja lapangan di Islas dela Bahia

dan daerah lain di Brazil dan Mozambik. **Paul A. Erickson & Liam D. Murphy; Terjemahan: Mutia Nurul Izzati (2019):** menyebut materialisme kebudayaan adalah suatu pendekatan yang mengkaji perilaku manusia yang memiliki riwayat panjang. Materialisme merupakan bagian dari sentralitas sebagai bukti kebudayaan manusia.

Materialisme mengusulkan pendekatan itu menunjuk masyarakatlah penentu kesadaran manusia. Pandangan dilandasi oleh pendapat Marx yang mengusulkan 3 basis yaitu basis infrastruktur, struktur, dan suprastruktur. Olehnya, fenomena objektif menyatakan bahwa perilaku manusia akan dikontrol

- **Prinsip Umum**

Aprih Santoso, Sri Yuni Widowati, Nunik Kusnilawati. (2022) menyebut Budaya itu berkembang materi yang dimilikinya. Oleh sebab itu, kebudayaan berkembang seiring dengan perkembangan infrastruktur, struktur, dan suprastruktur. Ketiga konsep ini adalah cara pandang ilmiah tentang kebudayaan

- **Prinsip-Prinsip Materialisme Kebudayaan**

(1)Mengkaji masalah produksi.

(2)Mengkaji peningkatan atau pengurangan jumlah penduduk

(3)Masyarakat perlu memelihara hubungan perilaku yang teratur dan aman

(4)Bahasa dan proses simbol penting dalam kebudayaan.

- **Contoh Materialisme Kebudayaan**

Dalam buku **Marvin Harris, *Cows, Pigs, Wars, and Witches: The Riddles of Culture*** dikatakan bahwa mengapa petani di India rela kelaparan daripada melanggar tabu memakan sapi. Menurut Harris, perlakuan suci terhadap sapi tersebut karena adanya fungsi-fungsi praktis dari sapi-sapi tersebut. Ia mengamati sapi tidak disucikan, tetapi terjadi kematian yang berkepanjangan. India memiliki kemarau yang cukup panjang, sapi sangat membantu dalam pemenuhan kebutuhan air, yaitu susunya. Babi yang diharamkan oleh agama Islam dan Yahudi, menurut Harris karena lingkungan yang menyebabkan, secara geografis wilayah tersebut adalah gurun

yang panas dan babi, membutuhkan air untuk menjaga kelembapan tubuhnya.

(5) Fakta Sosial Durkheim

Okamura, J. Y. 2019 ketika membahas tentang rasisme menjelaskan bahwa fakta sosial menjadi bahasan penting dalam kajian sosiologi. Durkheim adalah tokoh utama dalam pengkajian fakta sosial dan menjadi dasar perkembangan yang mempunyai objek penyelidikan sendiri. Dan menjelaskan bahwa penting dalam sosiologi membahas tentang fakta yang akan memberikan arti jika diteliti sebagai upaya memahami secara objektif

Durkheim membagi dua macam, yaitu:

- 1) objektivitas fakta sosial diperoleh dari observasi yang ditelaah secara ilmiah untuk memperoleh kesimpulan
- 2) Fakta sosial dalam bentuk inmaterial, misalnya, egoisme, altruisme, dan opini. Sebagian yang berbentuk nonmaterial.

Fakta sosial terjadi di luar individu dan tersebar luas dalam masyarakat. Ada usaha agar selalu sesuai dengan fakta sosial Artinya, fakta sosial ada sebelum individu ada dan akan tetap ada setelah individu tidak ada

(6) Struktural Fungsional

Perspektif struktural fungsionalis bertujuan untuk memahami seluruh fungsi dan unsur-unsur masyarakat. Seluruh struktur sosial kondusif untuk berfungsinya masyarakat. Radcliffe dan Malinowski menggambarkan struktural fungsionalisme, menekankan keutamaan struktur individu, dan berbagai fungsi struktur serta elemen-elemennya mempertahankan kebutuhan dan keseimbangan masyarakat. Tidak seperti psikologi strukturalisme, yang menekankan kebutuhan individu untuk memuaskan masyarakat. ([Oompasiana.com/amp /rizki44886 /5fc9f748d541df263c7 7fd23](https://oompasiana.com/amp/rizki44886/5fc9f748d541df263c77fd23)).

Fakta masyarakat itu serupa atau berbeda tidak dilihat dalam teori fungsional. Tidak dapat juga menjelaskan. Teori ini juga tidak membahas perubahan sosial (**Howard dan Dunaif Hattis dalam T.O. Ihromi**). Teori ini tidak ada hubungannya dengan sejarah dan mengabaikan proses sejarah

karena percaya bahwa masyarakat itu stabil dan tetap. Terlepas dari kelemahannya, teori fungsionalisme telah mempengaruhi sejumlah besar studi empiris dalam antropologi.

Dari perspektif struktural fungsionalisme, semua aspek perilaku tidak dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan individu, tetapi sistem kekerabatan yang telah muncul dalam suatu budaya.

(7) Teori Sistem

Gail G. Whitchurch & Gai. G. (2013) mengajukan pengertian Teori Sistem sebagai bidang studi lintas disiplin dan penggabungan beberapa kerangka teori di mana berbagai pendekatan tingkat mikro digunakan sebagai “teori sistem”. Ahli teori sistem berusaha menjelaskan perilaku kompleks, sistem terorganisir dari segala jenis Gail *etc.* (2013) melanjutkan bahwa Teori sistem juga merupakan program konstruksi teori yang ditujukan untuk membangun konsep, postulat, prinsip, dan teorema turunan yang berlaku secara universal di semua domain aplikasi. Karenanya, teori sistem secara umum merupakan kumpulan banyak pengetahuan khusus tetapi telah diberi label sebagai model sistem atau teori sistem.

(8) Teori Sistem Sosial

Pendekatan sosiologi memandang bahwa setiap fenomena saling berinteraksi untuk dapat bertahan. Norma dan nilai yang mengatur suatu masyarakat. Para ahli memandang sistem sosial sebagai satu kesatuan terdiri atas bagian, yang saling keterhubungan. Untuk menilai suatu sistem sosial, diperlukan penelitian yang intensif.

Buckley menyatakan sistem budaya, sistem mekanis, bahwa sistem budaya adalah satu kesatuan yang mengatur keterkaitan informasi, sistem mekanis yaitu kesalingterkaitan antarbagian pada transfer energi, dan sistem organisasi adalah kesalingterkaitan antarbagian lebih didasarkan pada pertukaran informasi.

(9) Sibernetika

Menurut KBBI, sibernetika merupakan seni meyakinkan keberhasilan dalam sebuah perilaku. Sibernetika ialah teori dalam sistem pengaturan berdasarkan komunikasi (saling membagi informasi) antara

sistem dan lingkungan dengan sistem. Pengontrol sistem berguna melalui perhatian lingkungan. Talcott Parson (1902-1979) mengatakan bahwa kehidupan masyarakat adalah sebuah sistem yang berkaitan dan terdiri atas empat subsistem, di antaranya:

- (1) Subsistem ekonomi, digunakan sebagai penyesuaian;
- (2) Subsistem politik, digunakan sebagai pencapaian target dengan menuntun masyarakat untuk menaati hukum dan kaidahnya;
- (3) Subsistem sosial, digunakan sebagai integrasi;
- (4) Subsistem budaya, digunakan untuk menjaga nilai-nilai perilaku masyarakat yang positif.

- **Hubungan antara Sibernetika dan Masyarakat**

Sibernetika memiliki keterkaitan kuat dengan beberapa teori, di antaranya teori informasi, teori pengendalian sosial, dan teori sistem. Teori sibernetika memanfaatkan penggunaan fungsional dalam menganalisis perilaku masyarakat yang berkaitan dengan fungsi dan prosesnya. Semua perilaku yang dilakukan oleh masyarakat bisa dikaitkan dengan teori sibernetika. Teori sibernetika merupakan rancang yang dapat masuk ke berbagai bidang perilaku dan kehidupan masyarakat sehingga dapat dianalisis mengenai masalah yang terjadi pada masyarakat.

Dalam teori sibernetika, pencapaian tujuan dilakukan dengan melihat perilaku setiap individu dalam kelompok masyarakat. Mekanisme yang dilakukan setiap individu dalam masyarakat akan bisa menghasilkan keseimbangan apabila melakukan kegiatan-kegiatan seperti pertemuan secara efektif dan membahas setiap problema yang dihadapi oleh masyarakat tersebut.

- **Teori Jaring Sosial**

Laura Nimmon, dkk. (2019) mendefinisikan teori jaringan sosial sebagai teori yang berfokus pada individu, tim, dan organisasi, dan jaringan hubungan antarpribadi yang membatasi dan memungkinkan tindakan manusia dalam sistem sosial ini. Di dalam teori jaringan sosial ada beberapa untaian teori, masing-masing menggunakan pendekatan analitik tertentu. Pendekatan modern yang

dikembangkan di bidang sosiologi relasional mengeksplorasi bagaimana hubungan jaringan saling berhubungan dengan identitas, kekuatan, makna, dan elemen konstruksi sosial lainnya. Pendekatan ini menekankan pada budaya, komunikasi, dan pembuatan makna dan menawarkan wawasan ke dalam substansi relasional kerja sama tim, termasuk relasi kuasa.

Laura dkk. (2019) selanjutnya menjelaskan fungsi utama teori ini dalam jaringan sosial untuk memberikan sketsa pelayanan kesehatan misalnya, harus mengungkapkan dinamika struktural dan sosiokultural yang mempengaruhi interaksi dalam pelayanan kesehatan, Dengan menggunakan peta jaringan sosial, teori ini menunjukkan bagaimana dinamika kekuasaan membentuk fungsi tim dengan bertindak sebagai hambatan statis dan sumber daya dinamis dalam praktik kolaboratif. Dalam skenario ini, sosiogram (*Figure: Sociogram of Team Structure*) secara visual mewakili struktur jaringan, koneksi dan pemutusan hubungan, dan posisi pengaruh pada tim. Garis tipis yang menghubungkan node dalam jaringan ini menunjukkan ikatan relasional yang lemah. Hubungan searah misalnya, antara yang hadir dan anggota tim lainnya menekankan bagaimana residen (mahasiswa), pasien, dan keluarga tidak memiliki dialog terbuka dengan dokter yang hadir. Dokter berada dalam posisi berkuasa, dan memegang kekuasaan dari posisi yang terputus dan terisolasi dalam struktur jaringan. Dengan mendiskusikan situasi seperti yang ada dalam skenario pada residen, lulusan pendidik kedokteran dapat memberikan perhatian khusus pada dinamika kekuatan yang membentuk peristiwa klinis. Pendidik dapat melibatkan warga dalam analisis hubungan kekuasaan dalam tim, dan mengidentifikasi kemungkinan solusi yang meminimalkan hierarki dan mempromosikan interkoneksi digambarkan dalam kerangka jaringan berikut:

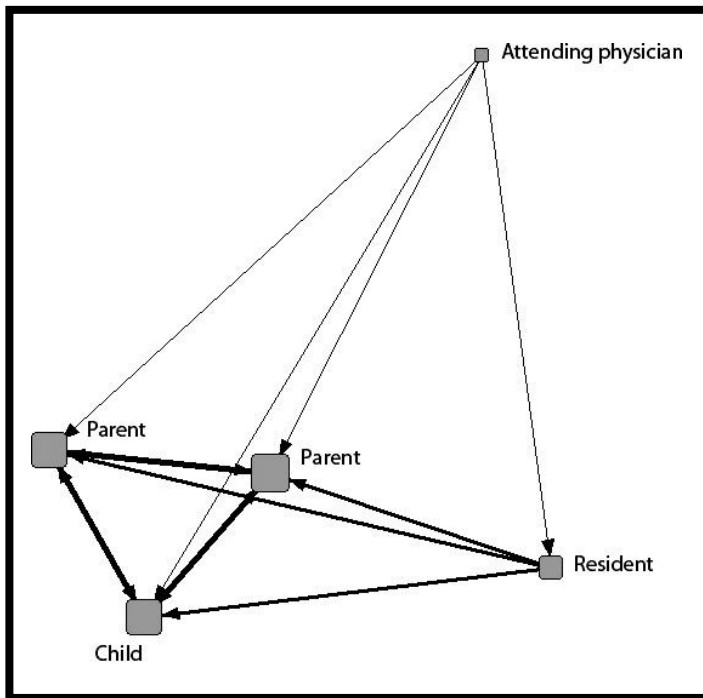


Figure: Sociogram of Team Structure

2. Peran Teori Perilaku Individu untuk Kajian Kesehatan Masyarakat

(1) Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Believe Model–HBM*)

Rosenstock M. (1987) menyebut Pencetus model *HBM* adalah L. Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels, dan Irwin Rosenstock. **Barbara K. Rimer and Karen Glanz (2015)** menyebut Model Kepercayaan Kesehatan (*HBM*) yang juga disebut Model Keyakinan Kesehatan (*HBM*) adalah salah satu dari teori perilaku kesehatan. Teori ini dikembangkan pertama kali untuk deteksi penyakit TB. mengirimkan unit rontgen keliling ke lingkungan untuk menawarkan rontgen dada gratis (skrining tuberkulosis). Terlepas dari kenyataan bahwa layanan ini ditawarkan tanpa biaya di berbagai lokasi yang nyaman, keberhasilan program ini terbatas. Pertanyaannya adalah, “Mengapa?”

Barbara dkk. menyebut bahwa untuk menemukan jawabannya, psikolog sosial memeriksa apa yang mendorong atau mengecilkan hati

orang untuk berpartisipasi dalam program tersebut. Mereka berteori bahwa kepercayaan orang apakah mereka rentan terhadap penyakit atau tidak, dan persepsi merupakan faktor utama untuk bertindak.

Pada tahun-tahun berikutnya, para peneliti memperluas teori ini, akhirnya menyimpulkan bahwa enam konstruksi utama memengaruhi keputusan orang tentang apakah akan mengambil tindakan untuk mencegah, menyaring, dan mengendalikan penyakit. Orang siap untuk bertindak jika mereka:

- (1)Memiliki persepsi atas kerentanan
- (2)Persepsi keparahan terbentuk karena kondisi objektif yang dirasakan
- (3)Percaya atas manfaat yang dirasakan
- (4)Percaya bahwa biaya untuk mengambil tindakan (hambatan yang dirasakan) lebih besar daripada manfaatnya
- (5)Terpapar dengan informasi seperti iklan televisi atau pengingat dari dokter
- (6)Yakin akan kemampuannya untuk berhasil melakukan suatu tindakan (*self-efficacy*)

HBM adalah model yang tepat. Enam konstruksi HBM menyediakan kerangka kerja untuk intervensi, HBM harus merencanakan program didasarkan atas upaya mereka untuk memberikan pemahaman kerentanan populasi sasaran risiko kesehatan tertentu, dimulai dai membangun persepsi bahwa kerentanan serius, dan yakin bahwa tindakan dapat mengurangi ancaman.

- **Tujuan Teori *Health Believe Model (HBM)***

Tujuan *HBM* adalah memprediksi perilaku kesehatan preventif. Fokus *HBM* pada motivasi membangun persepsi atas perilaku, praktik untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan sehingga mampu membedakan penyakit dan perilaku sakit.

- **Peristiwa yang Mencetuskan Pengembangan Model**

Health Believe Model berpendapat bahwa Layanan Kesehatan Publik tepat jika orientasi utama pada pencegahan dapat digunakan untuk diagnosis berdasarkan pendekatan pada individu, sehingga perawatan medis dianggap keliru jika dianggap oleh sebagian besar

profesional kesehatan sebagai pekerjaan kesehatan yang tepat. Artinya, perhatian kesehatan masyarakat untuk masalah yang terkait dengan gejala-gejala yang diderita pasien dan kepatuhan mereka dengan rejimen medis masih sedikit. Pencetus *HBM* agak prihatin dengan kegagalan luas individu untuk terlibat dalam langkah-langkah pencegahan kesehatan.

Model *HBM* yang awalnya menjelaskan bahwa dunia perasaanlah yang menentukan apa yang akan dan tidak akan dilakukan oleh individu. Jadi, seperti Lewin, para peneliti juga termasuk dalam model komponen yang kuat dari dunia perseptual individu yang berperilaku. Belakangan, para peneliti memasukkan motivasi sebagai komponen utama untuk menilai dinamika individu

Uraian Singkat *Health Believe Model*

Model ini berusaha untuk menilai pola keyakinan tertentu sebagai dasar untuk mendiagnosis dan menetapkan perilaku yang mungkin dan. Penekanan dilakukan terhadap n diagnosis perilaku yang mungkin, dan melakukan penilaian kesehatan preventif, serta perilaku sakit dan risiko menderita penyakit tertentu.

HBM telah diterapkan pada studi perilaku kesehatan dan menyatakan bahwa motivasi seseorang untuk melakukan perilaku tergantung pada: (1) persepsi individu, (2) memodifikasi perilaku, dan (3) persepsi sakit atau penyakit, kemudian berupaya memodifikasi perilaku berdasarkan kerentanan dan keparahan yang dirasakan dan selanjutnya memberi isyarat untuk bertindak.

Deskriptor Kunci

Kerentanan yang dirasakan oleh setiap individu bervariasi tergantung persepsi yang akan berdampak buruk pada kesehatan. Bagi individu yang perasaannya biasa saja maka menyangkal kemungkinan tertular kondisi buruk. Individu dalam kategori sedang mengakui kemungkinan ada kerentanan penyakit. Orang-orang yang memiliki risiko yang tinggi merasa mengidap penyakit.

Asas manfaat yang diperoleh dari pencegahan adalah langkah yang diharapkan setelah seorang individu menerima fakta penyakit dan menyadari itu serius.

Aplikasi dalam Pendidikan Kesehatan:

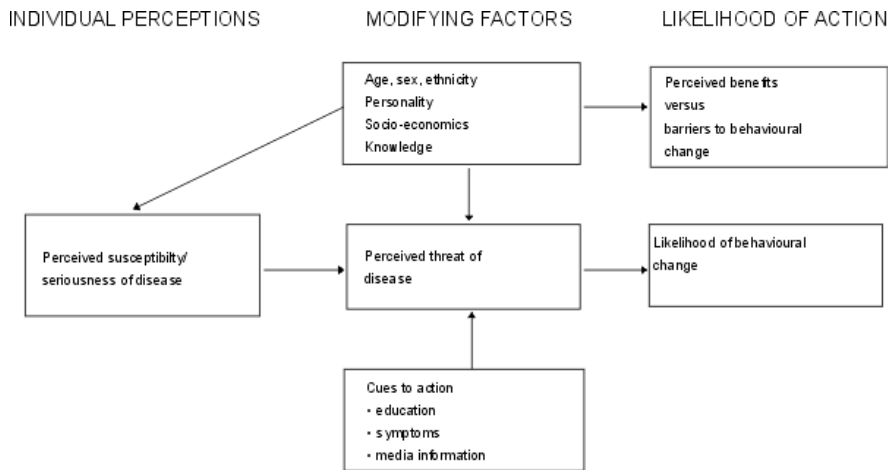
- (1) Berikan informasi
- (2) Berikan tindakan yang jelas ke biaya yang dapat diterima
- (3) Meningkatkan rasa kompetensi untuk mengambil tindakan

HBM dijabarkan dalam empat konstruksi sebagaimana **Gambar 1 Conceptual Health Believe Model**). Juga kerangka kerja penelitian terdiri atas proses kerja variabel. Konsep yang diusulkan sebagai akuntansi bagi “kesiapan untuk bertindak”. Ada konsep isyarat untuk bertindak dilakukan dengan mengaktifkan kesiapan itu dan merangsang perilaku terbuka. Resenstock menambah faktor motivasi dalam *HBM*.

Table : “Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice”
(1997)

Concept	Definition	Application
Perceived Susceptibility	One's opinion of chances of getting a condition	Define population(s) at risk, risk levels; personalize risk based on a person's features or behavior; heighten perceived susceptibility if too low.
Perceived Severity	One's opinion of how serious a condition and its consequences are	Specify consequences of the risk and the condition
Perceived Benefits	One's belief in the efficacy of the advised action to reduce risk or seriousness of impact	Define action to take; how, where, when; clarify the positive effects to be expected.
Perceived Barriers	One's opinion of the tangible and psychological costs of the advised action	Identify and reduce barriers through reassurance, incentives, assistance.
Cues to Action	Strategies to activate "readiness"	Provide how-to information, promote awareness, reminders.
Self-Efficacy	Confidence in one's ability to take action	Provide training, guidance in performing action.

GAMBAR 1 Conceptual Health Believe Model



Gambar-2. Kerja HBM dalam Penelitian

- **Keterbatasan**

Masalah yang diketahui menghambat yaitu ketika yang berbeda menggunakan HBM terbukti memberikan keyakinan yang sama. Akibatnya, sulit untuk merancang desain penelitian yang menggunakan HBM ketika membandingkan keseluruhan dari hasil studi. Alasan lain, mengapa penelitian tidak selalu tepat ketika menggunakan kerangka HBM di mana fokus hanya pada keyakinan yang disimpulkan mempengaruhi perilaku kesehatan. Walaupun diketahui ada: pengaruh faktor budaya, status sosial dan ekonomi

Teori *The Social Learning* telah berkontribusi pada pengembangan teori yaitu:

- Menggunakan berbagai sumber untuk menilai keyakinan
- Faktor belajar dari pengalaman orang lain
- Penilaian atas diri sendiri juga menjadi faktor berpengaruh terhadap HBM

(2) Theory of Reasoned Action

- **Filosofi Pengembangan**

Fishbein M, Ajzen 1 (1975) menyusun teori ini dimulai dari hipotesis bahwa terbentuknya sikap dari Model Nilai Harapan. TRA memperkirakan terjadinya perbedaan antara sikap dengan niat.

Perbedaan ini membuat perilaku sukarela tidak sepenuhnya dapat dikendalikan, olehnya perbedaan sikap dan nilai membutuhkan faktor kontrol terhadap perilaku yang dirasakan. Dengan tambahan ini, teori ini disebut Teori Perilaku Berencana (TPB). Teori ini didasarkan pada dua asumsi, yaitu (1) Manusia memiliki informasi tersedia dan (2) manusia menggunakan informasi dan diproses untuk mencapai keputusan perilaku yang wajar.

Menurut *TRA*, determinan perilaku seseorang adalah niatnya untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku spesifik. Hal itu karena: (1) Kesulitan selalu menentukan niat seseorang. Teori tindakan beralasan mengkhususkan dua faktor yang secara konseptual independen, berinteraksi bersama dan ditimbang untuk kepentingan relatif masing-masing, menentukan niat. (2) Sikap terhadap perilaku berarti faktor pribadi yang mempertimbangkan sejauh mana seseorang memiliki sikap positif atau negatif tentang mengevaluasi perilaku khusus. perilaku yang disengaja, karena perilaku dapat bersifat deliberatif dan terencana.

- **Kerangka Model “*Transtheoretical Model*”**

Barbara K. Rimer and Karen Glanz (2015) menjelaskan bahwa model oleh Prochaska dan DiClemente menyebut 6 Tahapan Model Perubahan berevolusi. Studi yang dimulai untuk membandingkan pengalaman perokok yang berhenti sendiri dengan mereka perokok yang menerima perawatan profesional. Premis dasar model ini adalah bahwa perubahan perilaku adalah sebuah proses, bukan peristiwa. Ketika seseorang mencoba untuk mengubah perilaku, dia bergerak melalui lima tahap: prakontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan (lihat Tabel 3). Definisi tahapan sedikit berbeda, tergantung pada perilaku yang dipermasalahkan. Orang-orang pada titik yang berbeda sepanjang kontinum ini memiliki kebutuhan informasi yang berbeda, dan mendapat manfaat dari intervensi yang dirancang untuk tahapan mereka.

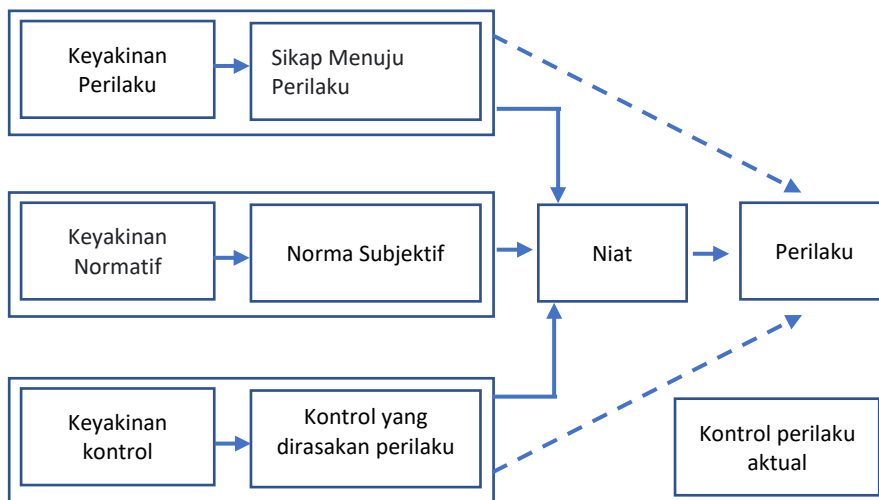
Apakah individu menggunakan metode manajemen diri atau mengikuti program profesional, mereka melalui tahapan yang sama *Stage, Contemplation* dan *Practice*.

Change. Meskipun demikian, cara mereka melewati tahapan ini dapat bervariasi, tergantung pada jenis perubahan perilaku. Misalnya, seseorang yang mencoba berhenti merokok mungkin mengalami tahapan yang berbeda dari seseorang yang berusaha memperbaiki kebiasaan makannya dengan makan lebih banyak buah dan sayuran.

Tahapan Model Perubahan telah diterapkan pada berbagai perilaku individu, serta perubahan organisasi. Modelnya melingkar, bukan linier. Dengan kata lain, orang tidak secara sistematis maju dari satu tahap ke tahap berikutnya, akhirnya “lulus” dari proses perubahan perilaku. Sebaliknya, mereka dapat memasuki proses perubahan pada tahap apa pun, kembali ke tahap sebelumnya, dan memulai proses sekali lagi. Mereka dapat menggilir proses ini berulang kali, dan proses dapat terpotong kapan saja.

- **Asumsi dan Pernyataan Inti**

TRA menegaskan bahwa niat adalah variable kunci untuk mencapai tindakan. Inti dari teori ini dapat dilihat pada penyajian kerangka teori berikut.

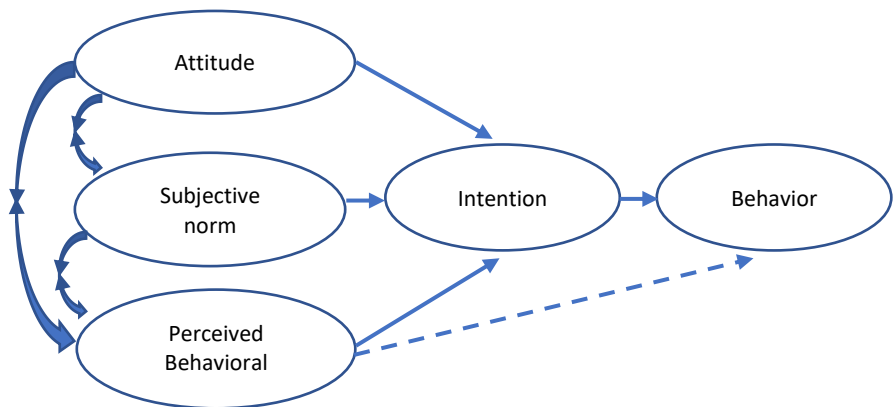


Gambar 2 *Conceptual Model of Theory of Reaction Action (TRA)*

(3) Teori Perilaku Terencana

Ajzen menilai *Theory of Reasoned Action* memiliki kelemahan di mana faktor niat tidak sepenuhnya dipengaruhi variabel sikap, tetapi didukung oleh bukti empiris. Olehnya, dikembangkan teori baru untuk membangun asumsi bahwa niat untuk melakukan berbagai jenis perilaku dapat diprediksi dengan akurasi tinggi dan bertanggung jawab terhadap perilaku, norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan, Niat bertanggung jawab atas perbedaan yang cukup besar dalam perilaku aktual. Sikap, norma subjektif, dan kontrol perilaku yang dirasakan terbukti terkait dengan serangkaian keyakinan perilaku, normatif, dan kontrol hubungan secara pasti dengan niat.

Artinya nilai-harapan berupa perilaku dapat berelasi menangani keyakinan perilaku, normatif, dan kontrol. Penskalaan ulang yang optimal dari ukuran nilai harapan ditawarkan sebagai cara untuk mengatasi keterbatasan pengukuran dan dapat memprediksi perilaku dengan cukup baik dibandingkan dengan teori sebelumnya. Secara tegas, Ajzen membuat kerangka *Theory of Planned Behaviour* yang dapat membantu untuk dapat dipahami dan dapat digunakan oleh penelitian sebagai berikut:



GAMBAR 3 *Theory of Planned Behavior*

Teori di atas menerangkan bahwa niat untuk melakukan perilaku berasosiasi sangat kuat dengan sikap individu, juga dengan norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan. Kerangka ini menyatakan

bahwa perilaku harapan dapat saja berasosiasi secara langsung terhadap dengan kontrol perilaku yang diharapkan tanpa melalui asosiasi dengan nilai. Dengan demikian, mungkin untuk mengintegrasikan ketiga faktor untuk mendapatkan disposisi perilaku. *Theory of Planned Behaviour* adalah kerangka ini dapat mengaburkan perbedaan yang menarik antara tiga faktor berpengaruh,

(4) *Transtheoretical Model (TTM) of Behavioral Change*

- **Pengertian**

Transtheoretical model (TTM) menyatakan bahwa perubahan perilaku bukanlah suatu kebetulan melainkan suatu proses dan orang yang berbeda berada dalam tahap perubahan dan kesiapan yang berbeda. Dalam proses ini, manusia melewati lima tahap: prakontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan.

Dalam pola ini, dimungkinkan juga untuk kembali ke level sebelumnya. Ada tiga faktor yang mengendalikan transfer antara tahapan yang berbeda dan waktu yang diperlukan untuk perubahan yang meliputi: proses perubahan, keseimbangan pengambilan keputusan dan efisiensi diri. Karena sifatnya yang hemat biaya dan waktu, TTM telah digunakan dalam intervensi pencegahan untuk kondisi kronis seperti diabetes dan berbagai bentuk kanker. Hasil penelitian tersebut menunjukkan efektivitas TTM dalam hal ini dimungkinkan untuk kembali ke level sebelumnya juga. Ada tiga faktor yang mengendalikan transfer antara tahapan yang berbeda dan waktu yang diperlukan untuk perubahan yang meliputi: (1) proses perubahan, (2) keseimbangan pengambilan keputusan, dan (3) efisiensi diri. Karena sifatnya yang hemat biaya dan waktu, TTM telah digunakan dalam intervensi pencegahan untuk kondisi kronis seperti diabetes dan berbagai bentuk kanker. Hasil penelitian tersebut menunjukkan efektivitas TTM dalam hal ini.

Karena pentingnya TTM, banyak peneliti menggunakan teori dan memilih riset kesehatan yang berfokus pada dampak TTM terhadap utilisasi pelayanan kesehatan tinjauan studi yang komprehensif dan lengkap. Tinjauan sistematis (SR) saat ini dilakukan untuk

menyajikan tinjauan studi yang komprehensif dan lengkap untuk tujuan penelitian berikut.

Model biopsikososial TTM jelas berkenaan perubahan perilaku yang disengaja. Teori ini dapat digunakan dalam menilai perilaku yang sama pada populasi yang berbeda dan keadaan yang berbeda. Terdapat beberapa tahapan yang berkembang secara terpisah yaitu:

- (1)Prakontemplasi. Pada tahap ini individu belum peduli untuk memikirkan melakukan sebuah perilaku.
- (2)Kontemplasi. Pada tahap ini individu mulai memikirkan untuk berubah.
- (3)Tahap ini individu mulai berkomitmen yang serius untuk berubah dan mulai melakukan beberapa persiapan terhadap aksi yang signifikan.
- (4)Aksi (perubahan dimulai dengan melakukan modifikasi terhadap aksi untuk menuju pada perubahan.
- (5)Pemeliharaan. Individu memasuki tahap komitmen di mana dia mempertahankan perubahan perilakunya menjadi perilaku menetap dan konsekuen.

- **Aplikasi *Transtheoretical Model***

Aplikasi TTM dapat dilakukan dengan tahap sebagai berikut: Tahapan yang dilakukan adalah:

- Individu menghindari berita dan informasi yang berkaitan dengan pencegahan
- Individu mulai melihat keuntungan dan kerugian
- Individu memulainya menghitung risiko.
- Individu mulai melakukan perilaku baru dan cenderung untuk mengulanginya.
- Individu cenderung mempertahankan perilaku baru dan konsisten menjalankan secara kontinyu.

(5) **Teori S.O.R. (Skinner)**

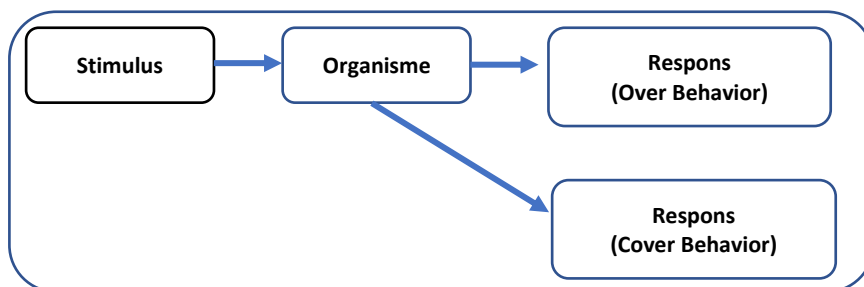
Skinner berpendapat bahwa perilaku secara psikologis adalah respons seseorang atas kondisi di luar dirinya yang disebut sebagai

stimulus. Proses stimulus merangsang respons organisme untuk kemudian memberikan respons. Teori ini menyebut ada 2 jenis respons yaitu:

1. **Respondent Respons atau Reflexive** adalah dimulai dengan adanya rangsangan *eliciting stimulus* yang relatif sifatnya. Stimulasi ini menimbulkan tanggapan yang kemudian berubah menjadi reaksi tetap. Contoh berita kematian akan menimbulkan rasa duka cita. Atau tersedianya makanan yang kemudian merangsang keinginan untuk makan. Dari rasa makanan yang enak maka akan menimbulkan reaksi tetap.
2. **Operation Response** disebut dengan istilah instrumen respons yaitu muncul juga rangsangan yang lain.

Berdasarkan SOR, perilaku dikelompokkan dalam bentuk:

1. **Cover Behaviour** merupakan stimulus yang dapat diketahui ketika individu menjelaskan perilaku yang akan dilaksanakan secara lisan atau tertulis.
2. **Over Behaviour**. Perilaku ini merupakan tindakan nyata "**Overable Behaviour**". Contohnya Ibu menggunakan pelayanan kesehatan sebagai tempat pemeriksaan kehamilannya. Bekerjanya teori S.O.R dapat dilihat pada penyajian gambar kerangka teori sebagai berikut:



GAMBAR 3 Teori Stimulus, Organisme, dan Respons (S.O.R.)

(6) Social Learning Theory by Bandura

Pengertian Teori Pembelajaran Sosial

Marc Conner and Paul Norman (Ed)–(2015) menjelaskan bahwa teori pembelajaran sosial oleh Bandura berbeda dengan teori lain tentang perubahan perilaku. Bandura menyatakan bahwa perubahan perilaku dapat

melalui pembelajaran sosial, dan setiap orang akan berubah ke pola perilaku baru yang lebih efektif. Bentuk pembelajaran yang lebih mendasar dan berakar dalam perubahan adalah pengalaman langsung dan agar menjadi perilaku yang menetap maka harus diatur dalam bentuk pemberian penghargaan (dapat saja material maupun immaterial dan atau memberikan hukuman sebagai konsekuensi yang mengikuti setiap tindakan yang diberikan. Olehnya, setiap orang yang akan berubah berulang kali harus diperhadapkan dengan situasi yang harus mereka tangani sendiri (mandiri) dengan satu atau dua cara lain. Beberapa tanggapan yang mereka coba bisa saja tidak berhasil, sementara yang lain yang menghasilkan efek yang lebih menguntungkan.

Melalui proses pembelajaran yang kontinyu, perilaku baru akan sukses dan akhirnya dipilih dari kegiatan eksploratori, sementara yang tidak efektif dibuang. Meskipun perilaku dapat dibentuk menjadi pola baru sampai batas tertentu harus akan berbahaya jika dilakukan hanya atas dasar terpaksa. Sebagian besar isi pembelajaran akan mendapat respons rumit dan sebagai konsekuensi yang menghukum maka pengertian belajar semakin sangat luar biasa rumitnya, melelahkan dan berbahaya jika dilakukan hanya atas dasar ini, dan sebagian besar direspons dengan cara yang dengan rumit, baik yang ditampilkan secara sengaja atau tidak langsung melalui pengaruh contoh. Memang, hampir semua pembelajaran merupakan fenomena yang dihasilkan dan konsekuensinya. Kerangka berikut menggambarkan bahwa perubahan perilaku baru seharusnya memiliki beberapa tahap sebagai berikut:

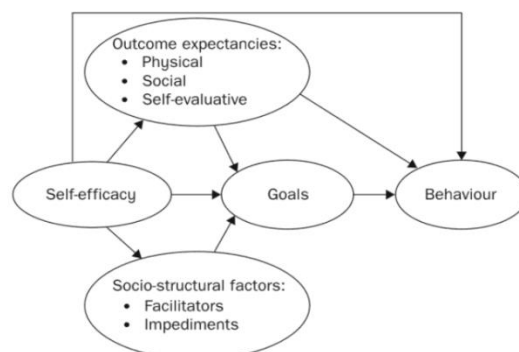


Figure 7.1 An illustration of social cognitive theory (Bandura 2000a)

- (1) Efikasi Diri (Bandura dalam **Marc Conner and Paul Norman**) menegaskan bahwa harapan penguasaan pribadi adalah penentu utama perubahan perilaku. Selanjutnya, perbedaan individu dalam pengalaman masa lalu dan atribusi keberhasilan keterampilan atau kesempatan menghasilkan tingkat yang berbeda dari harapan efikasi diri umum. Untuk mengukur ekspektasi umum ini, Skala *Self-efficacy* dikembangkan. Analisis faktor menghasilkan dua subskala: subskala *Self-efficacy* Umum (17 item) dan subskala *Self-efficacy* Sosial (6 item). Konfirmasi dari beberapa prediksi hubungan konseptual antara subskala *Self-efficacy* dan ukuran kepribadian lainnya (yaitu, *Locus of Control*, Kontrol Pribadi, Keinginan Sosial, Kekuatan Ego, Kompetensi Interpersonal, dan Harga Diri) memberikan bukti validitas konstruk.
- (2) Ekspektasi atas Luaran. Variabel ini dimaksudkan bahwa pembentukan perilaku baru akan terjadi bila berkenaan dengan kemampuan dukungan fisik individu dan seterusnya memberikan yang dirasakan. Ekspektasi dapat diperoleh dengan memperoleh pengalaman langsung atau melalui pengamatan atas perilaku keberhasilan dan atau kegagalan. Selain itu, efikasi diri juga membutuhkan dukungan sosial sekitar (dapat saja dari keluarga, rekan kerja ataupun masyarakat sekitar). Kedua hal ini akan selalu dievaluasi secara efikasi di dalam diri individu.
- (3) Faktor Struktur Sosial. Bandura melihat bahwa kedudukan sosial akan memberikan pengaruh yang terhadap pembentukan perilaku baru. Dukungan sosial dalam bentuk fasilitas tersedia juga dapat mengatasi hambatan yang kemungkinan terjadi.
- (4) Tujuan. Ketiga variabel di atas (efikasi diri, ekspektasi atas luaran dan faktor struktur sosial) menjadi dasar dibentuk tujuan perubahan perilaku. Tujuan ini dirumuskan dan menjadi pegangan individu.

Kelemahan Teori Albert Bandura

Teori ini memiliki kelebihan dari teori perilaku lainnya karena pembentukan perilaku dilakukan melalui pembelajaran. Tetapi sebagai teori juga memiliki sisi kelemahan, Inti teori ini adalah pembelajaran, kemudian berkembang efikasi diri untuk tingkah laku melalui pengalaman

atau pengamatan. Umumnya perilaku kesehatan misalnya membutuhkan peniruan yang harus berkali-kali sehingga seringkali menjadi terputus di tengah dan dapat dikatakan akan gagal. Peniruan juga membutuhkan kelas sosial sehingga seringkali kelas sosial bawah akan terkendala.

3. Model Perubahan Perilaku Kelompok/Masyarakat untuk Kajian Kesehatan Masyarakat

(1) Teori Ekologi Tentang Perubahan Perilaku

▪ Sejarah Bronfenbrenner

DPJ Ryan (2001) **Pengertian Teori Ekologi (*Ecological Theory by Bronfenbrenner*)** adalah kerangka kerja yang berguna untuk memahami berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan. Ini adalah model yang dapat membantu memberikan perspektif lengkap tentang faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan tertentu, termasuk determinan sosial kesehatan. Karena itu, kerangka kerja ekologis dapat digunakan untuk mengintegrasikan komponen teori dan model lain, sehingga memastikan rancangan promosi kesehatan yang komprehensif atau program pencegahan penyakit atau pendekatan kebijakan.

▪ Model Ekologi

Model ekologi menerangkan adanya faktor berpengaruh perilaku kesehatan, yaitu:

- (1)** Aspek intrapersonal diketahui mempengaruhi perilaku seperti keyakinan.
- (2)** Faktor interpersonal, seperti interaksi dapat menerima menolak pertumbuhan interpersonal yang mendorong perilaku sehat.
- (3)** Faktor kelembagaan dan organisasi, termasuk aturan, peraturan, kebijakan, dan struktur informal yang membatasi atau mempromosikan perilaku sehat.
- (4)** Faktor masyarakat mencakup norma sosial yang menjadi dasar interaksi.
- (5)** Faktor kebijakan publik sebagai regulasi penyakit termasuk deteksi dini, kontrol, dan manajemen.

Proses kerja model ekologi Bronfenbrenner adalah *setting* pada individu di mana dia hidup. Model ini terbagi ke dalam tahap pertumbuhan seseorang dan terjadinya perilaku sebagai berikut:

1. **Mikro Sistem:** Perilaku yang terjadi di mana individu secara penuh mengikuti perilaku orang yang paling dekat
2. **Mesosistem** adalah perkembangan setelah individu berinteraksi antarfaktor-dalam sistem mikro.
3. **Eksosistem** adalah interaksi melibatkan hubungan perkawinan di mana pengalaman suami dan istri dipertemukan dalam rumah tangga.
4. **Kornostem** adalah efek yang menimbulkan perilaku dengan interaksi yang posesif. Misalnya perilaku anak karena terjadinya perceraian orang tua.

▪ **Kaidah Kerja**

Perspektif ekologi menyebutkan bahwa kerangka kerja yang berguna untuk memahami berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan. Ini adalah model yang dapat membantu memberikan perspektif lengkap tentang faktor-faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan tertentu, termasuk determinan sosial kesehatan. Karena itu, kerangka kerja ekologis dapat digunakan untuk mengintegrasikan komponen teori dan model lain, sehingga memastikan rancangan promosi kesehatan yang komprehensif atau program pencegahan penyakit atau pendekatan kebijakan.

Barbara K. Rimer and Karen Glanz (2015) menjelaskan bahwa dalam Perspektif ekologis, tekanan utama bahwa interaksi, dan saling ketergantungan adalah faktor yang terjadi di semua tingkat masalah kesehatan. Interaksi dimaksud adalah dengan lingkungan fisik dan sosial budayanya. Dua konsep kunci yaitu: *pertama*, perilaku memengaruhi, dan dipengaruhi oleh berbagai tingkat pengaruh; *kedua*, perilaku individu membentuk dan dibentuk oleh lingkungan sosial (penyebab timbal balik).

Tingkat pengaruh perilaku dan kondisi yang berhubungan dengan kesehatan yaitu: (1) individu; (2) interpersonal; (3)

kelembagaan atau organisasi; (4) masyarakat f dan (5) faktor kebijakan publik.

Terpenuhinya tingkat pengaruh perilaku jelas kepada individu di mana pemenuhan kebutuhan akan tergantung pada cara individu berinteraksi dengan lingkungan sebab pengaruh lingkungan akan selalu terjadi. Hawley menyatakan dalam interaksi yaitu:

- (1) Adanya pengaruh lingkungan
- (2) Komunikasi dua arah
- (3) Interaksi
- (4) Bergantung pada fungsi yang akan dicapai

Kritik terhadap teori ini menyatakan bahwa deterministik lingkungan lebih banyak digunakan untuk menjelaskan fenomena perilaku. Gestalt mengkritik teori ekologi lingkungan dan mengatakan bahwa proses persepsi dan kognisi manusia lebih penting daripada mempelajari perilaku yang tampak (*overt behaviour*) karena pengaruh lingkungan.

Gambar berikut adalah proses interaksi manusia dengan lingkungan dan pembentukannya:

Kerangka Teori Ekologi (URIE BRONFENBRENNER)



▪ Tinjauan Pendekatan Ekologi dalam Riset

Kajian teori ekologi dapat dipahami dari pendapat **Pettit & Bates, Garbarino & Benn** (1992) mengutip pandangan yang dituliskan oleh Hagestadt bahwa:

“...parent-child relationship continues to affect one’s long life afterward and may even endure after the death of one of the members of the dyad. Whatever else a developing individual becomes in life, that individual is always the child of his/her parents...” (“...hubungan orang tua-anak terus mempengaruhi umur panjang seseorang dan bahkan mungkin bertahan setelah kematian salah satu anggota pasangan itu. Apa pun alasan anak menjadi individu yang berkembang dalam hidup, individu itu selalu menjadi anak dari orang tuanya...”) “

Dalam pendapat lain: **Anwar, (2019)** mengatakan pola asuh akan memegang peran kuat dalam membentuk perilaku anak. Anwar selanjutnya menerangkan bahwa pola asuh yang berbeda pada setiap orang tua, akan melahirkan perilaku dan kualitas yang berbeda **Anwar** selanjutnya menyebut *self-identity* sebagai hasil keluarga dan lebih terfokus untuk pekerjaan yang menjamin *self-identity*. Eksplorasi Carnoy & Carnoy menunjukkan kepedulian yang tinggi terhadap anak akan menyebabkan orang tua kurang memprioritaskan *well-being*-nya sendiri dan menjadi determinan perilaku dalam pengasuhan

▪ Kesimpulan Kerja Teori Ekologi

- (1) Kebanyakan teori dan model perubahan perilaku cenderung menekankan pada proses perubahan perilaku dan sedikit memperhatikan pengaruh lingkungan sosiokultural pada perilaku.
- (2) Pendekatan ekologis bertujuan untuk meningkatkan partisipasi dalam fokus intervensi pada pengaruh sosiokultural dan lingkungan pada perilaku. Pendekatan-pendekatan lain menekankan pada penciptaan lingkungan yang mendukung serta pengembangan keterampilan pribadi dan reorientasi layanan kesehatan. Tema yang mendasari perspektif ekologi adalah bahwa intervensi pada kelembagaan akan efektif untuk berubah.

- (3) Model ini memiliki empat pengaturan (sekolah, tempat kerja, lembaga kesehatan, dan masyarakat) dan paling efektif terjadi pada berbagai tingkatan.
- (4) Model ini mengusulkan beberapa tingkat pengaruh faktor kelembagaan, faktor komunitas, dan kebijakan publik. Model lain memiliki tiga tingkatan individu, *organizational Intervensi* yang secara bersamaan mempengaruhi tingkat multi-tingkat. Beberapa pengaturan ini diharapkan dapat menyebabkan perubahan yang mempromosikan kesehatan yang ada.
- (5) Ini adalah area yang menjanjikan untuk desain penelitian intervensi masa depan untuk mempromosikan aktivitas fisik.

(2) Teori Proteksi untuk Memprediksi Perilaku

• Sejarah dan Orientasi

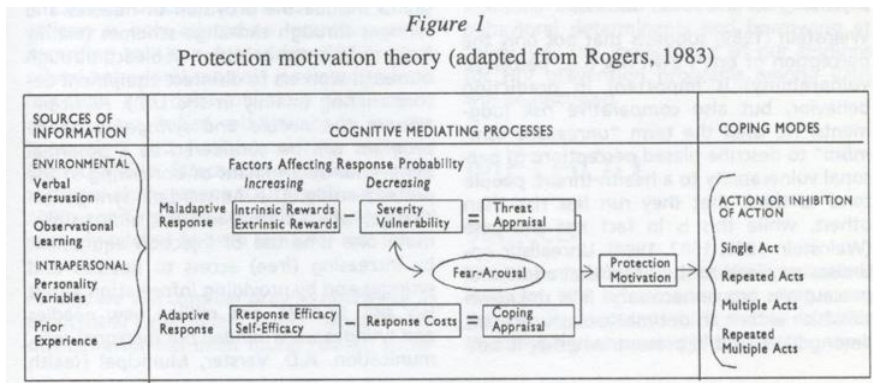
Protection Motivation Theory (PMT) oleh Rogers (1975) pada awalnya mengusulkan untuk memberikan kejelasan konseptual terhadap pemahaman berbanding ketakutan. Revisi selanjutnya dari Teori Proteksi Motivasi (Rogers, 1983) memperluas teori ke teori komunikasi persuasif yang lebih umum dengan penekanan pada proses kognitif yang memediasi perubahan perilaku.

• Asumsi dan Pernyataan Inti PTM

Protection Motivation Theory menggambarkan adaptif dan maladaptif opsi perilaku untuk mengurangi ancaman dievaluasi. Penilaian terhadap ancaman kesehatan dan penilaian tanggapan penanggulangan menghasilkan niat untuk melakukan respons adaptif atau dapat menyebabkan tanggapan maladaptif. Respons maladaptif adalah respons yang menempatkan individu pada risiko kesehatan. Perilaku maladaptif termasuk perilaku yang mengarah pada konsekuensi negatif (misalnya merokok) dan tidak adanya perilaku, yang akhirnya dapat menyebabkan konsekuensi negatif (misalnya tidak berpartisipasi dalam skrining kanker payudara dan dengan demikian kehilangan kesempatan deteksi dini tumor).

The Protection Motivation Theory menyebut faktor:

- a. Persepsi tentangan Keparahan yang dirasakan
- b. Perkiraan kemungkinan kerentanan yang dirasakan dari individu terhadap gejala klinis
- c. Kemanjuran karena efikasi respons
- d. Efikasi respons lebih kuat pada tindakan pencegahan
- Motivasi perlindungan adalah hasil dari penilaian terhadap perkiraan risiko tertular penyakit (kerentanan perkiraan keseriusan suatu penyakit dan. mengatasi adalah dengan *self-efficacy*. Efikasi respons adalah harapan individu pada kemampuan untuk mengeksekusi perilaku dan melakukan tindakan dengan sukses. Motivasi perlindungan adalah variabel mediasi yang berfungsi untuk membangkitkan, mempertahankan, dan mengarahkan perilaku kesehatan pelindung



GAMBAR-3 Conceptual Model; Protection Motivation Theory (By Rogers)

Figure 2: Source: Rogers, 1983)

- **Kritik terhadap Protection Motivation Theory**
 PMT berasumsi bahwa individu adalah pemroses informasi yang rasional (walaupun termasuk unsur irasionalitas dalam komponen ketakutannya), PMT tidak memperhitungkan perilaku kebiasaan, seperti menyikat gigi, juga tidak memasukkan peran sosial (apa orang lain lakukan) dan faktor lingkungan (misalnya kesempatan

untuk berolahraga atau makan dengan benar di tempat kerja). Schwarzer (1992) juga mengkritik PMT karena tidak mengatasi bagaimana sikap dapat berubah.

DAFTAR PUSTAKA

- AH Hawley (1986) *Human Ecology: A Theoretical Essay*, University of Chicago Press
- Ajubayusrone (2016) *Buku Ajar Sosiologi dan Antropologi Kesehatan*. Penerbit: Nuha Medika, Cetakan Ke-I Tahun Terbit:2015
- Ajzen IM. (1986) Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Exper Soc Psych*.
- Anwar (2019): Pengaruh Literasi Kesehatan Terhadap Kualitas Hidup Ibu Hamil Di Kabupaten Polewali Mandar Propinsi Sulawesi Barat Tahun 2019. Disertasi Doktor, Universitas Hasanuddin
- Bandura A. (1992) Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In: Mays VM, Albee GW, Schneider SS, eds. *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches*. Newbury Park, CA: Sage Publication
- Barbara K. Rimer and Karen Glanz (2015) *Theory at a Glance, A Guide For Health Promotion Practice (Second Edition)*. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES National Institutes of Health
- Barbara K. Rimer and Karen Glanz (2015) *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion and Practice frames the ecological perspective as*. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES National Institutes of Health
- DPI Ryan (2001): Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory. Academia.Edu
- Edmond, M. (2015). Symbolic Interactionism. *English Technical Reports and White Papers 4*
- Fishbein M, Ajzen I (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975. <http://people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html>. Accessed December 12, 2008.
- Gail G. Whitchurch dan Lary L, Constantine. (2013) *Systems Theory*. Springer Link
- Gottlieb B. Using social support to protect and to promote health. *Primary Prev*. 1987.

<https://www.google.com/amp/s/www.kompasiana.com/amp/rizki44886/5fc9f748d541df263c77fd23/teori-dari-emile-durkheim-dari-fakta-sosial-hingga-solidaritas-sosial>

I.B Wirawan (2012) *Teori-Teori Sosial dalam Tiga Paradigma (Fakta Sosial, Defenisi Sosial dan Perilaku Sosial)*. Edisi Pertama. Prenadamedia Grup, Jakarta.

Icek Ajzen (1991) *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*. Academic Press

J Garbarino, JL Benn (1992) *The Ecology of Childbearing and Childrearing. Children and Families in the Social Environment*. Jossey-Bass/Wiley

Laura Nimmon, Anthony R. Artino, Jr, Lara Varpio. (2015) *Social Network Theory in Interprofessional Education: Revealing Hidden Power*. National Library of Medicine, USA

Marc Conner and Paul Norman-Edt. (2015) Health Behaviour, Research and a Pracitice With Social Coginitif Model. *Jing In Publication Data*

Mark V. Redmond (2015) Symbolic Interactionism. Iowa State University, mredmond@iastate.edu

Marzali, A. (2014). Struktural-fungsionalisme. *Antropologi Indonesia*.

McKeown, Thomas. (1970) "Pendekatan Sosiologis untuk Sejarah Kedokteran." *Riwayat Kesehatan*.

Michael Winkelman (2009). *Culture And Health Applying Medical Anthropology*, Published by Jossey-Bass

Mozhdeh Hashemzadeh, Alireza Rahimi, Firoozeh Zare-Farashbandi, Amir Mansur Alavi-Naeini, and Azra Daei. (2015). *Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review*. National Library of Medicine (NIH-USA)

Muhammad Anwar (2019) Pengaruh Literasi Kesehatan Terhadap Kualitas Hidup Ibu Hamil Di Kabupaten Polewali Mandar Propinsi Sulawesi Barat Tahun 2019. (Disertasi)

Nova Maulana (2015) *Buku Ajar Sosiologi dan Antriopologi Kesehatan*.

NS Blum–Symbolic Interaction, 1994 Deceptive practices in managing a family member with Alzheimer’s disease. Wiley Online Library

- Okamura, J. Y. (2019) What about racial groups and boundaries (and race and racism)?. *Anthropological Notebooks*, 25(1), 37–56.
- P. Norman, H Boer, ER Seydel (2015) *Protection Motivation Rheory. Predicting and Changing*. McGraw-hill education (UK)
- Paul A. Erickson & Liam D. Murphy (2015). Terjemahan: Mutia Nurul. *Sejarah Teori Antropologi: Penjelasan Komprehensif*. Penerbit Prenadamedia Group, Jakarta
- Prochaska JO, Velicer WF (1997) The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am / Health Prom*. 1997
- Reid, R., and S. Traweek, eds. 2000. *Doing Science + Culture: How Cultural and Interdisciplinary Studies are Changing the Way We Look at Science and Medicine*. New York/London: Routledge.
- Rosenstock IM. (1987) Why people use health services. *Milbank Mem Fund Q*. 1996
- Russell Cropanzano dan Marie S. Mitchell. Teori Pertukaran Sosial: Tinjauan Interdisipliner. *Jurnal Manajemen* 2005; 31; 874 DOI: 10.1177/0149206305279602
- Sandra Teresa Hyde (2015) *Introduction to Medical Anthropology, Produces Illness*. Population Sciences on Health and Illness Globally Through Studies of Chronic Illness, Urban And Rural Violence, California
- T.O. Ihromi. (2016) *Pokok-Pokok Antropologi Budaya*. Diterbitkan oleh Yayasan Pustaka Obor Indonesia Anggota IKAPI DKI Jaya

BAB III

Aspek Sosial Budaya dan Kesehatan Masyarakat

1. Budaya dan Kesehatan

Pernahkah pasien merasakan dan paham ketika berobat ke dokter ada masalah yang tidak dipahaminya? Begitu juga dengan pengobatan yang dirasakan tidak relevan dengan masalah kesehatan? Pertanyaan ini menunjukkan betapa perbedaan budaya antara dokter dan pasien sangat beragam. Hal tersebut dapat membuat kesalahpahaman lintas budaya yang tidak terhindarkan. Budaya jelas menjadi landasan tanggapan masyarakat pengguna dengan petugas kesehatan tentang kondisi kesehatan, dan menjadi dasar perilaku yang membuat seseorang berisiko terkena penyakit. Selanjutnya, muncullah kebutuhan yang mendorong untuk mencari pelayanan kesehatan dan bagaimana menggambarkan gejala yang dialami kepada penyedia layanan serta bagaimana kepatuhan terhadap pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya budaya adalah pusat diagnosis dan isu penting bagi semua profesi kesehatan.

Penyediaan kesehatan ditekankan untuk lebih memahami tentang budaya dalam berkomunikasi. karena budaya dengan kesehatan karena budaya adalah dasar bertindak masyarakat termasuk praktik kesehatan setiap orang. Meningkatkan perawatan kesehatan membutuhkan perhatian pada pengaruh budaya terhadap masalah kesehatan, kondisi, kepercayaan, dan praktik. Harus dipahami bahwa kesehatan masyarakat terjadi dalam sistem budaya yang berkaitan dengan masalah kesejahteraan yang lebih luas daripada yang ditangani oleh dokter/ perawat dengan penyakit dan cedera. Keluasan konsep kesejahteraan bersifat psikologis, sosial, emosional, mental, dan spiritual. Ketika biomedis berubah dari pendekatan yang berfokus pada penyakit menjadi konsep dengan kesehatan dan kesejahteraan, perspektif budaya dan kompetensi budaya muncul sebagai kerangka kerja sentral untuk meningkatkan perawatan.

Antropologi Kesehatan adalah disiplin yang bertugas menangani gabungan pendekatan kedokteran, budaya, dan perilaku kesehatan yang menggabungkan perspektif kesejahteraan ke dalam pengaturan pengobatan dan program kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, profesi kesehatan klinis dan kesehatan masyarakat dituntut memiliki pemahaman tentang kepercayaan yang membentuk kebiasaan dalam praktik kesehatan di masyarakat. Pemahaman–lintas budaya juga penting dalam hubungan di antara penyelia budaya yang berbeda. Misalnya, petugas kesehatan asal Jawa, Sunda, Sumatera, atau Sulawesi berinteraksi satu sama lain atau berinteraksi dengan masyarakat Nusa Tenggara, Maluku, Papua atau interaksi antardokter dari beragam asal daerah. Pemahaman tentang norma dan nilai dalam masyarakat setempat juga diperlukan ketika berkolaborasi petugas kesehatan dengan kelompok dan organisasi dalam mengelola berbagai program kesehatan.

Profesional kesehatan membutuhkan cara sistematis untuk mempelajari efek budaya pada kesehatan dan mengembangkan kompetensi budaya. Responsivitas budaya diperlukan bagi penyedia pelayanan kesehatan jika mereka ingin efektif dalam berhubungan dengan orang lain untuk melintasi hambatan perbedaan budaya. Perspektif budaya dalam kajian antropologi kesehatan sangat penting untuk memberikan perawatan yang kompeten, program kesehatan masyarakat yang efektif, dan pendidikan pasien.

Sangat penting untuk memahami kesehatan dan kedokteran karena perilaku didasari oleh pola yang dipelajari dari perilaku kelompok secara bersama. Perilaku bersama yang dipelajari termasuk perilaku kesehatan, khususnya perbedaan antarkelompok dalam perilaku dan keyakinan kesehatan. Kasus penyakit malaria misalnya, bagi sebagian masyarakat di beberapa propinsi kawasan timur menganggap malaria sebagai suatu gejala penyakit yang berafiliasi dengan kondisi alam termasuk dalam perspektif budaya setempat. Contoh lainnya terlihat pada masyarakat urban perkotaan, pencemaran, dan praktik kebersihan perorangan merupakan perilaku keseharian yang menjadi ciri kebiasaan dan budaya setempat.

Budaya juga mendefinisikan jenis masalah kesehatan yang ada dan sumber daya untuk menanggapi masalah kesehatan, mendefinisikan persepsi, dan menghasilkan sumber daya untuk menanggapinya.

Pengetahuan budaya juga penting untuk menangani mandat kesehatan masyarakat untuk menilai kebutuhan kesehatan masyarakat, mengembangkan kebijakan dan program kesehatan yang sesuai, dan memastikan layanan kesehatan yang memadai dan kompeten secara budaya. Kebutuhan kesehatan masyarakat sangat bervariasi dan membutuhkan pemahaman tentang persepsi masing-masing masyarakat tentang kesehatan dan penyakit untuk mengembangkan layanan yang tepat. Inisiatif kesehatan masyarakat membutuhkan pengetahuan budaya untuk mengubah perilaku dan gaya hidup yang terkait dengan peningkatan insiden penyakit. Mengatasi dampak budaya pada kesehatan merupakan masalah penting bagi semua orang, bukan hanya dokter. Masalah penyakit pada kelompok mana pun berdampak pada masyarakat secara keseluruhan. Meningkatkan kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari penyedia layanan kesehatan, pejabat kesehatan masyarakat, dan berbagai aktor lain di masyarakat. Hal ini membutuhkan orang-orang dengan kemampuan untuk melibatkan masyarakat dengan cara yang sesuai secara budaya dan pemahaman tentang sistem budaya, keyakinan kesehatan, dan praktik.

Perspektif untuk menangani hubungan budaya dan kesehatan disediakan oleh antropologi kesehatan. Model sistem budaya digunakan untuk keperawatan, kesehatan masyarakat, dan kedokteran untuk memahami efek ekologi dan sosial sistemik pada kesehatan. Fokus utama dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan tercermin pada tradisi utama antropologi medis yang meliputi:

- (1) Pendekatan ekologi, mengkaji mediasi budaya kesehatan melalui hubungan fisik, biologis, dan material dengan lingkungan.
- (2) Ekonomi politik dan pendekatan kritis yang membahas bagaimana kesehatan dipengaruhi oleh sumber daya ekonomi, kekuasaan, dan aktivitas sosial yang menghasilkan risiko dan mendistribusikan sumber daya.
- (3) Pendekatan simbolik yang memeriksa bagaimana makna budaya menciptakan proses penyembuhan yang dilegitimasi secara sosial dan menghubungkan kepercayaan dengan proses fisiologis.

Kajian budaya jelas akan membantu memahami bagaimana efek budaya terjadi di berbagai masalah kesehatan, mulai dari upaya pencegahan hingga perawatan klinis dan prioritas pendanaan pelayanan

kesehatan. Ratusan faktor dapat berdampak pada kesehatan, mulai dari kondisi sosial yang menghasilkan, mengurangi paparan kuman dan agen berbahaya, hingga faktor budaya, ekonomi, dan politik yang memungkinkan seseorang mengakses perawatan berkualitas.

2. Budaya, Etnomedisin, dan Biomedik

Pandangan antropologi menyebut, **budaya** adalah dasar dari semua obat-obatan, **biomedis** dari dokter serta semua tindak lain disebut **etnomedisin**. Praktik perawatan kesehatan dari suatu budaya terkait erat dengan sistem ekonomi, sosial, politik, dan filosofi suatu budaya. Ilustrasi kejadian pandemi *Coronavirus 19* dalam kendali biomedis atas sumber daya pemerintah. Posisi penyakit ini menjadi prioritas utama dalam posisi ekonominya yang kuat di pemerintah termasuk masyarakat.

Budaya mempengaruhi perilaku kesehatan dalam banyak hal.

- (1) Konseptualisasi penyakit dan kesehatan masyarakat (penyakit, sakit dan sehat) terjadi pada masyarakat dan pemerintah
- (2) Mempengaruhi distribusi penyebab penyakit dan sakit
- (3) Menciptakan perilaku berisiko dan paparan penyakit
- (4) Menginformasikan pengenalan gejala dan perilaku mencari perawatan
- (5) Menciptakan tanggapan penyedia layanan kesehatan dan institusi mereka terhadap kebutuhan perawatan
- (6) Kesehatan terbukti membentuk pemanfaatan sektor perawatan kesehatan populer, rakyat, dan profesional dalam tatanan ekonomi progresif
- (7) Menghasilkan dampak sosial, ekonomi, dan politik pada kesehatan dan perawatan kesehatan
- (8) Pengaruh emosional dan psikodinamik pada kesehatan dan kesejahteraan
- (9) Mekanisme psikodinamik, simbolis, dan sosial untuk menyembuhkan hubungan.

Budaya memediasi tanggapan terhadap penyakit melalui etnomedisin sebagai praktik untuk mengatasi masalah kesehatan. Istilah etnomedisin biasanya membedakan praktik kesehatan budaya dari biomedis. Contoh sistem etnomedisin yang dominan di Amerika Serikat,

juga disebut sebagai pengobatan Barat, pengobatan ilmiah, dan pengobatan *allopathic*. Biomedis juga merupakan etnomedisin yang mencerminkan budaya tempat ia dipraktikkan.

Studi etnomedisin (**Wen-Chieh dalam Michael Winkelman (2009)**) mengungkapkan bahwa masalah kesehatan dan perawatan kesehatan dikonseptualisasikan dalam kerangka budaya. Budaya secara langsung mempengaruhi manifestasi kondisi, penilaian dan implikasi sosial, dan proses pengobatan. Analisis etnomedisin menunjukkan pentingnya memahami penyembuhan dari perspektif budaya kelompok, dinamika sosial, peran sosial penyembuh, dan sistem konseptual dan kosmologis. Saat ini, banyak masalah kesehatan di negara-negara maju yang juga menggambarkan dinamika budaya kontemporer yang mendasarinya, seperti:

- (1) Kematian karena gaya hidup (misalnya, pola makan yang buruk dan penggunaan alkohol dan rokok)
- (2) Keputusan politik yang membuat sebagian besar populasi tidak memiliki layanan kesehatan
- (3) Penyebaran penyakit menular melalui imigrasi dan gaya hidup
- (4) Perusahaan farmasi dan kelompok dokter melobi Kongres untuk undang-undang untuk menolak akses warga AS ke obat-obatan asing.

Masalah kesehatan sering menonjol dalam institusi budaya yang paling penting dari lahir sampai mati. Di Amerika Serikat, hampir semua institusi sosial berinteraksi dengan praktik biomedis yang mengatur kehidupan di semua tahap:

- (1) Dengan manajemen prakonsepsi kelahiran melalui resep untuk kontrasepsi
- (2) Melalui proses melahirkan dengan perawatan neonatal dan akta kelahiran yang diamanatkan secara hukum
- (3) Melalui imunisasi sekolah dan pemeriksaan kesehatan yang diperlukan
- (4) Melalui pemeriksaan pernikahan yang diperlukan (misalnya, golongan darah, faktor Rh dan tes AIDS)
- (5) Melalui validasi absen kerja dan kompensasi pekerja
- (6) Melalui pengelolaan penyakit dan penerbitan akta kematian

Kebanyakan orang di Amerika dan negara-negara Eropa menganggap biomedis sebagai sumber daya normal untuk mengatasi masalah kesehatan. Terbukti bahwa pilihan kesehatan di Amerika Serikat sangat dipengaruhi oleh biomedis, tetapi orang-orang di seluruh dunia, termasuk banyak negara-negara maju juga menggunakan sistem etnomedis lainnya. Ini termasuk berbagai bentuk perawatan diri dan pengobatan, tradisi penyembuhan etnis, dan profesional lainnya (misalnya, *chiropractor, homeopaths, naturopaths, herbalists*). Di Amerika Serikat, pengeluaran pribadi untuk pengobatan “tidak konvensional”—pengobatan komplementer dan alternatif—dua kali lipat dari biaya yang dikeluarkan untuk perawatan biomedis (**Kessler dan Norlock, Calkins, dalam Michael Winkelman (2009)**). Sumber daya ini juga digunakan oleh banyak pasien yang mengunjungi dokter. Ini merupakan pluralisme medis yang menggambarkan perlunya penyedia biomedis untuk memahami sumber daya etnomedisin yang digunakan oleh pasien.

Biomedis mencirikan pendekatannya sebagai ilmiah, mengkontraskan dirinya dengan sistem etnomedisin lain yang dituduhnya sebagai agama, takhayul, perdukunan, atau penipuan. Namun, praktik etnomedis lainnya tidak kekurangan konten empiris dan sering menyediakan agen untuk pengobatan modern, seperti penggunaan biomedis turunan dari tanaman digitalis untuk pengobatan kondisi jantung. Meskipun praktik etnomedisin melibatkan ritual keagamaan, kegiatan ini mungkin memiliki efek sosial, psikologis, dan bahkan fisiologis. Ritual seperti jas putih dan pengukuran suhu dan tekanan darah yang dijadwalkan secara ketat juga tersebar luas dalam biomedis, yang memiliki banyak praktik dan tidak didukung oleh metode ilmiah. Tradisi kultural biomedis telah menyebabkan penekanan baru-baru ini pada pengembangan kriteria untuk mengungkapkan “praktik berbasis bukti”.

Perspektif budaya sangat penting untuk memahami sifat biomedis (**Sargent dan Johnson, 1996**). Perspektif lintas budaya memperjelas sifat biomedis: salah satu dari banyak sumber pengetahuan tentang perawatan kesehatan, tetapi bukan sumber eksklusif, lengkap, atau sempurna. Teknik yang efektif untuk kesehatan tidak eksklusif untuk satu sistem etnomedis. Relevansi etnomedis dengan kedokteran ilmiah diakui dalam program-program Organisasi Kesehatan Dunia. Contoh tentang kebijakan kesehatan

untuk semua pada tahun 2000 dan penekanan berkelanjutan untuk masa depan dalam MDGs dan SDGs. Program-program ini menekankan bahwa tradisi etnomedisin sangat penting untuk perawatan kesehatan di sebagian besar dunia karena biaya perawatan yang tidak mahal untuk obat-obatan. Akibatnya, jika kedokteran ingin tersedia secara luas, diperlukan penetapan dasar ilmiah untuk praktik etnomedis intradisional.

Pendekatan budaya membantu menjelaskan mengapa praktik etnomedis lainnya bertahan. Penggunaan terapi alternatif lebih besar di seluruh dunia bagi masyarakat yang memiliki status sosial ekonomi yang cukup. Hal ini mencerminkan pertimbangan yang beralasan dari upaya putus asa pada mereka yang tidak memiliki akses ke pengobatan biomedis. Tradisi etnomedisin melibatkan proses penyembuhan budaya dan simbolik yang melibatkan pengaruh mental, psikologis, dan sosial pada tubuh fisik (misalnya, stres fisiologis ketika memikirkan masalah).

Sistem kesehatan yang berbeda dapat dibandingkan dengan penggunaan beberapa perbedaan utama yang diberikan oleh antropologi. Ini termasuk emik (definisi dunia yang khusus untuk budaya tertentu) dan etika (model universal perilaku manusia yang berlaku untuk semua budaya). Misalnya, beberapa kepercayaan budaya (emik) yang menganggap bahwa kegagalan melakukan ritual untuk leluhur dapat menyebabkan mimpi buruk dan kematian. Pendekatan biokultural mengajukan pertanyaan tentang bagaimana keyakinan emik menimbulkan respons fisiologis etis, bagaimana harapan dapat memengaruhi respons biologis tubuh. Antropologi menggambarkan pentingnya perspektif emik untuk kesehatan, bagaimana budaya tertentu memandang masalah kesehatan dan membentuk perilaku kesehatan masyarakat.

Antropologi juga berkontribusi untuk membangun sistem etika yang mengakui mekanisme kemanjuran yang juga ditemukan dalam praktik kelompok lain. Antropologi menunjukkan keterbatasan klaim biomedis sebagai kerangka etika yang berlaku secara universal dalam menggambarkan perbedaan budaya dalam kebutuhan kesehatan. Dokter sering menganggap bahwa mereka sendirilah yang memiliki prosedur penyembuhan yang ilmiah yang sah dan berlaku untuk semua orang. Studi antropologis menunjukkan perbedaan lintas budaya yang penting dalam konsep kesehatan dan pengobatan yang efektif.

3. Etnomedika sebagai Subkultur

Konsep budaya penting untuk memahami biomedis karena praktiknya dibentuk oleh sistem budaya. Semua penyembuhan terjadi dalam sistem budaya, tetapi penyedia layanan kesehatan juga memiliki subkultur yang berbeda misalnya, dokter versus perawat; lihat. Biomedis berbagi dengan semua etnomedis dengan tiga fungsi utama budaya yang saling terkait (**Kleinman, 1973**).

- (1) Memberikan makna dan kemanjuran: konstruksi dan organisasi pengalaman penyakit.
- (2) Membuat kategori kognitif untuk menamai, mengklasifikasikan, mengurutkan, dan menjelaskan penyakit.
- (3) Melakukan tindakan penyembuhan.

Kleinman (1980) mencirikan semua etnomedisin sebagai sistem yang berasal dari struktur, fungsi, dan signifikansi sosial dan budaya. Semua dapat dianalisis dengan cara yang sama seperti sistem politik, sistem agama, sistem kekerabatan, bahasa dan sistem simbolik lainnya. Dapat dianalisis bahwa realitas sosial sistem medis diciptakan melalui hubungan dan makna yang dianggap berasal dari budaya. Misalnya, biomedis memiliki kekuatan untuk menentukan obat mana yang dapat diakses. Dalam kapasitasnya sebagai petugas kesehatan masyarakat, ia bisa membuat seseorang dikarantina karena penyakit menular.

Michael Winkelman (2009). Menerangkan bahwa keyakinan tentang penyebab penyakit dan perawatan yang tepat terkait dengan kekuatan sosial dan ideologi politik, seperti ketika Kongres mengesahkan undang-undang (misalnya, Undang-Undang Penyandang Disabilitas Amerika) yang secara eksplisit mengecualikan penyandang disabilitas. Sebaliknya, hal itu mempertinggi kesulitan mereka dengan undang-undang, meningkatkan hukuman untuk kecanduan biologis (misalnya, kokain crack yang sangat menghukum versus undang-undang kokain bubuk yang baru-baru ini diberikan keringanan melalui peninjauan yudisial).

Keyakinan agama juga mempengaruhi perawatan, misalnya, ketika penyedia menyatakan ketidaksetujuannya terhadap pasien yang memiliki penyakit seksual bebas. Interaksi klinis antara penyedia dan klien diciptakan melalui hubungan budaya dan sosial yang lebih luas yang

menyediakan konten dan struktur untuk hubungan klinis. Misalnya, orang miskin dianggap sebagai penerima bantuan publik “gratis” dalam perawatan kesehatan, sering kali gagal memanfaatkannya. Alasan mereka menolak fasilitas perawatan gratis tersebut karena merasa direndahkan dan diperlakukan oleh staf dengan tidak simpatik. Analisis sosial juga menunjukkan kecenderungan orang-orang kelas bawah untuk menunda pencarian perawatan sampai kondisinya mencapai tahap kritis.

Analisis praktik budaya medis perlu mempertimbangkan dua level pendekatan, pendekatan level mikro dan pendekatan level makro. Pada pendekatan level mikro, dinamika interpersonal perawatan terjadi dalam interaksi antara dokter dan pasien. Untuk pendekatan level makro, lembaga-lembaga sosial mempengaruhi perawatan melalui cara-cara yang disediakan (misalnya, obat yang disosialisasikan, perawatan disediakan oleh pemerintah, versus obat kapitalis, perawatan dibeli oleh konsumen). Semua sistem etnomedis memiliki karakteristik yang berkaitan dengan sistem budaya yang menghasilkannya. Akibatnya, sistem medis total masyarakat harus dipelajari untuk memahami bagaimana kesehatan dihasilkan melalui sejumlah realitas yang saling terkait, biologis, pribadi, psikologis, budaya, dan sosial.

Pengetahuan tentang sistem konseptual etnomedis juga dapat menjadi aspek penting dalam memberikan diagnosis yang benar dan perawatan yang tepat. Konsepsi budaya tentang masalah kesehatan mungkin tidak dapat diterima oleh biomedis, tetapi mungkin tetap penting dalam hal kebutuhan perawatan, seperti yang diilustrasikan dalam kasus Meksiko *caida de mollera*.

4. Kompetensi Budaya dalam Profesi Kesehatan

Secara umum, pelayanan kesehatan yang profesional menghadapi keprihatinan dalam menangani bagaimana budaya mempengaruhi hubungan dengan klien individu. Begitu juga bagaimana kesejahteraan dihasilkan dalam interaksi dengan banyak aspek lingkungan. Untuk mengatasi masalah ini secara efektif dibutuhkan **kompetensi budaya**. Kompetensi budaya mencakup kapasitas individu dan organisasi, perilaku, sikap, dan kebijakan yang secara efektif mengatasi perbedaan budaya melalui penggunaan pengetahuan budaya dan keterampilan antarbudaya

membutuhkan kemampuan yang diperlukan dalam praktik pekerjaan sosial. Bartlett menjelaskan bahwa:

- (1) Sistem budaya, termasuk organisasi kerja dan budaya, proses internal masyarakat termasuk sumber daya sosialnya, sumber daya layanan Kesehatan, dan akses organisasi serta prosedurnya.
- (2) Sosialisasi proses, meliputi pengaruh ekonomi, sosial, budaya, dan interpersonal pada perkembangan manusia. Selanjutnya, efek dari proses kelompok dan pengaruh pada perilaku kesehatan individu, serta efek pada kesehatan, keyakinan agama dan spiritual
- (3) Dinamika pribadi, antarpribadi, dan kelompok.
- (4) Bagaimana proses interaksi antarkelompok mempengaruhi perilaku kesehatan. Psikologi sosial budaya memberikan dan menerima bantuan dari pola ekspresi, terutama perasaan dan komunikasi nonverbal. Kesadaran praktisi tentang hubungan emosi dan sikap mempengaruhi penyembuhan.
- (5) Mengatasi hambatan budaya untuk kompetensi klinis membutuhkan beberapa pendekatan
- (6) Pendekatan sistem untuk memahami sifat budaya
- (7) Pengetahuan tentang perspektif kesehatan budaya lainnya
- (8) Penilaian efek proses sosialisasi pada perilaku kesehatan dan kesadaran diri
- (9) Budaya, terutama mengenai nilai-nilai kesehatan dan perawatan merupakan keterampilan dalam mengelola dinamika antarbudaya.

Pengetahuan tentang sistem dan budaya organisasi merupakan bagian dari kemampuan untuk mengatasi masalah klien. Mengenali faktor ekonomi, politik, dan sosial lainnya memiliki efek pada kesejahteraan dan perilaku kesehatan. Secara efektif, beradaptasi dengan perilaku kesehatan orang lain membutuhkan pengetahuan tentang pengaruh budaya mereka dan efek dari budaya penyedia. Perbedaan ini dapat menghasilkan konflik yang menghambat hubungan lintas budaya dan komunikasi klinis yang efektif. Pengetahuan budaya dan keterampilan antarbudaya bersama-sama membantu untuk mengatasi hambatan ini melalui akomodasi, realitas lintas budaya, perawatan klinis, dan kesehatan masyarakat.

Menurut kajian etnosentrisme, tingkat pemahaman atas budaya masih bervariasi yang direpresentasikan dalam konsep kesadaran budaya, kepekaan, kecakapan.

Peningkatan kompetensi budaya membutuhkan penilaian terhadap tingkat perkembangan individu dan keterampilan yang dibutuhkannya. Penilaian diri disediakan untuk membantu pembaca menilai sikap, keyakinan, perilaku, dan pencapaian antarbudaya mereka. Kompetensi budaya membutuhkan kesadaran pribadi dan pemahaman tentang budaya profesional yang berkaitan dengan kesadaran yang mempengaruhi hubungan pasien. Seseorang belajar tentang efek budaya terhadap harapan kesehatan. Pertemuan medis memberikan dasar untuk memahami konflik antarbudaya pada hubungan antara penyedia-pasien dan peningkatan perawatan pasien dengan memberikan kepada konsumen pengetahuan yang lebih besar.

Bidang Antropologi Medis Terapan

Berbagai bidang dalam antropologi medis mencerminkan tren yang berkembang dalam menerapkan pengetahuan budaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Berbagai aspek tercantum dalam “Aplikasi: Bidang Antropologi Medis”. Pengetahuan budaya dan perspektif antarbudaya membantu memfasilitasi hubungan antara budaya penyedia, budaya pasien, dan budaya institusional. Perspektif budaya menginformasikan penyedia mengenai bagaimana pasien, keluarga, dan orang lain yang signifikan mengonseptualisasikan masalah kesehatan dan akan menanggapi perawatan yang diusulkan. Perspektif budaya meningkatkan efektivitas dalam praktik klinis dan kesehatan masyarakat yang memungkinkan perubahan gaya profesional, praktik kelembagaan, dan perilaku masyarakat yang sesuai. Memahami kehidupan pribadi dan sosial pasien dalam hubungannya dengan rencana perawatan membantu memastikan komunikasi yang efektif, pemanfaatan sumber daya yang tepat, dan keberhasilan perawatan. Pendekatan yang sensitif budaya juga membantu pasien dengan penyedia mengakomodasi kekhawatiran pasien dengan keterasingan, ketidakberdayaan, kesusahan, dan keputusan (**Merrill Singer and Hans Baer, 2015**). Pendekatan budaya memberdayakan perawatan kesehatan konsumen dengan memberikan

perspektif yang memungkinkan mereka untuk menanggapi aspek interpersonal dan kelembagaan perawatan kesehatan.

Antropologi medis membahas hubungan antara budaya dan kesehatan dengan cara berikut ini,

- (1) Melatih penyedia layanan kesehatan dalam kepekaan dan kompetensi budaya,
- (2) Mediasi di antara segmen komunitas yang berbeda dan antara penyedia dan klien,
- (3) Meneliti ancaman dan tanggapan kesehatan pada komunitas,
- (4) Mengembangkan kebijakan dan program untuk menciptakan program kesehatan yang responsif budaya,
- (5) Berpartisipasi dalam advokasi dan pemberdayaan masyarakat untuk memastikan pengembangan program yang responsif.

5. Konsep Kesehatan

Konsep budaya yang mendasari masalah kesehatan masyarakat melibatkan masalah yang lebih luas daripada penyakit fisik. Masalah tersebut termasuk sensasi yang tidak jelas, rasa sakit yang tajam, tumpul, atau menghukum. kekurangan energi. dan hilangnya harmoni yang melibatkan dimensi pribadi, emosional, sosial, dan spiritual. Karya awal para antropolog tentang penyakit roh, sihir, dan penyebab penyakit supranatural lainnya hingga karya abad ke-20 adalah teori penyakit supernatural (Murdock, 1980). Kepercayaan budaya diilustrasikan sebagai pusat kekhawatiran tentang sistem penyembuhan. Perspektif budaya tentang kesehatan serta konsep kontemporer yang digunakan dalam kesehatan masyarakat dan kedokteran komunitas melibatkan masalah yang lebih luas daripada penyakit fisik.

Apa itu Kesehatan?

Konsepsi tentang apa yang merupakan kesehatan sangat bervariasi bahwa kesehatan tidak hanya melibatkan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, tetapi juga kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari dalam keluarga, komunitas, dan pekerjaan. Menguasai sumber daya pribadi dan sosial diperlukan untuk beradaptasi dengan keadaan yang berubah.

Makna kuno tentang kesehatan mengimplikasikan kesucian (suci, keramat) yang menggambarkan berbagai keprihatinan, dibuktikan dalam sistem etnomedis kontemporer. Begitu juga dengan keutuhan, moralitas, kejahatan, krisis spiritual, kehilangan jiwa, kerasukan, sihir, dan penyakit lain yang menyerang manusia. Bagi sebagian orang, kesehatan adalah perasaan sejahtera secara umum, yakni “merasa baik”. Bagi yang lain, kesehatan mencakup harapan bahwa mereka tidak akan jatuh sakit atau akan dapat pulih dengan cepat. Bagi sebagian besar, kesehatan melibatkan kemampuan dengan Bahasa tubuh yang tidak menunjukkan kesulitan dalam aktivitas normal. Bagi beberapa orang, kesehatan memiliki konotasi moral dengan penyakit akibat dari perbuatan amoral. Kekhawatiran utama orang-orang dengan kesehatan, umumnya mencakup dimensi kesejahteraan fisik, psikologis, emosional, dan spiritual. Kekhawatiran biomedis dengan kesehatan yang berfokus pada penyakit biologis sering berbenturan dengan konsepsi pasien, sehingga perawatan yang efektif terhambat. Bahkan dokter dan pasien dari budaya yang sama memiliki pandangan kesehatan yang berbeda. Pendidikan profesional menyosialisasikan dokter ke dalam pandangan dunia yang umumnya tidak dimiliki pasien. Kesehatan umumnya kurang dipahami oleh dokter karena pendidikan kedokteran mereka hanya menekankan pada deteksi, diagnosis, dan pengobatan penyakit daripada kesehatan dan kesejahteraan.

Pengukuran Biomedis Kesehatan Penduduk

Langkah-langkah standar biomedis kesehatan meliputi mortalitas, kejadian penyebab kematian, morbiditas, dan frekuensi penyakit. Terdapat tindakan positif berdasarkan pada statistik populasi, seperti:

- (1) Harapan hidup: Rata-rata lama hidup anggota kelompok tertentu,
- (2) Rentang hidup sehat: Harapan hidup rata-rata disesuaikan dengan mengurangi tahun kesehatan yang buruk,
- (3) Perilaku kesehatan: Tindakan, aktivitas, dan gaya hidup dapat meningkatkan Kesehatan,
- (4) Kesehatan cadangan: Kapasitas untuk melawan penyakit dan stres,
- (5) Dukungan sosial: Hubungan yang memberikan dukungan fisik dan emosional,
- (6) Angka kelahiran keseluruhan: Jumlah anak yang lahir per tahun,

- (7) Tingkat pertumbuhan penduduk: Angka kelahiran dibagi angka kematian.

Namun, jumlahnya saja tidak secara langsung mengungkapkan kesehatan suatu populasi. Implikasi kesuburan kesehatan harus dinilai dalam kaitannya dengan sistem ekologi, sumber daya populasi, dan prioritas budaya (misalnya, pertumbuhan populasi, stabilitas, atau pengurangan). Tingkat kelahiran mungkin berlebihan jika melebihi sumber daya yang tersedia. Tingkat kelahiran yang rendah mungkin merupakan bukti kesehatan yang buruk secara keseluruhan jika budaya menghargai keluarga besar.

Konsep Kesehatan WHO

WHO, (1992) mendefinisikan sehat sebagai keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial yang lengkap dan kemampuan untuk berfungsi dalam menghadapi keadaan yang berubah. WHO juga menekankan “tingkat kesehatan setinggi mungkin” yang memungkinkan orang untuk berpartisipasi dalam kehidupan sosial dan bekerja secara produktif. Kesehatan melibatkan sumber daya sosial dan pribadi selain kondisi fisik. Rasa kesejahteraan secara keseluruhan berasal dari pekerjaan, keluarga, masyarakat, dan hubungan lainnya, termasuk psikososial dan spiritual. Beberapa pandangan menganggap bahwa definisi WHO juga memiliki masalah. Bisakah orang menjadi sehat ketika orang lain menderita ketidaksetaraan dan kekurangan sumber daya? Bagaimana dengan efek emosional, spiritual, moral, dan metafisik pada rasa sejahtera seseorang? Bagaimana dengan rasa sakit seseorang dari keadaan lingkungan, perang, ketidakadilan, dan kekerasan? Apakah Anda akan merasa muak mengetahui bahwa anak-anak dibantai dan disiksa di negara terdekat oleh para ekstremis? Rasa sakit orang lain bisa menjadi milik kita sendiri.

- **Konsep Antropologi Medis Kritis dan Kesehatan**

Antropologi medis kritis mengadopsi perspektif kesehatan yang menekankan pentingnya akses ke sumber daya (materi dan nonmateri) yang diperlukan untuk mempertahankan hidup dengan tingkat kepuasan yang tinggi. Kesehatan dianalisis dari perspektif faktor sosial yang mempengaruhi distribusi sumber daya kesehatan dan ancaman terhadap

kesehatan (misalnya, pencemaran lingkungan). Kondisi kesehatan dipengaruhi oleh keputusan politik mengenai sumber daya, seperti imunisasi yang disediakan untuk perawatan, akses ke perawatan dan nutrisi, paparan terhadap kondisi lingkungan, dan risiko yang dihasilkan secara sosial seperti kemiskinan dan kejahatan. Pengenalan efek kesehatan melalui faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan memaksa perhatian diberikan untuk interaksi kondisi biologis dan sosial, serta berbagai interaksi lingkungan termasuk ekonomi, sosial, politik.

- **Konsep Kesehatan Masyarakat**

Michael Winkelman (2009) menyebut WHO menekankan keterlibatan masyarakat sebagai kunci untuk konseptualisasi kesehatan. Masyarakat sehat memiliki institusi kesehatan yang akuntabel dengan melibatkan masyarakat mulai dari tahap perencanaan hingga pelaksanaan dan kegiatan evaluasi. Keterlibatan masyarakat memfasilitasi penggabungan perspektif budaya yang beragam tentang kesehatan dan layanan yang dibutuhkan. Kesehatan masyarakat mencakup layanan yang diberikan (pengobatan, imunisasi) dan ukuran kinerja standar. Ketersediaan perawatan merupakan aspek utama kesehatan masyarakat. Kesehatan mencakup juga kapasitas institusi kesehatan masyarakat dalam menanggapi potensi masalah kesehatan.

- **Konsep Budaya dan Organisasi Kesehatan**

Revolusi dalam perawatan prokesehatan didorong oleh pembentukan organisasi pemeliharaan kesehatan (HMO) dan ditekankan secara global oleh WHO tahun 1990-an. Kedua organisasi ini menekankan penilaian pada pemantauan kesehatan dan persepsi kualitas perawatan. Hal ini membutuhkan perluasan konsep kesehatan dari “tidak adanya penyakit” ke pandangan yang mencerminkan kemampuan fungsional yang bernilai budaya dan konsepsi kesejahteraan. Kualitas perawatan adalah pengalaman yang didasarkan pada harapan pribadi, sosial, dan budaya pasien. Hal ini telah menjadi kriteria yang sah dalam industri kesehatan untuk menilai kepuasan pasien dan menentukan bagaimana meningkatkan perawatan kesehatan. Organisasi, nilai, dan peran penyedia adalah fenomena budaya yang penting bagi kualitas perawatan secara keseluruhan

yang dialami pasien. Fokus pada kualitas dan pengalaman pasien memberikan peran bagi antropolog untuk meningkatkan perawatan kesehatan dengan langkah-langkah berikut:

- (1) Menentukan konsepsi berbasis budaya tentang apa yang merupakan perawatan berkualitas.
- (2) Menciptakan perubahan organisasi di institusi kesehatan untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam memberikan perawatan yang responsif secara budaya.
- (3) Melembagakan penilaian dan organisasi masyarakat untuk memandu pengembangan sumber daya kelembagaan dan pribadi untuk memastikan kesehatan.
- (4) Memberikan pelatihan hubungan interpersonal bagi staf melalui dinamika budaya.

Meningkatkan kualitas perawatan membutuhkan pengembangan langkah-langkah budaya yang mencerminkan prioritas dan persepsi kesejahteraan masyarakat untuk kesehatan. Budaya merupakan pusat penilaian kesehatan karena budaya mempengaruhi interpretasi pengalaman, kriteria normal, harapan sosial, dan harapan mengenai kualitas hidup. Konsep kesehatan dalam budaya meliputi:

- (1) Konsep kemampuan fisik yang diinginkan.
- (2) Tampilan kondisi tubuh ideal, normal, dan bermasalah.
- (3) Dinamika psikologis yang disukai, keadaan emosi, dan hubungan sosial.
- (4) Konsep penyakit dan persepsi gejala.
- (5) Kondisi dan hubungan spiritual atau metafisik.

Menilai Konsep Pribadi untuk Meningkatkan Kesehatan

Kesehatan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kesusahan, melainkan juga keadaan positif dari kesejahteraan fisik, emosional, mental, pribadi, spiritual, dan keseimbangan dengan alam dan dunia sosial. Pengertian kesehatan sebagai hubungan antara individu dan lingkungannya menggambarkan bahwa apa yang membentuk kesehatan berbeda antara setiap orang juga berbeda antara setiap budaya. Dalam beberapa budaya, obesitas dipandang tidak sehat dan lemak tubuh rendah dianggap sehat. Untuk budaya lain kebalikannya. Orang gemuk dipandang sebagai orang

yang sehat dan orang kurus dianggap sakit-sakitan. Persepsi tentang kesehatan bersifat fungsional dan terkait dengan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Terdapat variasi lintas budaya dan intrakultural (budaya) dalam konsep kesehatan. Orang-orang dari berbagai tingkat pendidikan, kelas sosial, dan pekerjaan (misalnya, pekerja gudang versus pegawai) memiliki aktivitas dan harapan sehari-hari yang berbeda tentang kesejahteraan. Penilaian diri untuk perilaku kesehatan memberikan peningkatan kesadaran kesehatan yang memfasilitasi pekerjaan penyedia dan pemberdayaan pasien. Perbedaan konsepsi kesehatan mempengaruhi proses konsultasi medis, tetapi penyedia layanan seringkali tidak menyadari atau mengabaikan perbedaan ini, dengan asumsi bahwa pasien menerima pandangan medis. Mengabaikan persepsi pasien dan melemahkan kemampuan penyedia untuk berhubungan dengan pasien serta memahami kekhawatiran mereka akan membuat mereka menerima perawatan. Perawatan kesehatan yang efektif mengharuskan praktisi memahami persepsi pasien tentang kesehatan sehingga mereka dapat diintegrasikan ke dalam pengobatan.

Brislin, R., and T. Yoshida. 1994 dalam Michael Winkelman (2009). menerangkan bahwa: Kesadaran dan keyakinan akan dasar budaya kesehatan dapat memfasilitasi hubungan penyedia dengan pasien begitu pula sebaliknya. Kesadaran penyedia bahwa praktik perawatan diri mereka sering berada di luar paradigma biomedis dapat memfasilitasi wawasan tentang perilaku klien dan meningkatkan empati antara penyedia dan pasien. Jika penyedia tidak setuju dengan paradigma biomedis bahwa hanya ada penyebab biologis penyakit dan bergantung pada dokter untuk perawatan adalah sedikit alasan untuk berharap bahwa klien mereka akan melakukannya. Masalah kesehatan dapat dipahami dengan baik dalam hubungannya dengan budaya. Pandangan biomedis tentang kesehatan yang hanya didasarkan pada biologi merusak pemahaman tentang penyebab mendasar penyakit yang dihasilkan dari kondisi sosial.

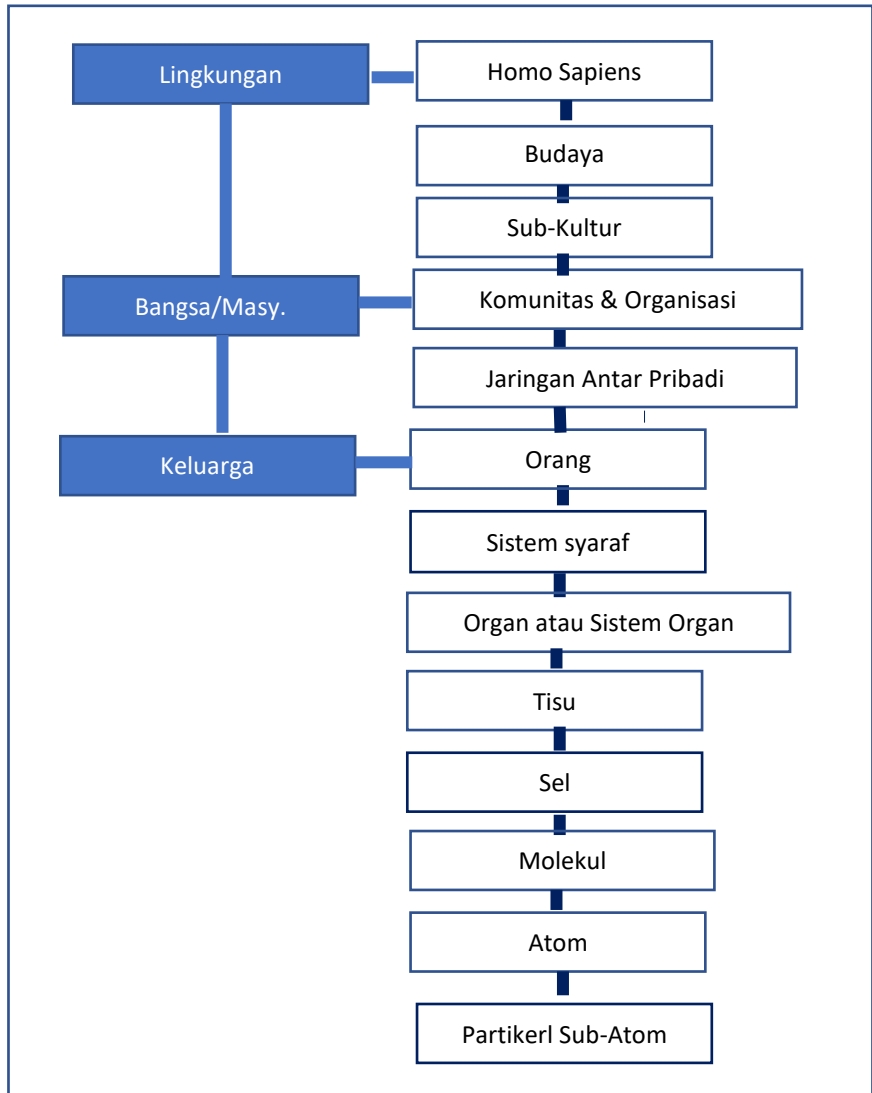
6. Pendekatan Sistem untuk Kesehatan

Blum dalam Michael Winkelman (2009) mengusulkan bahwa perlu mengenali dimensi kesehatan somatik, sosial, dan psikis. Kesehatan somatik didasarkan terutama pada fungsi sistem tubuh seseorang.

Kesehatan sosial berasal dari kesesuaian perilaku seseorang, dari perspektif keluarga dan sosial orang lain, dan kesehatan psikis, mencerminkan keseimbangan dalam tuntutan dan persepsi sosiokultural. Kesehatan somatik, sosial, dan psikis dapat dipengaruhi oleh gangguan dalam setiap aspek sistem oleh keputusan nasional (seperti perang), hubungan interpersonal (seperti konflik), dan tingkat biologis (seperti infeksi bakteri). Tingkat ini berinteraksi seperti ketika infeksi bakteri meningkat karena perang mengacaukan dan mencemari sistem ekologi atau konflik dalam hubungan interpersonal, sehingga menyebabkan respons stres dan sistem kekebalan terganggu. “Profil Praktisi” Whiteford menggambarkan bagaimana kebijakan pemerintah menyebabkan kurangnya akses anak-anak miskin ke dokter anak. Interaksi di antara banyak bagian dari sistem alam ini dimediasi oleh budaya. Aspek kompleks dari interaksi ini diilustrasikan melalui model sistem budaya, yang merinci banyak aspek lingkungan fisik, sosial, dan budaya yang memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan.

Model Kesehatan Biopsikosial

Sebuah model biopsikosial diperkenalkan oleh Engel diperkenalkan oleh Michael Winkelman (2009). sebagai korektif terhadap fokus biomedis pada penyakit yang pada dasarnya merupakan kondisi fisiologis. Model biopsikosial (lihat Gambar 1.1) di bawah ini menggambarkan kesehatan yang terkait dengan lingkungan alam dan budaya.



Gambar: Model Interaksi Biokultural: Hierarki Sistem Alami
 Diadaptasi dari Angel, 1980

Kontribusi biologis, psikologis, sosial, dan budaya terhadap faktor psikososial melibatkan pasien dan hubungannya dengan sistem perawatan kesehatan. Pendekatan ilmiah yang lebih inklusif untuk studi kesehatan memerlukan penanganan biologis, psikologis, sosial, dan determinan budaya lainnya yang mempengaruhi kesehatan dan lingkungan fisik. Model biopsikososial mengandaikan banyak pengaruh pada kesehatan, termasuk sejumlah aspek budaya masyarakat, bangsa, komunitas, dan keluarga mempengaruhi proses biologis. Mengatasi dinamika psikososial dapat meningkatkan hubungan dan komunikasi penyedia-pasien. Memahami keluhan pasien memerlukan perspektif yang menghubungkan individu dengan lingkungan sosial dan budaya tempat kondisi dialami dan ditafsirkan.

Fungsi manusia dalam lingkungan fisik, pengaruh budaya, dan sistem fisiologis hierarkis memungkinkan kesehatan dipengaruhi melalui pengaruh pada tingkat atas (misalnya, keputusan politik mengenai pendanaan perawatan kesehatan) atau di bawah kita (misalnya, kontaminan yang diserap oleh paru-paru). Proses biologis manusia beroperasi dalam hubungannya dengan banyak pengaruh dari lingkungan sosial, budaya, dan fisik, sehingga menyebabkan gangguan homeostasis (keseimbangan). Hubungan ini memungkinkan terjadinya gangguan (misalnya stres interpersonal yang disebabkan oleh diskriminasi atau keyakinan tentang paparan kuman atau ancaman tentang serangan teroris) untuk mempengaruhi kesejahteraan psikologis dan biologis. Stres sosial dan efek fisiologisnya dapat ditimbulkan oleh faktor sosial atau psikologis dan mempengaruhi organ dan jaringan. Peristiwa politik dapat memicu tekanan psikologis misalnya stres dalam hubungan interpersonal. Efek lingkungan, seperti cuaca, dapat memengaruhi suasana hati dan hubungan dengan orang lain dan membuat sendi sakit. Banyaknya faktor yang mempengaruhi kesehatan memerlukan model umum untuk mengatur pertimbangan tentang masukan yang beragam.

Model Sistem Budaya

Budaya memberikan kerangka konseptual inti untuk memahami semua perilaku manusia, termasuk perilaku kesehatan. Konsep budaya memberikan koreksi penting terhadap pandangan umum bahwa biologi

menentukan kesehatan, perilaku, dan perbedaan antarkelompok. Pengaruh budaya ditemukan sepanjang kehidupan manusia, bahkan membentuk kebutuhan berbasis biologis seperti reproduksi, diet, dan eliminasi. Budaya mempengaruhi kesehatan melalui **faktor risiko**, kondisi yang terkait dengan peningkatan kemungkinan penyakit (misalnya, merokok) dan **faktor pelindung**, perilaku yang mengurangi risiko penyakit (misalnya, pembatasan seksual seperti monogami). Efek budaya ini terjadi dalam suatu sistem hubungan material, sosial, dan mental (kepercayaan) yang menyediakan mekanisme dan efek budaya merupakan dasar bagi kondisi kesehatan.

Perspektif budaya sangat penting untuk memahami perbedaan etnis dalam status kesehatan. Mengapa misalnya orang Afrika-Amerika memiliki angka kematian akibat penyakit kardiovaskular (CVD) dua kali lipat angka kematian orang Amerika keturunan Hispanik? Perbedaan ini mencerminkan pengaruh budaya yang beroperasi sebagai faktor risiko dan pelindung. Orang Afrika-Amerika menghadapi risiko yang datang dari berbagai aspek seperti lingkungan fisik, sosial, dan budaya. Buku ini mengeksplorasi dinamika budaya CVD untuk Afrika-Amerika, meringkas di akhir setiap bab beberapa implikasi utama yang berasal dari materi yang dibahas.

Efek budaya pada kesehatan adalah bagian dari sistem yang menghubungkan lingkungan fisik, institusi sosial, dan biologi. Meskipun mencakup lingkungan fisik, sistem ini sebagai model sistem budaya karena budaya membentuk pemahaman dan interaksi dengan lingkungan dan memiliki efek pada lingkungan fisik. Model sistem budaya serupa telah diusulkan oleh dokter, perawat, dan praktisi kesehatan masyarakat. menggunakan pendekatan sistem budaya sebagai kerangka kerja konseptual untuk menangani kesehatan, penyakit, dan perawatan dalam hubungannya dengan **ekologi**, keseluruhan lingkungan fisik dan sosial. Model ini juga menggabungkan demografi, teknologi, ekonomi, politik, dan kondisi sosial lainnya yang mempengaruhi lingkungan fisik.

Untuk memahami hubungan organisme dengan lingkungan fisiknya, model sistem budaya sangat penting karena dimediasi melalui sistem sosiokultural. Model budaya mengarahkan perhatian pada banyak kondisi yang mempengaruhi kesehatan. Pendekatan sistem budaya memperluas

perspektif biopsikososial dalam mengenali faktor sosial sebagai penyebab mendasar penyakit. Pendekatan biopsikososial meminta perhatian pada individu penentu psikososial dan mengabaikan faktor sosial yang menjadi penyebab mendasar penyakit dan perlu diperhatikan untuk upaya pencegahan.

Model sistem budaya membantu menjelaskan banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan. Caranya dengan menggambarkan kondisi yang mempengaruhi penyebab dan distribusi penyakit dan respons individu serta sistem perawatan kesehatan. Kondisi ekonomi, politik, dan sosial lainnya, serta nilai-nilai budaya, kepercayaan, dan makna, memiliki peran aktif dalam penyebab penyakit dan alokasi pengobatan. Keyakinan budaya dan sumber daya, penyakit dan penyembuhan, dan distribusi sumber daya mempengaruhi pengalaman individu pada suatu kondisi. Keyakinan budaya dan prioritas teknologi, ekonomi, dan politik tercermin dalam perlakuan budaya. Mengatasi kesehatan secara efektif memerlukan pemahaman komponen struktural sistem budaya dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Pendekatan sistem budaya untuk Kesehatan dilakukan dengan memeriksa interaksi lingkungan fisik dan sosial budaya. Lingkungan tidak hanya fisik, tetapi juga budaya yang fundamental, yang meliputi dimensi ekonomi, keluarga, masyarakat, kelas, politik, dan agama serta pengaruhnya terhadap lingkungan fisik.

(Sallis dan Owen dalam Michael Winkelman (2009) selanjutnya mengusulkan sistem pendekatan serupa sebagai kerangka konseptual untuk menangani kesehatan, penyakit, dan perawatan dalam hubungannya dengan ekologi. Model ini juga menggabungkan demografi, teknologi, ekonomi, politik, dan kondisi sosial lainnya yang mempengaruhi lingkungan fisik. Perspektif sistem budaya yang menonjol dalam kesehatan masyarakat termasuk “lingkungan kesehatan” atau “paradigma medan kekuatan” dan memandang kesehatan sebagai produk dari hubungan di antara banyak subsistem atau bidang sebagai:

- (1) Lingkungan fisik: termasuk sanitasi, perumahan, keracunan lingkungan, dan infrastruktur fisik perawatan kesehatan
- (2) Lingkungan sosial: termasuk keluarga, pekerjaan, kelas, pendidikan, dan jaringan sosial

- (3) Perilaku individu seseorang, terutama gaya hidup, yang menghubungkan mereka
- (4) Lingkungan layanan perawatan medis: bagian dari lingkungan sosial dengan peran khusus dalam kesehatan tingkat genetik dan biologis.

Bidang (atau subsistem) tersebut saling bergantung dan saling mempengaruhi. Semuanya beroperasi melalui sumber daya alam, populasi dan keseimbangan ekologisnya, dan sistem budaya yang memediasi interaksi manusia dengan semua bidang: misalnya, sumber daya, jaringan sosial, dan layanan medis. Pengaruh lingkungan mencakup pengaruh timbal balik dari dampak manusia terhadap lingkungan (seperti kontaminasi) dan *stressor* yang dihasilkan oleh kondisi sosial (seperti kejahatan). Gaya hidup dan faktor perilaku yang mempengaruhi kesehatan melibatkan banyak dimensi budaya dan sosial, termasuk perilaku berisiko, dukungan sosial, dan aktivitas individu. Berbagai faktor penentu kesehatan dan hubungan dinamisnya menggambarkan bahwa kesehatan tidak sepenuhnya merupakan penyakit, biologi, atau genetika, tetapi interaksi kompleksnya dengan kondisi sosial, ekonomi, politik, dan budaya lain yang menghasilkan perilaku dan kondisi biologis individu. Model kesehatan masyarakat menekankan kebutuhan untuk mengatasi tingkat yang saling terkait termasuk intrapersonal (psikologis), interpersonal (kelompok primer terutama keluarga), dan institusi dalam komunitas dan masyarakat. Sebagai contoh program yang efektif untuk meningkatkan kesehatan harus mengatasi spektrum tingkatan, melampaui pendekatan pribadi dan interpersonal dalam mengidentifikasi bagaimana faktor budaya dan ekologi berinteraksi dalam menghasilkan pengaruh pada kesehatan.

Perspektif sistem penting karena perilaku kesehatan bukan hanya fungsi interaksi interpersonal tingkat mikro antara keluarga dan masyarakat. Selain itu, dipengaruhi juga oleh hubungan mesosistem antara hubungan interpersonal tingkat mikro dan sumber daya tingkat makro seperti kekuatan politik dan sumber daya masyarakat yang memengaruhi kesehatan. Apakah keluarga Anda mengetahui cara memperoleh kesejahteraan, pembayaran cacat, atau bantuan makanan? Ini adalah hubungan tingkat meso ke sumber daya yang disediakan di tingkat makro oleh pemerintah. Apakah Anda tahu cara mendapatkan beasiswa dan hibah untuk membayar sekolah kedokteran? Ini juga merupakan hubungan

tingkat meso. Pendekatan budaya terhadap kesehatan menekankan perlunya intervensi langsung di berbagai lingkungan yang mempengaruhi kesehatan dan perilaku berisiko.

Layanan klinis bukanlah agen pasif yang mempengaruhi Kesehatan, tetapi sumber daya yang dimediasi oleh faktor ekonomi dan politik, terutama kebijakan kesehatan (misalnya, siapa yang akan menerima dana federal untuk layanan kesehatan, individu, atau hanya pemerintah daerah dan rumah sakit?). Ketika ada dana pemerintah untuk kesehatan masyarakat, siapa yang sebenarnya diuntungkan? Orang miskin yang menerima imunisasi gratis atau pemegang saham perusahaan yang mungkin menerima jutaan atau bahkan miliaran dolar untuk menyediakan vaksin? Efek politik pada kesehatan terungkap dalam investasi publik yang jauh lebih besar di rumah sakit dan biomedis versus kegiatan kesehatan masyarakat dan puskesmas yang secara langsung dapat mempengaruhi terjadinya penyakit. Pendekatan kesehatan masyarakat lebih hemat biaya dalam mencegah penyakit. Dengan intervensi sistemik, seperti pengumuman layanan masyarakat atau klinik gratis akan mempengaruhi populasi besar daripada individu yang terlihat dalam perawatan klinis. Intervensi kesehatan masyarakat yang diarahkan pada kelompok dan masyarakat, memerlukan pendekatan informasi budaya yang menggunakan informasi tentang lingkungan, dinamika masyarakat, sumber daya kesehatan, dan jaringan sosial.

7. Teori Penyakit Menurut Sosial Budaya

Bagaimana budaya menghasilkan konsekuensi kesehatan? Dalam antropologi medis, penjelasan tentang efek budaya pada kesehatan menekankan tiga pendekatan teoretis dasar yang melengkapi pendekatan biomedis.

- (1) Teori ekologi medis berkaitan dengan interaksi ekologi, keseluruhan lingkungan yang mempengaruhi adaptasi manusia, menggunakan genetika manusia, dan perilaku kelompok sebagai tingkat penjelasan utama
- (2) Ekonomi politik dan pendekatan antropologi medis kritis menunjukkan bagaimana hubungan sosial, sumber daya ekonomi, dan kekuasaan menjadi penentu penyakit dan hasil penyakit melalui produksi risiko dan distribusi sumber daya

- (3) Teori budaya berkaitan dengan bagaimana kepercayaan, nilai, dan adat istiadat merupakan penentu penyakit beroperasi melalui proses simbolis yang memiliki efek pada tingkat biologis.

Ketiga pendekatan ini berkaitan dengan dampak budaya pada biologi, seperti diilustrasikan dalam diskusi (**Hahn dan Merrill Singer and Hans Baer (2015)**) tentang model mediasi, produksi, dan konstruksi penyebab penyakit sosiokultural.

Mediasi

Pendekatan mediasi mencerminkan perspektif kemiripan dengan pendekatan biopsikososial. Mediasi menekankan bagaimana faktor sosiokultural mempengaruhi orang terhadap paparan patogen. Model mediasi pengaruh sosial budaya terhadap kesehatan sebagian diakui dalam biomedis. Selanjutnya, memanifestasikan perhatian terhadap pengaruh kesehatan antara gaya hidup dan kebiasaan pribadi (misalnya efek diet, obat-obatan, dan seks pada kesehatan). Model mediasi melihat efek sosiokultural pada kesehatan sebagai distribusi diferensial populasi sehubungan dengan lingkungan, faktor risiko, sumber daya ekonomi, bahaya pekerjaan, kegiatan sosial, dan kondisi lain yang menghasilkan penyakit dan menyediakan sumber daya untuk memperbaiki efeknya. Perilaku budaya dan kondisi sosial mempengaruhi paparan patogen dan akses ke perawatan, mempengaruhi kesejahteraan segmen yang berbeda dari populasi (misalnya, miskin versus kaya).

- **Produksi**

Perspektif produksi menekankan bagaimana kondisi sosial menghasilkan penyakit kesehatan melalui distribusi risiko, sumber daya, efek sosial dan simbolis pada biologi. Perspektif produksi mengakui penentuan budaya kesehatan yang lebih kuat dalam potensinya untuk menyebabkan gangguan biologis. Praktik budaya seperti kontaminasi, kondisi pekerjaan, penggunaan narkoba, dan seks yang tidak aman akan secara langsung menyebabkan penyakit. Budaya secara langsung mempengaruhi proses biologis melalui reaksi psikosomatik, stres sosial yang memicu gangguan fungsi jantung, dan kondisi sosial (misalnya, limbah industri, lalu lintas, dan kecelakaan kerja). (**Hahn dalam Merrill**

Singer and Hans Baerm 2015) selanjutnya menyarankan bahwa model “produksi” diejek dalam biomedis karena disalahpahami secara serius dan bertentangan dengan model determinisme biologis biomedis. Perspektif produksi menantang paradigma biomedis tradisional dengan menunjukkan efek sosial dan mental pada proses fisiologis. Pengaruh budaya memberikan lebih dari sekadar mediasi sehubungan dengan risiko. Efek sosiokultural bersifat kausal dengan cara yang sama seperti karsinogen lingkungan, racun, dan patogen bakteri dan virus. Fenomena plasebo menunjukkan produksi budaya dari respons biologis.

Konstruksi

Pendekatan konstruksi menjelaskan bahwa budaya membangun bagaimana anggotanya berpikir tentang kondisi kesehatan dan implikasi sosial, moral, dan kosmologis mereka dan akibatnya membangun pengalamannya tentang penyakit kesehatan. Perspektif konstruksi menekankan bahwa budaya mempengaruhi kesehatan yang digambarkan dalam hubungan antara pemahaman gejala penyakit dengan kebiasaan dan kepercayaan setempat. Kriteria budaya menentukan apakah kondisi tertentu ditafsirkan sebagai penyakit atau dipandang sebagai variasi manusia normal. Penentuan budaya ini juga terjadi dalam aktivitas praktisi biomedis yang mendefinisikan gejala yang relevan dan menafsirkannya. Budaya adalah dasar dari “pelabelan sosial” yang diagnosis nya melibatkan proses sosial individu yang diberi label penyakit. Etnomedisin menghasilkan realitas budaya kesehatan dengan menyediakan model penyakit yang ada dan signifikansinya, penyebab, dan perawatan yang tersedia. Pendekatan konstruksi juga dapat menghadirkan model yang mirip dengan perspektif produksi yang mencatat bahwa kepercayaan orang dapat memiliki konsekuensi fisiologis.

Pendekatan yang berbeda terhadap hubungan budaya dengan kesehatan juga mencerminkan perbedaan teoretis dan praktis di antara antropologi medis. Haruskah kesehatan utama berkaitan dengan cara mengatasi kondisi biologis? Atau haruskah kita mengatasi kekuatan politik dan ekonomi yang menghasilkan kontaminasi, kekurangan makanan, dan layanan yang tersedia, serta kondisi yang mempengaruhi kesehatan? Apakah praktik pengobatan alternatif harus diterima dengan kemanjuran

yang setara dengan biomedis? Atau haruskah mereka ditentang sebagai takhayul yang sudah ketinggalan zaman? Haruskah antropologi medis membantu dokter dengan keterampilan kompetensi lintas budaya, atau haruskah mereka membantu pasien mengembangkan pemahaman tentang politik kedokteran untuk melawan kontrol politik obat dengan lebih baik? Terlepas dari perbedaan mereka.

8. Ringkasan

Model sistem budaya memberikan pendekatan lintas disiplin dan integratif untuk memahami berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan. Pendekatan sintetis ini digunakan di semua profesi kesehatan. Model sistem budaya yang merinci banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan dibahas dalam ini. Sebuah model ekstensif yang berfokus pada dinamika yang lebih spesifik dari masalah kesehatan tertentu disediakan dalam Bab Empat. Penilaian cepat, respons dan model tambahan juga disediakan di Bab Enam dalam cakupan model psikokultural. Adaptasi yang efektif terhadap perbedaan budaya membutuhkan lebih dari sekadar pemahaman tentang model struktural budaya.

Bab ini memberikan dasar untuk mengembangkan pendekatan kompetensi budaya untuk kesehatan dan perawatan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan, membantu profesional, mahasiswa antropologi, dan konsumen agar semua bisa mendapatkan keuntungan dari pemahaman dasar tentang bagaimana proses budaya mempengaruhi kesehatan. Antropologi medis berkontribusi pada biomedis dan studi kesehatan melalui studi integratif terhadap dimensi fisik, perilaku, sosial, dan budaya mereka. Pendekatan interdisipliner antara biologis dan budaya antropologi memiliki aplikasi praktis dalam kedokteran, keperawatan, kesehatan masyarakat melalui perspektif budaya. Model Kleinman menggunakan “negosiasi asli” untuk membuat pasien bertanggung jawab atas keputusan akhir. Kleinman menyarankan bahwa diperlukan penentuan siapa (pasien, keluarga) yang harus membuat keputusan dan bentuk serta konteks yang sesuai secara budaya untuk negosiasi.

Kleinman (1980) menguraikan delapan tahap pendekatan negosiasi (yang mungkin akan diperluas atau dikontrak jika dibutuhkan) sebagai dasar untuk mencapai kepatuhan pasien:

- Dokter mengembangkan model masalah penyakit
- Dokter jelas
- Model dan penyakit masalah dari pasien perspektif hadiah
- Dokter memiliki model yang jelas dan perawatan yang diusulkan dalam awam istilah
- Pasien atau pergeseran dokter model untuk membentuk bekerja aliansi
- Dokter mengakui perbedaan antara dokter dan pasien dengan jelas
- Pasien dan dokter bernegosiasi untuk sama-sama saling berubah demi mencapai pengobatan yang menyenangkan
- Dokter menawarkan kompromi untuk mencegah konflik dan berupaya untuk menerapkannya
- Dokter bertindak sebagai penasehat ahli dan pasien sebagai arbiter akhir
- Dokter dan pasien berpartisipasi merencanakan pemantauan perjanjian

O'Connor (dalam Michael Winkelman, 2009) menyarankan pendekatan berikut untuk mendukung negosiasi rencana perawatan yang disepakati:

- Ekspresikan sikap keterbukaan dan kemauan untuk bekerja sama
- Jelaskan dalam bahasa sehari-hari penyedia rekomendasi
- Menjelaskan alasan perselisihan pasien dengan keyakinan atau preferensi
- Menerima perawatan yang lebih disukai pasien dan tidak bertentangan dengan kepentingan
- Terlibat dalam pengambilan keputusan bersama
- Kompromi pada isu-isu mengenai keyakinan agama
- Mengadopsi perilaku budaya yang berkomunikasi kepercayaan dan rasa hormat
- Memahami tujuan pasien dalam pengobatan

Pendekatan ini membutuhkan kemampuan untuk menempatkan pasien dalam konteks sistem budaya yang membentuk perilaku penyakitnya dan respons penyembuhannya. Antropolog menggunakan berbagai perspektif untuk mengontekstualisasikan kekhawatiran pasien.

9. Efek Budaya pada Perawatan

Peran dasar antropologi klinis diterapkan untuk memfasilitasi pemahaman antara klien dan dokter, pasien dan pendukung untuk masalah kesehatan yang lebih luas yang memfasilitasi kelembagaan operasi, dan meningkatkan kesejahteraan dari klien dan penyedia. Ini memberikan konteks dan peran aktivis untuk antropologi medis. Dokter perlu menyadari konteks sosial politik yang mempengaruhi praktik dan klien serta memfasilitasi adaptasi yang proaktif. Secara tradisional, peran utama informasi budaya dalam kedokteran klinis dan publik kesehatan menunjukkan daerah untuk mengubah perilaku dan gaya hidup-kelompok budaya. Perspektif budaya juga diperlukan untuk memahami dan mengubah perilaku penyedia dan lembaga untuk memberikan layanan yang lebih tepat. Budaya memiliki pengaruh penting pada siapa yang akan menggunakan jasa, dalam kondisi apa, dan untuk masalah apa. Adaptasi pelayanan kesehatan dengan persepsi dan harapan klien sangat penting untuk keberhasilan mereka.

Kontribusi antropologi ke klinik pengobatan berdasarkan pada menyampaikan pemahaman latar belakang budaya dari pasien. Mencari perilaku dan motivasi yang dapat memainkan peran penting dalam memahami keluhan dan perawatan yang mereka inginkan. Hal ini memungkinkan penyedia layanan untuk menggabungkan pasien ke pengobatan keseluruhan tidak hanya penyakit saja. Pemahaman kultural dapat meningkatkan hubungan klinis dengan mengatasi faktor-faktor yang mempengaruhi akses dan presentasi untuk perawatan biomedis termasuk fitur seperti Michael Winkelman (2009) yang menjelaskan fitur utama adalah gejala terdiri atas:

- Faktor yang mempengaruhi pengenalan gejala dan penyakit
- Konsep penyakit atau sakit dan teori-teori penyebab dan obatnya
- Konsepsi tubuh dan fungsi tubuh dan artinya
- Ekspresi (bahasa, metafora) dari *dysphoria*, nyeri, dan sakit-peran perilaku
- Reaksi emosional sakit, penyakit, dan gejala
- Jaringan sosial untuk mengelola penyakit
- Kontribusi budaya, keluarga, dan masyarakat untuk gangguan sebab-akibat

- Dampak penyakit pada kehidupan sosial, peran, perilaku, pekerjaan, dan hubungan keluarga
- Data deskriptif tentang bagaimana budaya dan organisasi sosial mempengaruhi kesehatan
- Efek dari pemerintah, kebijakan sosial, dan birokrasi kesehatan pada akses perawatan kesehatan
- Hubungan moral dan sistem agama untuk konsepsi kesehatan
- Pendekatan *Syncretic* dan penggunaan pola multipel-sektor simultan
- Berpotensi berbahaya atau folk-sektor praktik harapan pasien klinis
- Proses komunikasi pasien dan pengungkapan norma
- Kelompok klien keakraban dengan bahasa dan klinis prosedur
- Norma interaksional dan konflik antarbudaya
- Proses pengambilan keputusan
- Masalah yang mempengaruhi kepatuhan, harapan, kewajiban, dan dinamika keluarga
- Budaya dan pola penggunaan makanan dan obat sehari-hari bagi kegiatan kelompok klien
- Dinamika psikokultural klien
- Dinamika budaya dalam komunikasi klinis
- Peningkatan proses wawancara diagnostik dengan pengetahuan etnografi
- Efek budaya klinis pada proses diagnostik
- Efek bias profesional pada pertemuan klinik

10. Menggunakan Budaya untuk Merawat Praktisi Biomedis

Krisis biomedis berasal dari hilangnya kepercayaan dari pasien dan masalah pemberian biomedis yang bersama-sama menghasilkan ketidakpuasan bagi pasien dan penyedia (**Hahn dalam Michael Winkelman, 2009**). Menyelesaikan kelelahan penyedia dapat diatasi dengan membuat pekerjaan mereka lebih mudah dengan menggunakan perspektif kedokteran antropologis untuk memfasilitasi perawatan pasien. Menyelesaikan keterasingan pasien memerlukan perspektif pasien dan mengadopsi pendekatan advokasi untuk memperbaiki distribusi yang tidak efektif dari perawatan kesehatan. Biomedis menghadapi tantangan yang

dapat diatasi dengan memahami efek budaya pada perilaku kesehatan. Tantangan berkisar pada ketidakpuasan dan hilangnya rasa hormat kepada dokter. Profesi mereka dan kontrol pasien dilakukan oleh pemerintah, administrasi birokrasi, dan lembaga kesehatan. Dokter menderita dengan kondisi yang berhubungan dengan stres tingkat tinggi (misalnya, bunuh diri, depresi, dan kecanduan). Dokter menghadapi keterasingan dalam hubungan dengan pasien dan sistem yang mengontrol praktik mereka. Dokter membutuhkan bantuan dan krisis yang dihadapi biomedis membutuhkan perubahan, tetapi dokter tidak ingin perubahan dikenakan pada mereka.

Alternatifnya adalah dokter mencoba untuk mengubah sendiri praktiknya menggunakan bimbingan dari antropologi medis. Masalah utama yang dihadapi biomedis melibatkan gaya interpersonal, hubungan masyarakat, citra profesional, dan kompetensi komunikasi. Masalah ini hasil dari kelas dan perbedaan budaya serta teori medis yang terasing dari para masyarakat yang dilayani oleh dokter. Masalah-masalah yang dihadapi kedokteran dapat diatasi dengan mengintegrasikan *kedokteran antropologis* ke dalam praktik biomedis.

Dasar masalahnya merupakan tantangan untuk kompetensi profesional yang disebabkan oleh berbagai budaya dari dokter yang memberikan perawatan. Pengetahuan budaya dan keterampilan lintas budaya dapat memfasilitasi tugas penyedia dengan informasi dan perspektif yang mengurangi ambiguitas, ketidakpastian, konflik, dan kesalahpahaman. Memahami sosial dan budaya kesehatan serta perilaku kesehatan memfasilitasi analisis budaya dan psikososial penyembuhan dapat memandu adaptasi penyedia. Ini mempromosikan kesejahteraan penyedia dengan mengatasi ketidakpastian melalui informasi dan kemampuan interpersonal. Informasi budaya tentang klien dan budaya biomedis dapat membantu meningkatkan pemahaman dokter dari diri sendiri dan pekerjaan mereka dengan mengidentifikasi asumsi sadar, nilai-nilai, dan motivasi yang mendasari praktik dan perilaku dari pasien. Misalnya, **Johnson** menyarankan bahwa dokter perlu menyadari keinginan bawah sadar untuk mengendalikan pasien mereka. Pengetahuan budaya dapat berkontribusi pada cara yang lebih efektif untuk memenuhi kebutuhan ini dengan memungkinkan prediksi yang lebih akurat tentang

perilaku pasien, keterampilan dalam menegosiasikan kepatuhan, dan fleksibilitas yang lebih besar dalam perawatan pasien.

Bagian dari memberikan kesembuhan untuk praktisi melibatkan proses yang mengubah mereka dan hubungan klien. Citra sosial dari dokter dipengaruhi oleh kurangnya hubungan dengan kehidupan klien dan aksesibilitas untuk layanan mereka. Mengubah penggambaran dokter mengharuskan mereka mengambil peran aktivis Kesehatan. Pengembangan dan pembentukan kebijakan berfungsi sebagai mediator dan fasilitator di publik kesehatan dan konteks klinis. Pengembangan dari praktik keluarga dan desentralisasi lingkungan sumber daya medis adalah solusi parsial untuk aksesibilitas. Lebih memperhatikan efek dari penyakit dan pengobatannya pada kehidupan sehari-hari dan menyesuaikan prosedur medis dan jadwal untuk mengakomodasi kondisi yang penting dapat meningkatkan sensitivitas dari layanan. Dokter dapat mengubah hubungan dengan pasien melalui pendekatan advokasi sosial. Penyedia layanan kesehatan menerima sebuah tanggung jawab sosial yang lebih luas untuk mengatasi kendala struktural yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan. Sebuah alokasi lebih adil dari sumber daya kesehatan yang membuat perawatan dokter lebih mudah diakses. Layanan untuk masyarakat adalah bagian dari penyembuhan, suatu hubungan yang dapat memberikan manfaat personal untuk penyedia kesehatan, sebuah “penolong tinggi,” sebuah “rasa dari kesejahteraan, kepuasan, dan harga diri yang mungkin mampu pembantu perbuatan baik mereka”

Penyedia ditantang oleh klien dengan ketidakpuasan aspek impersonal dari perawatan biomedis dan ketidakmampuan biomedis ke alamat banyak penyebab sosial dan iuran faktor untuk penyakit. Gunakan dari yang jelas model yang membantu menjembatani para kesenjangan tual mengonsepsi antara penyedia dan pasien, meningkatkan pemahaman tentang penyakit pasien dan penyakit perilaku, dan akibatnya memungkinkan penyedia layanan untuk lebih responsif. Antropolog dapat membantu memfasilitasi tenaga kesehatan dalam perawatan *psychocul*-dinamika dari penyakit. Sebuah pusat kebutuhan adalah sensitivitas untuk para dampak dari penyakit dan pengobatan pada pasien sehari-hari kehidupan, menyikapi dengan psikososial *concomitants* dari penyakit, yang sosial beban penyakit dan perawatan, dan efek mereka pada keluarga.

Antropolog media memfasilitasi tantangan dokter untuk memberikan tanggapan pengobatan yang tepat dengan cara membimbing masyarakat menggunakan pendekatan budaya untuk mengatasi kesenjangan yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldrich, C. K. 1999. *The Medical Interview: Gateway to the Doctor-Patient Relationship*. 2nd ed. New York: Parthenon.
- Arthur M. Kleinman. 1973. *Medicine's Symbolic Reality on a Central Problem in the Philosophy of Medicine*. Taylor & Francis
- Arthur M. Kleinman. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California, Press, Berkeley
- Bonder, B., L. Martin, and A. Miracle. 2002. *Culture in Clinical Care*. Thorofare, N.J.: SLACK.
- Brislin, R., and T. Yoshida. 1994. *Improving Intercultural Interactions: Modules for Cross-Cultural Training Programs*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- C. F. Sargent, & T. M. Johnson (Eds.), (1996). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method* (pp. 396-423). (Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method). Praeger. <http://www.mendeley.com/research/international-health-problems-programs-anthropological-perspective-1>
- Fowler, S. M., and M. G. Mumford, eds. 1995–1999. *Intercultural Sourcebook: Cross-cultural Training Methods*. Vols. 1 and 2. Yarmouth, Me.: Intercultural Press.
- Gropper, R. C. 1996. *Culture and the Clinical Encounter: An Intercultural Sensitizer for the Health Professions*. Yarmouth, Me.: Intercultural Press.
- Kohls, R. L., and H. L. Brussow. 1995. *Training Know-how for Cross-cultural and Diversity Trainers*. Portland, Ore.: Adult Learning Systems.
- Merrill Singer and Hans Baer. 2015. *Introducing Medical Anthropology, A Discipline and Action*, Second Edition, ISBN-10: 0759120897
- Michael Winkelman. 2009. *Culture and Health Applying Medical Anthropology*. Published by Jossey-Bass
- WHO. 1992. *Global Strategy For Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization Library, Geneva

BAB IV

Kajian Sosial Penyembuhan Penyakit

1. Masyarakat, Penyakit, dan Keadaan Sakit

Hasil kajian antropologi dan sosiologi sebagai basis ilmu perilaku menemukan bahwa jenis penyakit yang paling umum diderita masyarakat, distribusinya ditanggapi secara berbeda. Perbedaan di antara populasi tersebut sangat ditentukan oleh berbagai faktor penyakit, yang meliputi karakteristik lingkungan sosial, kondisi ekonomi, lingkungan fisik dan hayati, karakteristik demografi, dan gaya hidup. Faktor-faktor ini terbukti menyebabkan beberapa kelompok tertentu menjadi lebih rentan daripada kelompok lain dan lebih mungkin untuk tertular penyakit.

Perbedaan penyakit dan kerentanan pada suatu penyakit juga terbukti menimbulkan distribusi keadaan sakit yang berbeda, dapat menjadi dasar persepsi untuk mengambil tindakan pengobatan. Tindakan pilihan pengobatan yang berbeda ditentukan oleh persepsi budaya “keadaan sakit”.

1.1. Etiologi Penyakit Masyarakat

Menjelaskan alasan pola penyakit dalam masyarakat memerlukan identifikasi penyebab (etiologi) penyakit. Untuk memahami penyebab dan distribusi penyakit, penting untuk mempertimbangkan faktor risiko terdekat dan penyebab mendasar. Faktor risiko penyakit dan sakit yang mengacu pada perilaku individu berhubungan dengan kesehatan termasuk diet, olahraga, penggunaan tembakau dan alkohol, pengendalian stres, dan aspek gaya hidup lainnya. Ahli epidemiologi telah mengumpulkan banyak penelitian yang menghubungkan faktor-faktor ini dengan permulaan dari penyakit dan sakit tertentu. Penyebab dasar penyakit dan sakit mengacu pada kondisi sosial yang mendasari seperti status sosial ekonomi, ketidaksetaraan sosial, komunitas dan lingkungan, paparan peristiwa kehidupan yang penuh tekanan, dan akses ke jaringan sosial yang

mendukung. Penyebab mendasar ini membantu membentuk kesehatan dan penyakit yang terbukti mempengaruhi partisipasi dalam faktor risiko terdekat (misalnya, mempengaruhi kemungkinan merokok). Dengan menyediakan akses ke sumber daya penting (seperti uang dan hubungan sosial) dapat meningkatkan kesehatan dan memungkinkan penerimaan pencegahan atau pengobatan atau perawatan medis.

Inti dari kondisi di atas menyebut bahwa penyebab mendasar yang mempengaruhi berbagai penyakit dari waktu ke waktu di seluruh masyarakat adalah status sosial ekonomi melalui berbagai jalur. Sumber daya utama seperti pengetahuan, uang, kekuasaan, kemampuan, dan hubungan sosial yang bermanfaat dapat digunakan dalam keadaan tertentu terlepas dari apa pun risiko dan faktor pelindungnya. Jika masalahnya adalah kolera misalnya, seseorang dengan sumber daya yang lebih besar lebih mampu menghindari daerah di mana penyakit kolera mewabah, dan masyarakat yang memiliki sumber daya tinggi lebih mampu melarang masuknya orang yang terinfeksi. Jika masalahnya adalah penyakit jantung, seseorang dengan sumber daya yang lebih besar lebih mampu mempertahankan gaya hidup jantung sehat dan mendapatkan perawatan medis terbaik yang tersedia.

Contoh kondisi sosial mendasar yang memiliki dampak signifikan terhadap penyakit dan sakit yang merupakan komponen sosial ekonomi adalah pendidikan. Fakta bahwa lebih banyak orang berpendidikan tinggi yang lebih sehat telah didokumentasikan dengan baik dan telah terbukti terjadi melalui empat jalur. **Pertama**, orang yang berpendidikan baik lebih mungkin untuk dipekerjakan, bekerja penuh waktu di pekerjaan yang memuaskan, dan berpenghasilan tinggi dengan sedikit kesulitan ekonomi, semuanya berdampak positif pada kesehatan. **Kedua**, mereka yang berpendidikan baik memiliki kendali yang lebih besar atas kehidupan dan kesehatan mereka dan memiliki tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi, keduanya terkait dengan kesehatan yang baik. **Ketiga**, orang yang berpendidikan, lebih kecil kemungkinannya untuk merokok dan lebih mungkin untuk berolahraga dan minum secukupnya—semuanya berdampak positif bagi kesehatan. Akhirnya, **Keempat**, orang dengan pendapatan yang tinggi kemungkinan untuk memiliki asuransi kesehatan dan lebih mampu memperoleh perawatan medis yang berkualitas.

Mengapa beberapa orang sehat dan lainnya tidak?. *Determinants of Health of Populations (1994)* mengutip pendapat ekonom Robert Evans, ahli epidemiologi Morris Barer serta ilmuwan politik Theodore Marmor berusaha menjelaskan mengapa penyakit tidak terdistribusi secara acak dalam masyarakat. Bukti beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa di negara maju menunjukkan status kesehatan lebih sehat dibandingkan dengan negara-negara baru berkembang. Meskipun tidak mengabaikan pengaruh gen sebagai penyebab penyakit, mereka menyimpulkan bahwa determinan utama kesehatan manusia dan distribusi penyakit dalam masyarakat tertanam dalam struktur sosial masyarakatnya.

Hertzman, Frank, dan Evans (dalam **Michael Winkelman, 2009**) mengidentifikasi enam kemungkinan sebab akibat orang dalam struktur sosial dapat menentukan status kesehatan atau kemungkinan penyakit:

1) Lingkungan fisik

Beberapa orang lebih mungkin terpapar efek berbahaya secara fisik, kimia, dan biologi daripada yang lain. Kehadiran zat berbahaya di tempat kerja (misalnya, hidrokarbon dalam batu bara), atau di rumah (misalnya, cat timbal yang terkelupas dari dinding), atau di lingkungan (misalnya, dekat dengan TPA) berfungsi sebagai jalur menuju kesehatan yang buruk.

2) Lingkungan sosial (dan respons psikologis)

Beberapa orang hidup dalam lingkungan sosial yang kurang baik akan lebih stres daripada yang lain, dan beberapa yang memiliki akses yang lebih besar ke hubungan sosial akan mendukung untuk lebih sehat

3) Kerentanan diferensial

Peluang yang dimiliki individu untuk sukses dalam pekerjaan telah terbukti sebagian dipengaruhi oleh ciri-ciri fisik seperti penampilan atau tinggi badan. Orang yang tinggi dengan penampilan yang menarik dapat memperoleh beberapa keuntungan pekerjaan dibandingkan orang yang lebih pendek dengan penampilan yang lebih acak-acakan. Keuntungan ini pada akhirnya dapat diterjemahkan ke dalam keadaan (misalnya, pendapatan yang lebih tinggi dan lebih aman) yang mengarah pada manfaat kesehatan.

4) Gaya hidup individu

Beberapa orang menjalani gaya hidup yang lebih sehat daripada yang lain. Namun, keputusan gaya hidup sering dibentuk oleh kekuatan sosial. Misalnya, tidak mengherankan jika orang yang menganggap lingkungan mereka aman dan mendapatkan lebih banyak latihan fisik daripada mereka yang tidak merasa aman di lingkungan mereka.

5) Akses yang berbeda terhadap tanggapan layanan perawatan kesehatan

Perbedaan status kesehatan dapat diakibatkan oleh perbedaan sistematis terhadap akses ke layanan perawatan kesehatan, dan kecenderungan yang berbeda untuk menggunakan layanan, serta manfaat yang berbeda dari layanan yang diterima.

6) Membalikkan kausalitas

Dalam jalur ini, status kesehatan seseorang mempengaruhi posisi dalam struktur sosial daripada asumsi umum maupun sebaliknya. Misalnya, hubungan antara pendapatan dan sakit mungkin terjadi karena yang sakit menjadi miskin dan yang miskin menjadi sakit. Namun, dengan pengecualian penyakit mental kronis, penulis menemukan sedikit dukungan empiris untuk jalur ini.

1.2. Lapangan Menentukan Etiologi Penyakit

Identifikasi penyebab penyakit menular akut merupakan masalah yang rumit, begitu pula dengan menelusuri asal sebagian besar penyakit degeneratif juga jauh lebih sulit. Alasan terpenting untuk tantangan yang lebih besar di antaranya adalah:

- 1) Penyakit “*cardiovascular*” seperti jantung koroner, kanker dan ginjal memiliki banyak penyebab. Bukan hanya dapat dilacak pada keberadaan bakteri tertentu, faktor-faktor yang berhubungan dengan diet, olahraga, tipe kepribadian, perilaku merokok dan minum, stres, dukungan sosial, maupun faktor-faktor lain yang saling berhubungan dalam konfigurasi yang tak terhitung banyaknya. Dengan demikian, mengukur jumlah, durasi, dan efek masing-masing faktor pada individu sangat sulit

- 2) Dengan banyaknya penyakit degeneratif kronis, ada periode laten yang panjang antara pengaruh dan konsekuensinya. Kanker sering muncul 20 sampai 30 tahun atau lebih setelah terpapar zat karsinogenik, sehingga sulit untuk menentukan hubungan sebab-akibat. Selain itu, tidak semua orang yang terpapar gaya hidup berbahaya atau zat karsinogenik akan terkena penyakit degeneratif (misalnya, beberapa perokok seumur hidup tidak pernah terkena kanker paru-paru).
- 3) Sangat sulit untuk menentukan seberapa banyak suatu perilaku atau berapa banyak zat yang diperlukan untuk memicu suatu penyakit. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hampir sebahagian zat kimia yang beracun dikonsumsi melalui makanan dalam jumlah yang banyak dapat merusak kesehatan. Banyak peraturan di masyarakat yang didasarkan pada gagasan bahwa ada ambang batas paparan di bawah yang tidak berbahaya bagi kesehatan. Yang lain tidak setuju dan mengatakan bahwa hanya ada tingkat bahaya yang lebih rendah.
- 4) Validitas generalisasi dari pengujian hewan ke manusia adalah pertanyaan yang belum terselesaikan. Misalnya, jumlah zat yang diperlukan untuk menyebabkan kanker pada hewan mungkin tidak secara realistis menunjukkan jumlah yang aman untuk manusia. Ada banyak ahli toksikologi di kedua sisi masalah ini. Beberapa tahun yang lalu, ketika batasan konsumsi sakarin manusia dipertimbangkan berdasarkan tes laboratorium pada tikus, salah satu saran, menyarankan bahwa minuman ringan diet harus mengandung peringatan, seperti “Peringatan: Penggunaan produk ini secara ekstensif telah ditunjukkan oleh para ilmuwan, berbahaya bagi kesehatan Anda.”

Proses memilah semua faktor di atas dan menentukan etiologi penyakit, terutama untuk penyakit degeneratif kronis, adalah tugas yang menantang

2. Keterkaitan Faktor Risiko dan Penyebab Dasar: Pola Kasus Negara Berkembang

Kajian ini menggunakan Transisi Epidemiologi untuk menjelaskan pergeseran umum dari penyakit menular akut ke penyakit degeneratif kronis, penyakit dalam masyarakat saat mereka memodernisasi diri. Laju transisi ini semakin cepat dalam beberapa tahun terakhir, negara-negara berkembang di dunia saat ini dihadapkan pada beban ganda. Sementara mereka terus harus berurusan dengan penyakit parasit menular (seperti, malaria dan TBC). Mereka sudah menghadapi peningkatan tingkat penyakit degeneratif kronis (seperti penyakit jantung dan kanker) yang mendominasi di negara-negara industri. Misalnya, Cina dan India, dua negara terbesar di dunia, memiliki populasi besar saat ini dengan diabetes dan tekanan darah tinggi, sebuah tanda bahwa kemungkinan peningkatan tingkat penyakit jantung dalam waktu dekat.

2.1 Pola Penyakit dan Sakit dalam Perspektif Dunia

Kesakitan dan kematian akibat penyakit jantung, kanker dan ginjal di seluruh dunia telah mengalami tren perubahan secara signifikan. Selama 10 sampai 20 tahun terakhir penyakit degeneratif kronis menjadi semakin meningkat. Artikel **Lancet (2012)** memuat sebuah riset yang merupakan kolaborasi 486 ilmuwan dari 302 institusi di 50 negara berupaya untuk memahami kematian, penyakit, dan kecacatan negara-negara di seluruh dunia. Studi ini menemukan bahwa orang hidup lebih lama hampir di mana-mana di seluruh dunia dan lebih sedikit anak yang meninggal, tetapi orang lebih sering berurusan dengan penyakit degeneratif kronis (penyakit yang terjadi di kemudian hari). 60% kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit degeneratif dan kondisi tertentu seperti malnutrisi dan penyakit menular pada masa kanak-kanak menurun sebagai penyebab kematian. Namun, kesehatan orang berusia 10 hingga 24 tahun tidak seimbang, cedera (terutama akibat kecelakaan lalu lintas), bunuh diri, pembunuhan, AIDS, dan komplikasi persalinan merupakan penyebab sebagian besar kematian dalam kategori usia ini. Masalah kesehatan mental pada orang dari segala usia terus menjadi perhatian besar (**Holtz, 2013**).

Pada tahun 2012 WHO mengidentifikasi sepuluh fakta ini sebagai kunci untuk memahami pola penyakit dunia.

- 1) Setiap tahun, sekitar 7 juta anak di usia < 5 tahun meninggal setiap tahun. Sebagian besar sebenarnya dapat diselamatkan dengan intervensi sederhana untuk peningkatan status gizi
- 2) Kematian akibat menderita Kardiovaskuler ular adalah penyebab utama kematian (sebagian besar seharusnya dapat dicegah atau ditunda dengan diet sehat; olahraga teratur, fisik; dan tidak menggunakan tembakau).
- 3) HIV/AIDS adalah penyebab utama kematian di Afrika (banyak yang masih tidak tahu bahwa mereka terinfeksi).
- 4) Penuaan populasi berkontribusi terhadap munculnya kanker dan penyakit jantung (ini terjadi di semua negara).
- 5) 70 persen kematian kanker disebabkan oleh penggunaan tembakau.
- 6) Komplikasi kehamilan menyebabkan hampir 15 % kematian pada wanita usia reproduksi di seluruh dunia (wanita di negara berkembang memiliki peluang 25 kali lebih besar untuk meninggal karena penyebab terkait kehamilan di antara 20 penyebab utama adalah kecacatan).
- 7) Gangguan pendengaran, masalah penglihatan, dan gangguan mental adalah penyebab kecacatan yang paling umum (banyak yang mudah diobati, tetapi sumber daya yang diperlukan kurang di negara berkembang).
- 8) Hampir 3.500 orang meninggal karena kecelakaan di jalan setiap hari (meningkatnya kepemilikan kendaraan di negara berkembang kemungkinan akan meningkatkan jumlah ini).
- 9) Kekurangan gizi adalah penyebab utama kematian setidaknya sepertiga dari semua anak di bawah 5 tahun (karena ASI yang tidak memadai, makanan yang tidak tepat, dan kurangnya akses ke makanan bergizi).

Untuk membantu menangani situasi kritis di negara berkembang, program yang luas untuk penelitian dan pemberdayaan yang disebut transisi kesehatan (HT) telah dikembangkan). Program ini didasarkan pada tiga pola (**Gallagher, Stewart, dan Stratton, 2000**):

- 1) Pentingnya pemerataan pendapatan dan kekayaan.
Kemajuan kesehatan terjadi lebih cepat di negara-negara tanpa perbedaan kekayaan. Beberapa negara yang relatif miskin, tetapi tidak memiliki pembagian kekayaan yang tajam (misalnya, Cina dan Kuba) telah membuat kemajuan yang lebih besar dalam mengurangi tingkat kematian daripada beberapa negara yang relatif lebih kaya dengan ketidaksetaraan yang lebih besar (misalnya, Iran).
- 2) Pentingnya kesehatan masyarakat dan masyarakat.
Sudah diterima secara umum bahwa terjadinya penurunan risiko di negara-negara industri lebih disebabkan oleh tindakan kesehatan masyarakat daripada kemajuan dalam kedokteran klinis. Oleh karena itu, negara-negara berkembang didesak untuk berinvestasi dalam kebijakan sosial yang menekankan perbaikan dalam penyediaan makanan dan air, sanitasi, akses ke perawatan kesehatan dasar, pengembangan masyarakat, dan kesempatan yang lebih besar bagi perempuan dalam pendidikan, pekerjaan, dan kehidupan publik. Negara-negara tidak disarankan untuk menginvestasikan dana yang tersedia dalam pengobatan berteknologi tinggi dengan dampak yang jauh lebih terbatas.
- 3) Pentingnya gaya hidup dan faktor perilaku.
Faktor risiko terdekat seperti diet, tembakau, dan perilaku seksual penting di negara-negara industri karena hubungannya dengan penyakit kronis. Faktor-faktor tersebut sangat penting di negara berkembang karena hubungannya dengan penyakit menular. Dengan demikian, penekanan didorong pada perilaku seperti hanya minum air yang aman (yang mungkin memerlukan perjalanan dan ketidaknyamanan yang cukup besar), membatasi keluarga hingga jumlah yang dapat didukung secara ekonomi, dan menggunakan kondom untuk seks nonmonogami.
- 4) Untuk contoh hubungan antara penyebab mendasar dan faktor risiko terdekat di Amerika Serikat, lihat kotak, “Udara Beracun dan Sekolah Amerika”.
Lima penyakit dan kondisi yang signifikan tetapi sangat berbeda dalam masyarakat akan diperiksa. Penyakit jantung dan kanker adalah dua jenis yang membawa kematian pada orang dewasa di

Indonesia (Riskesdas 2018). Kedua jenis penyakit ini terus saja meningkat secara signifikan dalam beberapa tahun terakhir, sementara kematian HIV/AIDS adalah penyakit yang relatif baru dan belum menunjukkan penurunan yang berarti sebagai identifikasi ketika pertama kali terjadi dan dengan cepat menjadi epidemi secara global. Tampaknya dalam transisi dari penyakit fatal ke kondisi kronis belum dapat dikendalikan secara pasti. Penyakit Alzheimer pertama kali diidentifikasi pada awal 1900-an sebagai penyakit kemunduran mental pada usia dewasa pertengahan dan akhir. Saat ini merupakan satu dari sepuluh penyebab utama di negara maju terutama di Amerika Serikat yang tidak ada pencegahan, penyembuhan, atau pengobatannya. Penyakit mental dan gangguan mental yang parah telah lama dipelajari dan banyak penelitian telah berkembang seputar etiologinya.

3. Penyakit Kardiovaskular

Sistem kardiovaskular tubuh mengangkut nutrisi, oksigen, dan air yang diperlukan ke semua jaringan tubuh; membawa zat-zat seperti antibodi penangkal penyakit ke mana pun mereka dibutuhkan di dalam tubuh untuk membantu menghilangkan karbon dioksida dan produk limbah lainnya. Pemompaan jantung merangsang aliran darah, yang merupakan sistem transportasi. Agar jantung berfungsi dengan baik (berdetak sekitar 100.000 kali sehari, memompa sekitar 1.800 galon darah), ia harus menerima suplai darah yang cukup dari tiga arteri koroner utama dan cabang-cabangnya yang lebih kecil. Penyakit jantung terjadi ketika sistem ini terganggu.

Weiss, G. L., & Lonnquist, L. E. (2014) menunjukkan hasil studi bahwa fisiologi dan posisi sosial perempuan dan laki-laki, ras kulit hitam, kulit berwarna dan kulit putih berbeda dalam hal berhubungan dengan penyakit dan sakit. Gender dan kelompok ras/etnis menunjukkan kecenderungan yang berbeda terhadap penyakit yang berbeda. Agen terapeutik dan farmakologis mempengaruhi orang secara berbeda. Untuk alasan ini, penelitian biomedis seharusnya dilakukan pada sampel yang mencerminkan perbedaan

Kegagalan untuk memasukkan wanita dalam populasi penelitian ada di mana-mana. Sebuah studi bersponsor yang dilakukan pada pria menunjukkan bahwa serangan jantung berkurang ketika subjek mengambil satu aspirin setiap hari, dan hubungan antara diet rendah kolesterol dan penyakit kardiovaskular hampir secara eksklusif dipelajari pada pria. Demikian pula, dua puluh tahun pertama studi parsial menemukan bahwa sebahagian besar tentang kesehatan dan penuaan hanya melibatkan laki-laki. Namun dua pertiga dari populasi lansia adalah wanita. Pengumuman baru-baru ini bahwa aspirin dapat membantu mencegah sakit kepala migrain didasarkan pada data dari pria saja, meskipun wanita menderita migrain hingga tiga kali lebih sering daripada pria.

Daftarnya terus berlanjut: penelitian tentang pengobatan AIDS sering kali mengabaikan wanita, populasi terinfeksi yang tumbuh paling cepat. Sebuah penyelidikan tentang kemungkinan hubungan antara kafein dan penyakit jantung melibatkan 45.589 subjek penelitian pria. Apalagi subjek penelitian tidak hanya laki-laki, tetapi laki-laki kulit putih. Afrika Amerika, Latin, dan kelompok ras dan etnis lainnya telah dikecualikan. Apa hasil dari bias ini? Dari sepuluh obat resep yang ditarik dari pasar antara tahun 1997 dan 2000, delapan memiliki reaksi yang lebih merugikan pada wanita daripada pria. Dua dari obat-obatan tersebut menyebabkan bentuk aritmia jantung yang langka namun berbahaya pada beberapa wanita yang meminumnya. Reaksi tak terduga ini terjadi karena obat tersebut belum diuji secara memadai pada wanita. Selain itu, beberapa penelitian mengidentifikasi tidak adanya atau tidak memadainya representasi anggota kelompok ras dan etnis minoritas dalam penelitian biomedis. Meskipun perbedaan diakui dalam respons obat dan metabolisme di antara anggota berbagai kelompok ras/etnis, mereka secara rutin kurang terwakili dalam uji klinis obat

Michael Winkelman, 2009 mengajukan pertanyaan kritis bagaimana kebijakan eksklusif ini dibenarkan? Beberapa telah menetapkan bias dalam konteks sejarah dan telah mengutip manfaat penelitian dengan sampel homogen. Semakin mirip sampel, semakin banyak variasi yang dapat dikaitkan dengan intervensi yang diteliti. Beberapa berpendapat bahwa wanita akan memperumit studi dengan perubahan hormonal mereka selama siklus menstruasi. Penelitian dapat membahayakan wanita yang

hamil selama penelitian; dan bahwa perempuan lebih sulit diperoleh sebagai sukarelawan. Akan tetapi, tidak satu pun dari alasan ini yang memadai. Kritik menunjukkan bahwa studi yang sebanding dapat dilakukan pada kelompok selain laki-laki dan dapat digunakan dalam sampel yang heterogen. Perubahan hormonal selama siklus menstruasi adalah bagian dari kenyataan; daripada dipandang sebagai hasil yang mendistorsi. Upaya perlu dilakukan untuk memahami pengaruh tipe kepribadian pada penyakit jantung dan pengaruh aspirin pada sakit kepala migrain dan sebagainya pada wanita, mengingat fisiologi khusus mereka. Telah dikemukakan bahwa, secara logis, akan masuk akal untuk mengatakan bahwa tidak adanya siklus menstruasi seharusnya mendiskualifikasi laki-laki karena takut hasil yang miring.

Kritik terhadap protokol sebelumnya terbukti memiliki beberapa efek. Negara-negara maju mengajukan inisiatif penelitian utama untuk penelitian kesehatan wanita dimulai pada tahun 1991 dan berupaya mempelajari penyakit jantung dan stroke, kanker, dan osteoporosis pada wanita dari semua ras dan semua strata sosial ekonomi. Peneliti medis yang menerima hibah dari lembaga kesehatan global maupun nasional melarang desain hanya mempelajari laki-laki saja. Pengeluaran untuk wanita dalam penelitian kesehatan berada pada titik tertinggi sepanjang masa pada tahun ini termasuk penelitian-penelitian kesehatan di Indonesia (**Riskesdas, 2018**) Upaya sukses untuk membawa masalah ini ke perhatian publik dan untuk meminta pendapat dalam membuat perubahan diarahkan oleh sejumlah kelompok penting termasuk banyak sosiolog dan antropolog (**Auerbach dan Figert, 1995 dalam Michael Winkelman, 2009**).

Namun, beberapa hasil penelitian menemukan uji klinis gagal jantung masih terlalu mewakili laki-laki yang lebih muda dalam populasi penelitian mereka. Hal ini menunjukkan bahwa perlu lebih banyak perhatian diberikan pada area ini (**Epstein 2007**). Epstein juga telah memberikan tinjauan mendalam tentang masalah ini yang mencakup kekhawatiran bahwa penelitian masih “inklusif” terkadang dan cenderung melihat perbedaan gender atau ras yang berakar pada perbedaan biologis. Ia melihat bahwa pentingnya konteks sosial dan ketidakadilan sosial dihilangkan. Hal ini menunjukkan bahwa bukan hanya jumlah penelitian yang menjadi kunci, melainkan pendekatan dan pemahaman peneliti tentang konteks sosial sangat diperlukan.

Kebutuhan akan lebih banyak penelitian medis yang lebih terinformasi secara sosiologis pada kelompok yang secara tradisional kurang terwakili diperumit oleh fakta bahwa anggaran untuk penelitian-penelitian besar untuk CVD terhenti di sebagian besar negara termasuk Indonesia. Tanpa komitmen yang lebih kuat dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah, (Loscalzo, 2006) kemajuan dalam memahami dan mengobati penyakit dan dalam memahami perbedaan di antara kelompok ras, etnis, dan gender juga akan mandek.

3.1 Insiden dan Mortalitas

Hasil Riskesdas menunjukkan bahwa risiko orang Indonesia dewasa memiliki satu atau lebih bentuk CVD, termasuk tekanan darah tinggi, PJK, dan stroke. CVD adalah pembunuh tertinggi di Indonesia. Jika semua bentuk utama CVD dihilangkan, harapan hidup akan meningkat sekitar tujuh tahun. Penyakit jantung sering dianggap sebagai penyakit pria. Penelitian tentang penyakit jantung pada pria lebih banyak dilakukan daripada wanita. Namun, ini adalah persepsi yang salah. Sekitar satu dari lima pria dan sekitar satu dari lima wanita memiliki beberapa bentuk risiko penyakit jantung dan pada wanita lebih mungkin meninggal karena serangan jantung daripada pria.

Riset tentang etnis/rasa penderita penyakit jantung menjadi belum secara serius dikembangkan di Indonesia. Akankah tingkat kematian jauh lebih tinggi untuk orang etnis/ras tertentu. Semua masih bersifat tabir gelap yang belum menjadi kebijakan (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit, 2013).

3.2 Etiologi

Lima faktor risiko utama untuk CVD adalah, (1) merokok, (2) pola makan yang buruk (terutama yang dinyatakan dalam kadar kolesterol dan gula), (3) Hipertensi (faktor risiko untuk penyakit kardiovaskular), (4) obesitas (kebanyakan akibat pola makan yang buruk dan kurang olahraga), dan (5) tingkat stres sosial yang tinggi.

1) Merokok

Organisasi Kesehatan Dunia menyebut tembakau sebagai penyebab tunggal kematian dewasa dini terbesar di seluruh dunia. Ia membunuh

sekitar 6 juta orang setiap tahun dan diprediksi akan membunuh 8 juta orang setiap tahun pada tahun di tahun 2030. Berdasarkan proyeksi saat ini, setengah dari semua perokok di dunia yang merokok, sekitar 650 juta orang, pada akhirnya akan mati karena tembakau. Perokok kira-kira 30 % lebih mungkin untuk mengalami penyakit jantung koroner yang fatal daripada bukan perokok.

Selain itu, sebagai perokok pasif, ada bahaya yang luas ketika menghirup asap tembakau orang lain. Perokok yang tinggal dengan perokok memiliki peluang 3 % lebih besar terkena penyakit jantung daripada bukan perokok yang tinggal dengan bukan perokok. Secara nasional, ini setara dengan sekitar 45.000 kematian akibat PJK setiap tahun akibat menghirup asap rokok di dalam keluarga.

2) Diet yang buruk

Makan dengan baik dan diet tinggi buah dan sayuran, biji-bijian dan makanan berserat tinggi, ikan rendah lemak jenuh dan kolesterol, serta garam adalah pelindung kesehatan jantung. Mereka yang makan makanan yang buruk sering berakhir dengan kadar gula darah dan kolesterol tinggi. Kolesterol adalah sejenis lemak (lipid) yang dapat menumpuk di aliran darah. Ini diangkut dalam aliran darah melalui paket kecil yang disebut lipoprotein. Sebagian besar kolesterol darah dibawa ke dalam sistem peredaran darah dengan kepadatan rendah lipoprotein (LDL). Ia dapat disimpan dan menumpuk di dinding arteri, menyebabkan pembatasan aliran darah. Kolesterol juga dibawa oleh lipoprotein densitas tinggi (HDL), yang sebenarnya membantu menghilangkan plak dari arteri. Semakin besar rasio LDL terhadap HDL, semakin besar kemungkinan terjadinya penumpukan plak kolesterol. Ketika rasio ini meningkat, kemungkinan penyakit jantung meningkat.

3) Hipertensi

Sekitar sepertiga orang dewasa di Indonesia memiliki hipertensi yang merupakan penyebab utama stroke dan kematian akibat stroke dan salah satu penyebab utama serangan jantung dan meninggal. Beberapa faktor yang berhubungan dengan tekanan darah tinggi, yakni semakin tua, semakin besar kemungkinan mereka untuk mengembangkan tekanan darah

tinggi. Orang yang orang tuanya memiliki hipertensi lebih mungkin untuk mengembangkannya, dan orang kulit hitam lebih mungkin menderita penyakit ini daripada orang kulit putih maupun kulit berwarna.

4) Kegemukan

Menurut survei nasional indeks massa tubuh (BMI), yang mengukur komposisi tubuh, kurang dari setengah jumlah populasi di berbagai negara memiliki berat badan yang sehat. Sekitar 33% yang akan mengalami obesitas. Obesitas meningkatkan kemungkinan kolesterol, gula darah, dan tekanan darah menjadi terlalu tinggi. Kelebihan berat badan meningkatkan kemungkinan penyakit jantung. Menjadi gemuk secara signifikan juga meningkatkan kemungkinan penyakit jantung terutama jika berat ekstra terkonsentrasi di sekitar pinggang. Obesitas merupakan faktor utama dalam lebih dari setengah kematian orang dewasa akibat penyakit jantung setiap tahunnya di Indonesia.

5) Stres Sosial

Stres sosial merupakan faktor yang berkontribusi terhadap berbagai macam penyakit termasuk penyakit jantung. Stres menghasilkan banyak efek fisiologis, di antaranya merusak jantung yang sehat. Kuncinya mungkin cara seseorang menghadapi stres. Misalnya, orang yang mengalami stres berat mungkin makan berlebihan atau makan makanan bergizi buruk, mungkin tidak cukup tidur, mungkin minum berlebihan, dapat meningkatkan kebiasaan merokok, atau mungkin terlalu sedikit berolahraga.

6) Faktor Lain

Penyakit CVD seperti jantung pada merak yang memiliki riwayat keluarga (memiliki riwayat keluarga dengan penyakit jantung). Penyakit terutama pada orang tua atau saudara kandung pada usia dini, meningkatkan risiko pribadi untuk penyakit. Diabetes (yang meningkatkan risiko mengembangkan PJK) sebagian karena efek penyakit pada kadar kolesterol dan gula darah), dan kesehatan gigi yang buruk, seperti penyakit gusi kronis.

Tingkat kematian akibat CVD cenderung meningkat selama beberapa dekade terakhir. Persentase kematian akibat penyakit jantung terus meningkat dan gagal jantung biasanya terjadi di kemudian hari (biasanya melewati usia 60). Sekitar setengah dari kenaikan ini disebabkan oleh perubahan perilaku individu. Merokok sigaret terus meningkat secara signifikan dan perubahan pola makan (dan obat-obatan yang lebih efektif) telah meningkatkan kadar kolesterol, serta tekanan darah lebih meningkat dari satu dekade lalu. Setengah lainnya adalah karena terapi medis yang belum membaik termasuk perawatan awal bagi mereka yang mengalami nyeri dada atau mengalami serangan jantung, operasi bypass, dan rehabilitasi jangka panjang.

4. Kanker

Biasanya sel-sel tubuh mereproduksi diri mereka sendiri secara teratur. Saat tubuh tumbuh, jaringan yang aus diganti dan cedera diperbaiki. Kadang-kadang, beberapa sel abnormal berkembang dan mungkin mulai menyebar ke seluruh tubuh. Sel-sel abnormal atau kanker ini biasanya dikalahkan dan dihilangkan oleh sistem kekebalan tubuh oleh kelompok sel khusus yang menjaga dari invasi sel asing ke dalam tubuh. Tumor “jinak” tidak bersifat kanker, tidak menyebar dan biasanya tidak mengancam kehidupan sedangkan tumor “ganas” adalah kanker. Ketika sel-sel kanker tetap berada di tempat asalnya, penyakit tersebut dikatakan terlokalisir. Pada saat menyebar dan menyerang organ atau jaringan lain, penyakit ini dikatakan telah bermetastasis, atau telah terjadi metastasis.

Kanker sering menimbulkan rasa sakit yang luar biasa. Ini terjadi karena berbagai saluran di dalam tubuh (misalnya, esofagus, usus, dan kandung kemih) menjadi terhambat atau karena tumor yang membesar menghancurkan jaringan sehat. Infeksi sering terjadi. Tumor kanker yang tidak berhasil diangkat atau dihancurkan akhirnya menyebabkan kematian.

4.1 Insiden dan Mortalitas

Diperkirakan bahwa setiap tahun sebahagian orang yang hidup sekarang ini telah didiagnosis menderita kanker. Secara epidemiologi, diperkirakan 1 dari 5 orang wanita didiagnosis menderita kanker di beberapa titik dalam tubuhnya. Angka ini tidak termasuk perkiraan 2 juta

kasus kanker kulit yang didiagnosis setiap tahun. (**American Cancer Society, 2013**).

Kanker adalah penyebab kematian lima besar di Indonesia. Setiap tahun, satu dari 5-10 kematian disebabkan oleh kanker. Angka kematian nasional akibat kanker terus meningkat selama 50 tahun terakhir. Jika kematian akibat kanker paru-paru dikesampingkan, angka kematian akibat kanker sebenarnya akan menurun dalam 50 tahun terakhir.

Lokasi paling umum dari kanker baru didiagnosis berdasarkan insiden dan kematian, untuk pria dan wanita. Untuk pria, prostat, paru-paru, dan usus besar/rektum adalah tempat kanker baru yang paling umum. Akan tetapi, sejauh ini kanker paru-paru adalah kanker yang paling mematikan. Terhitung 30 % dari semua kematian pria akibat kanker ini. Payudara, paru-paru, dan usus besar/rektum adalah tempat kanker baru yang paling umum untuk wanita. Kanker paru-paru adalah tempat fatal yang paling umum, terhitung seperempat dari kematian wanita akibat kanker.

Orang dengan status sosial ekonomi rendah memiliki tingkat kematian akibat kanker yang jauh lebih tinggi daripada mereka yang memiliki ekonomi lebih tinggi. Hal ini terutama berlaku dalam hal pendidikan. Laki-laki dengan pendidikan kurang dari sekolah menengah hampir tiga kali lebih mungkin meninggal karena kanker daripada rekan-rekan mereka dengan pendidikan perguruan tinggi atau lebih tinggi. Perbedaan tertinggi untuk kanker paru-paru mencerminkan tingkat merokok yang lebih tinggi di antara mereka yang berpendidikan rendah. Juga mencerminkan aktivitas fisik yang lebih sedikit dan pola makan yang buruk di antara kelompok-kelompok ini dan pengobatan yang terlambat setelah kanker berkembang.

Belajar dari kasus Amerika Serikat bahwa insiden kanker dan angka kematian di hampir semua bagian tubuh lebih tinggi pada orang kulit hitam daripada kulit putih. Kejadian kanker sekitar 14 % lebih tinggi dan kematian akibat kanker sekitar 33 % lebih tinggi. Tingkat kelangsungan hidup lima tahun untuk kanker adalah 9 % lebih tinggi pada orang kulit putih. Studi tentang perbedaan rasial pada kanker semuanya mengarah pada penjelasan sosial ekonomi. Orang Afrika-Amerika lebih mungkin berada dalam kemiskinan, memiliki pendidikan yang lebih rendah, dan

lebih kecil kemungkinannya untuk memiliki asuransi kesehatan. Kurangnya asuransi kesehatan menyebabkan perawatan pencegahan yang kurang, deteksi kanker di kemudian hari, dan kemungkinan perawatan berkualitas tinggi lebih kecil.

4.2 Etiologi

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan sampai saat ini 90 % dari semua kanker disebabkan atau terkait dengan lingkungan. Zat-zat penghasil lingkungan kanker, atau karsinogen, ditemukan dalam makanan dan obat-obatan yang dikonsumsi, air minum, udara yang dihirup, pekerjaan, dan zat-zat yang berhubungan dengan itu. Karsinogen terkait dengan perkembangan kanker di lokasi tertentu. Tujuh faktor risiko terdekat yang penting sebagai berikut, (1) merokok, (2) pola makan yang buruk, (3) konsumsi alkohol yang berlebihan, (4) paparan sinar matahari yang berlebihan, (5) bahaya pekerjaan, (6) radiasi, dan (7) pencemaran lingkungan.

1) Merokok

Hubungan kuat antara merokok dan penyakit jantung diduplikasi untuk kanker. Merokok dikaitkan dengan tingginya tingkat kanker paru-paru serta kanker mulut, faring, laring, kerongkongan, pankreas, leher rahim, ginjal, dan kandung kemih. The American Cancer Society memperkirakan bahwa merokok bertanggung jawab atas hampir sepertiga dan hampir 90 % dari semua kematian akibat kanker. Angka kanker paru-paru 23 kali lebih tinggi untuk perokok pria 13 kali lebih tinggi untuk perokok wanita saat ini dibandingkan dengan yang tidak pernah merokok. Merokok sangat meningkatkan risiko kanker, tetapi dengan karsinogen lain (misalnya, pola makan yang buruk), risikonya bahkan lebih besar. Setengah dari mereka yang terus merokok sepanjang hidup akan meninggal karena penyakit yang berhubungan dengan tembakau. Lingkungan asap tembakau juga telah diidentifikasi sebagai penyebab kanker pada bukan perokok dengan perkiraan 3.400 kematian akibat kanker paru-paru per tahun dan lebih dari 45.000 kematian akibat penyakit jantung per tahun yang disebabkan oleh ETS. Asap sekunder mungkin memiliki efek yang sangat serius pada janin dan anak

kecil. Seorang ibu yang merokok lebih mungkin untuk aborsi spontan dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (dengan kemungkinan kematian yang lebih besar pada tahun pertama kehidupan) daripada bukan perokok. Selain itu, anak dari orang tua yang merokok memiliki insiden lebih tinggi mengalami gangguan fungsi paru, bronkitis, pneumonia, dan infeksi telinga tengah dibandingkan anak yang bukan perokok (American Cancer Society, 2013).

2) Diet yang Buruk

Penelitian telah menunjukkan hubungan yang jelas antara diet dan kejadian kanker. Para ahli telah menyimpulkan bahwa diet mungkin berhubungan dengan sebanyak 35 % dari semua kematian akibat kanker. Secara umum, jenis diet yang melindungi kesehatan jantung juga melindungi dari kanker. Studi berdasarkan variasi internasional dalam kematian akibat kanker telah menceraikan. Misalnya, tingkat kanker usus besar, rektum, payudara, dan prostat yang lebih tinggi ditemukan di negara-negara Barat yang pola makannya relatif tinggi daging dan lemak, tetapi rendah buah-buahan, sayuran, dan biji-bijian. Di sisi lain, tingkat kanker perut lebih tinggi di negara-negara yang makanannya relatif tinggi pati, mengandung sedikit daging dan lemak, dan sering menggunakan acar, asinan, diasap, atau makanan yang diawetkan lainnya. Makanan berserat tinggi telah terbukti menurunkan risiko kanker usus besar. Diet kaya vitamin A dan C mengurangi risiko kanker laring, kerongkongan, lambung, dan paru-paru.

3) Konsumsi Alkohol Berlebihan

Minum dalam jumlah sedang tidak dikaitkan dengan kanker, tetapi orang yang minum alkohol harus membatasi asupannya. Konsumsi alkohol yang berlebihan adalah penyebab utama sirosis hati, penyakit yang sangat serius yang mengakibatkan kerusakan serius. Pada gilirannya, orang dengan sirosis hati yang sudah berlangsung lama berisiko tinggi terkena kanker hati, sejenis kanker dengan prognosis yang umumnya buruk. Kanker mulut, laring, tenggorokan, dan kerongkongan semuanya telah dikaitkan dengan minum minuman beralkohol secara berlebihan, terutama dalam kombinasi

dengan penggunaan produk tembakau. Paparan sinar matahari yang berlebihan

- 4) Hampir 1 juta kasus kanker kulit nonmelanoma yang didiagnosis setiap tahun di Amerika Serikat dianggap terkait dengan sinar matahari. Jika terdeteksi dini, kanker ini cukup untuk diangkat. Jauh lebih berbahaya adalah kanker kulit melanoma maligna, yang tidak begitu banyak terkait dengan jumlah paparan sinar matahari selama seumur hidup melainkan untuk satu atau beberapa episode intens terbakar sinar matahari (sering di awal kehidupan). Di Amerika Serikat risiko paparan radiasi ultraviolet yang berlebihan juga terjadi pada penyamakan kulit. Diperkirakan 30 juta orang Amerika menggunakan *tanning bed* setiap tahun. Data epidemiologi menunjukkan bahwa mereka berada pada peningkatan risiko kanker kulit melanoma dan nonmelanoma. Organisasi Kesehatan Dunia telah mengklasifikasikan *tanning bed* sebagai karsinogen kelompok 1 (**Fisher dan James, 2010**). Insiden masalah kesehatan dari sinar ultraviolet matahari berbahaya dalam jumlah berlebihan mungkin meningkat secara signifikan dalam dekade berikutnya. Sepanjang umat manusia terus menuangkan bahan kimia perusak ozon ke atmosfer, penghalang pelindung bumi terhadap sinar ultraviolet akan terus dihancurkan. Program Lingkungan Perserikatan Bangsa-Bangsa memperkirakan peningkatan signifikan pada kejadian katarak dan kanker kulit di tahun-tahun mendatang.
- 5) Bahaya Kerja
Individu yang bekerja di industri yang melibatkan zat berbahaya memiliki peningkatan risiko kanker. Misalnya, paparan hidrokarbon yang ditemukan dalam minyak bumi dan batu bara dikaitkan dengan peningkatan risiko kanker paru-paru, kulit, dan kandung kemih. Paparan benzena dapat menyebabkan leukemia sedangkan paparan gas *mustard* jelas berpengaruh terhadap insiden kanker paru-paru. Paparan asbes berpengaruh terhadap peningkatan risiko beberapa jenis, terutama terutama pada mereka yang merokok.
- 6) Radiasi
Hubungan antara radiasi pengion dan kanker telah lama diketahui. Sumber utama radiasi di Amerika Serikat adalah latar belakang

kosmik alami, yang menyumbang sekitar setengah dari total paparan lingkungan individu terhadap radiasi pengion. Sumber radiasi utama lainnya adalah prosedur medis diagnostik, pekerjaan yang ada paparan sejumlah besar radiasi atau bahan radioaktif, dan paparan radon di dalam rumah.

7) Pencemaran lingkungan

Menentukan hubungan sebab-akibat langsung antara pencemaran lingkungan dan risiko kanker merupakan masalah karena banyaknya jumlah dan keragaman bahan kimia industri yang dilepaskan ke lingkungan saat ini. Selain itu, fakta bahwa sebagian besar kanker memiliki banyak penyebab memberi para peneliti tantangan untuk mengisolasi efek spesifik dari bahan kimia individu. Masalah yang lebih rumit lagi adalah kesulitan dalam menilai jumlah paparan masa lalu yang dimiliki seseorang terhadap polutan tertentu yang mungkin membutuhkan waktu puluhan tahun untuk berdampak buruk pada individu tersebut. Akhirnya, jumlah orang yang terpapar karsinogen tertentu biasanya cukup kecil. Dengan demikian, efek negatif mungkin tidak terdeteksi atau sulit dibuktikan. Terlepas dari kesulitan-kesulitan ini, secara luas diakui bahwa pertahanan biologis manusia mengalami kesulitan besar untuk melindungi terhadap polutan dan bahwa mereka adalah penyebab kanker. Termasuk produk minyak bumi, bahan kimia organik sintetis, dan insektisida, serta terkadang pembuangan limbah beracun yang tampaknya tidak terkendali. **Phil Brown (1987)** menciptakan istilah epidemiologi populer untuk menggambarkan proses ketika orang awam memimpin dalam mengumpulkan statistik dan informasi lain untuk memahami epidemiologi penyakit tertentu. Jenis tindakan ini sekarang terjadi di seluruh negeri karena masyarakat memerangi polusi perusahaan dan pembuangan limbah beracun yang tidak ditangani dengan benar yang telah dikaitkan dengan tingkat kanker yang lebih tinggi pada penduduk terdekat.

8) Faktor lain

Sekitar 5 % dari semua kanker diturunkan. Dalam kasus ini, perubahan gen yang diturunkan memberikan risiko tinggi untuk mengembangkan jenis kanker tertentu. Misalnya, pada awal 1990-

an, para peneliti mengidentifikasi gen yang meningkatkan kerentanan terhadap kanker payudara dan ovarium dan bahwa antara 5 dan 10 % dari kedua kanker ini terkait secara genetik. Dalam dekade berikutnya, penelitian harus lebih mampu mengidentifikasi kontribusi faktor keturunan terhadap kanker.

4.3 Tren

Meminjam data Amerika karena ketidakakuratan data Indonesia menunjukkan bahwa dua tren utama dalam kanker terlihat jelas. **Pertama**, ada beberapa tingkatan jumlah kematian akibat kanker dalam beberapa tahun terakhir. Tingkat kanker secara nasional telah menurun sejak tahun 1990, dan jumlah kematian akibat kanker yang sebenarnya turun awal 2000-an untuk pertama kalinya sejak 1930. Alasan utama penurunan tersebut adalah berkurangnya kanker paru-paru pada pria yang menyertai pengurangan jumlah merokok. Sebaliknya, di Indonesia terjadi peningkatan jumlah konsumsi perokok. Dengan demikian, secara asertif akan terus terjadi peningkatan kasus kanker paru-paru.

Tren kedua adalah meningkatnya tingkat kelangsungan hidup orang yang didiagnosis menderita kanker. Pada awal abad ke-19, beberapa orang yang didiagnosis dengan kanker memiliki kemungkinan bertahan hidup jangka panjang. Tahun 1930-an, sekitar 20 % pasien kanker bertahan setidaknya lima tahun. Persentase ini meningkat menjadi sekitar 25 persen pada 1940-an, menjadi 50 % pada 1970-an, menjadi sekitar 60% pada 1990-an, dan sekarang menjadi 68 %.

Tingkat kelangsungan hidup yang lebih baik disebabkan oleh deteksi dini kanker dan peningkatan efektivitas pengobatan. Probabilitas deteksi dini dan kelangsungan hidup sangat bervariasi sesuai dengan lokasi anatomi kanker. Namun, jika kanker masih terlokalisir saat terdeteksi, tingkat kelangsungan hidup sebagian besar jenis kanker melonjak hingga lebih dari 80 % (**American Cancer Society, 2013**).

5. HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) diketahui HIV menonaktifkan sistem kekebalan tubuh dan memungkinkan infeksi *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) yang tidak dapat

dikendalikan untuk mengatasi tubuh dan akhirnya membunuh orang tersebut. Belum ada obat atau pengobatan lain yang dapat menyembuhkan HIV.

Tanpa pengobatan, orang yang telah tertular virus HIV biasanya tetap dalam keadaan laten (tanpa gejala) 10 hingga 15 tahun dan terkadang lebih lama. Selama ini, orang tersebut mungkin tidak menunjukkan gejala, tetapi mampu menularkan virus ke orang lain. Faktanya, penelitian menunjukkan bahwa virus mungkin 100 sampai 1.000 kali lebih menular selama dua bulan pertama setelah infeksi. Tes untuk mengidentifikasi keberadaan antibodi dalam tubuh terhadap HIV—cara penekanan terhadap virus ditentukan dan tidak dapat diandalkan hingga dua bulan setelah paparan, bulan-bulan ini merupakan waktu kritis untuk transmisi. Transisi ke AIDS itu sendiri terjadi ketika penekanan signifikan dari sistem kekebalan tubuh mulai mengarah ke kondisi medis lainnya atau penyakit. Umumnya, penyakitnya kronis, dengan gejala penurunan berat badan, demam kronis, malam hari berkeringat, diare terus-menerus, kelenjar bengkak, dan sariawan (lapisan putih tebal di lidah). Selama AIDS berkembang, pasien biasanya mengalami serangan pneumonia yang melemahkan, infeksi herpes kronis, kejang, dan demensia, dan berujung pada kematian.

5.1 Prevalensi, Insiden, dan Kematian

Sebuah Pandemi Global. Pada akhir 1970-an, HIV menyebar diam-diam ke seluruh dunia, tidak dikenali dan tanpa disadari. Meskipun kasus pertama secara resmi diakui di Amerika Serikat pada tahun 1981, cakupan luas infeksi tidak disadari sampai pertengahan 1980-an. Sekarang dianggap sebagai pandemi atau wabah di seluruh dunia, meskipun angka prevalensi yang akurat sulit ditentukan. Secara global, AIDS adalah penyebab keempat kematian). Oleh karena AIDS memiliki periode latensi yang begitu lama, dan kebanyakan orang belum pernah diuji untuk paparan virus HIV, sehingga sangat sulit untuk menghitung jumlah orang yang positif HIV.

Ahli epidemiologi menggunakan dua metode estimasi. Metode **pertama** melibatkan perhitungan kembali, dengan mempertimbangkan informasi yang tersedia tentang waktu inkubasi dan perubahan tren AIDS.

Insiden di semua Provinsi, Kabupaten/Kota melaporkan kasus HIV/AIDS ke Pusat Pengendalian Penyakit dan Pencegahan Departemen Kesehatan untuk memperkirakan jumlah orang yang sudah terpapar virus. Metode **kedua** menggunakan data seroprevalensi (mengonfirmasi keberadaan antibodi terhadap virus) seperti donor darah, pelamar sipil untuk dinas militer, wanita hamil, pasien rawat jalan. Hasil Survei dibiayai oleh CDC terhadap beberapa negara dari kelompok tertentu. Dengan menggunakan kedua metode tersebut, CDC memperkirakan bahwa sekitar 1,1 juta saat ini terinfeksi HIV (dengan lebih dari 200.000 tidak mengetahuinya). Hasilnya, sekitar tiga perempat dari mereka dengan HIV/ AIDS adalah laki-laki. Kategori usia di diagnosis yang paling umum adalah 40 hingga 49 dan 30 hingga 39 (artinya transmisi terjadi).

Dampak buruk HIV/AIDS mulai dirasakan oleh korban di negara-negara baru berkembang di dunia. Sementara itu, tingkat HIV di sebagian besar negara maju dan semakin banyak di negara berkembang seperti di Afrika sub-Sahara dan Karibia telah stabil dan/ atau menurun. Namun beberapa negara masih terus meningkat. Saat ini, 95% orang yang terinfeksi virus HIV tinggal di negara berkembang

Sekitar satu dekade sebelumnya ras kulit hitam dan hispanik merupakan jumlah dengan HIV/AIDS yang tidak proporsional, meskipun tidak ada bukti bahwa ras itu sendiri memiliki faktor risiko kerentanan biologis terhadap penyakit. Meminjam hasil riset di Amerika, pada tahun 2010, kulit hitam menyumbang 44 % yang baru didiagnosis infeksi HIV (meskipun hanya sekitar 13 % dari populasi); Hispanik menyumbang 20 % kasus baru (16% dari populasi). Angka kematian akibat AIDS juga memberikan gambaran bahwa HIV juga terkait dengan etnis dan ras. Tingginya tingkat pengangguran dan keputusan di daerah pusat kota yang terkait penggunaan narkoba dan lebih sedikit pengetahuan yang akurat tentang AIDS (Pusat Pengendalian Penyakit Pencegahan, 2013). AIDS di kalangan anak-anak dapat dianggap sebagai dua subepidemi yang terpisah karena perbedaan cara penularan:

- 1) AIDS mempengaruhi anak-anak sejak lahir sampai usia 13 tahun, sebagian besar yang terinfeksi melalui transmisi perinatal virus dari ibu mereka selama kehamilan atau kelahiran (walaupun penularan tidak terjadi pada kebanyakan kasus); dan

- 2) Remaja-remaja usia 19 umumnya terinfeksi melalui cara penularan yang sama seperti orang dewasa. Mulai tahun 1990-an, jumlah kasus AIDS yang didapat secara perinatal menurun secara signifikan—sebagian besar hasil dari intervensi pencegahan.

5.2 Etiologi

HIV ditularkan dengan cara yang sama di seluruh dunia, yaitu melalui pertukaran cairan tubuh. Pertukaran ini dapat terjadi melalui seks koitus, oral, atau anal (yang terakhir menjadi cara penularan yang umum untuk pria gay karena jaringan dinding dubur sangat tipis dan mudah ditembus virus); melewati darah yang terkontaminasi HIV (misalnya, melalui transfusi, berbagi jarum melalui intravena pengguna narkoba, dan penggunaan kembali jarum yang terkontaminasi untuk suntikan medis); dan dari yang terinfeksi ibu ke anak (baik sebelum lahir atau melalui menyusui).

Tiga metode penularan yang paling umum di hampir seluruh negara adalah dari kontak seksual pria ke pria (53 %), kontak heteroseksual (32 %), dan penggunaan suntikan narkoba (17 %). Penelitian telah menentukan bahwa HIV lebih mudah menular dari pria ke wanita daripada sebaliknya, karena vagina lebih reseptif daripada penis pria.

5.3 Tren

Prediksi epidemi HIV/AIDS sulit untuk masa depan, karena terlalu dini untuk menentukan cara strategi yang efektif saat ini. Pendidikan untuk perubahan perilaku akan bersifat jangka panjang karena terus berkembangnya penemuan medis baru. Vaksin untuk mencegah AIDS tampaknya tidak akan segera terjadi meskipun kemajuan yang signifikan dalam memahami penyakit telah terjadi dalam beberapa tahun terakhir. Ilmuwan sekarang mempelajari mereka—mungkin sebanyak 5 % dari orang yang terinfeksi HIV—yang menunjukkan sedikit atau tidak ada tanda kerusakan sama sekali meskipun telah memiliki virus selama 12 tahun. Sumber perlawanan mungkin menunjukkan petunjuk dalam memerangi penyakit. Penemuan tambahan tentang potensi obat baru dan peningkatan pemahaman tentang manfaat obat kombinasi telah memperpanjang umur penderita AIDS. Harapan hidup rata-rata pasca-

onset untuk seseorang dengan HIV pada tahun 1990-an adalah sekitar sepuluh tahun dan pada pertengahan tahun 2000 sudah lebih dari 20 tahun. Dengan pengenalan terapi obat antiretroviral baru yang lebih kuat, ada antisipasi hari ini bahwa harapan hidup pasca-*onset* mungkin mencapai 45 tahun atau lebih bagi mereka yang segera memulai pengobatan setelah terinfeksi. Jika itu terjadi dan sukses terus dalam eksperimen obat, mungkin sudah waktunya untuk mempertimbangkan HIV sebagai penyakit kronis yang dapat dikendalikan daripada penyakit yang fatal. Satu artikel baru-baru ini dalam judulnya bertanya, apakah kita di “Awal Berakhirnya AIDS?” (Havir dan Beyrer, 2012). Namun demikian, beberapa peneliti AIDS mengingatkan bahwa kesuksesan tidak harus diterima begitu saja.

6. Alzheimer

Alzheimer adalah penyakit kronis degeneratif, penyakit demensia pusat sistem saraf. Ini adalah penyebab paling umum demensia suatu kondisi yang melibatkan perubahan kepribadian, ketidakstabilan emosional disorientasi, kehilangan memori, kehilangan kemampuan verbal, dan ketidakmampuan untuk merawat diri sendiri. Gejala spesifik lainnya termasuk: gangguan intelektual, depresi, agitasi, dan delusi.

Untuk mendiagnosis AD, evaluasi ekstensif diperlukan yang mencakup pemeriksaan lengkap riwayat medis, wawancara dengan pasien dan anggota keluarga, pemeriksaan status mental, pemeriksaan fisik dan neurologis, dan tes neuropsikologis formal. Beberapa uji klinis saat ini sedang dilakukan tentang cara untuk memperlambat atau menghentikan perkembangan AD. Pada tahun 2007, penelitian untuk pertama kalinya mengungkapkan beberapa optimisme bahwa obat untuk memperlambat atau membalikkan penyakit mungkin tersedia dalam beberapa tahun ke depan. Namun, pada waktu ini, tidak ada pencegahan, penyembuhan atau pengobatan untuk Alzheimer yang benar. Alzheimer satu-satunya penyakit penyebab utama di atas sepuluh kematian di Amerika Serikat.

6.1 Prevalensi, Insiden, dan Kematian

Sulit untuk menentukan prevalensi Alzheimer karena sejumlah alasan. Sejak awal, penyakit Alzheimer seringkali sangat lambat dan gejalanya mungkin tidak disadari atau disalahartikan. Oleh karena tidak

ada obat untuk penyakit ini, banyak orang dengan Alzheimer mungkin tidak mencari pertolongan medis.

Selain usia, ras memiliki pengaruh pada kemungkinan tertular Alzheimer. Orang Afrika-Amerika hampir dua kali lebih mungkin memiliki Alzheimer dan bentuk lainnya seperti Demensia dan Hispanik sekitar 1½ kali dibanding orang kulit putih. Bentuk akhir dan awal dari Alzheimer paling umum terdapat di antara orang kulit hitam. Pada tahun 2013, para ilmuwan mengidentifikasi mutasi gen baru yang terkait dengan Alzheimer yang lebih umum di antara orang kulit hitam. Temuan ini telah membuka area penelitian tambahan.

Perkembangan AD bervariasi dari orang ke orang. Rata-rata, seseorang yang menderita AD hidup sampai sepuluh tahun atau lebih sebelum meninggal, meskipun beberapa orang telah hidup hingga 25 tahun. Alzheimer sekarang menjadi salah satu penyebab utama dari enam kematian. Di Indonesia belum dapat disimpulkan secara tegas karena keterbatasan data. Akan tetapi, diperkirakan lebih tinggi dari prevalensi global.

6.2 Etiologi

Meskipun kemajuan signifikan dalam memahami penyebab Alzheimer telah dibuat dalam beberapa tahun terakhir, para ilmuwan belum tahu penyebab yang tepat. Hal itu semakin diterima bahwa ada lebih dari satu jalan untuk memiliki Alzheimer. Dua hal paling menjanjikan dari penjelasan hari ini berhubungan dengan dua jenis kelainan otak. Yang pertama adalah plak yang terdiri dari beta amiloid yang terbentuk pada sel-sel otak. Kapan sistem kekebalan diaktifkan untuk mengatasi masalah, otak menjadi meradang. Dalam waktu panjang, plak ini menumpuk di otak. Kelainan kedua adalah adanya molekul kusut di dalam sel-sel otak yang pada akhirnya dapat mencekik kehidupan ke luar dari sel.

6.3 Tren

Hasil analisis menunjukkan bahwa tanpa mekanisme efektif penyembuhan atau pencegahan, prevalensi Alzheimer akan tumbuh secara substansial di masa depan ketika jumlah orang kelompok umur 50 tahun meningkat. Pada tahun 2050 diperkirakan lebih dari hampir 14 juta orang

akan memiliki AD. Tren ini akan mempengaruhi perawatan kesehatan dan sistem perawatan kesehatan dengan cara yang penting. Di mana akan dibutuhkan lebih banyak pengasuh untuk kasus lanjut dan jalur dukungan tambahan untuk pasangan dan anggota keluarga lainnya. Fokus sebagian besar hasil penelitian dilakukan oleh sosiolog dan upaya sejumlah kecil ahli saraf yang berdedikasi (dan Penyakit Alzheimer dan Kelompok Advokasi Asosiasi Gangguan Terkait)

Konsekuensi keuangan yang penting juga akan terjadi. Biaya untuk pasien Alzheimer dan mereka dengan bentuk lain, seperti demensia diharapkan meningkat 500 % pada tahun 2050 menjadi \$1,1 triliun setiap tahun. *Medicare* dan *Medicaid* membayar untuk sekitar 70 % biaya Alzheimer, sehingga stabilitas keuangan program ini akan ditantang.

7. Penyakit Kejiwaan

Kita akan kesulitan ketika mendefinisikan penyakit mental, sebagian karena dasar sosiokultural untuk menentukan orientasi atau apa perilaku yang indikatif dari orang yang sakit jiwa. Beberapa kondisi (misalnya homoseksualitas) yang pernah dianggap penyakit mental, kini tidak lagi. Beberapa kondisi (misalnya, memiliki penglihatan) yang dianggap sebagai bukti penyakit mental di beberapa budaya kemudian dianggap sangat alami pada orang lain. Riset bahkan menunjukkan bahwa anggota dari budaya yang berbeda memanifestasikan gejala yang sangat berbeda dalam menanggapi psikopatologi klinis yang sama; misalnya, penderita skizofrenia di beberapa budaya, keras dan agresif, sementara di budaya lain, mereka pendiam dan menarik diri. Sistem klasifikasi gangguan jiwa yang paling banyak digunakan adalah *Diagnostic and Manual Statistik Gangguan Jiwa*. Contoh gangguan ini adalah *anoreksia nervosa* (kelaparan diri), *bulimia* (periode makan berlebihan diikuti dengan pembersihan. Ini adalah sistem yang digunakan oleh profesional kesehatan mental, banyak pekerja sosial, pengadilan, dan penyedia asuransi. Para ahli menilai setiap gangguan berdasarkan sifatnya dan tingkat keparahan gejala klinis, riwayat penyakit relevan, penyakit fisik terkait, dan baru-baru ini fungsi adaptif terutama yang berkaitan dengan kualitas hubungan sosial.

Horwitz (2007) berpendapat bahwa diagnosis kejiwaan terkadang gagal untuk membedakan antara patologi individu asli dan penderitaan

yang sepenuhnya dapat dipahami dari pengalaman hidup yang mengecilkan hati, seperti subordinasi kronis, ketidakmampuan untuk mencapai nilai tujuan, dan hilangnya keterikatan. Yang lain berpendapat bahwa DSM tidak memiliki keandalan—bahwa itu digunakan secara tidak konsisten oleh dokter yang berbeda. Penelitian telah menunjukkan bahwa dokter sering tidak setuju tentang diagnosis yang tidak seragam lampirkan kondisi yang ditentukan (**Mirowsky dan Ross, 1989**). Studi yang menunjukkan bahwa ras atau jenis kelamin dari pasien mempengaruhi diagnosis, menawarkan lebih lanjut bukti yang kurang andal.

7.1 Prevalensi

Setiap orang memiliki gangguan dalam fungsi atau “masalah dalam hidup” dari waktu ke waktu. Banyak orang berkonsultasi tentang kesehatan mental ke profesional seperti psikiater, klinisi, psikolog, pekerja sosial, dan pernikahan dan konselor keluarga tentang masalah ini. Paling sering adalah mencari bantuan yang berhubungan dengan perkawinan atau keluarga, masalah yang berhubungan dengan pekerjaan, stres, atau kurangnya rasa percaya diri. Beberapa kondisi lebih intens, bertahan lebih lama, dan membutuhkan lebih banyak pengobatan yang signifikan.

7.2 Jenis Penyakit Mental

Meskipun penyakit mental dapat dikategorikan dalam berbagai jenis, penyakit mental paling umum termasuk yang berikut (Medline Plus, 2014; WebMD, 2013):

- 1) Gangguan kecemasan adalah jenis paling umum dari penyakit mental, yang menggambarkan bentuk ketakutan atau ketakutan tentang situasi tertentu seperti sebuah kuburan. Sementara itu, semua orang kadang-kadang mengalami gangguan kecemasan, yang mengacu pada tingkat kecemasan yang terus-menerus tinggi yang dapat mengakibatkan perubahan fisiologis seperti nyeri dada. Gangguan kecemasan termasuk fobia (tingkat ketakutan yang tidak normal tentang sesuatu dan mungkin tidak berbahaya), gangguan obsesif-kompulsif (perilaku yang harus dilakukan untuk menghindari kecemasan atau menanggapi obsesi), dan gangguan stres pascatrauma (mengalami peristiwa traumatis dan kemudian

berlanjut) untuk merasakan trauma bahkan setelah peristiwa itu berakhir.

- 2) Gangguan *mood* (juga disebut gangguan afektif) mempengaruhi keadaan emosional seseorang dalam kehidupan sehari-hari, perasaan sedih atau putus asa yang berlebihan (depresi), dapat bermanifestasi dalam jangka panjang, periode kebahagiaan yang ekstrem, atau fluktuasi di antara keduanya (bipolar).
- 3) Gangguan psikotik adalah gangguan jiwa berat yang melibatkan pemikiran atau persepsi abnormal. Ini termasuk halusinasi (melihat atau mendengar hal-hal yang tidak nyata), delusi, ucapan tidak koheren, dan skizofrenia (yang mungkin melibatkan kombinasi dari gejala-gejala ini).
- 4) Gangguan makan melibatkan keasyikan dengan makanan dan ketakutan irasional menjadi gemuk. Contoh gangguan ini adalah anoreksia nervosa (kelaparan diri), bulimia (periode makan berlebihan diikuti dengan pembersihan), dan siklus dari pesta makan.
- 5) Kontrol impuls dan gangguan kecanduan dimanifestasikan pada individu yang tidak dapat menolak terlibat dalam perilaku yang mungkin berbahaya bagi mereka dan ingin menghindari. Termasuk di dalamnya kleptomania (mencuri), perjudian kompulsif, dan penggunaan alkohol dan/atau kompulsif obat.
- 6) Gangguan kepribadian ekstrem yang mengacu pada ciri-ciri kepribadian yang bertahan dan menyusahkan individu dalam berinteraksi dengan orang lain. Kondisi ini termasuk paranoia (ketidakpercayaan ekstremis pada orang lain) dan gangguan kepribadian antisosial (ciri-ciri kepribadian yang ekstrem dan menyedihkan yang mengganggu fungsi sosial normal).

Pembelajaran dari mereka yang menggunakan dua sumber data utama pada prevalensi gangguan jiwa. Pertama adalah survei umum populasi orang dewasa—daerah evaluasi epidemiologi yang dilakukan di lima wilayah AS dilakukan oleh Institut Kesehatan Mental Nasional di awal 1980-an dan telah dilengkapi dengan serangkaian survei nasional tambahan di tahun itu. Kajian lainnya adalah Survei Komorbiditas Nasional, yang dilakukan pada awal 1990-an terhadap rumah tangga yang

representatif secara nasional dan studi tindak lanjut di awal 2000-an (Kessler dkk., 1994, 2003).

Prevalensi penyakit mental pada populasi diperkirakan serupa di kedua studi. Keduanya memperkirakan bahwa antara 2 sampai 4 % populasi memiliki penyakit mental yang parah dan tambahan 5 hingga 8 % memiliki penyakit mental yang serius (tetapi tidak terlalu parah). Saat ini, diperkirakan sekitar 30 % dari populasi mengalami setidaknya satu gangguan mental yang tercantum dalam DSM (tidak termasuk substansi penyalahgunaan) setiap tahun, dan sekitar 40% gangguan ini dianggap serius. Sebagian besar gangguan ini dapat diobati, tetapi perkiraannya adalah—karena potensi stigma dan masalah keuangan—hanya sekitar sepertiga yang mencari dan membutuhkan pengobatan.

Seorang sosiolog medis biasanya menggunakan pendekatan “konsekuensi sosial” dalam belajar penyakit mental. Mereka memeriksa bagaimana pengaturan dan proses sosial mempengaruhi kesehatan mental dan kemungkinan mendapatkan pengobatan untuk masalah itu (Aneshensel, 2005). Di antara aspek-aspek struktur sosial yang umum dipelajari adalah status sosial ekonomi dan ras, jenis kelamin, tempat tinggal, dan status perkawinan. Kotak yang menyertai adalah efek dari lingkungan yang berfokus pada lingkungan tempat tinggal seseorang dan kesehatan mental.

- 1) Kelas Sosial dan Ras. Kemungkinan pengecualian dari gangguan kecemasan dan *mood*, penelitian ilmu sosial telah menemukan tingkat tekanan psikologis tertinggi berada di kalangan kelompok sosial yang kurang beruntung. Tingkat skizofrenia, gangguan kepribadian yang ditandai terutama oleh perilaku antisosial serta penyalahgunaan zat, dan depresi tertinggi berada pada kelompok sosial ekonomi terendah. Ada tiga kemungkinan penjelasan karena tingginya prevalensi gangguan jiwa di kalangan masyarakat miskin. Penjelasannya menegaskan bahwa pewarisan genetik berpengaruh terhadap gangguan mental anggota kelas bawah. Teori ini belum menerima dukungan penelitian. Penjelasan sosial menyatakan bahwa orang sakit jiwa mungkin hanyut ke bawah dalam struktur sosial dan individu yang sehat secara mental cenderung bergerak ke atas, sehingga meninggalkan “residu” orang sakit jiwa. Ketika

penelitian menunjukkan bahwa masalah mental memang cenderung mencegah mobilitas sosial ke atas dan belum ditemukan bahwa mereka mengarah pada mobilitas ke bawah. Penjelasan ketiga—sebab-akibat sosial—mengandaikan bahwa orang-orang pada kelompok sosial ekonomi rendah hidup dalam lingkungan sosial itu lebih stres dan mereka lebih rentan terhadap efek stres ini karena mereka kekurangan sumber daya pribadi dan keuangan untuk mendapatkan bantuan yang dibutuhkan. Keterbelakangan ekonomi, lingkungan fisik yang berbahaya, gaya hidup yang kurang sehat, dan hubungan pribadi yang tidak stabil sering menemani kemiskinan yang akan mengancam kesehatan mental (**Eaton, Muntaner, dan Sapag, 2010**). Pendekatan ini telah menerima dukungan paling empiris, meski tidak satu pun dari tiga penjelasan ini benar-benar memuaskan. Hubungan antara ras dan gangguan kesehatan mental bergantung pada gangguan tertentu sedang dipelajari. Orang kulit hitam lebih mungkin memiliki tingkat penyakit dan gangguan mental yang lebih tinggi daripada orang kulit putih dan strata sosial ekonomi berada di bawah. Dalam kasus gangguan tertentu, tarif untuk orang kulit hitam lebih tinggi daripada orang kulit putih dan status sosial ekonomi menyumbang sebagian besar kesenjangan.

- 2) Jenis Kelamin. Perbedaan yang jelas antara kesehatan fisik pria dan wanita, memperlihatkan bahwa insiden keseluruhan penyakit mental pada pria dan wanita hampir sama. Namun, perbedaan keseluruhan melakukan kamuflase dalam penyakit tertentu. Sebagai contoh, tingkat gangguan suasana hati dan kecemasan—termasuk depresi—secara konsisten lebih tinggi untuk wanita, dan tingkat gangguan kepribadian, substansi pelecehan, dan bunuh diri secara konsisten lebih tinggi untuk laki-laki (Bird dan Rieker, 2008). Perbedaan ini disebabkan oleh faktor biologis dan sosiokultural. Beberapa penelitian berfokus pada perbedaan hormonal dan perbedaan kromosom antara wanita dan pria sebagai faktor penjas untuk kesehatan mental yang berbeda, tetapi bukti tidak cukup untuk menarik kesimpulan (**Cockerham, 2010**). Di sisi lain, diketahui bahwa sebagian perbedaan perilaku laki-laki dan perempuan merupakan hasil sosialisasi.

- 3) Perbedaan Perkotaan-Pedesaan. Tingkat keseluruhan penyakit mental lebih tinggi di perkotaan daripada di daerah pedesaan, tetapi perbedaannya adalah tidak besar. Meskipun cenderung tinggi di daerah pusat kota, kehidupan pedesaan tidak sepenuhnya melindungi seseorang dari risiko penyakit mental. Faktanya, gangguan perasaan lebih umum di antara penduduk pedesaan daripada di antara mereka yang tinggal di daerah perkotaan—mungkin karena isolasi sosial yang lebih besar. Di samping itu, skizofrenia, kecemasan, dan gangguan kepribadian lebih umum di antara penduduk kota. Skizofrenia terutama lazim di dalam kota dan menunjukkan hubungan dengan kelas sosial. Penjelasan lain yang mungkin adalah konsekuensi negatif dari keramaian dan lingkungan daerah perkotaan yang penuh tekanan dan kompetitif (**Cockerham, 2010**).
- 4) Status Pernikahan. Riset secara konsisten menemukan bahwa orang yang menikah mengalami kesehatan mental lebih baik daripada orang yang belum menikah. Pria yang sudah menikah bahkan lebih sehat secara mental daripada wanita yang sudah menikah. Hal ini sebagian disebabkan oleh dukungan sosial dan emosional yang diterima dari hubungan yang stabil dan mendukung yang dapat berfungsi untuk melindungi seseorang dari konsekuensi psikologis dari situasi kehidupan yang sulit. Mungkin juga mencerminkan fakta bahwa orang yang sakit mental lebih kecil kemungkinannya menikah. Dengan demikian, perbedaan tingkat kesehatan mental adalah hasil dari proses seleksi pernikahan itu sendiri (**Turner dan Gartrel, 1978**). Satu studi baru-baru ini (**Frech dan Williams, 2007**) menemukan bahwa baik pria maupun wanita yang mengalami depresi sebelum menikah mengalami manfaat psikologis yang lebih besar dari pernikahan daripada mereka yang tidak. Mereka mendalilkan bahwa dukungan emosional dari pernikahan dan pengurangan isolasi sosial yang menghubungkan orang dengan lingkaran teman dan kerabat yang lebih luas sangat menguntungkan. Manfaat ini sangat signifikan bagi mereka yang depresi sebelum menikah, tetapi sederhana bagi mereka yang tidak. Semua pria dan wanita merasakan manfaat yang lebih besar dari pernikahan dan

menawarkan tingkat kebahagiaan yang tinggi dengan tingkat konflik yang rendah. Jadi, seharusnya dipahami bahwa manfaat pernikahan pada kesehatan mental bervariasi berdasarkan kondisi tertentu dan keadaan.

7.3 Etiologi

Ada tiga pendekatan utama untuk memahami etiologi penyakit mental, yaitu pendekatan biogenik atau fisiologis (juga disebut model medis), pendekatan lingkungan atau sosial, dan kombinasi keduanya, pendekatan gen-lingkungan. Pandangan tradisional biogenik penyakit mental adalah kondisi yang dapat diamati dan diukur, yang berasal dari patologi psikologis atau biologis individu, yang dapat diterima dengan baik.

Banyak sosiolog telah menantang cara berpikir ini dan mendukung pendekatan sosial. Mereka berpendapat bahwa definisi penyakit mental lebih mengandalkan penilaian sosial subjektif daripada fakta objektif. Thoits (1985) percaya bahwa label penyakit mental diterapkan ketika perilaku tidak konsisten dengan (1) norma kognitif (seseorang berpikir bertentangan dengan norma), (2) norma kinerja (perilaku seseorang bertentangan dengan norma), atau (3) norma perasaan (perasaan seseorang bertentangan dengan jangkauan, intensitas, dan durasi perasaan yang diharapkan dalam situasi tertentu).

Dipercayai bahwa pelanggaran norma perasaan adalah dasar yang paling umum untuk melabeli seseorang sakit jiwa. Akhirnya, aliran pemikiran ketiga mendukung untuk kombinasi dari dua pendekatan. Pendukung pendekatan gen-lingkungan berpendapat bahwa baik faktor biogenik maupun sosial tidak dapat diabaikan dan keduanya dibutuhkan.

7.4 Tren

Beberapa sosiolog yang berfokus pada “sosiologi kesehatan mental” telah menantang keinginan berpikir dalam hal diagnosis klinis dan menyarankan agar fokus pada pengukuran yang mencerminkan jangkauan perasaan dan emosi manusia. Mirowsky dan Ross (2002:152) mendorong “ilmu manusia” yang berpusat pada kehidupan “sebagaimana orang merasakannya dan memahaminya” termasuk pertimbangan diagnostik

penderitaan manusia bahkan jika itu tidak termasuk dalam rumusan kategori sebelumnya. **Kessler (2002)** juga melihat nilai yang lebih besar dalam hal dimensi penilaian (menempatkan setiap individu pada rangkaian tekanan psikologis tanpa mengidentifikasi titik spesifik penyakit mental) daripada prosedur tradisional untuk membuat kategori penilaian (masing-masing individu memiliki atau tidak memiliki penyakit mental).

Ide-ide ini memiliki potensi asli untuk membentuk kembali seluruh pendekatan dalam memahami penderitaan dan tekanan mental manusia. Perkembangan positif dari wacana publik tentang kesehatan dan penyakit mental mungkin lebih terbuka dari sebelumnya dan banyak lagi orang mencari pengobatan. Namun demikian, gangguan mental kurang mendapat perhatian publik daripada penyakit fisik meskipun persentase orang-orang yang mengalami gangguan mental setiap tahun sangat besar. Dalam politik, Clinton membuat ketentuan kontroversial mengenai reformasi layanan kesehatan mental di awal 1990-an namun gagal dan undang-undang reformasi Obama berhasil tahun 2010. Bagi sebagian orang, menyediakan kebutuhan kesehatan mental tidak memiliki legitimasi seperti penyakit lain. Mungkin pertempuran terbesar yang belum dimenangkan dalam mengobati gangguan mental adalah meyakinkan politisi dan lainnya tentang pentingnya menyediakan layanan ini.

8. Ringkasan

Memahami penyebab dan distribusi penyakit dan keadaan sakit membutuhkan perhatian yang diberikan untuk kedua penyebab mendasar (yang mendasari kondisi sosial) dan faktor risiko terdekat. CVD dan kanker menyumbang lebih dari 1,3 juta kematian setiap tahun di Amerika Serikat. Selagi tingkat CVD telah menurun secara substansial dalam beberapa dekade terakhir, ia tetap menjadi pembunuh nomor satu orang Amerika. Tingkat kanker secara keseluruhan meningkat hingga tahun 1990-an, tetapi telah menurun di tahun 2000-an. Kedua penyakit tersebut dipengaruhi oleh penyebab mendasar dan faktor risiko terdekat.

Merokok dan diet merupakan faktor risiko utama untuk kedua penyakit. Kolesterol, tekanan darah tinggi, dan tekanan sosial juga menjadi faktor risiko utama untuk CVD. Mengonsumsi alkohol dan paparan berlebihan dari matahari, radiasi, dan polusi lingkungan, serta bahaya

pekerjaan, merupakan faktor risiko utama untuk kanker. AIDS dimulai dengan infeksi HIV dan selanjutnya ditularkan melalui cairan tubuh atau melalui aktivitas seksual dan plasenta. AIDS adalah masalah kesehatan utama di seluruh dunia, sebab belum ada obatnya, meskipun kemajuan terus dibuat dengan menggabungkan obat-obatan untuk memperlambat perkembangan penyakit.

Alzheimer Disease (AD) adalah penyakit kemunduran mental yang dimulai pada pertengahan hingga akhir kehidupan juga mempengaruhi jutaan orang di Amerika Serikat. Kemajuan signifikan dalam pemahaman penyebab AD telah meningkatkan harapan bahwa pengobatan yang berhasil dapat ditemukan di beberapa tahun berikutnya. Kira-kira satu dari tiga orang mengalami beberapa bentuk gangguan mental setiap tahun. Sebagian besar jenis penyakit mental terjadi namun lebih sedikit ke fasilitas kesehatan yang diperlukan (Weiss & Lonquist, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, R. A., Indriani, C., Arisanti, R. R., Wahdi, A. E., & Hertanti, N. S. (2020). *Buku Teks: Epidemiologi untuk Kesehatan Masyarakat*, (dr R. A. Ahmad, P. dr H. Kusnanto, P. dr M. Hakimi, & dr M. B. Sasogko (eds.)). Gadjah Mada University Press.
- Association, A. (2016). 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 12(4), 459–509. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.03.001>
- Breijyeh, Z., & Karaman, R. (2020). *Comprehensive Review on Alzheimer's Disease*.
- Bustan, D. (2007). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. PT RINEKA CIPTA.
- Capewell, S., Ford, E. S., Croft, J. B., Critchley, J. A., Greenlund, J., & Labarthe, D. R. (2010). *Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. December 2009*, 120–130. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.057885>
- Id, M. H. E. M. B., Id, L. R. L., Sharaievska, I., Rigolon, A., Mcanirlin, O., Id, L. M., Cloutier, S., Vu, M., Thomsen, J., Reigner, N., Metcalf, E. C., Antonio, A. D., Id, M. H., Bratman, G. N., & Alvarez, H. O. (2021). *PLOS ONE Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. May 2020*, 1–27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>
- James M. Swanson. The UK Biobank and Selection Bias (Lancet, 2012) Published: July 14, 2012 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61179-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61179-9)
- John W Daedalus. Frank and J. Fraser Mustard (1994) The Determinants of Health from a Historical Perspective. Vol. 123, No. 4, Health and Wealth (Fall, 1994), pp. 1-19 (19 pages) Published By: The MIT Press
- Kementerian Kesehatan R.I. (2014). *Situasi Kesehatan Jantung*.
- Michael Winkelman (2009). *Culture and Health Applying Medical Anthropology*, Published by Jossey-Bass

- Nangi, M. G., Yanti, F., & Lestari, S. A. (2019). *Dasar Epidemiologi* (A. D. Nabila (ed.); Cetakan Pe). CV BUDI UTAMA.
- Nugroho, K. D., & Sucipto, U. (2020). *Studi Epidemiologi: Dampak Pengabaian Gejala Kanker Bagi Klien dan Keluarga*. 5(1), 46–54.
- Tejero, M. E. (2010). Cardiovascular disease in Latin American women. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 20(6), 405–411. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2010.02.005>
- Weiss, G. L., & Lonnquist, L. E. (2014). *The Sociology of Health, Healing, and Illness* (A. Dodge (ed.); Eight Edit). Nancy Roberts.

BAB V

Epidemiologi dan Kajian Sosial

1. Epidemiologi dan Kajian Sistem Sosial

Kajian-kajian kesehatan masyarakat berkenaan dengan studi Epidemiologi, Biostatistik, Administrasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Studi Perilaku Kesehatan sebagai “tools” untuk memahami objek kajian yang meliputi kesehatan lingkungan, keselamatan dan kesehatan kerja, dan gizi. Bidang epidemiologi mempelajari risiko penyakit yang terjadi dalam suatu populasi. Periode awal ilmu ini berupaya untuk mengidentifikasi mikroorganisme yang menyebabkan epidemi penyakit menular akut. Ahli epidemiologi memperoleh banyak prestasi dalam mengidentifikasi agen penyakit dan mengklasifikasi strategi dan metode penyelesaiannya. Epidemiologi berkembang pesat untuk mengkaji risiko ada penyakit tidak menular. Akan tetapi, pada negara-negara Afrika dan sebahagian negara Asia, populasi masih banyak menderita penyakit menular sekaligus juga menderita penyakit tidak menular, atau disebut “*Double Burden Disease*.”

Secara bertahap, fokus epidemiologi diperluas untuk mengkaji dan mengatasi karakteristik sosial (jenis kelamin, ras, dan kelas sosial), gaya hidup, lingkungan sosial dan fisik. Fokus yang diperluas pada pengaruh faktor sosial dan budaya terhadap risiko penyakit dan kematian ini sering disebut sebagai epidemiologi sosial. Saat ini epidemiologi sosial merupakan pendorong utama dari banyak ahli epidemiologi untuk memperdalam ilmu ini.

Ahli epidemiologi berlangganan dengan pendekatan “jaringan sebab-akibat” berdasarkan keyakinan bahwa sebagian besar pola penyakit perlu dijelaskan oleh faktor kompleks yang melibatkan agen penyakit, inang manusia, dan lingkungan sosial serta fisik. Mc. Kinlay (dalam. 1996) telah menyarankan untuk menambahkan target keempat, yaitu sistem sosial. Memikirkan pengaruh seperti kebijakan penggantian biaya

pemerintah, prioritas rumah sakit dan organisasi lain, dan perilaku penyedia layanan kesehatan, Mc. Kenlay (berpendapat bahwa perilaku kesehatan individu tidak dapat dipisahkan dari pengaruh sistem).

Mc. Kenlay (Gregory L. Weiss & Lynne E. Lonnquist, 2015). menjelaskan bahwa meskipun ahli epidemiologi terus bekerja mempelajari penyakit dan pola penyakit, masyarakat baru mendengar pekerjaan mereka ketika situasi darurat terjadi. Beberapa tahun terakhir di Amerika Serikat misalnya, ada “ketakutan” terhadap salmonella yang ditelusuri dari air irigasi yang terkontaminasi di pertanian lada Serrano di Meksiko, lainnya ditelusuri di perusahaan kacang tanah, dan lada impor. Ketakutan terhadap hepatitis ditelusuri di tempat praktik dokter gigi yang tidak bersih. Ketika orang mulai sakit, para ahli dipanggil untuk mempelajari mereka yang menderita, menentukan kesamaan, menguji produk yang terkontaminasi, dan mengeluarkan produk berbahaya dari rak toko. Situasi darurat lainnya ditemukan, baik epidemi maupun pandemi.

Pada saat melakukan pekerjaan, ahli epidemiologi menggunakan berbagai teknik pengumpulan data termasuk (1) pemeriksaan catatan medis dan *database* dari dokter, rumah sakit, sekolah, perusahaan asuransi, departemen kesehatan masyarakat, serta catatan kelahiran dan kematian; (2) pemeriksaan kesehatan yang sistematis; (3) survei yang berfokus pada kesehatan; dan (4) eksperimen di bawah kondisi yang dikontrol ketat. WHO memantau situasi kesehatan dan tren kesehatan dunia, memberikan dukungan teknis kepada negara-negara dengan sistem perawatan kesehatan mereka dan menjalin kemitraan terprogram, menetapkan norma dan protokol, dan membantu menetapkan agenda penelitian kesehatan dunia. Contoh pekerjaan WHO pada kasus “Epidemi Flu Babi”.

CDC memberikan evaluasi berkelanjutan dari kondisi penyakit dan tanggapan sistematis terhadap kondisi ini. Melalui sistem surveilans nasional, data dianalisis untuk menentukan wabah penyakit, mengkarakterisasi tingkat wabah, dan menentukan kemungkinan efek penyakit pada populasi. *CDC* melaporkan data ini setiap minggu ke departemen kesehatan, lembaga pemerintah, fasilitas akademik, dan publik melalui *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. Model evaluasi berkelanjutan inilah yang dipergunakan oleh hampir semua negara untuk hal yang sama.

2. Transisi Epidemiologi dan Kajian Sosial

Secara historis, setelah berlangsung migrasi besar-besaran antarnegara dan urbanisasi dari desa ke kota, ancaman penyakit menular dan epidemi makin meningkat. Begitu orang mulai berpindah dari satu wilayah dunia ke wilayah lain dan begitu kota-kota yang padat dan tidak bersih muncul di negara-negara tersebut, penyakit menular akut, misalnya pneumonia dan tuberkulosis (TB) mulai menyebar lebih cepat dan bertahan lama. Seiring dengan perkembangan dan modernisasi masyarakat, morbiditas dan mortalitas berubah secara sistematis menjadi penyakit degeneratif kronis (misalnya, penyakit jantung dan kanker). Untuk menangkap transisi epidemiologi ini, Omran (1971) membagi pengalaman kematian umat manusia menjadi tiga tahap, yaitu: Zaman Wabah dan Kelaparan, Zaman Pandemi, dan Zaman Penyakit Degeneratif dan Buatan Manusia.

Zaman wabah dan Kelaparan ada di seluruh dunia selama ribuan tahun dan masih terdapat pada banyak negara berkembang di dunia. Faktor penyebabnya termasuk kurangnya nutrisi yang tepat, sanitasi yang memenuhi syarat, dan air minum yang sehat. Hal tersebut terus menimbulkan epidemi penyakit infeksi dan parasit seperti influenza, pneumonia, diare, cacar, dan TB Bayi. Anak-anak dan wanita usia reproduksi juga berisiko tinggi selama tahap ini dan sekarang sering menjadi korban penyakit yang berhubungan dengan gizi ini. Angka kematian bayi (AKB) tetap sangat tinggi saat ini pada banyak negara berkembang, yakni lebih dari satu setiap sepuluh bayi meninggal pada tahun pertama kehidupan. Selain itu, kesehatan orang dewasa di negara berkembang merupakan masalah yang serius dan berkelanjutan. Data mengungkapkan bahwa dalam ekonomi berbasis pasar industri, risiko kematian antara usia 15 dan 60 tahun adalah 12 % untuk pria dan 5 % untuk wanita. Secara historis, harapan hidup selama tahap wabah dan kelaparan adalah antara 20 dan 40 tahun, meskipun harapan hidup di sebagian besar negara berkembang di dunia saat ini melebihi itu. Di beberapa negara Afrika, bagaimanapun, harapan hidup tetap kurang dari 55 tahun (Gregory L. Weiss & Lynne E. Lonquist (2015)).

Secara historis, akhir 1800-an dan awal 1900-an, industrialisasi dan urbanisasi menyebabkan peningkatan kekayaan masyarakat. Perbaikan

signifikan terjadi dalam sanitasi (misalnya, pasokan air bersih dan sistem pembuangan limbah yang lebih efektif) dan standar hidup (terutama dalam ketersediaan makanan bergizi). Kemajuan dalam pengetahuan medis dan kesehatan masyarakat melanda negara-negara. Perubahan ini menyebabkan *Age of Receding Pandemic*—tahap transisi—yakni risiko kematian akibat penyakit menular dan parasit menurun dan risiko penyakit degeneratif meningkat. Orang-orang mulai bertahan hidup sampai usia yang lebih tua, sehingga mereka lebih mungkin untuk mengalami dan meninggal karena penyakit-penyakit degeneratif. Secara historis, selama tahap ini, harapan hidup adalah sekitar 50 tahun.

Era Penyakit Degeneratif dan Penyakit Buatan Manusia tiba pada pertengahan 1900-an. Dengan stabilisasi kematian akibat penyakit menular akut pada tingkat yang relatif rendah dan kematian akibat penyakit degeneratif meningkat secara signifikan dan menjadi penyebab kematian paling umum. Selama tahap ketiga ini, tingkat kematian menurun jauh dari masa sebelumnya. Harapan hidup mencapai sekitar 70 tahun atau lebih untuk negara maju dan 60 tahun pada beberapa negara berkembang.

Era tahun 2000-an, umumnya diyakini bahwa penurunan angka kematian yang dialami selama periode ketiga menempatkan harapan hidup pada batas biologisnya. Namun, memasuki tahun 2000-an, terjadi penurunan kematian yang tidak terduga dan cepat akibat penyakit degeneratif utama pada banyak negara maju. Penurunan pertama mempengaruhi orang paruh baya, tetapi akhirnya kehidupan orang tua juga diperpanjang. Sebaliknya, *trend* kenaikan terlihat menjadi ciri dari negara-negara berkembang untuk penyakit-penyakit degeneratif.

Dengan demikian, masyarakat modern memasuki periode keempat sejarah epidemiologi—Zaman Penyakit Degeneratif menjadi tertunda. Selama era ini, risiko kematian akibat penyakit degeneratif kronis terus berlanjut, tetapi didorong kembali ke usia yang lebih tua. Baik pengurangan faktor risiko perilaku (misalnya, penurunan kebiasaan merokok dan peningkatan kontrol tekanan darah) maupun kemajuan teknologi medis bertanggung jawab atas perubahan ini. Para ahli menyebut bahwa tahap epidemiologi yang kelima adalah Usia, Obesitas, dan Ketidakaktifan yang saat ini sedang terjadi dan telah berlangsung selama beberapa dekade terakhir. Dia mengatakan bahwa kemajuan yang dibuat

untuk menunda penyakit dan kematian ke tahap kehidupan selanjutnya mulai dirusak oleh epidemi obesitas. Data menunjukkan bahwa lebih dari dua pertiga orang dewasa hampir di semua negara mulai kelebihan berat badan dan sepertiga memenuhi definisi obesitas.

3. **Epidemi Penyakit Masa Depan**

- **Penyakit Degeneratif yang Terus Menggejala**

Era Penyakit Degeneratif yang tertunda, Usia Obesitas dan Ketidakaktifan menimbulkan pertanyaan baru tentang kesehatan penduduk. Apakah perpanjangan hidup akan terus berlanjut? Jika demikian, apakah itu akan menghasilkan tambahan kesehatan atau tambahan tahun cacat? Akankah gaya hidup yang lebih sehat dan penundaan penyakit kronis memperlambat proses penuaan? Akankah kematian meningkat karena penyakit lain? Apakah akan ada wabah penyakit epidemik yang berkelanjutan (misalnya, AIDS dan peningkatan angka TB dan malaria baru-baru ini) Satu hal yang pasti, kecuali Usia Obesitas dan Ketidakaktifan secara dramatis membalikkan perbaikan harapan hidup baru-baru ini dalam semua segmen populasi lansia tanpa memandang kelas sosial yang diperkirakan akan meningkat dalam jumlah yang absolut.

- **Peningkatan Penyakit Menular yang Mengkhawatirkan**

Dalam beberapa tahun terakhir, ahli epidemiologi telah menemukan pola yang dapat sangat mengganggu transisi epidemiologi. Beberapa penyakit menular, termasuk TB, sifilis, gonore, dan pneumonia bakteri menjadi semakin resisten terhadap antibiotik yang telah berhasil mengalahkannya. Malaria (disebarkan oleh parasit) hampir diberantas di dunia pada tahun 1965, namun hari ini malaria masih menginfeksi lebih dari 200 juta orang setiap tahun. Difteri (penyakit saluran pernapasan atas yang disebabkan oleh bakteri) mempengaruhi hingga 200.000 orang setiap tahun. Untuk penyakit TB, 9 juta orang setiap tahun mengembangkan TB aktif, dan sekitar 1,4 juta orang meninggal karenanya. Setelah hampir ditaklukkan, sekarang TB muncul kembali sekitar 10.000 kasus per tahun.

Beberapa pola yang berhubungan dengan penyakit menular terlihat jelas. *Pertama*, mewakili masalah global. Sekitar sepertiga dari semua

kematian di dunia saat ini disebabkan oleh penyakit menular sebagai pembunuh tunggal terbesar. *Kedua*, penyakit ini menjadi ancaman yang meningkat di Amerika Serikat. Gabungan kedua masalah ini sekarang mewakili penyebab utama ketiga kematian hampir semua negara maju dalam kesehatan, dan tingkat kematian akibat penyakit menular telah melonjak dalam 20 tahun terakhir. *Ketiga*, banyak antibiotik yang dulu berhasil untuk penyakit ini tidak lagi efektif. Beberapa penyakit menular telah menjadi kebal terhadap obat tradisional dan akan lebih banyak lagi yang menjadi resisten. WHO memperkirakan bahwa sebahagian besar orang di dunia memiliki TB dan resistan terhadap berbagai obat (tidak satu pun dari dua obat yang paling efektif melawan TB dan dapat mengalahkan virus). Pada tahun 2008 sepertiga dari mereka meninggal (Organisasi Kesehatan Dunia, 2010 b). Akhirnya, respons terhadap penyakit menular harus di tingkat dunia. Namun, baik CDC maupun WHO mencatat bahwa status kesiapsiagaan terhadap wabah penyakit epidemi tidak memadai sebab terbukti angka TB dan penyakit menular lainnya terus meningkat. Sekarang Upaya sedang dilakukan untuk belajar sebanyak mungkin dari situasi (seperti berkaitan dengan SARS, Flu Burung dan terakhir Covid-19) apakah mungkin ditaklukkan? Adakalanya upaya kesehatan masyarakat sebagian besar berhasil, tetapi tidak menjadi prioritas terutama pada negara-negara berkembang.

4. Harapan Hidup dan Mortalitas

Ketika menggunakan data dan proyeksi kematian saat ini, harapan hidup mencerminkan jumlah rata-rata tahun seseorang yang lahir pada tahun tertentu dapat mengharapkan untuk hidup. Rata-rata harapan hidup di seluruh dunia adalah sekitar 70 tahun, tetapi statistik ini menyamarkan variasi yang signifikan. Harapan hidup adalah sekitar 78 tahun di negara-negara modern (sekarang beberapa di atas 80 tahun), tetapi hanya sekitar 67 tahun di negara-negara berkembang (beberapa penduduk Afrika masih berusia 40-an). Harapan hidup meningkat secara signifikan di sebagian besar negara dalam 20 tahun terakhir, terutama di beberapa negara berkembang besar seperti Cina dan India.

Meskipun menghabiskan lebih banyak uang secara signifikan untuk perawatan kesehatan daripada negara lain mana pun, Amerika Serikat

terbukti memiliki tarif yang buruk dalam kaitannya dengan negara lain. Terdapat pola yang dapat dilacak ke faktor-faktor seperti tingkat cedera yang tidak disengaja (termasuk overdosis obat), tingkat yang lebih tinggi, penyakit tidak menular, lebih banyak masalah perinatal (termasuk komplikasi kehamilan dan trauma kelahiran), dan tingkat pembunuhan yang lebih tinggi.

- **Apakah Epidemio Menular Baru Telah Dihilangkan?**

Penyakit menular yang baru dan pertama di abad ke-21 adalah SARS sindrom pernapasan akut mendadak. SARS tampaknya berasal dari pedesaan Cina pada akhir 2002 dan pertama kali dilaporkan pada Februari 2003. Penyakit ini menyebar dari pelancong internasional ke Eropa, Amerika Utara, dan seluruh Asia. Seperti diakui dunia bahwa SARS seringkali berakibat fatal, kepanikan yang cukup besar terjadi, terutama di daerah-daerah seperti Singapura, Hong Kong, dan Toronto tempat wabah terbesar terjadi. Di kota-kota ini, beberapa sekolah ditutup, seluruh keluarga dikarantina, orang-orang mengenakan masker bedah untuk mengurangi kemungkinan tertular penyakit, beberapa rumah sakit ditutup, dan beberapa siswa yang belajar di luar negeri dibawa pulang. Beberapa ahli mendalilkan bahwa SARS bisa menjadi pandemi yang tidak terkendali. Namun, pada bulan Juli, kemunculan pertama SARS telah ditaklukkan, sebanyak 8.000 orang tertular penyakit itu, dan 10 % di antaranya meninggal karenanya.

Bagaimana pengendalian SARS dicapai? Keberhasilannya berasal dari upaya kolaboratif ahli epidemiologi dan ahli kesehatan masyarakat di seluruh dunia yang dipimpin oleh World Health Organization dan CDC. Mereka dengan cepat mengidentifikasi sumber penyakit sebagai virus tertentu. Mereka menentukan bahwa orang yang meninggal diserang oleh jenis yang lebih mematikan dan sudah memiliki sistem kekebalan yang lemah. Mereka menemukan bahwa virus awalnya menempel pada hewan dan gen dalam virus bermutasi, memungkinkannya untuk kemudian menempel pada jaringan manusia. Berbagai upaya dilakukan untuk mengendalikan virus di dalam rumah sakit, mempelajari cara terbaik merawat pasien, melakukan studi laboratorium, mencegah perjalanan ke kota-kota dengan kejadian terbanyak, dan mengarangtina pasien. Sebagian

besar setuju bahwa SARS bisa menjadi penyebab kematian tragis di seluruh dunia.

Apa yang dipelajari dari SARS? Bahwa dunia adalah satu tempat dan semua area dipengaruhi oleh apa yang terjadi di tempat lain. Tindakan kesehatan masyarakat yang lebih efektif diperlukan di seluruh dunia sehingga program pengendalian penyakit menular tradisional dapat berhasil (WHO, 2015). Penyakit menular sangat kuat dan sangat sulit untuk dihilangkan sama sekali sebagaimana terbukti ketika beberapa kasus SARS muncul kembali di China pada tahun 2004. Namun, tidak ada kasus SARS di dunia yang dilaporkan sejak tahun 2004.

Variasi Sosio Demografi dan Harapan Hidup dalam Kelas Sosial

Kelas atas memiliki keunggulan yang berbeda daripada mereka yang kurang mampu dalam hal harapan hidup. Rata-rata, orang dengan pendapatan rendah hidup kurang lebih 7-10 tahun, lebih sedikit daripada orang yang pendapatan ekonominya di atas rata-rata. Tingkat pendidikan dan status pekerjaan adalah dua komponen status sosial ekonomi yang ditemukan sebagai salah satu prediktor kesehatan yang paling penting. Hal tersebut menjadikan orang menggunakan layanan kesehatan yang lebih preventif dan cenderung menunda mencari perawatan ketika sakit (Thaha, 2015.).

Penjelasan yang diajukan menunjukkan kepada kita bahwa orang-orang yang hidup dalam lingkungan sehat terkait dengan harapan hidup yang lebih baik dibandingkan dengan di wilayah kumuh perkotaan atau di desa terpencil. Kesenjangan tersebut mulai menurun. Namun, pada tahun 2010, orang yang hidup dalam lingkungan sehat dengan etnis tertentu rata-rata 5 tahun lebih lama daripada orang dengan etnis lain. Penyebab utama kematian sama yaitu penyakit jantung, kanker, penyakit paru-paru, dan stroke, namun orang-orang miskin meninggal karena penyakit ini pada usia yang lebih dini.

Upaya seharusnya dilakukan untuk menjelaskan tingkat kematian yang lebih rendah pada kelas sosial tertentu, yang mungkin karena faktor makanan atau kehidupan keluarga yang sehat dan jaringan pendukung sosial ekonomi lebih baik.

5. Apa yang Menjelaskan Perbedaan Rasial dan Etnisitas yang Berlanjut dalam Kematian

Gregory L. Weiss & Lynne E. Lonquist (2015) menerangkan dengan sangat baik perbedaan ras dan etnis yang terus berlanjut dalam kematian dan harapan hidup dan menunjukkan perbedaan sosial yang nyata dan kritis di beberapa negara termasuk Amerika Serikat pada tahun 2012.

Hubungan antara beberapa faktor epidemiologi sosial dan kematian mungkin lebih jelas daripada sebelumnya, tetapi penelitian telah mendokumentasikan semua faktor ini sebagai pengaruh. Misalnya, bagaimana segregasi tempat tinggal rasial berdampak pada kematian? Seperti telah dijelaskan bahwa karena pemisahan tempat tinggal di daerah perkotaan, maka masyarakat tinggal di lingkungan yang lebih miskin daripada orang masyarakat di lingkungan yang baik, dengan pendapatan yang sama. Lingkungan terbukti mempengaruhi kesempatan pendidikan dan pekerjaan, yang mempengaruhi pendapatan dan akses ke asuransi kesehatan yang bertingkat dengan fasilitas pelayanan berbeda. Tingkat pengangguran yang tinggi dan upah yang rendah dikaitkan dengan tingkat kelahiran di luar nikah perkawinan usia dini. Rumah tangga dengan orang tua tunggal, yang pada gilirannya terkait dengan tingkat pengawasan yang lebih rendah dan tingkat perilaku kekerasan yang meningkat. Lingkungan yang lebih miskin lebih sering terkena dampak lingkungan. Artinya, Persepsi tentang keamanan lingkungan terbukti berhubungan dengan kemampuan untuk mendapatkan latihan fisik yang memadai. Baik industri tembakau maupun alkohol sering kali menargetkan produk mereka ke lingkungan yang lebih miskin. Dengan demikian, lingkungan tempat tinggal seseorang dikaitkan dengan berbagai macam faktor yang pada akhirnya mempengaruhi tingkat kematian.

Satu studi menentukan bahwa sekitar 38% dari perbedaan kematian rasial disebabkan oleh perbedaan pendapatan. Sekitar 31 % yang tinggal di daerah miskin (baik kota maupun desa) memiliki lebih banyak faktor risiko tinggi karena merokok dan umumnya lebih tinggi karena insiden hipertensi, kadar kolesterol tinggi, dan diabetes; dan sisanya 31% disebabkan oleh kurangnya akses ke layanan kesehatan dan perbedaan lingkungan sosial dan fisik. Olehnya, kita dapat mengidentifikasi bahwa

mengidentifikasi pendidikan, pendapatan, dan kekayaan lebih berpengaruh selain gaya hidup dan asuransi kesehatan.

Saat ini, harus diakui terjadi Perlakuan Tidak Setara: Menghadapi Kesenjangan Etnis serta kemiskinan dalam Perawatan Kesehatan. Diperlukan riset menyeluruh dari penelitian tentang perbedaan kesehatan pada kasus ini. Meskipun mengakui pengaruh penting yang dijelaskan di atas, buku ini memusatkan perhatian pada apa yang dapat dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan dan sistem perawatan kesehatan untuk mengurangi atau menghilangkan disparitas. Bagian dari analisis menunjukkan, selain perbedaan etnis dan status kekayaan dalam layanan perawatan kesehatan bahkan setelah perbedaan sosial ekonomi dikendalikan. Penelitian seharusnya menyoroti hal ini dan mampu menunjukkan perbedaan yang terjadi dalam pengobatan penyakit jantung tidak dijelaskan oleh tingkat keparahan penyakit atau oleh faktor klinis lainnya. Perbedaan pengobatan ini menyebabkan kematian yang lebih tinggi untuk mereka yang miskin. Beberapa penelitian telah mendokumentasikan perbedaan ras dalam penggunaan tes diagnostik, dalam pemberian pengobatan kanker.

Bagian penting dari perlakuan yang tidak setara adalah rekomendasi apa yang dapat dilakukan baik di tingkat makro maupun mikro untuk mengatasi disparitas tersebut. Misalnya, direkomendasikan agar semua penyedia layanan kesehatan disadarkan bahwa ketidaksetaraan itu ada meskipun ada niat terbaik dari penyedia layanan kesehatan individu. Untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam bekerja dengan pasien dari berbagai latar belakang, semua penyedia layanan masa depan harus menjalani beberapa pendidikan lintas budaya. Pendidikan seharusnya berfokus pada (1) sikap (kepekaan dan kesadaran budaya), (2) pengetahuan (kelompok budaya), dan (3) keterampilan kerja melayani masyarakat dengan latar belakang budaya yang berbeda.

- **Pengukuran**

Sebahagian bayi meninggal pada tahun pertama kehidupan, satu juta di antaranya meninggal pada hari pertama kelahiran, umumnya kematian ini terjadi di negara berkembang. Kematian bayi didefinisikan sebagai jumlah kematian bayi untuk setiap 1.000 bayi yang lahir. Rumus angka kematian bayi adalah:

*Jumlah total kematian dalam populasi tertentu orang
di bawah usia satu tahun pada tahun tertentu*

$$\frac{\text{-----X 1000}}{\text{Jumlah kelahiran hidup selama setahun}}$$

Epidemiolog membagi angka kematian bayi menjadi dua komponen: **angka kematian neonatal** (kematian bayi dalam 28 hari pertama kehidupan) dan **angka kematian postneonatal** (kematian antara 29 hari dan 1 tahun kehidupan). Angka kematian bayi digunakan sebagai indikator kualitas perawatan kesehatan di suatu negara. Angka kematian pascakelahiran sebenarnya merupakan indikator yang lebih baik karena dua alasan. **Pertama**, kematian pada 28 hari pertama kehidupan seringkali merupakan akibat langsung dari masalah atau kesulitan genetik dalam proses melahirkan. **Kedua**, menggunakan angka neonatal untuk menilai kualitas atau pemberian perawatan menciptakan situasi yang tidak logis. Teknologi perawatan kesehatan yang lebih baik dapat mempertahankan kehidupan awal, tetapi tidak dapat dipertahankan dalam jangka panjang. Semakin tinggi angka kematian neonatal, semakin rendah evaluasi sistem perawatan kesehatan (bayi yang meninggal saat lahir tidak dihitung dalam angka kematian bayi; bayi yang ditopang dan diberi kesempatan hidup, tetapi meninggal dalam 28 hari pertama adalah terhitung). Angka kematian postneonatal merupakan cerminan yang lebih baik daripada bayi yang meninggal karena kondisi sosial lingkungan.

- **Kecenderungan**

Angka kematian bayi di seluruh dunia terus menurun sejak awal 1900-an. Angka ini menurun akibat perbaikan jangka panjang dari faktor-faktor, seperti peningkatan status sosial ekonomi, perumahan, air bersih, dan susu pasteurisasi. Penemuan medis seperti antibiotik dan imunisasi, perawatan dan persalinan prenatal yang lebih baik, dan terobosan teknologi dalam perawatan bayi (seperti perawatan intensif neonatus dan teknik bedah baru) juga penting.

Terlepas dari penurunan angka kematian bayi ini, peringkat Indonesia dan beberapa negara berkembang jauh di bawah sebagian besar negara dengan sumber daya yang sebanding. Dalam beberapa tahun

terakhir, sebagian besar negara-negara ini telah mengalami penurunan yang lebih cepat dalam tingkat kematian bayi daripada di Indonesia. Beberapa peneliti bertanya apakah ada perbedaan di antara negara-negara dalam metode penghitungan kematian bayi? Jika demikian, apakah pelaporan diferensial ini berkontribusi relatif lebih tinggi di beberapa negara? Jawaban untuk bagian pertama dari pertanyaan ini adalah, ya. Beberapa negara menggunakan variasi dalam formula AKB dan variasi ini berkontribusi pada penurunan angka kematian bayi. Sebagian besar negara—termasuk Indonesia mempertimbangkan semua bayi yang lahir dalam penghitungan AKB. Beberapa negara lain misalnya, Irlandia dan Polandia—menganggap hanya bayi yang lahir dengan berat minimal 500 gram. Dengan demikian, bayi terkecil dan paling rentan yang paling mungkin meninggal—dikecualikan. Hal ini berdampak pada penurunan AKB mereka. Prancis dan Belanda hanya menghitung bayi dengan berat minimal 500 gram atau dengan usia kehamilan minimal 22 minggu.

Untuk menjawab pertanyaan bagian kedua, para peneliti telah menghitung besarnya perbedaan yang dibuat dalam IMR dengan variasi formula dan telah menemukan bahwa mereka memiliki efek keseluruhan yang sangat kecil. Mengingat bahwa sebagian besar negara menggunakan formula yang sama seperti Indonesia dan mengingat sedikitnya jumlah bayi yang dikeluarkan dari penghitungan di negara lain relatif terhadap jumlah kelahiran yang dihitung, ada validitas dalam membandingkan negara-negara secara internasional. Meskipun mungkin ada sedikit pergerakan peringkat ke atas atau ke bawah untuk negara tertentu, harus ada konsistensi yang cukup besar. Dalam semua perhitungan, Indonesia masih memiliki AKB relatif tinggi. Sejauh ini, satu-satunya kondisi yang paling berbahaya adalah bayi yang lahir di bawah 2500 gram. Kondisi ini merupakan penentu utama sekitar 75 % dari semua kematian pada bulan pertama dan 60 % dari semua kematian bayi. Berat badan lahir rendah juga berisiko untuk bayi mengalami kelainan bawaan seperti malformasi otak dan tulang belakang, cacat jantung, dan cacat jangka panjang seperti cerebral palsy, autisme, keterbelakangan mental, serta gangguan penglihatan dan pendengaran.

Secara makro, beberapa faktor struktural sosial (sosial, ekonomi, dan politik) secara langsung mempengaruhi angka kematian bayi. Ada

hubungan yang kuat antara status ekonomi dan semua faktor mikro yang meningkatkan kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah. Wanita miskin mengalami lebih banyak masalah kesehatan selama kehamilan dan jauh lebih kecil kemungkinannya untuk menerima perawatan pranatal yang memadai (jika ada). Beberapa hasil studi program magister dan doktoral di Indonesia tentang tingkat kematian bayi, membandingkan pengaruh faktor struktur sosial (persentase orang dalam kemiskinan, persentase orang populasi miskin, jumlah pemisahan tempat tinggal dan variabel layanan kesehatan, seperti jumlah relatif dokter terhadap populasi dan proporsi pengeluaran negara untuk perawatan kesehatan). Para peneliti menemukan bahwa faktor struktur sosial jauh lebih kuat terkait dengan tingkat kematian bayi. Meskipun daya tarik hanya berfokus pada faktor penjelas tingkat individu, sangat penting untuk mempertimbangkan pengaruh faktor struktural sosial sebagai penentu kematian bayi.

6. Variasi Menurut Etnis dan Kelas Sosial

Kematian Bayi

Tingkat kematian bayi secara keseluruhan menutupi perbedaan signifikan yang ada antara berbagai etnis serta antara bayi yang lahir di rumah miskin dan lebih makmur. Angka kematian bayi 1 sampai 1½ kali lebih tinggi dalam keluarga di bawah tingkat kemiskinan. Bayi pada etnis tertentu lebih dari dua kali lipat kemungkinan lahir dengan berat badan rendah dan meninggal sebelum usia 1 tahun daripada etnis lainnya. Kemungkinan yang lebih tinggi untuk tertular penyakit selama kehamilan, kecenderungan yang jauh lebih besar untuk melahirkan anak saat masih remaja, dan kecil kemungkinannya untuk menerima perawatan prenatal yang memadai.

Gregory L. Weiss & Lynne E. Lonquist (2015). dan rekan-rekannya mengaitkan kemungkinan yang lebih besar dari bayi berat lahir rendah dengan peningkatan risiko prematuritas. Beberapa penelitian yang sangat baik telah menekankan pentingnya faktor struktur sosial sebagai penjelasan untuk perbedaan tingkat kematian bayi pada lingkungan buruk dan lingkungan sehat. Beberapa sudi telah mendokumentasikan dampak kemiskinan; segregasi etnis (terkait dengan kekurangan layanan kota dan layanan medis dan memiliki biaya hidup yang meningkat); dan

pemberdayaan politik (angka kematian bayi yang lebih rendah di kota-kota dengan kekuatan ekonomi yang lebih besar), mungkin karena berkurangnya perasaan putus asa dan ketersediaan yang lebih besar serta kecenderungan untuk menggunakan layanan kesehatan yang sesuai.

Kematian Ibu

Data menunjukkan bahwa 1000 wanita meninggal setiap karena komplikasi kehamilan atau persalinan. Angka kematian ibu jelas mengenai angka jumlah kematian kasar yang lebih dari 300.000 kematian ibu setiap tahun. Sebahagian besar kematian terjadi di negara berkembang. Meskipun angka ini sangat besar, sebenarnya menurun sekitar 50 % dibandingkan dengan angka tahun 1990 hingga 2010 dan 2015. Kematian ibu didefinisikan sebagai jumlah wanita yang meninggal dalam proses melahirkan terhadap setiap 100.000 kelahiran hidup.

Upaya sedang dilakukan untuk memastikan bahwa semua wanita hamil memiliki penolong persalinan yang terampil. Mereka adalah para profesional perawatan kesehatan yang terakreditasi (dokter, bidan, dan perawat) yang dapat melakukan persalinan normal, mengidentifikasi dan menangani komplikasi, dan merujuk ibu ke tingkat perawatan berikutnya. Agar efektif, petugas yang terampil harus memiliki akses terhadap obat dan peralatan serta harus didukung oleh infrastruktur yang mencakup sistem rujukan dan fasilitas kesehatan yang berkualitas. “Pola Kematian di Negara Berkembang akibat kurangnya perawatan prenatal sebagai faktor risiko utama kematian. Satu dari empat wanita hamil di semua negara berkembang masih mengalami komplikasi besar, seperti tekanan darah tinggi dan perdarahan. perawatan pranatal dapat bermanfaat bagi wanita hamil dan juga janinnya.

7. Morbiditas

Morbiditas mengacu pada jumlah penyakit, kerusakan, dan kecelakaan dalam suatu populasi karena beberapa alasan, sebuah konsep yang lebih sulit diukur daripada kematian. Definisi penyakit sangat bervariasi antarindividu dan antarkelompok. Beberapa orang memiliki penyakit dan tidak menyadarinya, yang lain mengira mereka memiliki penyakit meskipun tidak ada konfirmasi klinis. Bahkan jika seseorang

sakit, perawatan di rumah digunakan sebagai pengganti perawatan profesional, sehingga penyakitnya tidak pernah dilaporkan secara resmi. Pada kasus berkonsultasi ke dokter, hasil pemeriksaan mungkin dilaporkan atau tidak karena undang-undang tidak mewajibkan pelaporan semua penyakit. Penyakit menular tertentu, seperti TBC, polio, campak, gondok, dan cacar air dapat dilaporkan dan lainnya, seperti kanker dan penyakit jantung, tidak dilaporkan. Jika catatan tertulis (seperti catatan rumah sakit) digunakan, hanya kasus yang ditangani secara profesional yang dihitung. Hal ini mengakibatkan perkiraan jumlah kasus menjadi terlalu rendah.

Sebagian besar data morbiditas yang diandalkan dikumpulkan melalui survei kesehatan, seperti Survei Wawancara Kesehatan Nasional. Teknik pengambilan sampel sangat berhasil dalam mewakili suatu populasi, data yang akurat masih bergantung pada ingatan responden, dan pelaporan masih mencerminkan persepsi individu tentang penyakit.

- **Pengukuran**

Dua teknik epidemiologi digunakan secara luas untuk menentukan distribusi sosial dan ekologi penyakit dan penyakit: insidensi dan prevalensi.

Insiden dan Prevalensi. Insiden penyakit, gangguan, atau kecelakaan mengacu pada jumlah kasus baru yang ditambahkan ke populasi dalam periode tertentu. Misalnya, seseorang dapat melaporkan kejadian AIDS selama setahun terakhir yang akan ditafsirkan sebagai jumlah orang yang baru didiagnosis dengan AIDS dalam 12 bulan terakhir. Misalnya, prevalensi di suatu negara saat ini akan menjadi jumlah total orang yang hidup dan telah didiagnosis dengan AIDS. Insiden dan prevalensi bersama-sama membantu mengidentifikasi pola penyakit.

- **Pola dan Variasi Sosiodemografi dalam Morbiditas**

Satu pendekatan untuk mengetahui sejauh mana morbiditas yang ada adalah dengan mengumpulkan informasi tentang aktivitas terbatas sehari-hari, yang didefinisikan sebagai hari saat seseorang mengurangi aktivitasnya selama lebih dari setengah hari karena sakit atau cedera. Di Amerika Serikat, pada tahun 2001, rata-rata orang mengalami 11,3 hari aktivitas terbatas. Sebagaimana dirangkum dalam Tabel 3-6, penyakit dan

cedera lebih tinggi pada orang miskin daripada orang kaya, orang kulit hitam daripada orang kulit putih atau Hispanik, perempuan daripada laki-laki, dan mereka yang menganggap diri mereka sehat-sehat saja atau buruk.

Bagian berikutnya secara singkat mengkaji hubungan antara morbiditas dan usia, SES, ras, dan jenis kelamin. Informasi ini dilengkapi dengan kotak, “Hubungan Penting antara Kesehatan dan Keterlibatan dalam Hubungan Sosial yang Positif”.

- **Usia**

Kesehatan anak di negara maju dengan penghasilan yang sangat memadai telah berubah secara dramatis dalam empat dekade terakhir. Satu per satu, penyakit menular utama yang dulu membahayakan anak-anak telah dihilangkan atau dikurangi secara signifikan dengan imunisasi yang meluas. Cacar telah dibasmi dan polio akan segera hilang. Difteri, demam berdarah, kolera, tetanus, pneumonia, campak, gondong, dan batuk rejan semakin jarang terjadi di negara ini (walaupun banyak penyakit ini terus menjangkiti anak-anak di negara berkembang). Meskipun lebih dari tiga perempat anak-anak di negara maju mendapatkan semua imunisasi pada ulang tahun ketiga mereka, beberapa anak, terutama di daerah perkotaan dan pedesaan, tidak. Selain itu, beberapa individu dan organisasi baru-baru ini menuduh bahwa imunisasi dasar dapat menyebabkan reaksi alergi dan kemungkinan meningkatkan kondisi seperti kematian buaian (sindrom kematian mendadak pada bayi). Sementara beberapa orang tua sekarang merasa ambivalen tentang imunisasi, sebagian besar ahli epidemiologi menekankan bahwa negara perlu tetap waspada dalam memastikan bahwa anak-anak diimunisasi terhadap penyakit ini. Karena prevalensi penyakit menular ini telah menurun, ahli epidemiologi meningkatkan perhatian pada empat kondisi lain yang berkontribusi terhadap morbiditas di kalangan anak-anak dan remaja.

1. Pola makan yang buruk dan kurang olahraga

Gizi buruk dan kurang olahraga yang mengakibatkan obesitas di kalangan remaja, telah menjadi masalah utama. Diperkirakan sebanyak 30 % remaja mengalami kelebihan berat badan dan persentasenya terus meningkat. Pola ini diciptakan oleh kondisi kembar, yaitu peningkatan

persentase remaja yang mengonsumsi makanan yang kurang bergizi, tinggi lemak, dan tinggi gula (seperti kebanyakan makanan cepat saji) dan persentase yang menurun untuk mendapatkan jumlah olahraga yang disarankan. Sementara pola yang sama ini menjadi ciri orang dewasa, pola yang ditetapkan pada masa remaja sangat sulit untuk dipatahkan.

2. Penggunaan tembakau, alkohol, dan obat-obatan lainnya

Merokok di kalangan pemuda meningkat secara substansial selama tahun 1990-an, kemudian menurun sampai tahun 2003, dan telah mendarat sejak saat itu. Indonesia, namun pada negara berkembang sekitar 20 % siswa SMA merokok, 11 % merokok cerutu, dan 5 % menggunakan tembakau tanpa asap. Laki-laki sedikit lebih mungkin untuk merokok dibandingkan perempuan, dengan persentase di tengah produksi tembakau yang terus meningkat dan didukung dengan regulasi yang mengambil keuntungan atas nama pajak. Penggunaan alkohol dan zat adiktif juga terus meningkat pada tingkat penggunaan yang sama dalam beberapa tahun terakhir. Sekitar 30 % dari mereka yang berusia 12 hingga 20 tahun meminum alkohol (7 % adalah peminum berat; 15 % pesta minuman keras; lebih dari 10 % mengemudi setelah minum). Setelah mencapai puncaknya pada tahun 1960-an, penggunaan obat-obatan terlarang (misalnya, ganja, kokain, dan ekstasi) di kalangan pemuda menurun, tetapi sedikit meningkat pada awal 2000-an, dengan pengecualian ganja yang meningkat, dan agak menurun dalam beberapa tahun terakhir.

3. Aktivitas seksual dan kehamilan

Dalam beberapa tahun terakhir aktivitas seksual remaja meningkat dan penggunaan kontrasepsi meningkat. Sekitar 50 % remaja aktif secara seksual di mana 20 % pada usia 15 tahun, 25 % pada usia 18 tahun, dan selebihnya pada usia 19 tahun ke atas). Satu dari tujuh memiliki setidaknya empat pasangan seksual dan sekitar 30 % tidak menggunakan kondom secara rutin. Penggunaan kondom secara teratur telah meningkat di kalangan remaja. Siswa kelas 9 yang aktif secara seksual lebih cenderung menggunakan kontrasepsi secara teratur daripada siswa kelas 12. Ini berarti bahwa sebagian besar remaja rentan terhadap infeksi menular seksual dan kehamilan dini. Remaja pada wilayah miskin memiliki tingkat

kehamilan yang lebih tinggi, kesenjangan telah menyempit dalam beberapa tahun terakhir. Seorang ibu remaja lebih mungkin untuk tidak menyelesaikan sekolah dan menganggur.

4. Kekerasan

Pelecehan fisik adalah masalah yang semakin diakui, seperti halnya pelecehan emosional dan seksual. Peningkatan substansial dalam kasus kekerasan fisik dan seksual dilaporkan telah terjadi sejak tahun 1980, meskipun peningkatan tersebut sebagian disebabkan oleh pelaporan yang lebih baik. Bunuh diri dan pembunuhan meningkatkan bahaya bagi anak-anak dan remaja dengan viktimisasi yang semakin mungkin terjadi di fasilitas sekolah. Pembunuhan adalah penyebab utama kematian kedua untuk orang berusia 16 hingga 24 tahun.

Di ujung lain, spektrum usia dan tingkat kesehatan di kalangan lansia telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Penyebabnya pola makan yang terkontrol, lebih banyak olahraga, dan perawatan kesehatan yang lebih maju dan mudah diakses. Terlepas dari kenyataan bahwa masalah kesehatan meningkat di tahun-tahun berikutnya, orang tua sekarang cenderung menilai status kesehatan mereka sendiri sebagai baik. Lebih sedikit laporan yang berkaitan dengan kondisi fisik. Penilaian ini sesuai dengan evaluasi dokter dan tampak realistis dibandingkan dengan kebutuhan lansia yang berkurang untuk tingkat fungsi aktif, karena sebagian besar tidak lagi menjadi orang tua atau bekerja.

Banyak yang percaya bahwa rentang hidup manusia relatif terbatas dan tetap, rata-rata sekitar 70 tahunan pada negara seperti Indonesia. Peningkatan kesehatan akan menekan timbulnya morbiditas dan kecacatan pada tahun-tahun kehidupan selanjutnya. Ini akan menghasilkan peningkatan kualitas hidup dan pengurangan kebutuhan akan perawatan medis. Lainnya berpendapat bahwa harapan hidup meningkat lebih cepat daripada timbulnya morbiditas yang tertunda. Mereka memperkirakan bahwa peningkatan harapan hidup akan disertai dengan penambahan penyakit kronis dan kecacatan.

8. Status Sosial Ekonomi

House, Kessler, dan Herzog (1990) telah menyelidiki hubungan antara status sosial ekonomi dan tingkat kesehatan (diukur dengan jumlah kondisi kronis, status fungsional, dan keterbatasan aktivitas sehari-hari) pada berbagai usia. Mereka menemukan sejumlah besar morbiditas yang dapat dicegah dan keterbatasan fungsional dalam strata sosial ekonomi yang lebih rendah dari masyarakat Amerika. Perbedaan antara orang miskin dan tidak miskin sangat besar bagi mereka yang berusia antara 35 dan 75 tahun.

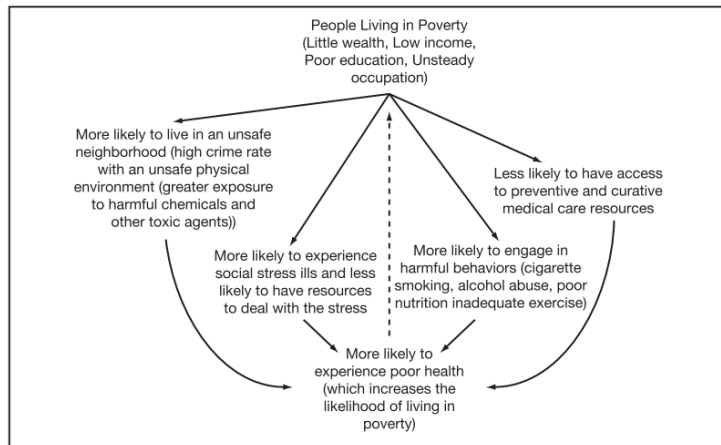
Kelemahan status kesehatan pada usia paruh baya dan usia dini dijelaskan oleh kerentanan kelompok ini terhadap sejumlah faktor risiko psikososial dan lingkungan. Ini termasuk paparan yang lebih besar terhadap bahaya fisik, kimia, biologi, dan psikososial; peningkatan stres karena pekerjaan yang tidak tetap yang terjamin dan berakibat keuangan yang tidak memadai; dan tingkat partisipasi yang lebih besar dalam berbagai perilaku berbahaya seperti merokok dan konsumsi alkohol serta kebiasaan makan yang lebih buruk dan kurang olahraga. Variasi di antara kelompok sosial ekonomi dalam faktor-faktor risiko ini tampaknya relatif kecil pada masa dewasa awal, lebih besar selama awal usia paruh baya, dan kemudian kecil lagi pada usia yang lebih tua (House, Kessler, dan Herzog, 1990 dan). Gambar 3-1 adalah representasi dari satu model bagaimana kemiskinan mempengaruhi morbiditas dan mortalitas.

Masyarakat dengan kelas sosial yang lebih rendah lebih mungkin tinggal dan bekerja di daerah dengan kondisi kimia yang berbahaya dan cenderung tidak terlibat dalam jaringan sosial yang mendukung. Kondisi ini menyebabkan tingkat stres psikologis yang lebih tinggi. Orang miskin lebih cenderung terlibat dalam perilaku tertentu yang merusak kesehatan (misalnya, merokok) dan sebagian karena tingkat stres yang tinggi. Perilaku gaya hidup yang berbahaya, tingkat stres yang tinggi, dan kurangnya jaringan pendukung semuanya berkontribusi pada peningkatan morbiditas dan mortalitas lebih tinggi. Mereka sering kali tidak mampu membayar perawatan preventif atau terapeutik sehingga masalah kesehatan sering kali tidak mendapat perhatian segera, dan kondisi yang serius memburuk.

Etnis dan Risiko

Salah satu tren terkait kesehatan yang paling mengecilkan hati dalam dekade terakhir adalah memburuknya kondisi kesehatan etnis tertentu, baik negara adidaya seperti Amerika maupun di negara berkembang, termasuk Indonesia. Tingkat morbiditas lebih tinggi untuk etnis dan ras tertentu daripada etnis lainnya untuk sebagian besar penyakit, termasuk penyakit jantung, kanker, diabetes, pneumonia dan influenza, penyakit hati dan sirosis, cedera akibat kecelakaan, dan AIDS. Orang pada etnis tertentu mengalami lebih banyak masalah kesehatan, mulai dari awal kehidupan, dan kesehatan mereka memburuk lebih cepat. Beberapa, tetapi tidak semua, dari kerugian kesehatan ini disebabkan oleh status ekonomi yang lebih rendah. Namun, pada semua usia dan tingkat status sosial ekonomi, orang miskin dengan lingkungan yang buruk lebih banyak masalah kesehatan daripada (Ferraro dan Farmer, 1996).

Figure 3-1 The Cycle of Poverty and Pathology



Source: Adapted from Diana B. Dutton, "Social Class, Health, and Illness," pp. 31–62 in *Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*, Linda H. Aiken and David Mechanic, eds. Copyright © 1986 by Rutgers, the State University. Reprinted by permission of Rutgers University Press.

Penelitian telah menemukan bahwa ras dan etnis terbukti menciptakan beban tambahan pada kesehatan masyarakat Williams (2012) berpendapat bahwa beban tambahan ini berasal dari tiga faktor utama.

- a. Indikator SES tidak setara antar-ras. Orang dengan etnis tertentu yang memiliki pendapatan lebih kecil, dan daya beli lemah.

- b. Kesehatan dipengaruhi oleh kesulitan ekonomi sepanjang perjalanan hidup—tidak hanya pada saat ini. Dengan demikian, ada kesulitan kesehatan kumulatif.
- c. Diskriminasi baik institusional (misalnya, pemisahan tempat tinggal yang mengarah ke lingkungan yang lebih berbahaya bagi kesehatan tempat minoritas tinggal) maupun individu, telah ditemukan sebagai sumber signifikan tekanan psikologis yang membahayakan kesehatan.
- d. Kesehatan orang Asia dan Kepulauan Pasifik sangat beragam seperti halnya orang-orang yang juga beragam. Mereka yang lahir di Amerika Serikat dalam budaya yang mapan sangat mirip tingkat kesehatannya dengan populasi secara keseluruhan. Akan tetapi, pada sebagian besar indikator utama, orang Asia dan Kepulauan Pasifik adalah yang paling sehat dari semua kelompok ras/etnis di negara ini. Contoh di Amerika, sebagian besar kelompok Hispanik—terutama Puerto Rico—kurang berhasil baik dalam indikator morbiditas daripada orang kulit putih. Tingkat diabetes, TB, hipertensi, dan AIDS semuanya sangat tinggi di komunitas Hispanik. Seperti kelompok lain, orang Hispanik di bawah tingkat kemiskinan berada pada risiko khusus.

9. Hubungan Penting antara Kesehatan dan Keterlibatan Hubungan Sosial yang Positif di Lapangan

• Hubungan Sosial Positif

Pengaruh penting dari hubungan sosial pada sikap dan perilaku manusia didokumentasikan dengan baik oleh sosiolog dan ilmuwan sosial lainnya. Dalam 30 tahun terakhir, sosiolog medis telah berusaha untuk memahami lebih baik dampak hubungan sosial terhadap kesehatan dan penyakit. Temuan kuncinya adalah bahwa keterlibatan dalam hubungan sosial yang positif memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan. Orang dewasa yang memiliki akses sosial dan pendapatan lebih tinggi memiliki kehidupan yang lebih sehat, cenderung tidak menderita penyakit dan menjadi lebih baik ketika penyakit ini terjadi (Umberson dan Montez, 2011).

Bagaimana partisipasi hubungan sosial yang positif bermanfaat bagi kesehatan? Umberson dan Montez (2011) mengidentifikasi dalam tiga jalur. **Pertama**, hubungan sosial meningkatkan kemungkinan terlibat dalam perilaku sehat dan mampu menarik diri dari perilaku tidak sehat. Interaksi dengan orang lain dapat menciptakan rasa tanggung jawab terhadap mereka (misalnya, orang tua mungkin menjadi lebih sadar kesehatan sebagai anutan bagi anak-anak atau untuk lebih mampu merawat mereka). Ini adalah penjelasan perilaku. Di luar manfaat pertama ini, tetapi terkait dengannya adalah teori modal sosial yang menyatakan bahwa mungkin ada sumber daya berharga yang ditemukan dalam jaringan sosial. Sumber daya ini dapat memberikan informasi kesehatan yang bermanfaat, membantu dalam memungkinkan perilaku mempromosikan kesehatan, meningkatkan akses ke sumber daya yang bermanfaat, dan menambah harga diri individu dan konsep diri yang positif (Song dan Lin, 2009).

Kedua, penjelasan psikososial menegaskan bahwa hubungan sosial dapat memberikan berbagai manfaat psikososial. Mereka menjadi sumber penting dukungan emosional, meningkatkan kesehatan mental, membantu dalam menangani stres, dan memberikan kebahagiaan dan tujuan hidup yang lebih besar. Sebagai contoh, penelitian terbaru terhadap minoritas seksual Latino menemukan bahwa mereka yang secara aktif terlibat secara lokal lebih mampu menghadapi stigmatisasi sosial, merasakan tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi, dan kecil kemungkinannya untuk terlibat dalam perilaku berisiko seksual yang berpotensi membahayakan kesehatan.

Ketiga, penelitian telah menemukan bahwa hubungan yang mendukung orang lain memiliki efek menguntungkan karena sistem kekebalan tubuh yang baik, sistem endokrin, sistem kardiovaskular mengurangi efek negatif tubuh dari stres sosial. Ini adalah penjelasan fisiologis.

Tentu saja, tidak semua hubungan sosial itu positif. Partisipasi dalam hubungan negatif dapat menimbulkan kerugian kesehatan selain gagal memberikan manfaat kesehatan. Dalam kedua kasus, partisipasi dalam hubungan sosial mempengaruhi kesehatan sepanjang perjalanan hidup dan memiliki dampak kumulatif pada kesehatan.

- **Jenis Kelamin**

Pria memiliki prevalensi yang lebih tinggi dari kondisi fatal dengan tingkat kematian yang lebih banyak. Morbiditas pada wanita lebih banyak untuk sebagian besar penyakit akut (termasuk penyakit menular dan pernapasan) dan sebagian besar kondisi kronis. Untuk pria dan wanita berusia 45 dan lebih tua, radang sendi dan hipertensi tinggi, tetapi di atas usia 75, gangguan pendengaran dan penyakit jantung menjadi lebih umum (keduanya masalah yang lebih besar untuk pria).

Lima alasan ditawarkan untuk menjelaskan perbedaan gender dalam morbiditas.

- a. Risiko biologis. Ini hasil dari perbedaan gen atau hormon. Wanita memiliki perlindungan intrinsik yang lebih baik. Kondisi reproduksi (kehamilan, persalinan, dan gangguan masa nifas) menyumbang sejumlah besar—tetapi tidak semua—perbedaan morbiditas bahkan pada usia 17 hingga 44 tahun.
- b. Risiko didapat karena perbedaan aktivitas kerja dan waktu luang, gaya hidup dan kebiasaan kesehatan, serta tekanan psikologis. Risiko yang didapat berbeda untuk pria dan wanita. Beberapa perilaku gaya hidup, seperti merokok, konsumsi alkohol, dan bahaya pekerjaan, lebih sering terjadi pada pria. Lainnya, seperti aktivitas santai yang kurang aktif, kelebihan berat badan, stres dan ketidakbahagiaan, dan tekanan peran, lebih banyak dikaitkan dengan wanita. Sebagian besar analisis menganggap ini sebagai penjelasan paling penting untuk perbedaan gender dalam mortalitas dan bagian penting dari penjelasan untuk perbedaan gender dalam morbiditas.
- c. Aspek psikososial gejala dan perawatan. Hal ini mengacu pada cara orang merasakan gejala, menilai tingkat keparahannya, dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk meringankan atau menyembuhkan masalah kesehatan. Perbedaan gender dalam menanggapi penyakit mungkin berasal dari sosialisasi masa kanak-kanak atau orang dewasa. Karena itu, kekhawatiran perempuan lebih dapat diterima dalam merenungkan dan mendiskusikan gejala. Adanya kondisi fisiologis seperti menstruasi, kehamilan, menyusui, dan menopause dapat mendorong wanita untuk lebih memperhatikan tubuhnya dan lebih jeli terhadap perubahan

fisiologis. Banyak penelitian telah mengonfirmasi bahwa wanita menempatkan nilai yang lebih tinggi pada kesehatan dan memiliki lebih banyak orientasi pencegahan terhadap kesehatan. Ini mungkin merupakan faktor penjelas terpenting lainnya dalam perbedaan morbiditas.

- d. Perilaku pelaporan kesehatan. Wanita lebih bersedia untuk mengakui gejala dan penyakit serta mencari perawatan dibandingkan dengan pria. Dalam sebuah penelitian, wanita ditemukan secara signifikan melaporkan gejala terkait sakit kepala dan mencari layanan perawatan kesehatan untuk sakit kepala mereka bahkan setelah mengontrol tingkat keparahannya (Celetano, Linet, dan Stewart, 1990). Bergantung pada sumber datanya, sebagian dari perbedaan ini mungkin berhubungan dengan perbedaan yang berkelanjutan antara posisi sosial ekonomi laki-laki dan perempuan. Perempuan lebih mudah mengatur kunjungan medis, sebab kebanyakan olehnya jika ada anggota keluarga yang sakit, kemungkinan besar perempuan yang akan sakit, karena perempuan rata-rata berpenghasilan lebih rendah daripada laki-laki. Selain itu, di banyak keluarga “tugas” istri adalah merawat anak-anak yang sakit atau berada di rumah pada hari-hari biasa maupun liburan sekolah.
- e. Pengalaman sebelumnya dengan perawatan kesehatan dan pengasuh. Laki-laki menggunakan lebih sedikit layanan perawatan kesehatan. Sebagai hasil dari partisipasi yang lebih besar dalam perawatan diri dan perhatian terhadap status kesehatan, wanita memperoleh lebih banyak manfaat dari penyedia layanan kesehatan dan menerima penguatan yang lebih positif dari perhatian mereka (Verbrugge, 1990).

10. Disabilitas

Menjadi “cacat” atau disabilitas telah mengalami penurunan yang signifikan dalam 20 tahun terakhir. Dalam sejarah pola pikir masyarakat Barat, disabilitas adalah kejadian pribadi dan kegagalan individu. Biasanya, terfokus pada defisit, kelainan, dan keterbatasan fungsional. Seringkali, definisi disabilitas hanya terfokus pada memiliki setidaknya

satu kondisi fisik yang cacat. Misalnya, seseorang dengan satu tangan atau kaki akan dianggap sebagai penyandang disabilitas. Sikap masyarakat terhadap disabilitas berbeda-beda dipandang dari aspek simpati hingga ketidakpedulian dan terjadi pengucilan (Barnes dan Mercer, 2010).

Sebagian besar sikap sentimen itu masih ada sampai sekarang meskipun pemahaman tentang disabilitas telah bergeser ke fokus pada apa yang mampu dilakukan tubuh terhadap tuntutan yang diberikan. WHO (2013) mendefinisikan disabilitas sebagai gangguan, keterbatasan aktivitas, dan pembatasan partisipasi.

Disabilitas mungkin berupa cacat fisik atau mental dan mungkin termasuk keterbatasan motorik atau sensorik. Contoh evolusi orientasi ini adalah dengan mempertimbangkan situasi individu penyandang disabilitas yang gagal mendapatkan pekerjaan. Secara tradisional, masyarakat mungkin telah berfokus pada hal ini sebagai kekurangan individu. Tingkat pekerjaan bagi penyandang disabilitas jauh lebih rendah daripada populasi lainnya. Hal ini lebih dilihat sebagai masalah struktural bahwa lingkungan kerja disusun sedemikian rupa sehingga tidak sesuai untuk penyandang disabilitas atau bahkan mencerminkan sikap diskriminatif terhadap penyandang disabilitas (Barnes dan Mercer, 2010).

Pengukuran disabilitas bervariasi dari satu studi ke studi lainnya, yaitu identifikasi siapa yang disabilitas dan siapa yang bukan atau apa yang disabilitas dan yang bukan, tidak selalu sama. Namun demikian, pada tahun 2011, WHO dan World Bank menjelaskan bahwa berdasarkan laporan ada 1.000.000 orang di seluruh dunia hidup sebagai penyandang disabilitas dan 80 % di antaranya hidup dan tinggal di negara berkembang. Menurut laporan tersebut, penyandang disabilitas dua kali lebih mungkin menemukan penyedia layanan kesehatan yang tidak siap untuk memenuhi kebutuhan mereka. Hampir tiga kali lebih mungkin untuk pengobatan ditolak, dan empat kali lebih mungkin diperlakukan dengan buruk (World Health Organization and World Bank, 2011).

Orang Asia lebih kecil kemungkinannya perempuan dilaporkan lebih banyak mengalami kecacatan daripada laki-laki. Gregory L. Weiss & Lynne E. Lonquist (2015) menyebut Perempuan juga kehilangan lebih banyak hari untuk sekolah dan kerja serta lebih banyak menghabiskan waktu di tempat tidur daripada laki-laki. Orang-orang dalam kelompok

berpenghasilan rendah rata-rata jumlah disabilitasnya hampir tiga kali lipat dibandingkan orang-orang dalam kelompok berpenghasilan tinggi. Kurangnya sarana keuangan mereka sering mengakibatkan tidak mendapatkan akses ke layanan yang dibutuhkan. Hal ini tentunya akan menghambat keberhasilan penanganan kondisi medis kronis dan membuatnya lebih sulit untuk bertahan hidup dalam komunitas

Disabilitas sangat berkaitan dengan orang berusia 65 tahun ke atas yang tiga kali lebih mungkin mengalami disabilitas dibandingkan orang yang lebih muda. Namun, disabilitas di kalangan manula telah menurun selama dua dekade terakhir karena peningkatan status ekonomi dan kemajuan medis terbukti berkontribusi pada perubahan penting ini.

Status kesehatan dan disabilitas sering dikaitkan karena banyak masalah kesehatan muncul dari atau terkait dengan penyebab utama disabilitas. Kondisi sekunder ini sering dikaitkan dengan kondisi kehidupan. Misalnya, luka akibat tekanan dan gangguan muskuloskeletal umum terjadi pada mereka yang duduk di kursi roda atau tempat tidur. Kondisi medis yang rumit ini tidak hanya dapat timbul dari imobilitas atau tidak beraktivitas, tetapi juga akibat dari perkembangan kondisi kecacatan awal, seperti gangguan penglihatan pada penderita diabetes. Tentu saja, memungkinkan seseorang mengalami cacat namun dalam kondisi sehat (misalnya, seseorang yang buta). Pada tahun 2010, orang yang berusia 65 tahun ke atas, sekitar 42 % sebagai penyandang disabilitas berat dan 72 % sebagai penyandang disabilitas tidak berat yang dikategorikan dalam kondisi kesehatan cukup, baik, hingga sangat baik.

11. Ringkasan

Sebelum urbanisasi dan migrasi, ancaman penyakit menular dan epidemi sangat minim. Penyakit dan epidemi mulai menyebar dengan munculnya kota-kota dan akses yang membelah masyarakat menjadi 2 kategori yaitu miskin dan kaya. Perkembangan teori dan kemajuan kedokteran, serta pemahaman yang lebih besar tentang pentingnya faktor sosial dalam penularan kuman penyakit, membuat ancaman penyakit epidemi telah berkurang. Dalam masyarakat modern, penyakit degeneratif kronis telah menggantikan penyakit infeksi akut sebagai penyebab kematian yang paling sering.

Rata-rata jumlah tahun hidup yang diharapkan dari harapan hidup kelahiran telah meningkat secara dramatis, bagi negara berkembang terutama seperti afrika, masih tertinggal di belakang banyak negara lain. Perbaikan signifikan juga telah dilakukan dalam angka mortalitas secara keseluruhan, angka mortalitas bayi dan ibu di Asia dan Afrika termasuk di Amerika masih memiliki angka yang lebih tinggi daripada di kebanyakan negara modern lainnya. Karakteristik sosiodemografi merupakan penentu signifikan dari harapan hidup, mortalitas, morbiditas, dan disabilitas dalam populasi. Secara umum, orang miskin paling rentan terhadap penyakit, disabilitas, dan kematian. Pria memiliki angka mortalitas yang jauh lebih tinggi daripada wanita, meskipun wanita mengalami lebih banyak morbiditas.

KEPUSTAKAAN

1. Barnes, Colin, and Geof Mercer. 2010. *Exploring Disability: A Sociological Introduction* (2nd ed.). Malden, MA: Polity Press.
2. Celetano, David D., Martha S. Linet, and Walter F. Stewart. 1990 “Gender Differences in the Experience of Headache.” *Social Science and Medicine*, 30:1289–1295. 2013 *Leading Causes of Death*. www.cdc
3. Ely Danielle M & Anne K. Driscoll. 2019. *Infant Mortality in the United States, 2017: Data From the Period Linked Birth/Infant Death File*. National Vital Statistics Reports. Volume 68, Number 10
4. Flegal, Katherine M., Margaret D. Carroll, Cynthia L. Ogden, and Lester R. Curtin. 2010 “Prevalence and Trends in Obesity Among U.S. Adults,
5. Gregory L. Weiss & Lynne E. Lonnquist (2015). *The Sociology Of Health, Healing, And Illness*, Eighth Edition. by Pearson Education, Inc
6. Maryani, Herti, dkk. Modeling Life Expectancy for Men and Women in Indonesia 2016. (2018). *Jurnal Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol 21. 71-81. Humaniora dan Manajemen Kesehatan. Surabaya
7. Miladinov Goran. 2021. Measuring of the socio-economic causes of infant mortality in Macedonia, Turkey and Albania. *Journal of Public Health*
8. Nasry Noor. *Epidemiologi Penyakit Infeksi Menular*. 2021. Penerbit UPT Unhas Press. Makassar, Indonesia
9. Patel Kamalesh Kumar et al. 2021. Determinants of Infant mortality in Pakistan: evidence from Pakistan Demographic and Health Survey 2017-2018. *Journal of Public Health*. Volume 29 (693-701)
10. Ridwan M. Thaha. 2020. Modul Ilmu Sosial dan Ilmu Perilaku Kesehatan, Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
11. Omran, A.R. 1971. “The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change.” *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49:309–338.

BAB VI

Komunikasi dan Kesehatan Masyarakat dari Teori ke Praktik

1. Komunikasi dan Komunikasi Kesehatan

(1) Definisi Komunikasi

Terdapat beberapa definisi komunikasi kesehatan yang memiliki arti dan atribut yang sama. Untuk mencapai definisi komunikasi dalam kesehatan masyarakat, uraian pada bagian ini menganalisis definisi yang berbeda sehingga ditemukan pengertian-pengertian komunikasi kesehatan yang aplikatif dalam kesehatan masyarakat. Analisis ini dimulai dari makna literal dan historis dari kata komunikasi kesehatan. Pemahaman tentang teori dan praktik komunikasi membutuhkan refleksi atas arti harfiah dari beberapa kata komunikasi. Definisi komunikasi menurut Kamus Encarta (2007) sebagai berikut.

- a. Pertukaran informasi, antarindividu, misalnya, dengan berbicara, menulis, atau menggunakan sistem tanda dan perilaku yang umum;
- b. Pesan dalam bentuk lisan atau tertulis sebagai tindakan komunikasi;
- c. Menciptakan hubungan satu rasa saling pengertian dan simpati;
- d. Mengakses sebuah sarana sebagai akses pintu penghubung.

Merujuk definisi di atas, secara tersurat dapat membantu mendefinisikan modalitas intervensi komunikasi yang dirancang dengan baik. Artinya, komunikasi harus didasarkan pada pertukaran informasi dua arah yang menggunakan “sistem tanda dan perilaku yang umum.” Pertukaran informasi dua arah harus dapat diakses dan menciptakan “perasaan saling pengertian dan simpati” di antara anggota tim komunikasi dengan audiens atau kelompok kunci. Dengan kata lain, semua kelompok yang ingin dilibatkan dalam program komunikasi kesehatan melakukan proses komunikasi.

Dalam buku ini, istilah audiens diartikan sebagai yang dituju dan kelompok kunci, keduanya digunakan secara bergantian. Namun, istilah kelompok kunci mungkin lebih cocok untuk mengakui sifat partisipatif intervensi komunikasi kesehatan yang dirancang dengan baik pada masyarakat. Preferensi berhubungan dengan kondisi dan model dari budaya organisasi yang berbeda sehingga dapat mengatasi kemungkinan kondisi pasif. Penggunaan istilah kelompok kunci dapat menunjukkan pentingnya petugas komunikasi kesehatan masyarakat menciptakan kepemilikan kelompok kunci atas proses komunikasi dan benar-benar memahami prioritas, kebutuhan, dan preferensi sebagai premis utama untuk semua intervensi komunikasi.

Selain pengertian audiens, juga diperlukan memberi arti harfiah dari kata komunikasi. Komunikasi harus diperjelas artinya sebagai penggunaan sarana atau jalur komunikasi, seperti media massa atau media-media sosial yang terbukti dapat diakses dalam jumlah yang sangat besar oleh audiens. Hal ini digunakan untuk menjangkau dan berhubungan dengan kelompok kunci melalui pesan dan materi komunikasi kesehatan. Dalam konteks harfiah, pesan adalah “pintu penghubung” yang memungkinkan intervensi komunikasi kesehatan menjangkau dan melibatkan kelompok yang dituju.

Komunikasi berakar pada kebutuhan untuk berbagi pesan dalam makna dan ide. Tinjauan tentang asal-usul dan interpretasi bentuk-bentuk awal komunikasi, seperti menulis, menunjukkan bahwa banyak alasan yang mungkin membuat orang mulai mengembangkan notasi grafik. Begitu juga dengan bentuk-bentuk awal penulisan lainnya yang terdaftar dalam komunikasi kesehatan.

Salah satu pertanyaan terpenting “Mengapa menulis dimulai dan untuk alasan spesifik apa orang harus menulis?” (Houston, Dalam). Meskipun jawabannya masih diperdebatkan, banyak teori mapan yang menyatakan bahwa menulis berkembang karena kebutuhan negara dan kebutuhan memformalkan pesan. Menulis menjadi tradisi yang kuat dalam berkomunikasi, misalnya pada masyarakat tradisional. Berbagai suku bangsa telah mengenal bentuk-bentuk awal tulisan untuk membantu penguasa lokal mengendalikan bawahan dan mengesankan saingan melalui propaganda-propaganda yang ditulis. Dengan kata lain, menulis ditujukan untuk berspekulasi bahwa keinginan dan kebutuhan mempengaruhi dan

berhubungan dengan orang lain adalah alasan-alasan terpenting munculnya bentuk-bentuk awal tulisan. Kebutuhan ini juga terlihat dalam banyak bentuk komunikasi lain yang berusaha menciptakan persetujuan, pengakuan, pemberdayaan, atau keramahan.

(2) Kata Kunci Komunikasi

- a. **Saluran Komunikasi:** Jalur yang dipilih oleh perencana program untuk menjangkau khalayak yang dituju dengan pesan dan materi komunikasi kesehatan.
- b. **Komunikasi Kesehatan:** Bidang penelitian, teori, dan praktik multifaset dan multidisiplin. Artinya dalam komunikasi dala pengertian praktik adalah upaya komunikasi yang dilakukan untuk mengampnyekan dan memberdayakan individu dan masyarakat. Dengan demikian, mereka akan mengubah yang pada akhirnya akan meningkatkan hasil kesehatan individu, komunitas, dan publik.

(3) Apa itu Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah bidang kajian ilmiah yang berkembang pesat saat ini. Ilmu ini semakin penting untuk kesehatan masyarakat baik pada kajian pelayanan kesehatan primer, sekunder maupun tersier yang ada pada pelayanan kesehatan nonprofit (pemerintah) ataupun pelayanan profit (swasta). Banyak penulis dan organisasi mencoba untuk mendefinisikan atau menyempurnakan pengertian komunikasi kesehatan dari waktu ke waktu. Pengembangan komunikasi kesehatan sebagai ilmu bersifat multidisiplin, sehingga banyak definisi yang diajukan menunjukkan perbedaan satu sama lain. Namun demikian, ketika dianalisis sebagian besar menunjukkan perhatian pada peranan komunikasi kesehatan dalam mempengaruhi, mendukung, dan pemberdayaan individu, komunitas, profesional, maupun layanan kesehatan. Baik untuk mengadopsi perilaku baru dan atau mempertahankan perilaku yang telah dimiliki, akibat perubahan kebijakan yang berkenaan dengan upaya peningkatan status kesehatan individu, komunitas, dan masyarakat serta perilaku profesionalitas petugas kesehatan.

Secara teoretis, penerapan komunikasi kesehatan secara tepat terbukti mampu membantu petugas dan manajer kesehatan untuk dapat

menetapkan konteks yang tepat dalam pengembangan komunikasi dua arah. Komunikasi terjadi antara profesional kesehatan masyarakat, individu, komunitas, dan masyarakat dalam layanan kesehatan masyarakat. Hal ini juga membantu peningkatan kemampuan mengidentifikasi sejak dini kebutuhan pelatihan-pelatihan kepada staf profesional dan organisasi lembaga swadaya masyarakat atau orang lain yang terlibat dalam proses komunikasi. Ini juga akan membantu menciptakan pola pikir dan kapasitas organisasi, yang tepat, yang mengarah pada penggunaan pendekatan komunikasi yang berhasil untuk mencapai tujuan khusus kelompok, pemangku kepentingan, dan komunitas.

(4) Definisi Komunikasi Kesehatan

(CDC, 2012a) menyebut pengertian komunikasi kesehatan yang lebih luas secara intrinsik terkait dengan potensi dan dampaknya terhadap populasi yang rentan dan kurang terlayani. Populasi yang rentan termasuk kelompok yang memiliki risiko lebih tinggi untuk kesehatan fisik, psikologis, atau sosial yang buruk, misalnya, anak-anak, orang tua, orang yang hidup dengan disabilitas, populasi migran, dan orang-orang tertentu. kelompok resmi yang terkena stigma dan diskriminasi sosial). Populasi terlayani termasuk kelompok yang secara geografis, etnis, sosial, atau komunitas tertentu memiliki akses yang memadai ke layanan dan infrastruktur atau informasi kesehatan. Dalam Sehat Untuk Semua 2010 dikatakan “Gunakan strategi komunikasi kesehatan untuk meningkatkan kesehatan penduduk dan kualitas perawatan kesehatan, dan untuk mencapai pemerataan kesehatan,” (Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS, 2012b). Ekuitas kesehatan menyediakan kesempatan yang sama kepada setiap orang untuk tetap sehat atau untuk mengatasi penyakit kritis secara efektif, tanpa memandang ras, jenis kelamin, usia, kondisi ekonomi, status sosial, lingkungan, dan faktor-faktor lain yang ditentukan secara sosial.

Hal ini dapat dicapai hanya dengan menciptakan lingkungan yang menerima dan mendukung informasi untuk dapat dibagikan, dipahami, diserap, dan didiskusikan secara memadai oleh komunitas dan sektor yang berbeda dengan cara yang inklusif dan mewakili kelompok yang rentan dan kurang terlayani. Hal ini membutuhkan pemahaman mendalam tentang

kebutuhan, keyakinan, tabu, sikap, gaya hidup, sosial ekonomi, lingkungan, dan norma sosial dari semua kelompok dan sektor utama yang terlibat atau harus dilibatkan dalam proses komunikasi. Ini juga menuntut komunikasi yang didasarkan pada pesan yang mudah dipahami sebab komunikasi adalah “proses memahami dan berbagi makna”.

Pengertian **populasi rentan** yaitu kelompok yang memiliki risiko lebih tinggi untuk kesehatan fisik, psikologis, atau sosial yang buruk. Tidak ada kondisi memadai yang mendukung hasil positif. Tentu berbeda dengan pengertian populasi yang kurang terlayani, yaitu kelompok yang secara geografis, etnis, sosial, atau komunitas tertentu yang tidak memiliki akses informasi yang memadai ke pelayanan kesehatan. Dari pengertian kedua istilah ini diperlukan kebijakan untuk **Keadilan Kesehatan** yaitu memberi setiap orang kesempatan yang sama untuk tetap sehat atau untuk mengatasi penyakit dan krisis secara efektif, tanpa memandang ras, jenis kelamin, usia, kondisi ekonomi, status sosial, lingkungan, dan faktor sosial lainnya.

Contoh praktis untuk menggambarkan definisi ini adalah perbedaan antara membuat lelucon polos tentang sifat kepribadian seorang teman dan melakukan hal yang sama tentang kolega atau kenalan baru. Teman tersebut kemungkinan besar akan menertawakan lelucon tersebut, sedangkan kolega atau kenalan baru mungkin tersinggung. Dalam komunikasi, memahami konteks terutama tentang hidup dan mati seperti dalam kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan, merupakan proses strategis jangka panjang. Hal ini membutuhkan pemahaman yang benar tentang kelompok dan komunitas utama yang ingin dilibatkan serta kemauan dan kemampuan untuk beradaptasi dan mendefinisikan kembali tujuan, strategi, dan kegiatan intervensi komunikasi berdasarkan partisipasi dan umpan balik audiens.

Intervensi komunikasi kesehatan telah berhasil digunakan selama bertahun-tahun oleh organisasi kesehatan masyarakat dan nirlaba, yang terkait dengan kesehatan. Seperti yang dicatat oleh banyak penulis, komunikasi kesehatan diambil dari berbagai disiplin ilmu dan bidang teoretis, terutama pendidikan kesehatan, ilmu sosial dan perilaku. [WHO], 2003). Hal ini bergantung pada kegiatan komunikasi atau area tindakan yang berbeda, termasuk komunikasi antarpribadi, media massa dan

komunikasi media baru, komunikasi kebijakan strategis dan advokasi publik.

Tabel 1.1 Definisi Komunikasi Kesehatan

Kata Kunci	Definisi
Untuk menginformasikan dan mempengaruhi keputusan (individu dan komunitas)	<ul style="list-style-type: none"> • “Komunikasi kesehatan adalah strategi kunci untuk menginformasikan [penekanan ditambahkan di seluruh tabel] kepada publik tentang masalah kesehatan dan penting untuk mempertahankan masalah kesehatan dalam agenda publik” • Komunikasi kesehatan adalah “sarana untuk pencegahan penyakit melalui modifikasi perilaku. • Komunikasi kesehatan adalah proses untuk pengembangan dan penyebaran pesan ke khalayak tertentu • “Komunikasi kesehatan adalah penggunaan teknik dan teknologi komunikasi untuk mempengaruhi individu, populasi, dan organisasi
Memotivasi individu dan kelompok kunci	<ul style="list-style-type: none"> • “Seni dan teknik menginformasikan, mempengaruhi dan memotivasi individu, institusi, dan khalayak tentang masalah kesehatan yang penting.” • “Komunikasi kesehatan efektif bila mampu mempengaruhi secara luas
Ubah perilaku, raih hasil sosial dan perilaku	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi kesehatan masyarakat telah mempengaruhi perubahan perilaku secara kredibel terkait dengan komunikasi kesehatan masyarakat. • strategi komunikasi kesehatan yang dirancang, diterapkan, dan dievaluasi secara kolaboratif dan strategis • Komunikasi kesehatan dan disiplin ilmu lainnya “mungkin memiliki beberapa perbedaan, tetapi memiliki tujuan yang sama: menciptakan perubahan sosial
Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang masalah yang berhubungan dengan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • “Tujuan komunikasi kesehatan adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang isu-isu yang berhubungan dengan kesehatan dan untuk meningkatkan status kesehatan dari audiens yang dituju” • “Komunikasi berarti proses menciptakan pemahaman sebagai dasar pembangunan. Ini menekankan pada interaksi orang “(Agunga, 1997, hlm. 225).
Memberdayakan orang	<ul style="list-style-type: none"> • “Komunikasi memberdayakan orang dengan memberi pengetahuan dan pemahaman tentang masalah kesehatan tertentu dan intervensi”

Kata Kunci	Definisi
	<ul style="list-style-type: none"> • “Proses komunikasi sangat penting untuk praktik pemberdayaan yang lebih luas di mana orang dapat mencapai pemahaman mereka sendiri tentang masalah, untuk mempertimbangkan dan mendiskusikan ide, untuk bernegosiasi, dan untuk terlibat dalam debat publik di tingkat komunitas dan nasional”
Pertukaran, pertukaran informasi, dialog dua arah	<ul style="list-style-type: none"> • “Komunikasi kesehatan adalah pengembangan ilmiah, penyebaran strategis, dan evaluasi kritis dari informasi kesehatan yang relevan, akurat, dapat diakses, dan dapat dipahami oleh publik” yang dituju (Bernhardt, 2004, p.2051).
Menarik	<ul style="list-style-type: none"> • “Salah satu yang paling penting dan sebagian besar tidak dikenal adalah dimensi komunikasi kesehatan efektif yang berkaitan dengan seberapa terlibat komunikasi tersebut. Agar berhasil bersaing untuk perhatian audiens, komunikasi yang berhubungan dengan kesehatan harus dipoles dan menarik

Tabel 1.1 di atas menyajikan beberapa definisi terbaru dari komunikasi kesehatan dan disusun berdasarkan kata kunci yang paling umum digunakan untuk menggambarkan komunikasi kesehatan dan perannya. Terbukti bahwa “berbagi makna atau informasi,” “memengaruhi individu atau komunitas,” “menginformasikan,” “memotivasi individu dan kelompok kunci,” “bertukar informasi,” “mengubah perilaku,” “melibatkan,” “memberdayakan,” dan “mencapai hasil perilaku dan sosial” adalah di antara atribut yang paling umum dari komunikasi kesehatan. Jika mengintegrasikan perspektif berbasis praktik ini dengan banyak definisi seperti pada Tabel 1.1, maka dapat dirumuskan suatu definisi sebagai berikut: **Komunikasi kesehatan** adalah bidang penelitian, teori, dan praktik multifaset dan multidisiplin untuk mempengaruhi perilaku dan meningkatkan hasil kesehatan.

(5) **Komunikasi Kesehatan di Abad ke-20: Karakteristik Utama dan Ciri-Ciri Penentu**

Definisi di atas akan semakin dianggap sebagai bagian integral dari sebagian besar intervensi kesehatan masyarakat (Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS, 2012a; Bernhardt, 2004). Ini adalah

pendekatan komprehensif yang mengandalkan pemahaman dan partisipasi penuh dari audiens yang dituju.

Teori komunikasi kesehatan mengacu pada sejumlah disiplin dan model tambahan. Faktanya, bidang komunikasi kesehatan dan landasan teoretisnya telah berkembang dan berubah dalam 50 tahun terakhir (Bernhardt, 2004). Dengan meningkatnya frekuensi, hal ini dianggap sebagai “garda depan dalam menyarankan dan mengintegrasikan pendekatan dan praktik teoretis baru. Yang terpenting, komunikator tidak lagi dipandang sebagai mereka yang menulis siaran pers dan komunikasi terkait media lainnya, tetapi sebagai anggota dasar kesehatan masyarakat, perawatan kesehatan, nirlaba, atau tim industri kesehatan. Komunikasi tidak lagi dianggap sebagai keterampilan (Bernhardt, 2004), tetapi disiplin berbasis ilmu pengetahuan yang membutuhkan pelatihan dan semangat, dan bergantung pada penggunaan sarana komunikasi yang berbeda (bahan, kegiatan, peristiwa, dan alat lain yang digunakan untuk menyampaikan pesan melalui saluran komunikasi (Unit Komunikasi Kesehatan, 2003b; Saba, 2006).

Sarana komunikasi

Kategori yang mencakup materi, acara, aktivitas, atau alat lain untuk menyampaikan pesan menggunakan saluran komunikasi

Di masa lalu, dan ini mungkin tren yang paling umum bahkan hingga hari ini, praktisi komunikasi hanya belajar dalam ruangan. Para ahli dari berbagai bidang dan spesialisasi dilibatkan program komunikasi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan akan sumber daya manusia profesional di bidang ini. Dengan melakukan pekerjaan dan bekerja dalam tim, mereka belajar bagaimana menyesuaikan keterampilan dengan bidang baru dan diajarkan oleh praktisi lain tentang praktik umum dan “istilah” dasar komunikasi kesehatan. Hasil Pendidikan sebagai tanggapan atas meningkatnya permintaan akan profesional komunikasi kesehatan, beberapa sekolah kesehatan memulai program kurikuler mereka sendiri dan/atau “konsentrasi” dalam komunikasi kesehatan. Ini membantu membawa lebih banyak perhatian dari dunia akademis ke bidang yang

baru muncul ini. Muncul istilah komunikasi terapeutik dalam Pendidikan Dokter, Dokter Gigi, Perawat, Pendidikan Bidan dan Pendidikan Kesehatan lain. Jumlah artikel *peer-review* dan beberapa jenis publikasi komunikasi kesehatan meningkat. Bidang tersebut berpindah dari pelatihan dalam jabatan ke pendidikan pra-jabatan.

Akibatnya, ada pemahaman yang meningkat bahwa “tingkat kompetensi teknis praktisi komunikasi dapat mempengaruhi hasil.” Pendekatan terstruktur untuk perencanaan komunikasi kesehatan, pelaksanaan program yang bersih, dan proses evaluasi yang ketat adalah hasil dari kompetensi yang memadai dan pelatihan yang relevan dan didukung oleh organisasi dan agenda terkemuka di berbagai bidang. Menurut Asosiasi Sekolah Kesehatan, proses pembelajaran adalah upaya seumur hidup dan harus difasilitasi oleh pengembangan berkelanjutan dari inisiatif dan alat pelatihan baru” (Schiavo, 2006). Pelatihan dapat dimulai dalam lingkungan akademis, tetapi harus selalu dipengaruhi dan dilengkapi dengan pengalaman dan pengamatan praktis serta kesempatan belajar lainnya, termasuk pelatihan dalam jabatan, pendidikan profesional berkelanjutan, dan pendampingan berkelanjutan.

Komunikasi kesehatan dapat mencapai potensi tertingginya ketika dibahas dan diterapkan dalam konteks berorientasi tim yang mencakup kesehatan masyarakat, perawatan kesehatan, pengembangan masyarakat, dan profesional lainnya dari berbagai sektor dan disiplin ilmu. Kerja tim dan kesepakatan bersama, baik pada tujuan akhir intervensi maupun hasil yang diharapkan, adalah kunci keberhasilan desain, implementasi, dan dampak program apa pun.

Terakhir, penting untuk diingat bahwa tidak ada perbaikan ajaib yang dapat mengatasi masalah kesehatan. Komunikasi kesehatan adalah disiplin ilmu yang berkembang dan harus selalu memasukkan pelajaran yang didapat serta menggunakan pendekatan multidisiplin untuk semua intervensi. Hal ini sejalan dengan salah satu premis dasar buku ini yang mengakui pengalaman praktisi sebagai faktor kunci dalam mengembangkan teori, model, dan pendekatan yang harus memandu dan menginformasikan perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian komunikasi kesehatan.

Tabel 1.2 mencantumkan elemen kunci dari komunikasi kesehatan, yang dianalisis lebih lanjut pada bagian berikut.

Tabel 1.2 Karakteristik Utama Komunikasi Kesehatan

- Berpusat pada orang
- Berbasis bukti
- Multidisiplin
- Strategis
- Berorientasi pada proses
- Hemat biaya
- Kreatif dalam mendukung strategi
- Khusus audiens dan media
- Membangun hubungan
- Ditujukan untuk hasil perilaku dan sosial
- Melibatkan kelompok rentan dan kurang terlayani

Komunikasi Berpusat pada Orang

Dalam komunikasi kesehatan, audiens yang dituju tidak boleh hanya menjadi target (bahkan jika terminologi ini digunakan oleh banyak praktisi dari seluruh dunia). Hal ini terutama untuk menunjukkan bahwa intervensi komunikasi akan berfokus dan melibatkan sekelompok orang tertentu yang memiliki karakteristik serupa, seperti usia, sosioekonomi, dan etnis. Ini tidak selalu berarti kurangnya partisipasi aktif dalam proses menganalisis dan memprioritaskan masalah kesehatan, menemukan solusi yang sesuai budaya dan hemat biaya, dan menjadi terlibat secara efektif sebagai pemimpin perancang perubahan dalam perencanaan, implementasi, dan penilaian semua intervensi. Inilah sebabnya mengapa istilah kelompok kunci dapat lebih mewakili peran masyarakat, guru, orang tua, profesional perawatan kesehatan, pemimpin agama dan masyarakat, perempuan, dan banyak kelompok kunci dan pemangku kepentingan lainnya dari berbagai segmen masyarakat dan sektor profesional harus mengambil peran dalam proses komunikasi. Namun, organisasi yang berbeda mungkin memiliki preferensi budaya yang berbeda untuk terminologi tertentu bahkan dalam konteks model partisipatif dan kerangka perencanaan mereka.

Dalam menerapkan pendekatan yang berpusat pada orang untuk komunikasi, meneliti komunitas dan kelompok kunci lainnya adalah

langkah yang diperlukan. Akan tetapi seringkali tidak memadai karena efektivitas dan keberlanjutan sebagian besar intervensi sering dikaitkan dengan tingkat keterlibatan dari penerima manfaat utama yang berpengaruh. Melibatkan komunitas dan sektor yang berbeda sering kali dicapai dalam praktik komunikasi kesehatan dengan bekerja sama dengan organisasi dan pemimpin yang mewakili mereka atau dengan langsung melibatkan anggota komunitas tertentu pada awal desain program. Misalnya, jika intervensi komunikasi kesehatan bertujuan untuk menjangkau dan memberi manfaat bagi penderita kanker payudara, semua strategi dan elemen program utama harus dirancang, didiskusikan, diprioritaskan, diuji, diterapkan, dan dievaluasi bersama dengan organisasi keanggotaan, kelompok pasien, pemimpin, dan pasien yang dapat berbicara untuk orang yang selamat dan mewakili kebutuhan dan preferensi mereka. Yang terpenting, kelompok ini perlu merasa diinvestasikan dan terwakili dengan baik. Mereka harus menjadi protagonis utama dari proses berorientasi tindakan yang akan mengarah pada perubahan perilaku atau sosial.

Berbasis Bukti

Intervensi program komunikasi kesehatan harus didasarkan atas hasil riset tentang pemahaman yang benar, bukan hanya di kelompok kunci, tetapi pada sasaran yang lebih luas. Ini termasuk program dan pembelajaran yang ada, kebijakan, norma sosial, masalah utama lingkungan kerja dan tempat tinggal, serta hambatan dalam menangani masalah kesehatan tertentu. Memiliki akses ke layanan kesehatan, lingkungan binaan yang mendukung aktivitas fisik, lingkungan dengan makanan bergizi yang terjangkau, informasi kesehatan yang sesuai secara budaya dan secara akurat mencerminkan tingkat melek huruf, dan pengaturan klinis yang peduli dan bersahabat serta mempengaruhi dan dipengaruhi oleh komunikasi kesehatan (Association of Schools of Public Health, 2007). Hal ini memerlukan pendekatan penelitian yang komprehensif yang mengandalkan teknik penelitian tradisional, *online*, dan berbasis media baru untuk pengembangan formal dari analisis situasi (istilah perencanaan yang menggambarkan analisis individu, sosial, politik, lingkungan, khusus komunitas, dan faktor-faktor terkait perilaku yang

dapat mempengaruhi sikap, norma sosial, dan kebijakan tentang masalah kesehatan dan solusi potensial). Analisis khalayak adalah istilah perencanaan yang menggambarkan analisis individu, sosial, politik, lingkungan, komunitas khusus, dan faktor-faktor terkait perilaku yang dapat mempengaruhi sikap, perilaku, norma sosial, dan kebijakan tentang masalah kesehatan dan potensi solusinya. Analisis audiens adalah analisis komprehensif, berbasis penelitian, partisipatif, dan strategis dari semua karakteristik kelompok kunci, demografi, kebutuhan, preferensi, nilai, norma sosial, sikap, dan perilaku. Profil audiens dan laporan tentang semua temuan, adalah langkah puncak dari proses keterlibatan dan partisipasi efektif yang melibatkan semua kelompok kunci dan pemangku kepentingan dalam keseluruhan analisis. Analisis situasi dan audiens adalah langkah-langkah dasar dan saling terkait dalam perencanaan komunikasi kesehatan (analisis audiens dijelaskan dalam buku ini sebagai komponen analisis situasi), yang harus bersifat partisipatif dan memberdayakan.

Multidisiplin

Komunikasi kesehatan bersifat “transdisipliner” dan mengacu pada berbagai disiplin ilmu (Bernhardt, 2004; WHO, 2003). Pengertian transdisiplin mengacu pada prinsip-prinsip yang berhasil digunakan di sektor nirlaba dan perusahaan dan juga pada pendekatan yang berpusat pada orang dari disiplin ilmu lain seperti antropologi (WHO, 2003). Tidak terikat pada satu teori atau model tertentu. Dengan orang-orang yang selalu menjadi inti dari setiap intervensi, pendekatan ini menggunakan pendekatan kasus per kasus dalam memilih model, teori, dan strategi yang paling sesuai untuk mencapai hati mereka; mengamankan keterlibatan mereka dalam masalah kesehatan dan, yang paling penting, solusinya; serta mendukung dan memfasilitasi perjalanan mereka menuju kesehatan yang lebih baik.

Piotrow, (2003) mengidentifikasi empat “era” komunikasi kesehatan yang berbeda. (1) Era klinik, berdasarkan model perawatan medis dan gagasan bahwa jika orang tahu di mana lokasi layanan, mereka akan mencari jalan ke klinik; (2) Era lapangan, pendekatan yang lebih proaktif dengan menekankan pada petugas penjangkauan, distribusi berbasis

komunitas, dan berbagai produk informasi, pendidikan, dan komunikasi (KIE); (3) Era pemasaran sosial, dikembangkan dari konsep komersial bahwa konsumen akan membeli produk yang diinginkan dengan harga bersubsidi; dan (4) Era komunikasi perilaku strategis, didirikan oleh model ilmu perilaku yang menekankan kebutuhan untuk mempengaruhi norma-norma sosial dan lingkungan kebijakan untuk memfasilitasi dan memberdayakan proses berulang dan dinamis dari perubahan individu dan sosial.

Baru-baru ini, komunikasi kesehatan telah berkembang menuju “era” kelima dari komunikasi strategis untuk perubahan perilaku dan sosial. Perkembangan tersebut dengan tepat menekankan dan menggabungkan model dan disiplin ilmu perilaku dan sosial bersama dengan pemasaran, medis, dan model berbasis norma sosial, dengan tujuan untuk mencapai hasil perilaku dan sosial yang tahan lama. Namun, dalam konteks era komunikasi kesehatan yang berbeda, banyak pendekatan teoretis periode lain masih ditemukan digunakan dalam perencanaan atau pelaksanaan program. Misalnya, analisis situasi dari program komunikasi kesehatan masih menggunakan alat dan model pemasaran sosial dan komersial bahkan digabungkan dengan dialog komunitas dan metode lain yang berbasis partisipasi atau media (lihat Bab Dua dan Sepuluh untuk penjelasan rinci) untuk menganalisis lingkungan tempat perubahan harus terjadi. Sebagai gantinya, **pemangku kepentingan** (semua individu dan kelompok yang memiliki kepentingan atau berbagi tanggung jawab dalam suatu masalah tertentu, seperti pembuat kebijakan, pemimpin komunitas, dan anggota komunitas), mengingat langkah-langkah McGuire (1984; lihat Bab Dua) tentang komunikasi persuasi yang dapat membantu komunikator mendapatkan dukungan pemangku kepentingan untuk kepentingan atau urgensi menangani masalah kesehatan secara memadai. Fleksibilitas teoretis ini harus menjaga komunikasi tetap fokus pada kelompok kunci dan pemangku kepentingan serta selalu mencari pendekatan terbaik dan kerangka perencanaan untuk mencapai perilaku dan hasil sosial dengan melibatkan dan memberdayakan orang. Selaras dengan fitur lain yang telah dibahas sebelumnya, ini juga memungkinkan keseluruhan proses komunikasi menjadi benar-benar lancar dan sesuai untuk menanggapi kebutuhan orang.

Pemangku kepentingan

Semua individu dan kelompok yang memiliki kepentingan atau berbagi tanggung jawab dalam masalah tertentu, seperti pembuat kebijakan, pemimpin komunitas, dan anggota komunitas.

Pentingnya dasar teoretis yang agak fleksibel, harus dipilih berdasarkan kasus per kasus (National Cancer Institute, 2005a), sudah didukung oleh organisasi dan penulis terkemuka. Misalnya, publikasi oleh Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS (2002), dan Institut Kanker Nasional di Institut Kesehatan Nasional (2002) menunjukkan pentingnya pemilihan kerangka kerja perencanaan yang “dapat membantu [komunikator] mengidentifikasi teori-teori ilmu sosial paling banyak yang sesuai untuk memahami masalah dan situasi Teori, model, dan konstruksi ini mencakup beberapa konsep dan kerangka teoretis (lihat Bab Dua) yang juga digunakan dalam memotivasi perubahan pada tingkat individu dan interpersonal atau komunitas organisasi. Tujuannya bukan untuk mengadvokasi kurangnya struktur teoretis dalam perencanaan dan pelaksanaan komunikasi. Sebaliknya, kerangka kerja perencanaan, model, dan teori harus konsisten setidaknya sampai langkah awal tahap evaluasi program diselesaikan. Hal ini memungkinkan komunikator untuk mengambil keuntungan dari pelajaran yang didapat untuk memperbaiki konstruksi teoretis. **Tujuan komunikasi** adalah langkah-langkah perantara yang perlu dicapai untuk mencapai tujuan program dan sasaran hasil (National Cancer Institute, 2002) dengan membandingkan **hasil program**, yang mengukur perubahan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, dan parameter lainnya yang diantisipasi dalam tahap perencanaan. Namun, kemampuan untuk menarik beberapa disiplin ilmu dan konstruksi teoretis merupakan keuntungan pasti dari bidang komunikasi kesehatan dan salah satu kunci keberhasilan program komunikasi yang direncanakan dan dilaksanakan dengan baik.

Strategis

Program komunikasi kesehatan harus direncanakan secara baik dan lengkap untuk menanggapi kebutuhan khusus pada masyarakat. Perhatikan

contoh Bonnie, seorang ibu berusia dua puluh lima tahun yang tidak yakin apakah akan mengimunisasi anaknya yang baru lahir. Kegiatan untuk mendukung strategi yang berfokus pada memfasilitasi komunikasi antara Bonnie dan penyedia layanan kesehatannya masuk akal hanya jika bukti menunjukkan semua atau salah satu poin berikut: (1) Bonnie kemungkinan besar dipengaruhi terutama, atau setidaknya secara signifikan oleh penyedia perawatan kesehatan dan bukan oleh keluarga atau ibu baru lainnya; (2) ada beberapa kesenjangan dalam pemahaman tentang kebutuhan pasien yang menghalangi penyedia layanan kesehatan untuk berkomunikasi secara efektif; (3) penyedia tidak memiliki alat yang memadai untuk membicarakan topik ini dengan pasien secara efektif dan efisien; (4) data penelitian telah divalidasi dengan dialog komunitas dan metode partisipatif lainnya yang melibatkan Bonnie dan rekan-rekannya; dan (5) Bonnie dan rekan-rekannya serta organisasi yang mewakili mereka telah berpartisipasi dalam merancang semua intervensi.

Strategi komunikasi

Keseluruhan pendekatan yang digunakan untuk mencapai tujuan komunikasi) harus berbasis penelitian dan semua aktivitas harus sesuai dengan strategi tersebut. Oleh karena itu, kita tidak boleh bergantung pada *workshop*, *press release*, brosur, video, atau apa pun untuk memberikan komunikasi yang efektif tanpa memastikan bahwa konten dan formatnya mencerminkan pendekatan yang dipilih (strategi), dan ini adalah prioritas mencapai hati orang-orang. Untuk tujuan ini, strategi komunikasi kesehatan perlu menanggapi kebutuhan aktual yang telah diidentifikasi oleh penelitian pendahuluan dan dikonfirmasi oleh audiens yang dituju.

Strategi komunikasi

Pernyataan yang menjelaskan keseluruhan pendekatan yang digunakan untuk mencapai tujuan komunikasi

Berorientasi Proses

Tujuan utama komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku, di mana faktor proses harus berjalan dan terkontrol sesuai rencana. Proses

jelas membutuhkan komitmen berkelanjutan terhadap masalah kesehatan dan solusinya. Hal ini berakar pada pemahaman kelompok kunci, masyarakat, dan lingkungan mereka, dan bertujuan untuk membangun konsensus di antara kelompok yang terkena dampak, anggota masyarakat, dan pemangku kepentingan utama tentang potensi rencana aksi.

Sebagian besar, jika tidak semua, program komunikasi kesehatan berubah atau berkembang dari apa yang awalnya dibayangkan oleh para ahli komunikasi. Hal ini karena masukan dan partisipasi masyarakat, pemimpin opini utama, kelompok pasien, asosiasi profesional, pembuat kebijakan, anggota masyarakat, dan pemangku kepentingan utama lainnya.

Komunikasi dalam kesehatan, melibatkan kelompok-kelompok kunci pada masalah kesehatan yang relevan serta mencari cara yang sesuai untuk mengatasinya. Hal ini hanyalah langkah pertama dari proses jangka panjang yang berpusat pada manusia. Proses ini seringkali membutuhkan fleksibilitas teoretis untuk mengakomodasi kebutuhan, preferensi, dan prioritas masyarakat.

Di tengah banyaknya proyek yang berorientasi pada proses, banyak praktisi telah memperhatikan bahwa komunikasi kesehatan sering disalahpahami. Komunikasi kesehatan menggunakan berbagai saluran dan pendekatan, terlepas dari apa yang mungkin dipikirkan sebagian orang, tetapi tidak terbatas pada penggunaan media massa atau media baru. Selain itu, komunikasi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan hasil kesehatan dan proses membantu memajukan kesehatan masyarakat dan tujuan pengembangan masyarakat atau menciptakan pangsa pasar (bergantung pada apakah strategi komunikasi kesehatan digunakan untuk organisasi nirlaba atau untuk tujuan profit) atau mendorong kepatuhan terhadap rekomendasi klinis dan gaya hidup sehat. Terakhir, komunikasi kesehatan tidak dapat hanya berfokus pada saluran, pesan, dan media, tetapi juga harus mencoba untuk melibatkan dan menciptakan konsensus dan perasaan kepemilikan di antara audiens yang dituju.

Exchange, sebuah program jejaring dan pembelajaran komunikasi kesehatan untuk pembangunan yang berbasis di Inggris Raya dan memiliki banyak mitra, memandang komunikasi kesehatan sebagai “proses kemitraan dan partisipasi yang didasarkan pada dialog dua arah. Terdapat pertukaran informasi interaktif, ide, teknik, dan pengetahuan antara

pengirim dan penerima informasi pada pijakan yang sama, yang mengarah pada peningkatan pemahaman, pengetahuan bersama, konsensus yang lebih besar, dan identifikasi kemungkinan tindakan efektif). Definisi ini masuk akal pada semua pengaturan dan situasi, tetapi mengasumsikan relevansi yang lebih besar untuk program komunikasi kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan hasil kesehatan di negara berkembang. Komunikasi untuk pembangunan seringkali bergantung pada solusi kreatif yang mengimbangi kurangnya kapabilitas dan infrastruktur lokal. Solusi ini biasanya muncul setelah diskusi berbulan-bulan dengan tokoh dan organisasi masyarakat setempat, pejabat pemerintah, dan perwakilan masyarakat dan kelompok masyarakat. Kata-kata dari mulut ke mulut dan kemampuan pemimpin komunitas untuk melibatkan anggota komunitas seringkali menjadi satu-satunya yang dimiliki komunikator.

Perhatikan kasus Maria, seorang ibu dari empat anak di sub-Sahara Afrika bersama dengan ayahnya yang berusia 75 tahun. Desanya hampir sepenuhnya terisolasi dari wilayah metropolitan utama dan sangat sedikit orang di kota yang memiliki radio atau tahu cara membaca. Maria tidak menyadari bahwa penyakit malaria yang merupakan penyakit endemik di wilayah tersebut memiliki risiko yang lebih tinggi pada anak-anak dibandingkan dengan lansia. Orang lanjut usia mendapatkan keuntungan dari status hierarki yang tinggi di wilayah itu. Jika Maria dapat menemukan uang untuk membeli kelambu guna melindungi seseorang di keluarganya dari gigitan nyamuk dan akibat dari ancaman malaria, dia mungkin akan memilih agar ayahnya tidur di bawah dan meninggalkan anak-anaknya tanpa perlindungan. Padahal angka kematian akibat malaria di kalangan anak-anak di desanya cukup tinggi. Jika tokoh masyarakat desanya menyuruhnya melakukan sebaliknya, dia kemungkinan besar akan mengubah praktiknya dan melindungi anak-anaknya. Ini mungkin merupakan bangunan pertama menuju pengembangan dan adopsi norma-norma sosial baru tidak hanya oleh Maria, tetapi juga oleh rekan-rekannya dan anggota komunitas lainnya.

Melibatkan tokoh masyarakat dalam proses komunikasi membutuhkan komitmen jangka panjang, yang akan membawa perubahan potensial. Upaya tersebut menuntut keterlibatan organisasi dan otoritas lokal yang dihormati dan dipercaya oleh tokoh masyarakat. Selain itu,

diperlukan keterbukaan untuk mendengarkan saran dan mencari solusi dengan bantuan semua pemangku kepentingan utama. Kurangnya kemampuan lokal dan akses terbatas ke saluran komunikasi yang memadai sehingga proses ini kemungkinan akan memakan waktu lebih lama daripada inisiatif serupa di negara maju. Oleh karena itu, komunikator harus memandang ini sebagai proses yang berkelanjutan dan memuji setiap langkah kecil ke depan.

Hemat Biaya

Efektivitas biaya adalah konsep yang dipinjam oleh komunikasi kesehatan dari pemasaran komersial dan sosial. Penyediaan dana yang cukup dalam organisasi kesehatan masyarakat yang nonprofit sudah tentu sangat penting. Kekurangan dana dan perencanaan ekonomi yang baik akan menimbulkan inisiatif penting. Hal ini menunjukkan kebutuhan untuk mencari solusi akan memungkinkan komunikator untuk bekerja dengan penggunaan sumber daya manusia dan ekonomi yang minimal. Namun, komunikator harus menggunakan dan membelanjakan dana mereka dengan baik selama mengembangkan strategi berbasis bukti. Mereka juga harus mencari solusi kreatif yang meminimalkan penggunaan dana internal dan sumber daya manusia dengan mencari kemitraan, menggunakan bahan atau program yang ada sebagai titik awal,

Kreatif dalam Mendukung Strategi

Strategi komunikasi perlu mempertimbangkan berbagai pilihan, dan saluran media yang dapat menjangkau dan melibatkan kelompok yang berbeda. Kondisi ini akan membantu kelompok dapat mencari solusi secara mandiri menemukan solusi dan menjaga keberlanjutan dan keefektifan biaya dari intervensi komunikasi kesehatan. Namun, bahkan ide-ide terbaik atau alat komunikasi yang dirancang dan dijalankan dengan baik mungkin gagal mencapai hasil perilaku atau sosial, jika mereka tidak menanggapi kebutuhan strategis yang diidentifikasi oleh data penelitian dan divalidasi oleh pemangku kepentingan utama dari kelompok yang dituju. Terlalu sering program komunikasi dan sumber daya gagal memberikan pengaruh karena kesalahan umum ini.

Misalnya, mengembangkan dan mendistribusikan brosur tentang cara menggunakan kelambu berinsektisida hanya masuk akal jika masyarakat yang dituju telah mengetahui siklus penularan malaria serta perlunya perlindungan dari gigitan nyamuk. Sebagian besar anggota masyarakat masih percaya bahwa malaria ditularkan karena mandi di sungai atau merupakan komplikasi dari beberapa demam (Schiavo, 2000). Strategi pertama adalah kesadaran penyakit, dengan fokus khusus pada siklus penularan dan tindakan perlindungan selanjutnya. Semua materi dan kegiatan komunikasi perlu memenuhi kebutuhan informasi dasar sebelum berbicara tentang penggunaan ITN dan alasan untuk menggunakannya sebagai alternatif metode perlindungan potensial lainnya. Kreativitas harus berperan dalam merancang alat yang ramah budaya untuk mulai berbagi informasi tentang malaria. Perlu untuk melibatkan anggota komunitas dalam merancang intervensi komunikasi khusus yang akan mendorong perilaku protektif yang menguntungkan komunitas secara keseluruhan. Singkatnya, harus menahan diri tidak menggunakan kreativitas untuk mengembangkan dan menerapkan ide-ide hebat, sensasional, atau inovatif ketika ide-ide tersebut tidak menanggapi kebutuhan masyarakat dan prioritas strategis utama dari intervensi komunikasi kesehatan.

Audiens dan Media Khusus

Pentingnya pesan dan saluran khusus audiens menjadi salah satu pelajaran terpenting. Beberapa analisis menunjukkan kemungkinan bahwa satu pesan untuk satu pendekatan perilaku komunikasi. Dengan kata lain, menggunakan pesan yang sama dan pendekatan strategis untuk semua audiens, kemungkinan besar akan menghasilkan perilaku tidak spesifik yang sama dan mungkin tidak relevan dengan komunitas atau kelompok tertentu. Hal ini menyebabkan perasaan ditinggalkan. Mereka juga menunjukkan perlunya pejabat kesehatan masyarakat untuk mengembangkan hubungan yang diperlukan dalam berkomunikasi dengan kelompok lain, “yang memiliki keterbatasan fisik yang dapat menghalangi komunikasi, seperti mereka yang memiliki gangguan pendengaran” (Blanchard dan *others*, 2005 hlm. 494).

Membangun Hubungan

Intervensi komunikasi membutuhkan suasana untuk memelihara hubungan, baik dengan internal maupun dengan kelompok lain untuk keberhasilan intervensi komunikasi kesehatan. Membangun hubungan dapat membantu membangun kemitraan dan koalisi jangka panjang yang sukses, mengamankan dukungan pemangku kepentingan yang kredibel atas masalah kesehatan, dan memperluas kumpulan duta besar atas nama penyebab kesehatan.

Yang paling penting, kelompok harus membantu menciptakan lingkungan yang kondusif dalam arti adanya pemahaman bersama” untuk mencapai hasil atau perilaku di tingkat individu, komunitas, dan populasi. Hubungan yang baik harus dibangun dengan pemangku kepentingan utama dan perwakilan dari kelompok kunci, organisasi kesehatan, organisasi berbasis komunitas, pemerintah, dan banyak anggota penting lainnya dari tim komunikasi kesehatan yang diperluas. Harus ada pedoman untuk mengatur langkah dalam program untuk pengembangan kemitraan yang berhasil.

Ditujukan untuk Hasil Perilaku dan Sosial

Saat ini, kita sedang dalam transisi dari “era komunikasi perilaku strategis” ke era komunikasi dampak perilaku dan sosial. Beberapa model dan agenda internasional (misalnya, kampanye semua Sehat 2020 adalah komunikasi untuk Pembangunan; Pentingnya pola pikir yang didorong oleh perubahan perilaku dan sosial dalam mengembangkan intervensi komunikasi kesehatan. Tujuan akhir komunikasi kesehatan selalu memengaruhi perilaku, norma sosial, dan kebijakan (dengan yang terakhir sering berperan dalam melembagakan perubahan sosial dan norma). Terdapat penekanan baru pada pentingnya menetapkan tujuan perilaku dan sosial sejak awal dalam desain intervensi komunikasi kesehatan.

“Apa yang Anda ingin orang lakukan?” adalah pertanyaan pertama yang harus ditanyakan dalam rapat perencanaan komunikasi. Apakah Anda ingin mereka mengimunisasi anak-anak sebelum usia dua tahun? Sadar akan risiko penyakit jantung dan bersikap sesuai untuk mencegahnya? Tanyakan kepada dokter gigi tentang skrining kanker mulut? Apakah Anda ingin anggota DPR dan DPRD mendukung undang-undang yang lebih

ketat tentang dukungan lingkungan *peer-to-peer* yang dirancang untuk mencegah remaja mulai merokok? Atau mendorong orang-orang dari berbagai sektor (misalnya, pemberi kerja, dokter, dll.) untuk memberikan dukungan dan alat sosial kepada anggota komunitas yang kurang mampu sehingga mereka cenderung lebih mengadopsi dan mempertahankan gaya hidup sehat? Menjawab pertanyaan semacam ini adalah langkah pertama dalam mengidentifikasi tujuan program komunikasi yang sesuai dan berbasis penelitian.

Kelompok Rentan dan Terlayani

Amanah yang tepat dari Sehat untuk Semua 2020 dan fakta bahwa beberapa organisasi internasional, seperti UNICEF, telah melakukan investasi yang banyak dalam meluncurkan pendekatan berbasis ekuitas untuk pemrograman, komunikasi kesehatan semakin dianggap sebagai bidang utama yang dapat berkontribusi pada pengurangan **kesenjangan kesehatan**. Penyakit atau kondisi kesehatan yang membedakan dan cenderung lebih umum dan lebih parah di antara populasi yang rentan dan kurang terlayani. Peningkatan keadilan kesehatan seharusnya menjadi pertimbangan utama. Oleh karena itu, perlu memperhatikan dan melibatkan populasi rentan dan kurang terlayani. Inklusivitas tidak hanya terbatas pada memastikan bahwa program yang ditujukan untuk populasi umum atau komunitas tertentu juga memiliki dampak yang dapat diukur pada kelompok yang kurang beruntung, juga melibatkan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan semua evaluasi. Intervensi sehingga suara mereka didengar, dianggap sebagai bagian dari proses komunikasi secara keseluruhan. Penting untuk membangun kapasitas kepemimpinan di antara kelompok-kelompok yang rentan dan kurang terlayani sehingga mereka dapat menangani topik kesehatan dan pengembangan masyarakat saat ini dan di masa depan secara memadai dan menemukan solusi sendiri untuk masalah yang mendesak.

Lingkungan Komunikasi Kesehatan

Ketika lingkungan komunikasi kesehatan tempat perubahan harus terjadi dan dipertahankan menjadi jelas bahwa komunikasi yang efektif dapat menjadi alat yang ampuh dalam upaya untuk mempengaruhi semua

faktor yang disorot. Jelas juga bahwa terlepas dari apakah faktor-faktor ini terkait dengan audiens, perilaku kesehatan, produk, layanan, sosial, atau lingkungan politik, semuanya saling terkait dan dapat saling mempengaruhi. Pada saat yang sama, intervensi komunikasi kesehatan dapat mengubah keseimbangan yang ada di antara faktor-faktor ini, dan mengubah bobot yang mungkin mereka miliki. Mendefinisikan masalah kesehatan yang spesifik dan solusinya serta dalam lingkungan hidup, bekerja, dan menua dari orang-orang yang kita cari sehingga menjangkau dan terlibat dalam proses komunikasi kesehatan.

Gambar 1.1 juga mencerminkan beberapa prinsip utama model pemasaran serta model sosioekologis konstruksi ilmu perilaku dan sosial, dan model teoretis lainnya. Semuanya digunakan dalam kesehatan masyarakat, perawatan kesehatan, kesehatan global, dan bidang lain untuk menunjukkan hubungan dan pengaruh berbagai faktor (individu, interpersonal, komunitas, sosiopolitik, organisasi, dan kebijakan publik) pada perilaku individu, kelompok, dan komunitas serta untuk memahami proses yang dapat mengarah pada hasil perilaku dan sosial. Landasan teori komunikasi kesehatan dibahas secara rinci pada Bab Dua.



Gambar 1.1 Lingkungan Komunikasi Kesehatan

2. Komunikasi Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat

Komunikasi kesehatan adalah disiplin yang diakui dengan baik dalam kesehatan masyarakat. Banyak organisasi dan pemimpin kesehatan masyarakat memahami dan mengakui peran yang dapat dimainkan komunikasi kesehatan dalam memajukan hasil kesehatan dan status kesehatan umum dari populasi yang berkepentingan dan kelompok khusus. Yang terpenting, ada kesadaran baru tentang jangkauan komunikasi kesehatan serta berbagai bidang tindakan strategisnya (misalnya, komunikasi interpersonal, komunikasi medis profesional, mobilisasi komunitas dan pelibatan warga, serta komunikasi media massa dan media baru).

Seperti yang didefinisikan, dalam agenda kesehatan masyarakat, ruang lingkup harus “mencakup dalam komunitas yang sangat penting dalam kesehatan masyarakat, terutama di era epidemi yang sedang

berkembang. Meningkatnya korban penyakit kronis, penuaan segmen besar dan persentase populasi di banyak negara, urbanisasi, peningkatan disparitas dan perpecahan sosial ekonomi, ancaman global, bioterorisme, dan penekanan baru pada pendekatan pencegahan dan berpusat pada pasien untuk kesehatan. Terakhir, Healthy People 2020 menetapkan komunikasi kesehatan sebagai disiplin utama dalam berkontribusi untuk memajukan keadilan kesehatan (WHO, 2020).

3. Komunikasi Kesehatan dalam Pelayanan Perawatan Kesehatan

Komunikasi kesehatan memiliki peran yang sangat berharga dalam pengaturan perawatan kesehatan. Perlu disebutkan di sini bahwa komunikasi juga digunakan untuk mengoordinasikan aktivitas penyedia layanan kesehatan yang saling bergantung, mendorong meluasnya penggunaan praktik klinis terbaik, mempromosikan penerapan kemajuan ilmiah, dan secara keseluruhan untuk menerapkan sistem pelayanan kesehatan yang kompleks dan multisektoral (lihat Bab Tujuh dan bagian lain yang relevan di seluruh buku ini).

Healthy People 2020 menyarankan untuk menggabungkan proses komunikasi kesehatan yang efektif dan mengintegrasikannya dengan teknologi dan alat baru, sehingga ada potensi untuk:

- Meningkatkan kualitas dan keamanan perawatan kesehatan.
- Meningkatkan efisiensi perawatan kesehatan dan pemberian layanan kesehatan masyarakat.
- Meningkatkan infrastruktur informasi kesehatan masyarakat.
- Dukung kepedulian di komunitas dan di rumah.
- Memfasilitasi pengambilan keputusan klinis dan konsumen.
- Membangun keterampilan dan pengetahuan kesehatan.

Rekomendasi Sehat untuk Semua 2020, mencerminkan dukungan dari banyak suara dan organisasi terkemuka secara nasional dan global telah memberikan kebutuhan akan integrasi yang efektif dari pekerjaan dan strategi serta kesehatan publik untuk sistem perawatan kesehatan.

4. Komunikasi Kesehatan dalam Pengembangan Masyarakat

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor berbeda dan bukan hanya tidak adanya penyakit.

Kesehatan adalah keadaan sejahtera yang mencakup aspek kehidupan fisik, psikologis, dan sosial, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggal, bekerja, tumbuh, dan menua.

Pengembangan komunitas

Bidang penelitian dan praktik yang melibatkan anggota masyarakat, warga negara biasa, profesional, pembuat hibah, dan lain-lain dalam meningkatkan berbagai aspek masyarakat lokal.

Pengembangan komunitas mengacu pada bidang penelitian dan praktik yang melibatkan anggota masyarakat, warga negara biasa, profesional, pembuat hibah, dan lain-lain dalam meningkatkan berbagai aspek masyarakat lokal. Lebih tradisional, intervensi pengembangan masyarakat telah berurusan dengan penyediaan dan peningkatan akses ke transportasi yang memadai, pekerjaan, dan peluang sosial ekonomi lainnya, pendidikan, dan berbagai jenis infrastruktur (misalnya, taman, pusat komunitas, dll.) dalam komunitas atau populasi tertentu. Namun, karena semua intervensi atau faktor ini sangat terkait dengan kemampuan orang untuk tetap sehat atau secara efektif mengatasi penyakit dan keadaan darurat, banyak organisasi telah menyerukan peningkatan kolaborasi antara bidang pengembangan masyarakat, perawatan kesehatan, dan kesehatan masyarakat dan ilmuwan sosial.

Komunikasi kesehatan dapat memainkan peran kunci dalam memajukan agenda kolaboratif semacam itu. Hal ini dapat membantu menjembatani budaya organisasi dan menunjukkan sinergi yang relevan antara pekerjaan kesehatan masyarakat, perawatan kesehatan, dan organisasi pengembangan masyarakat dan profesional. Selain itu, dapat meningkatkan kesadaran tentang bagaimana faktor penentu sosial utama kesehatan memengaruhi hasil kesehatan. Selanjutnya, menetapkan “kesehatan yang baik” dan lebih dalam keadilan kesehatan umum, sebagai penentu utama pembangunan sosial ekonomi; dan melibatkan serta memobilisasi para profesional dari berbagai sektor untuk mengambil tindakan. Komunikasi kesehatan dapat menjadi instrumen dalam memberdayakan anggota komunitas dan profesional dari sektor yang

berbeda untuk melaksanakan agenda kolaboratif lintas sektor, yang akan menguntungkan komunitas dan populasi yang berbeda di Amerika Serikat dan secara global.

5. Kompetensi Budaya sebagai Basis Strategi Komunikasi Kesehatan yang Efektif

Setiap kelompok etnis memiliki pola budaya dan komunikasi yang spesifik. Bab ini membahas pola komunikasi Antara ras, etnis, dan kelompok lain serta perannya bahasa itu berperan dalam memberikan program pendidikan kesehatan kepada populasi ini kelompok. Diskusi ini berfokus pada perspektif historis tentang komunikasi lintas budaya, berkomunikasi lintas budaya tentang kesehatan dan penyakit, komunikasi dan persona dan teknik kesehatan masyarakat, komunikasi dan pemasaran untuk berbagai budaya, dan pola komunikasi, hambatan, dan pemberdayaan.

Budaya adalah konsep kompleks yang dapat didefinisikan dengan banyak cara. Ini melibatkan dan memandu kelompok orang di lingkungan alami dan langsung mereka. Semua kemampuan ini dapat diringkas dalam hal pola perilaku, ide, nilai-nilai orang, sikap, dan objek material. Budaya dipelajari dan dibagikan. Proses memperoleh budaya di seluruh tahapan kehidupan perkembangan individu atau kelompok disebut enkulturasi.

Budaya adalah “sistem nilai-nilai yang saling terkait yang cukup untuk mempengaruhi dan mengkondisikan kinerja, konsepsi, penilaian, komunikasi, dan perilaku dalam masyarakat tertentu” (Mazrui, 1986, hal. 239). Budaya berakar pada institusi seperti keluarga dan sekolah dan juga di masyarakat. industri imunisasi. Dalam kehidupan kita sehari-hari, kita selalu membuat keputusan tentang itu penting seperti apa makanan untuk dimakan, pakaian apa yang harus dipakai, bagaimana menyapa orang lain, apa idiom bahasa yang digunakan saat berkomunikasi dengan orang lain, perilaku apa yang harus ditunjukkan dalam kelompok, dan bagaimana memahami dunia di sekitar kita. Proses pengambilan keputusan tersebut adalah diinformasikan oleh warisan dan pengalaman hidup kita dan ini menuntun kita untuk mengembangkan diri sendiri identitas budaya. Semua orang berasal dari budaya, dan individu ingin dihubungkan dengan budaya. mendatang. Identitas budaya terdiri dari cara-cara spesifik dan sering unik

yang dipikirkan orang dan bertindak dalam norma-norma kelompok mereka. Ini mencakup berbagai pengaruh budaya meningkatkan perilaku, kepercayaan, sikap, dan nilai-nilai orang. Itu ditransmisikan dari generasi untuk generasi. Oleh karena itu identitas budaya didasarkan terutama pada sejarah bersama dalam garis keturunan, linguistik dan psikologis. Orang dengan budaya yang sama hidup sesuai dengannya seperangkat persepsi yang ditransmisikan secara sosial tentang sifat fisik, sosial, dan dunia spiritual, khususnya yang berkaitan dengan pencapaian tujuan hidup (Basch, 1990).

Sangat penting bahwa perencana dan evaluator program dan layanan pendidikan kesehatan di masyarakat secara hati-hati untuk memeriksa perbedaan dan persamaan dalam persepsi budaya kelompok sasaran untuk memastikan kepercayaan, praktik, pengetahuan, dan sikap kesehatan lebih lengkap dan oleh karena itu mengatasinya dengan tepat dalam konteks khusus masing-masing kelompok. Selain itu, mereka perlu memeriksa budaya dengan semangat kritis dan terbuka. Budaya adalah diturunkan dari generasi ke generasi. Orang-orang datang sebelum kita dan orang-orang akan melakukannya datang setelah kita. Karena itu semua pilihan moral dan intelektual individu ditumpangkan pada lingkungan sosial dan budaya seseorang dan terjadi dalam, terus menerus kuat, selalu-sistem kepercayaan, iman, dan serangkaian nilai, adat, dan tradisi yang berkembang.

Pendidikan budaya dengan komunikasi kesehatan yang efektif akan membantu kita melihat pengetahuan budaya adalah dunia yang lebih baik untuk mengenal diri individu dengan lebih baik. Setiap orang membawa beban budaya terlepas dari latar belakang pribadinya. Karena itu, kita harus sampai pada pemahaman tentang bobot budaya yang dibawa oleh masing-masing dan untuk berempati dengan beban yang berbeda ditanggung oleh orang-orang dari budaya lain. Pengetahuan umum ini dan pemahaman pada akhirnya akan memperkaya kita dan membebaskan kita masing-masing dari budaya kita ide-ide represif melalui komunikasi antarbudaya (komunikasi antara atau di antara orang-orang dari budaya yang berbeda). Apakah seorang pendidik kesehatan masyarakat akan melayani klien di tingkat mikro atau bekerja di tingkat makro, dia adalah peserta pating dalam komunikasi antarbudaya. Apakah hasil yang

diinginkan adalah perolehan pengetahuan, perubahan perilaku, perubahan sikap, atau perolehan keterampilan, komunikasi antarbudaya keterampilan akan dibutuhkan. Bahkan, dalam praktik pendidikan kesehatan, apakah klien mencari informasi untuk pencegahan primer, sekunder, atau tersier, kemampuan untuk mengakses informasi secara terpadu untuk bujuk orang lain, dan ikut serta dalam pemilihan program perawatan kesehatan yang ditawarkan. Keahlian komunikasi antarbudaya memberdayakan individu atau kelompok dalam proses pengambilan keputusan baik pribadi (individu) dan kesehatan kelompok.

6. Kompetensi Komunikasi Kesehatan dan Adaptasi Budaya

Komunikasi yang efektif adalah fondasi dasar untuk membangun pendidikan kesehatan. Masyarakat, Ini melintasi semua bidang kesehatan dan tanggung jawab untuk pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat menempatkan komunikasi yang efektif sebagai pusat interaksi klien dan anggota masyarakat dan untuk melayani mereka sebagai narasumber. Kompetensi budaya adalah apa yang memungkinkan kita untuk mengembangkan program dengan cara yang konsisten dengan kerangka budaya individu dan komunitas.

Terminologi Promosi Kesehatan sebagai contoh: sebagaimana mendefinisikan kompetensi budaya sebagai “kemampuan individu untuk memahami dan menghormati nilai-nilai, sikap, kepercayaan, dan adat istiadat yang berbeda antarbudaya, dan untuk dipertimbangkan dan menanggapi dengan tepat perbedaan-perbedaan ini dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi-program dan intervensi pendidikan dan promosi kesehatan “Konsep kompetensi budaya melampaui kapasitas individu untuk menghormati dan toleran terhadap nilai-nilai dan praktik yang berbeda dari praktik mereka sendiri. Kompetensi budaya juga harus tercermin dalam praktik dan kebijakan organisasi yang mengatur pengembangan, implementasi, dan evaluasi program pendidikan dan promosi kesehatan. Rekomendasi ini adalah mirip dengan yang terkandung dalam standar kompetensi budaya untuk profesi kesehatan masyarakat

Model strategi komunikasi kesehatan melibatkan pesan, media komunikasi, pengirim (*teller* atau *speaker*) pesan, dan penerima (pendengar atau audiens) dari pesan. Hambatan untuk komunikasi yang

efektif dapat muncul dari pengirim, saluran komunikasi (media), dan penerima pesan. Pendidikan kesehatan harus menghasilkan keterampilan mendengar dan berbicara yang akan memungkinkan mereka untuk mendeteksi dan hilangkan hambatan ini. Nisenholtz (2003) telah membahas pertanyaan tentang hambatan yang terdapat di antara audiens (penerima pesan) dan tindakan yang diambil (apa yang harus dilakukan penerima) setelah menerima pesan. Kapan pendidik kesehatan tahu apa hambatan nyata atau yang dirasakan menghalangi jalan klien Dalam tindakan, mereka memiliki peluang luar biasa untuk mengembangkan strategi komunikasi yang efektif. Memahami hambatan membantu pendidik kesehatan memilih, baik implisit atau pesan tindakan eksplisit yang kemungkinan besar akan diterima oleh audiens. Komunikasi dapat berupa verbal (lisan) atau nonverbal.

Komunikasi nonverbal dapat melibatkan perbedaan budaya dalam penggunaan gerakan tubuh, gerakan mata, tanda-tanda, sentuhan, ekspresi wajah, kualitas vokal, jarak tubuh, ruang, dan waktu. Semua area perbedaan budaya ini dapat mempengaruhi komunikasi dan pemahaman diri. Mereka dapat berfungsi sebagai hambatan untuk komunikasi yang efektif. Untuk komunikasi yang efektif mengambil tempat agar strategi komunikasi menjadi kuat. Strategi komunikasi menjelaskan bagaimana suatu pesan akan dibingkai dan dikirimkan ke audiens target. Ini berdasarkan pemahaman menyeluruh dari anggota audiens dan pengetahuan mereka, sikap, keinginan, kepercayaan, kebutuhan, nilai-nilai, tradisi, dan sejenisnya. Strategi komunikasi menggambarkan target audiens, tindakan yang harus diambil oleh anggota audiens, hambatan antara audiens dan tindakan yang harus diambil, bagaimana anggota audiens akan manfaat, dan cara menjangkau mereka dengan pesan.

Komunikasi memainkan peran utama dalam banyak upaya pemasaran pendidikan kesehatan. Komunikasi dapat digunakan untuk menginformasikan, mendidik, dan membujuk. Komunikasi dapat menggunakan simbol budaya, kode, gambar, meta penulis, atau ikon untuk membingkai masalah tertentu yang mempengaruhi kelompok budaya yang berbeda dan solusi untuk masalah seperti itu. Kinetika budaya melibatkan kode komunikasi, simbol, gambar, metafora, makna, dan konteks antara pengirim dan penerima. Penggunaan kinetika budaya mempromosikan

pengembangan dan pemahaman pengetahuan. Faseke (1990) berkomentar tradisi lisan pada umumnya tidak hanya warisan dari kata yang diucapkan atau dinyanyikan; ini adalah warisan telinga. Airhihenbuwa (1995), dalam bukunya *Health and Culture*, menyatakan hal itu “Orang-orang dalam budaya tradisi lisan (seperti di banyak negara Afrika dan Asia) sudah terbiasa belajar dengan mendengarkan. Belajar dengan melihat adalah penting sejauh apa yang dilihat itu kongruen dengan apa yang didengar. Aspek kritis belajar dengan mendengarkan termasuk siapa berbicara, cara kata-kata diucapkan, dan dalam konteks apa. Selanjutnya, banyak budaya memiliki cara komunikasi tradisional di antara anggota kelompok.

Kompetensi budaya juga berarti bahwa pendidik kesehatan sadar akan etika dan ketidakcocokan budaya. Sangat penting bagi pengirim pesan untuk mendidik dirinya sendiri dalam semua aspek mekanisme komunikasi (misalnya, poster, selebaran, simbol gambar, cerita menceritakan, dan sebagainya) dalam budaya masyarakat. Pendidik harus berbudaya dan memiliki kompetensi dalam ekspresi budaya masyarakat sebelum memulai perencanaan, implementasi, program pendidikan edukasi dan promosi kesehatan dan evaluasi.

Pendidik kesehatan harus menyadari bahwa ketika metode yang dipilih dan materi komunikasi kesehatan sudah tepat, pertanyaan tentang kapan dan cara penggunaannya mungkin masih perlu ditangani. Airhihenbuwa selanjutnya menyatakan, “metode alternatif komunikasi lintas budaya harus digali agar dapat memastikan bahwa proses tersebut tidak melemahkan kelompok sasaran “. Sebuah masyarakat adalah sekelompok individu dengan sistem kepercayaan bersama, nilai-nilai, atau atribut lainnya. Setiap komunitas budaya telah menetapkan kode-kode tertentu, simbol, dan strategi sebagai metode komunikasi. Metode ini merangkum esensi makna yang dibawa oleh kelompok-kelompok masyarakat tersebut untuk pengembangan dan posisi pengetahuan. Sampai proses perubahan perilaku kesehatan dan mempengaruhi nilai-nilai dan kepercayaan budaya masyarakat. Seperti yang dinyatakan sebelumnya kekuatan kata yang diucapkan (tradisi lisan) adalah landasan kuno dari banyak budaya. Lagu dan tarian juga ditemukan di dasar-dasar banyak budaya. Interpretasi dan dekoding dari kata yang diucapkan tertanam dalam bercerita, yang dapat diekspresikan dalam lagu dan tarian. Lagu dan tarian biasanya digunakan dalam berbagai bentuk ritual.

7. Perspektif Sejarah dalam Komunikasi Lintas Budaya

Komunikasi lintas budaya telah menjadi tema yang berulang di seluruh dunia dalam sejarah manusia. Kesalahpahaman dan ketidakpercayaan di antara masyarakat karena komunikasi kurang efektif yang dapat mengakibatkan konflik internal atau eksternal. Ini bisa dilihat di semua perang yang telah terjadi sepanjang sejarah hingga saat ini. Contoh dari Studi Sifilis dan dalam program sterilisasi wanita India, telah berlangsung lama dan efek negatif pada komunikasi antarbudaya telah meningkatkan kesadaran akan etika sebagai persyaratan dalam eksperimen medis.

Tanpa komunikasi budaya kita hanya akan tertutup oleh perbatasan diri kita sendiri dan menjadi tahanan atas diri sendiri. Peristiwa masa lalu yang telah membentuk perasaan banyak orang Indian Amerika terhadap kesehatan perawatan adalah sterilisasi dua belas ribu wanita India selama periode empat tahun dari tahun 1972 hingga 1976. Inggris (nd) menyediakan penyelidikan mendalam tentang masalah-masalah moral dibuat oleh Pelayanan Kesehatan India (IHS) ketika informasi palsu tentang wanita India tentang prosedur sterilisasi. Wanita-wanita India ini dipaksa dan dilecehkan untuk dioperasi dan tidak diberikan informasi yang tepat sebelumnya. Sebagian besar budaya memiliki persepsi budaya tertentu dan penjelasan konseptual tentang kesehatan dan penyakit. Oleh karena itu penting untuk menjaga kepekaan budaya dalam pikiran dalam diskusi lintas budaya tentang kesehatan dan penyakit. Contoh penjelasan konseptual tersebut adalah teori-teori setan, selestial, fitogenik, dan miasmik dari penyebab penyakit. Kapan tabu dan mitos ada untuk populasi tertentu, maka penting bagi pendidik kesehatan mengenal mereka untuk secara efektif memberikan pelayanan dan perawatan kesehatan kepada klien-klien ini.

Ada empat faktor yang perlu dipertimbangkan ketika berkomunikasi lintas budaya: (1) tingkat literasi kesehatan audiens; (2) tingkat pengetahuan audiens tentang kesehatan dan penyakit; (3) sikap audiens terhadap kesehatan, penyakit, dan pencegahan; dan (4) hambatan struktural.

(1) Literasi Kesehatan

Tingkat melek huruf, khususnya melek kesehatan (kemampuan membaca dan memahami informasi kesehatan), penting ketika

berkomunikasi lintas budaya dengan brosur dan materi pendidikan tertulis lainnya, karena tidak semua orang pada saat yang sama memiliki tingkatan membaca yang sama. Tidak masuk akal untuk menggunakan brosur yang ditulis di tingkat sekolah menengah ketika mayoritas populasi yang diminati belum tamat SMA. Materi seperti ini juga akan membuat frustrasi dan kebingungan. Sangat penting untuk menyediakan materi pendidikan yang ditargetkan menuju tingkat pembacaan dan pemahaman yang tepat untuk setiap budaya kelompok. Juga perlu untuk mempertimbangkan menggunakan strategi komunikasi yang berbeda untuk budaya yang berbeda.

(2) *Tingkat Pengetahuan*

Tingkat pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit merupakan faktor penting untuk dipertimbangkan kapan berurusan dengan populasi yang beragam. Orang-orang dari komunitas kecil pedesaan mungkin kurang berpendidikan daripada mereka yang tinggal di daerah perkotaan yang luas; oleh karena itu pendidik kesehatan perlu berkomunikasi pada tingkat yang sama yang ditemukan di antara audiens untuk urusan kemudahan pemahaman. Ini sangat penting karena orang-orang yang kurang berpengetahuan ini adalah orang-orang yang membutuhkan perawatan kesehatan yang paling dan mungkin tidak mendapatkannya karena keadaan kesehatan mereka kebutuhurufan.

(3) *Sikap*

Pertimbangan lain yang harus diadopsi ketika berkomunikasi lintas budaya adalah kepekaan atau sikap budaya terhadap kesehatan. Dapat dipahami bahwa budaya yang berbeda Tures memiliki berbagai cara untuk menjelaskan dan menafsirkan konsep kesehatan dan penyakit. Meskipun demikian, mayoritas etnis minoritas memiliki sedikit pemahaman tentang medis konsep proses penyakit. Pencegahan adalah kunci hidup sehat dan berkualitas kehidupan, dan kurangnya pemahaman orang tentang bagaimana mencegah penyakit dapat menyebabkan kehancuran efek kesehatan. Upaya memadukan tapi sebagai faktor yang sangat penting untuk dipertimbangkan saat menyediakan layanan perawatan kesehatan kepada klien, baik yang sakit maupun yang sakit.

(4) Hambatan Struktural

Hambatan struktural (hambatan yang terkait dengan masalah struktural dalam organisasi atau masyarakat dalam suatu budaya), seperti akses terbatas ke pelayanan kesehatan karena biaya dan ketersediaan. Beberapa kelompok populasi mungkin harus melakukan perjalanan lebih jauh untuk melihat penyedia layanan dibandingkan kelompok populasi lainnya. Di beberapa komunitas, seseorang dapat melakukan perjalanan jauh berjalan kaki dan masih belum dapat melihat penyedia layanan kesehatan, sedangkan yang lain mungkin memiliki akses perawatan kesehatan. Asuransi kesehatan juga ikut berperan sebagai faktor utama untuk menerima perawatan kesehatan paripurna. Sebagian besar dari orang yang miskin dan memiliki asuransi kesehatan berdasarkan kelas akan menemui penyedia layanan kesehatan yang tidak paripurna; mereka lebih mungkin mendapatkan perawatan kesehatan hanya ketika itu benar-benar sangat penting. Pencegahan adalah kunci kesehatan yang baik, dan pesan itu harus disampaikan kepada masyarakat. Secara efektif untuk mencegah penyakit dan mengurangi biaya perawatan kesehatan. Baik itu dilakukan oleh penerjemah terlatih untuk minoritas yang menghadapi hambatan bahasa.

Berkomunikasi lintas budaya bisa sulit, tetapi jika konsep yang dibahas di sini adalah perlu diingat, berkomunikasi dengan populasi yang beragam bisa lebih mudah. Mengetahui bagaimana budaya menjelaskan konsep kesehatan dan penyakit adalah penting dalam mengomunikasikan secara efektif dengan orang-orang dalam budaya itu. Strategi komunikasi yang berbeda harus digunakan untuk menargetkan kelompok-kelompok yang berbeda, karena semua kelompok berbeda sampai batas tertentu dalam hal budaya mereka penjelasan natural, teoretis, dan konseptual tentang keadaan kesehatan dan penyakit.

8. Komunikasi dan Kesehatan Pribadi

Komunikasi kesehatan adalah penyediaan informasi kesehatan positif yang akan mempengaruhi meningkatkan perilaku dan perilaku kesehatan serta menambah pengetahuan kesehatan untuk pencegahan penyakit dan promosi serta dapat meningkatkan kesadaran individu akan risiko kesehatan dengan memberi tahu mereka potensi bahaya yang

mungkin mereka hadapi. Salah satu dari tujuh bidang tanggung jawab untuk Pendidikan kesehatan adalah untuk melayani sebagai narasumber. Berkomunikasi bagaimana caranya menghindari risiko kesehatan merupakan peran penting pendidikan kesehatan. Komplikasi risiko kesehatan imunisasi adalah proses dua arah yang melibatkan pendidik kesehatan menyampaikan pesan bijak kepada pihak yang berkepentingan tentang sifat, signifikansi, dan manajemen risiko dan pihak yang menerima pesan dan akhirnya menggunakan informasi yang disediakan untuk pengambilan keputusan tentang pencegahan penyakit, perlindungan kesehatan, promosi kesehatan, dan pemeliharaan kesehatan. Baik pendidik kesehatan dan audiens yang dituju memiliki tanggung jawab dan taruhan tinggi dalam menghindari risiko kesehatan.

Pendidik kesehatan dapat mendiskusikan risiko satu persatu dengan klien atau mereka dan dapat memberikan informasi melalui media massa, yang menghasilkan komunikasi dengan komunitas. Misalnya, kasus banyak iklan peringatan tentang penarikan kembali produk farmasi (seperti Vioxx, obat nyeri analgesik) karena ketersediaan penelitian baru dan data pada efek kesehatan yang merugikan dari produk ini. Seorang pendidik kesehatan yang sadar akan informasi peringatan tersebut dapat mendiskusikan risiko dalam penggunaan produk semacam itu. Keputusan akhir adalah untuk membuat klien. Pendidik kesehatan hanya membantu menyediakan informasi sarat ilmu yang tersedia. Selain itu, pendidik kesehatan dapat mengarahkan klien dalam memperkaya kesehatannya dengan memberikan kualitas hidup yang lebih baik untuknya dan mencegah terjadinya penyakit.

Dalam mengomunikasikan informasi *kesehatan pribadi* (kesehatan individu), pendidik kesehatan harus memperhatikan pengaruh faktor budaya pada dirinya tentang basis pengetahuan, sikap, dan perilaku Klien. Mengomunikasikan informasi kesehatan pribadi untuk mengubah perilaku kesehatan pribadi, seseorang harus memiliki motivasi untuk berubah, ini telah ditunjukkan melalui tahapan perilaku kesehatan model perubahan yang dikenal sebagai model *transtheoretical*. Model ini mengidentifikasi lima tahap yang bias ditargetkan untuk mengubah perilaku kesehatan pribadi: prekontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan. Tahap-tahap perubahan perilaku ini sepenuhnya disumpahi dalam buku teks pendidikan kesehatan umum.

Pendidik kesehatan lebih mampu memotivasi individu dan mengurangi risiko ketika mereka dapat menentukan pada tahap mana orang tersebut berada. Misalnya, jika seseorang berada dalam tahap prekontemplasi, maka dia tidak punya niat untuk berubah di masa depan enam bulan. Jika demikian, mintalah pendidik kesehatan untuk mendiskusikan potensi yang ada dengannya risiko tidak mengubah perilakunya dapat membawanya ke tahap kontemplasi. Terkadang orang perlu sedikit dorongan untuk memulai. Pendidik kesehatan dapat mendaftar strategi komunikasi untuk memberi seseorang dorongan kecil yang diperlukan untuk memulainya jalur perubahan perilaku.

Komunikasi kesehatan dapat membantu individu menemukan orang lain yang berada dalam situasi serupa dengan mereka, dengan mendorong mereka untuk menghadiri terapi kelompok atau pertemuan lainnya.

9. Komunikasi Kelompok

Terapi kelompok adalah aspek komunikasi kesehatan yang sangat positif. Kesehatan masyarakat terus berubah, yang berarti kebutuhan individu berubah juga. Satu komunitas mungkin memerlukan layanan khusus, sedangkan komunitas lain mungkin tidak. Berkomunikasi dengan individu dalam suatu komunitas dapat membantu spesialisasi kesehatan memutuskan layanan apa yang dibutuhkan dan mana yang tidak. Yang miskin dan kurang terlayani masyarakat mungkin membutuhkan bantuan seperti program makanan bergizi, sedangkan komunitas yang istimewa mungkin tidak butuh bantuan seperti itu. Adalah tanggung jawab pendidik kesehatan untuk melayani sebagai narasumber dalam membantu individu dan kelompok untuk menemukan sumber daya yang diperlukan promosi kesehatan, perlindungan kesehatan, dan pencegahan penyakit.

10. Komunikasi dan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat mengacu pada kesehatan sekelompok individu dengan karakteristik serupa, memiliki nilai-nilai umum, dan keyakinan bersama. Komunikasi kesehatan masyarakat bisa sangat kuat ketika didekati dengan benar. Ini memiliki kemampuan untuk mempengaruhi agenda publik, advokasi untuk kebijakan dan program, mempromosikan perubahan positif di masyarakat, meningkatkan layanan

pemberian layanan kesehatan, dan menciptakan kemitraan yang mendukung dalam masyarakat. Ketika sebuah komunitas menjadi lebih terinformasi melalui pendidikan kesehatan, para anggotanya mulai mengenali masalah terkait kesehatan yang terjadi di masyarakat. Ketika tujuannya adalah untuk membawa perubahan pada kebijakan dan program, komunitas jauh lebih kuat daripada individu saja. Sebuah komunitas memiliki kemampuan untuk membuat publik dan komersialnya bangunan bebas asap rokok. Namun, itu harus membuat mayoritas masyarakat setuju dengan a larangan merokok untuk menerapkan perubahan itu. Satu-satunya cara untuk mengubah pikiran orang-orang pada subjek seperti itu adalah untuk mempengaruhi mereka melalui komunikasi kesehatan. Kuat komunitas dibangun oleh individu yang kuat; Oleh karena itu, penting untuk menghubungi individu dengan menggunakan difusi teori inovasi dan komunikasi massa. Antara cara-cara berbeda untuk menyampaikan pesan kepada populasi besar adalah rilis berita, radio dan iklan TV, surat kabar, majalah, dan iklan.

Komunikasi kesehatan masyarakat juga dapat mempromosikan perubahan positif lainnya di Internet komunitas, seperti perubahan lingkungan fisik. Berkomunikasi dengan masyarakat tentang manfaat olahraga dan kesejahteraan hanya dapat membuat orang menyadarinya lingkungan mereka tidak menyediakan akses mudah untuk berolahraga. Beberapa komunitas tidak memfasilitasi transportasi non-kendaraan. Pendidikan kesehatan masyarakat yang sukses dalam hal ini daerah bisa mempromosikan perubahan pandangan. Salah satu contoh kontemporer dari perubahan tersebut adalah membangun jalur sepeda atau trotoar, yang akan memungkinkan orang untuk mengangkut diri mereka sendiri dengan cara yang lebih kuat. Salah satu cara komunikasi kesehatan dapat diterjemahkan menjadi advokasi. adalah melalui organisasi sosial dan aksi. *Aksi sosial* adalah pemberdayaan atau mobilisasi anggota masyarakat untuk menangani masalah mereka sendiri, dalam hal ini kasus untuk peningkatan kesehatan bersama dan perlindungan lingkungan mereka. Pendidik kesehatan adalah agen perubahan untuk mobilisasi seperti itu, menggunakan efektif strategi komunikasi untuk memulai dan mendukung proses.

11. Teknik Komunikasi dan Pemasaran

Ketika berhadapan dengan berbagai budaya, penting bagi pendidik kesehatan untuk melakukannya pertama-tama adalah identifikasi audiens target mereka sebelum melanjutkan untuk berkomunikasi dan memasarkan ide. Melakukan hal ini terlebih dahulu akan menghemat waktu dan uang pendidik kesehatan. Selain itu, ini akan memungkinkan pendidik kesehatan menjadi lebih efektif dalam berkomunikasi dan pemasaran (lebih responsif terhadap kebutuhan, tuntutan, dan keinginan audiens target) karena dia akan memahami budaya yang dia hadapi. Ada banyak teknik berbeda yang digunakan dalam memasarkan kesehatan masyarakat (termasuk pendidikan kesehatan) untuk mempromosikan perubahan sosial (Siegel & Lotenberg, 2007). Beberapa metode marketing adalah brosur, surat, iklan (di majalah, surat kabar, papan iklan, dan sebagainya), iklan, dan situs Web. Meskipun ini semua teknik efektif, perlu untuk menentukan target audiens seseorang sebelum memilih satu metode. Jika profesional pemasaran mencoba memasarkan produk kesehatan kepada orang miskin, di desa di negara berkembang, menggunakan situs Web atau email tidak akan efektif karena penduduk desa kemungkinan besar tidak akan memiliki akses ke sumber-sumber ini. Profesional pendidikan kesehatan harus menyadari bahwa ada perbedaan dalam cara orang belajar dan berpikir. Bahkan di negara maju, tidak semua orang berpikir cara yang sama. Budaya itu unik, dan agar pendidik kesehatan menjadi efektif berkomunikasi dengan publik mereka perlu mengidentifikasi perbedaan dalam pembelajaran dan pola berpikir di antara berbagai budaya. Membuat asumsi yang salah tentang suatu budaya mendatang dan stereotip (generalisasi berdasarkan asumsi prematur atau cacat) adalah fenomena umum. Tetapi mereka dapat secara negatif mempengaruhi praktik pendidikan ketika memasarkan produk baru ke populasi sasaran.

Penting untuk sadar bahwa tidak hanya budaya dominan suatu negara tetapi juga budaya sub kelompoknya. Pengetahuan kesehatan dan pemahaman pendidik tentang subkultur semacam itu dapat membantu mereka merencanakan program yang akan diterima oleh pemirsa yang diinginkan. Pesan yang diberikan tidak akan sama efektifnya di semua budaya. Untuk memahami mengapa demikian, pendidik kesehatan perlu menyadari perbedaan komunikasi, strategi dan penggunaannya. Strategi

komunikasi terkait dengan program yang efektif teknik perencanaan dan pemasaran. Memahami budaya suatu komunitas adalah salah satu caranya membangun teknik pemasaran yang baik untuk komunitas itu. Pemahaman budaya ini membuatnya lebih mudah untuk mengirimkan informasi ke komunitas. Misalnya, audiens Jepang lebih suka komunikasi verbal tidak langsung dan simbolisme sebagai sumber informasi, orang-orang Yoruba di barat daya Nigeria lebih suka kata-kata yang diucapkan tertanam dalam bahasa kode, simbol, gambar, lagu, dan metafora, dan iklan Amerika terutama mengandalkan kata-kata yang diucapkan dan ditulis sebagai sumber informasi. Teknik pemasaran memiliki elemen strategis, yang sering digambarkan sebagai **empat (P): Produk, Harga, Tempat, dan Promosi**. Untuk mengatasi perbedaan budaya itu perlu disesuaikan setidaknya satu dari empat Ps. P yang paling sering diubah adalah promosi, yaitu pada dasarnya bahasa iklan. Simbol juga sering digunakan saat memasarkan suatu produk. Namun, menggunakan symbol tidak disarankan saat pemasaran ke berbagai budaya. Simbol mungkin sangat bermakna dalam satu budaya dan sewenang-wenang dalam yang lain. Misalnya, di dunia Barat, sangat menyenangkan untuk bertukar hadiah dengan pengunjing, dan hadiah semacam itu memiliki arti khusus.

12. Pola Komunikasi dan Penghalang Bahasa

Antropolog mengingatkan bahwa Bahasa adalah salah satu penghalang utama. Ini biasanya membuat sulit bagi orang-orang ini untuk mengakses perawatan kesehatan, dan pendidik kesehatan menghadapi masalah besar ketika merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi layanan atau program pendidikan kesehatan untuk orang-orang ini. Karena masalah ini kualitas perawatan orang-orang ini dapat memburuk. Hambatan bahasa membuatnya sulit untuk pasien dan penyedia layanan kesehatan untuk berkomunikasi secara efektif.

Berdasarkan ulasan ini disimpulkan bahwa masalah bahasa memainkan peran utama dalam kualitas semua layanan pengiriman perawatan kesehatan, termasuk layanan pendidikan kesehatan. Komunikasi yang efektif adalah landasan dalam pemberian pelayanan perawat kesehatan. Pentingnya mengembangkan mendengarkan dan berbicara dan keterampilan tidak dapat terlalu ditekankan untuk semua yang terlibat

dalam layanan pemberian layanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan (termasuk pendidik kesehatan) harus menunjukkan keterampilan dalam mendengarkan, berbicara, berempati, menyelidiki, mengadvokasi, menghadapi, menyampaikan kedekatan, dan menunjukkan kepedulian saat menanggapi kebutuhan perawatan kesehatan klien mereka dan keluarga klien. Mereka harus memahami tingkat melek huruf dari klien dan lebih memahami lintas budaya. Mereka harus siap untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan fisik, sosial, emosional, mental, dan spiritual klien mereka. Kerahasiaan klien. Hambatan komunikasi menghambat pemberian perawatan dan proses penyembuhan. Untuk melayani klien yang beragam secara budaya, penerjemah (penerjemah) mungkin diperlukan. Literatur mengungkapkan bahwa lebih banyak penelitian dan tindakan diperlukan untuk menyesuaikan sebagai langkah awal adalah; mengidentifikasi dan mengambil tindakan pada setiap komponen masalah, termasuk pola komunikasi dan hambatan bahasa serta melek kesehatan, dan peran budaya, kemiskinan, dan peluang pendidikan. Sebagai kesimpulan, hambatan bahasa di kalangan minoritas perlu diatasi. Masalah ini semakin mendapat perhatian, tetapi tampaknya daerah pedesaan kurang terlayani dalam populasi yang membutuhkan bantuan segera. Terlepas dari kenyataan bahwa ini adalah populasi yang kecil, orang-orang inilah yang paling membutuhkan perawatan kesehatan.

Persentase lebih besar dari minoritas tinggal di daerah metropolitan, tetapi mereka adalah orang-orang yang menjadi sasaran intervensi yang ada. Ini mungkin tampak mustahil, tetapi masalah ini harus ditangani di mana-mana di dunia, di kota-kota besar dan di kota-kota kecil. Selain itu, upaya harus diarahkan untuk membantu semua minoritas—apapun perbedaannya, kecacatannya, atau identitas etnis atau ras—untuk mengatasi hambatan bahasa mereka.

KEPUSTAKAAN

- Andualem, M., Kebede, G., & Kumie, A. (2013). Information needs and seeking behaviour among health professionals working at public hospital and health centre in Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Health Service Research*, 13, 534-543.
- Bayat, F., Shojaeezadeh, D., Baikpour, M., Heshmat, R., Baikpour, M., & Hosseini, M. (2013). The effects of education based on extended health belief model in type 2 diabetic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(45), 1-6.
- Chrisian Pelras. (2000). *Manusia Bugis*. Jakarta
- Dewi, A. (2015, Maret 9). Fieldnotes preeliminary study 02. (S. D. Krisna, Interviewer) Dominic, R. A., Y.N., S., & Nayak, M. G. (2013). Health seeking behaviour of rural adults. *Nitte University Jurnal of Health Service*, 3(3), 77-82.
- Eric B. Shiraev dan David A. Levi. *Psikologi Lintas Kultural*. Kencana. Jakarta.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselber, T. S., & Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: The place of internet. *Social Science & Medicine*, 60, 1467-1478.
- Jared Diamond. *Collapse. Runtuhnya Peradaban Dunia*. KPG Jakarta.
- Kazarian, S.S., & Evans, D.R. (2001). *Health Psychology and Culture: Embracing the 21st Century*. San Diego: Academic Press.
- Miguel A Peres & Raffel Luquis. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion*. Published by Jossey-Bass A Wiley Imprint 989 Market Street, San Francisco, CA 94103-1741—www.josseybass.com
- Murithii, M. K. (2013). The determinants of health-seeking behaviour in a Nairobi Slum, Kenya. *European Scientific Journal*, 9(8), 151-164.
- Murphy, S., & Bennett, P. (2004). *Lifespan, Gender and Cross-cultural Perspectives in Health Psychology*. London: Sage.
- Notoadmojo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: RINEKA CIPTA
- Pool, R., & Geissler, W. (2005). *Medical Anthropology*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.

- Renata Schiavo (2014). *Health Communication from Theory to Practice*, Second Edition: Jossey-Bass, A Wiley Brand.
- Robert Samuels. *New Media, Cultural Studies and Critical Theory*. PALGRAVE MACMILLAN. Avenue, New York, NY 10010.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. Danvers: Clearance Center Inc.
- Stone, G.C. (1979). *Health and the Health System: A Historical Interview and Conceptual Framework*. San Francisco: Jossey-Bass.

BAB VII

Literasi Kesehatan

1. Mengapa Literasi Kesehatan?

Literasi kesehatan diakui sangat penting untuk membantu mencerdaskan masyarakat dalam menangani (mencegah dan menanggulangi) kesehatannya sendiri atau kesehatan kelompok dan juga untuk petugas kesehatan. Para ilmuwan kesehatan masyarakat, psikologi antropologi dan sosiologi serta komunikasi berupaya bekerja sama mengembangkan konsep literasi kesehatan secara fungsional. Beberapa tahun terakhir ini di Indonesia juga menyadari pentingnya literasi kesehatan sehingga terjadi perbincangan, diskusi dan penelitian yang fokus pada literasi kesehatan.

Kristine Sorensen (2012) mengatakan literasi kesehatan adalah kemampuan orang untuk memenuhi tuntutan yang kompleks. Walaupun diakui, tidak ada definisi tunggal literasi bahkan terus berkembang sampai mencapai minimal 15 definisi untuk membantu mengembangkan dimensi konseptualnya dan kemungkinan pengukuran dan perbandingan.

Kajian ilmiah telah dikembangkan oleh UNESCO agar kita mampu membedakan antara literasi kesehatan dari literasi pada umumnya. UNESCO menulis bahwa dalam sejarahnya kata literasi itu berasal dari kata '*literate*' yang berarti '*familiar with literature*' atau dalam istilah umum '*well education learn*'. Pada akhir abad kesembilan belas pengertian ini masih tetap mengacu pada kemampuan membaca dan menulis teks. Perkembangan selanjutnya, beberapa tahun terakhir muncul empat pengertian untuk menjelaskan literasi sebagai dalam 4 tahap dalam dari perdebatan pengertian tersebut: 1) Literasi sebagai perangkat kemampuan yang otonom; 2) literasi itu diterapkan, dipraktikkan dan dikondisikan; 3) literasi adalah hasil pembelajaran; dan 4) literasi dapat dalam teks.

Selama beberapa waktu, program literasi kesehatan ditekankan pada kemampuan untuk menangani kata dan angka dalam penanganan medis. Berapa tahun terakhir, program literasi diperluas untuk upaya mengembangkan literasi kesehatan yang melibatkan penggunaan simultan untuk penanganan pencegahan secara luas dan saling berhubungan dengan penanganan medis.

Walaupun perkembangan sangat cepat, hampir di seluruh dunia, terutama di Amerika dan Kanada, serta negara-negara eropa, namun minat literasi kesehatan di Indonesia masih sangat minim dan belum beranjak. Penelitian tentang literasi kesehatan telah dilakukan juga di Australia, Jepang, Inggris, Belanda, dan Swiss. Literasi kesehatan semakin diakui dalam kebijakan kesehatan. Sebagai contoh, literasi kesehatan yang ditetapkan oleh Komisi Eropa 2008-2013 bahwa literasi kesehatan merupakan tindakan prioritas Strategi Kesehatan. Ini terkait dengan pemberdayaan terhadap warga. Implikasi dari rendahnya literasi kesehatan terhadap kesehatan telah dimediasi atau dimoderasi oleh sejumlah faktor, termasuk sejauh mana layanan kesehatan profesional kesehatan mengenali dan membuat kelonggaran untuk ini. Literasi kesehatan yang rendah cenderung lebih mudah dikenali di beberapa kelompok yang kurang peduli pada kesehatan.

Misalnya, akan terlihat jelas dalam konsultasi kesehatan bahwa orang-orang dari kelompok etnis minoritas yang tidak berbicara bahasa dominan di negara tempat tinggal atau layanan kesehatan merekam akan mengalami kesulitan fungsional dan literasi kesehatan dalam konteks tersebut kecuali tersedia bahasa alternatif. Ketika kesulitan literasi dikaitkan dengan perbedaan bahasa, hal itu dapat diatasi melalui interpretasi dan penerjemahan. Profesional kesehatan juga lebih mungkin untuk mempertimbangkan kemungkinan kesulitan melek huruf pada orang dewasa jika mereka mengasosiasikan penuaan dengan gangguan visual dan/atau kognitif, atau berpikir bahwa kelompok yang lebih tua lebih mungkin tidak bersekolah saat masih anak-anak. Dengan demikian mereka mungkin lebih cenderung memberikan instruksi lisan yang jelas atau meningkat kepada orang tua.

Di negara-negara seperti Indonesia dengan sistem pendidikan tidak wajib, mungkin terdapat 'populasi tersembunyi' yang besar dari orang-orang dengan kesulitan melek huruf. Kemampuan berkomunikasi secara

lisan dapat menutupi ketidakmampuan banyak orang yang berbicara dalam bahasa dominan dengan baik untuk membaca dan menulis secara kompeten. Ada orang tidak menyadari bahwa mereka memiliki kemampuan literasi kesehatan yang rendah untuk menggunakan strategi koping yang menyembunyikannya. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa staf perawatan kesehatan sering tidak mengenali kesulitan melek kesehatan di antara orang dewasa usia kerja yang dapat terlibat dalam percakapan lisan dalam bahasa yang dominan.

2. Definisi Literasi Kesehatan

Selama dekade terakhir ini ilmuwan dan peneliti promosi kesehatan serta lintas disiplin berusaha menemukan definisi yang tepat dan bersifat fungsional untuk menerjemahkan definisi literasi kesehatan secara operasional sebagaimana 15 definisi yang dikemukakan sebagai berikut: **Sorensen (2015)** berhasil mengumpulkan 15 definisi yang terdokumentasi sebagai berikut:

(1) WHO (1998)

“Keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses guna memahami dan menggunakan informasi dengan cara yang mempromosikan dan menjaga kesehatan yang baik”

(2) Asosiasi Medis Amerika (1999)

“Konstelasi keterampilan, termasuk kemampuan untuk melakukan tugas membaca dan angka dasar yang diperlukan untuk berfungsi di lingkungan perawatan kesehatan”

(3) Nutbeam (2000)

“Keterampilan pribadi, kognitif dan sosial yang menentukan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami, dan menggunakan informasi untuk mempromosikan dan memelihara kesehatan yang baik”

(4) Institut Kedokteran (2004)

“Kapasitas individu untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi dan layanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat”

(5) Kickbusch, Tunggu & Maag (2005)

“Kemampuan untuk membuat keputusan kesehatan yang baik dalam konteks kehidupan sehari-hari—di rumah, di komunitas, di tempat kerja, sistem perawatan kesehatan, pasar dan arena politik. Ini adalah strategi pemberdayaan penting untuk meningkatkan kontrol orang atas kesehatan mereka, kemampuan mereka untuk mencari informasi dan kemampuan mereka untuk bertanggung jawab”

(6) Arcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)

“Berbagai keterampilan, dan kompetensi yang dikembangkan orang untuk mencari, memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi dan konsep kesehatan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi, mengurangi risiko kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup”

(7) Paasche-Orlow & Serigala (2006)

“Kepemilikan individu atas keterampilan yang diperlukan untuk membuat keputusan terkait kesehatan, yang berarti bahwa literasi kesehatan harus selalu diperiksa dalam konteks tugas spesifik yang perlu diselesaikan. Pentingnya apresiasi kontekstual literasi kesehatan harus digarisbawahi” [40]

(8) UNI EROPA (2007)

“Kemampuan untuk membaca, menyaring dan memahami informasi kesehatan untuk membentuk penilaian yang baik” [30]

(9) Pavlekovic (2008)

“Kapasitas untuk memperoleh, menginterpretasikan dan memahami informasi dan layanan kesehatan dasar dan kompetensi untuk menggunakan informasi tersebut untuk meningkatkan kesehatan” [41]

(10) Rootman & Gordon-Elbihbety (2008)

“Kemampuan untuk mengakses, memahami, mengevaluasi, dan mengomunikasikan informasi sebagai cara untuk mempromosikan, memelihara, dan meningkatkan kesehatan dalam berbagai pengaturan sepanjang perjalanan hidup” [42]

(11) Ishikawa & Yano (2008)

“Pengetahuan, keterampilan dan kemampuan yang berkaitan dengan interaksi dengan sistem kesehatan” [14]

(12) Mancuso (2008)

“Sebuah proses yang berkembang sepanjang hidup seseorang dan mencakup atribut kapasitas, pemahaman, dan komunikasi. Atribut literasi kesehatan terintegrasi di dalam dan didahului oleh keterampilan, strategi, dan kemampuan yang tertanam dalam kompetensi yang dibutuhkan untuk mencapai literasi kesehatan” [4

(13) Adams *et al.* (2009)

“Kemampuan untuk memahami dan menafsirkan makna informasi kesehatan dalam bentuk tertulis, lisan atau digital dan bagaimana ini memotivasi orang untuk menerima atau mengabaikan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan” [22]

(14) Adkins *dkk.* (2009)

“Kemampuan untuk memperoleh makna dari berbagai bentuk komunikasi dengan menggunakan berbagai keterampilan untuk mencapai tujuan yang berhubungan dengan kesehatan” [46]

(15) Freedman *dkk.* (2009)

“Sejauh mana individu dan kelompok dapat memperoleh proses, memahami, mengevaluasi, dan bertindak berdasarkan informasi yang dibutuhkan untuk membuat keputusan kesehatan masyarakat yang bermanfaat bagi masyarakat” [35]

Sekaitan dengan definisi di atas **Baker** pengertian i literasi cetak dan literasi oral terkait kesehatan. **Paashe-Orlow** dan **Wolf** juga menambah **pointing yaitu**: pengetahuan perawatan diri; (1) kontrol perilaku berisiko dan perawatan preventif berkunjung ke dokter; dan (2) kepatuhan minum obat.

Pandangan ini berusaha memperluas konsep literasi kesehatan dengan memasukkan dimensi yang melampaui kemampuan individu. Model prototipikalnya oleh **Nutbeam**, yang membedakan antara tiga tipologi literasi kesehatan yaitu: (1) kemampuan fungsional untuk membaca dan menulis untuk memahami konten literasi kesehatan medis,

(2) Interaktif dalam partisipasi, dan (3) menganalisis informasi secara kritis.

3. Dimensi Literasi Kesehatan

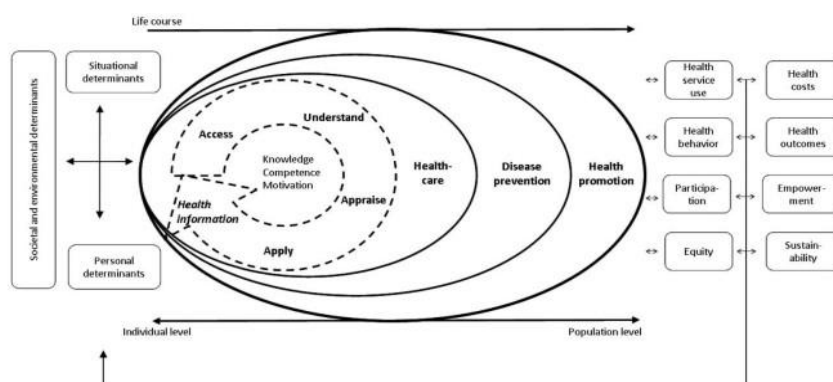
Tipologi yang berbeda mewakili tingkat pengetahuan dan keterampilan yang secara progresif mendukung otonomi yang lebih besar dan pemberdayaan pribadi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan, serta keterlibatan dengan pengetahuan kesehatan yang lebih luas yang meluas dari manajemen kesehatan pribadi ke penentu sosial kesehatan. **Manganello** menambahkan literasi media sebagai kemampuan mengevaluasi pesan media secara kritis. **Zaradoolas dkk.** membedakan antara keaksaraan mendasar (keterampilan dan strategi yang terlibat dalam membaca, berbicara, menulis, dan menafsirkan angka, yang terbagi dalam Dimensi literasi yaitu: literasi sains (tingkat kompetensi dengan sains dan teknologi); literasi kewarganegaraan kemampuan warga negara untuk menyadari masalah publik dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan; dan **literasi budaya** yaitu kemampuan untuk mengenali dan menggunakan keyakinan, kebiasaan dan identitas sosial untuk menafsirkan dan bertindak berdasarkan informasi kesehatan. Senada dengan itu, **Freedman et al.** mengidentifikasi tiga dimensi literasi kesehatan masyarakat, yang masing-masing melibatkan kompetensi yang sesuai: (1) Fondasi konseptual meliputi pengetahuan dasar dan informasi yang diperlukan untuk memahami dan mengambil tindakan terhadap masalah kesehatan masyarakat. (2) Kemampuan untuk memperoleh, mengolah, mengevaluasi, dan menindaklanjuti, dan (3) Orientasi kewarganegaraan melalui keterlibatan masyarakat untuk mengartikulasikan distribusi beban dan manfaat masyarakat yang tidak merata, mengevaluasi upaya kesehatan masyarakat, mengomunikasikan masalah kesehatan masyarakat saat ini, dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui tindakan sipil, kepemimpinan, dan dialog. **Mancuso** menekankan bahwa literasi kesehatan adalah proses yang berkembang sepanjang hidup seseorang dan mengidentifikasi atribut literasi kesehatan menjadi kapasitas, pemahaman dan komunikasi (1) Keterampilan Kapasitas terkait dengan literasi kesehatan meliputi mengumpulkan, menganalisis, dan mengevaluasi informasi kesehatan untuk kredibilitas dan kualitas, bekerja sama,

mengelola sumber daya, mencari bimbingan dan dukungan, mengembangkan dan mengekspresikan rasa diri, menciptakan dan mengejar visi dan tujuan, dan mengikuti perubahan. Keterampilan bahasa lisan juga dianggap penting. Keterampilan sosial dan kredensial seperti membaca, mendengarkan, analitis, pengambilan keputusan, dan kemampuan numerik juga penting untuk mengadvokasi diri sendiri, untuk bertindak berdasarkan informasi kesehatan, dan untuk bernegosiasi dan menavigasi dalam sistem perawatan kesehatan. (2) Pemahaman adalah proses yang kompleks berdasarkan interaksi yang efektif dari logika, bahasa, dan pengalaman dan sangat penting untuk interpretasi yang akurat dari segudang informasi yang diberikan kepada pasien modern, seperti instruksi pemulangan, formulir persetujuan, pendidikan pasien bahan, dan petunjuk pengobatan. (3) Komunikasi adalah bagaimana pikiran, pesan atau informasi dipertukarkan melalui ucapan, isyarat, tulisan atau perilaku. Komunikasi melibatkan input, *decoding*, *encoding* output, dan umpan balik. Keterampilan komunikasi yang penting adalah membaca dengan pemahaman, menyampaikan gagasan secara tertulis, berbicara agar orang lain dapat memahami, mendengarkan secara aktif, dan mengamati secara kritis.

4. Model Konseptual Literasi Kesehatan

Delanoë menjelaskan bahwa literasi kesehatan yang terintegrasi dalam sejumlah model konseptual literasi kesehatan dan telah disajikan dalam literatur, namun tidak satu pun dari ini dapat dianggap cukup komprehensif untuk sejalan dengan definisi literasi kesehatan yang berkembang dan dengan kompetensi yang disyaratkannya. Hal ini mungkin karena upaya untuk mengkonseptualisasikan literasi kesehatan sejauh ini gagal untuk mengintegrasikan pengetahuan yang ada mencakup perspektif yang berbeda tentang literasi kesehatan. **Pertama**, sebagian besar model konseptual yang ada tidak cukup didasarkan pada teori dalam hal pengertian dan konsep yang disertakan. **Kedua**, sangat sedikit model yang mengintegrasikan komponen-komponen yang termasuk dalam model literasi “medis” dan “kesehatan masyarakat”. Satu-satunya model yang secara eksplisit mencoba untuk menjembatani perbedaan antara kedua pandangan adalah Nutbeam dan Manganello, yang memasukkan dimensi

keaksaraan fungsional sesuai dengan kognitif kemampuan melek kesehatan **medis. Ketiga**, sementara mengakui bahwa literasi kesehatan memerlukan dimensi yang berbeda, sebagian besar model yang ada agak statis dan tidak secara eksplisit memperhitungkan fakta bahwa literasi kesehatan juga merupakan proses, yang melibatkan langkah-langkah secara berurutan. **Keempat**, Perlu mempertimbangkan penggunaan biaya dan hasil kesehatan, yang menghubungkan model secara lebih eksplisit dengan teori yang mapan sebagaimana dulas pada gambar berikut ini (Gambar 1):



Integrated Model of Health Literacy--see separate file.

Model ini menggabungkan dimensi utama literasi kesehatan yang diwakili dalam gambar dengan literasi kesehatan. Model Ini juga membuat jalur yang menghubungkan literasi kesehatan dengan hasil kesehatan. Model di atas juga menunjukkan ada kaitan dengan ‘*all inclusive*’ yang memerlukan *Appraise* untuk menyaring, menerapkan dan mempertahankan kemampuan yang dimiliki.

5. Efek Literasi Kesehatan

(1) Efek terhadap Kesehatan

Beberapa hasil penelitian menemukan salah satu faktor terkuat adalah biaya. Untuk kepemilikan informasi menunjang status kesehatan seseorang. Orang yang memiliki keterbatasan dalam informasi kurang menunjukkan perilaku yang sehat.

(2) Efek terhadap Biaya Pelayanan Kesehatan

Hasil analisis statistik menunjukkan orang yang memiliki literasi kesehatan kurang akan membutuhkan biaya kesehatan yang semakin tinggi demikian sebaliknya, kemampuan literasi yang baik akan mengurangi pengeluaran yang tidak tinggi.

Manfaat Literasi Kesehatan dalam Kehidupan Masyarakat

Literasi kesehatan atau *health literacy* sangat penting bagi semua orang. Hal ini karena pada saat tertentu dalam kehidupan, seseorang perlu memahami dan menggunakan informasi serta layanan kesehatan. Berikut merupakan beberapa manfaat dari *health literacy*.

1. Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan seperti dalam hal memperoleh fasilitas kesehatan maupun dalam menggunakan fasilitas kesehatan.
2. Mendorong masyarakat untuk mengontrol diri terhadap kesehatannya sendiri yang lebih besar terhadap kesehatan sehingga mereka mampu untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya.
3. Mengubah kebiasaan masyarakat yang terkait dengan kesehatan.
4. Mengubah pandangan dan cara masyarakat dalam memperoleh maupun mempertahankan kesehatan mereka.
5. Membantu mencegah masalah kesehatan dan melindungi kesehatan, serta mengelola lebih baik masalah-masalah tersebut dalam situasi tak terduga.

Cara Meningkatkan *Health Literacy* di Dalam Masyarakat

Tidak semua orang memiliki kemampuan membaca tepat. Selain itu, masyarakat juga belum memiliki kesadaran yang kuat terhadap pentingnya literasi kesehatan. Hal lainnya yang membuat kurangnya literasi kesehatan dalam masyarakat, yaitu ketidakmerataan fasilitas untuk memperoleh informasi kesehatan di masyarakat. Untuk itu, diperlukan strategi dalam meningkatkan *health literacy* dalam masyarakat. Berikut ini adalah beberapa cara meningkatkan *health literacy* di kalangan masyarakat.

1. Melakukan promosi mengenai informasi-informasi literasi kesehatan kepada masyarakat secara luas dan menyeluruh.

2. Meningkatkan keterampilan masyarakat dalam hal membaca dan memahami, agar mereka mendapatkan kemudahan dalam melakukan literasi kesehatan.
3. Menanamkan atau menumbuhkan kebiasaan dan kemampuan masyarakat dalam literasi kesehatan sejak dini melalui pendidikan formal.
4. Merumuskan materi dengan bahasa yang mudah dipahami masyarakat awam.
5. Menerapkan tulisan menjadi bentuk video interaktif yang lebih menarik.
6. Memberikan bahan literasi kesehatan yang mudah dipraktikkan dan sesuai dengan tingkat budaya dan bahasa mereka.
7. Meratakan fasilitas literasi kesehatan berupa pembangunan tempat-tempat memperoleh informasi atau materi kesehatan di kalangan masyarakat desa dan kota.
8. Meningkatkan kualitas tenaga kesehatan guna memperbaiki kemampuan literasi masyarakat.
9. Melakukan pendekatan multisektor untuk menyediakan dan meratakan fasilitas literasi kesehatan dalam lingkup masyarakat.

Melakukan pemberdayaan masyarakat, dalam hal ini meningkatkan peran serta masyarakat agar mau berusaha untuk memperoleh literasi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Delanoë, A., Lépine, J., Portocarrero, M. E. L., Robitaille, H., Turcotte, S., Lévesque, I., Wilson, B. J., Giguère, A. M. & Légaré, F. 2016. Health literacy in pregnant women facing prenatal screening may explain their intention to use a patient decision aid: A short report. *BMC research notes*, 9, 339.
- Hernandez, L. M. 2013. Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world. *Workshop summary*. National Academies Press.
- Robin J. Jacobs, Jennie Q. Lou, Raymond L. Ownby and Joshua Caballero. A systematic review of eHealth interventions to improve health literacy. Nova Southeastern University, USA
- Sevima. 2019. Pengertian Literasi Menurut Para Ahli, Tujuan, Manfaat, Jenis dan Prinsip. <https://sevima.com/pengertian-literasi-menurut-para-ahli-tujuan-manfaat-jenis-dan-prinsip/>.(diakses tanggal 14 Maret 2021).
- Sorensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. & Slonska, Z. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12.



Ridwan Mochtar Thaha yang lahir tahun 1958 di Kota Tual, Provinsi Maluku menyelesaikan pendidikan Sarjana Antropologi di Universitas Hasanuddin, dan Magister serta Doktor Kesehatan Masyarakat untuk konsentrasi Promosi dan Ilmu Perilaku Kesehatan di Universitas Indonesia. Saat ini bekerja sebagai dosen sejak 1986 di Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Aktif sebagai dosen, peneliti, juga aktif di Organisasi Profesi Kesehatan Masyarakat yaitu di Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) dan Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Indonesia (PPKMI). Juga aktif di Ikatan Kekerabatan Antropologi (IKA). Banyak melakukan riset dan menerbitkan artikel, serta membimbing mahasiswa untuk skripsi, tesis dan disertasi untuk topik yang berkaitan promosi dan ilmu perilaku kesehatan

Menikah dengan Dr. Ida Leida Maria, S.K., M.K.M., M.Sc.P.H. dan memiliki 2 putra : Rianda Ridho Hafizh Thaha, S.E., M.B.A. dan Adhi Nauval Hafizh Thaha, S.Ars. serta menantu Zata Misykat, S.H.

Sejak tahun 2004 sampai sekarang aktif sebagai Asesor pada Badan Akreditasi Nasional Pendidikan Tinggi (BAN-PT) PT dan Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan (LAMPTKes). Sejak tahun 2020 sampai sekarang dipercaya sebagai Anggota Majelis Akreditasi LAMPTKes. Juga aktif sebagai Ketua Majelis Kolegium Kesehatan Masyarakat Indonesia (MKKMI) sejak tahun 2019 sampai sekarang dan Wakil Ketua Pengurus Pusat LPA-PKP.

Penerbit: Deepublish (CV BUDI UTAMA)
Jl. Kaliurang Km 9,3 Yogyakarta 55581
Telp/Fax : (0274) 4533427
Anggota API (076/DIY/2012)
✉ cs@deepublish.co.id
🌐 Penerbit: deepublish
📄 @penerbitbuku_deepublish
🌐 www.penerbitdeepublish.com

