

Buku Ajar

**ILMU SOSIAL
& PERILAKU
KESEHATAN**



Buku Ajar

**ILMU SOSIAL
& PERILAKU
KESEHATAN**

Dr. Katmini, S.Kep., Ns., M.Kes

ILMU SOSIAL DAN PERILAKU KESEHATAN

Oleh :

Dr. Katmini, S.Kep., Ns., M.Kes

Editor :

Dr. Sujono Riyadi, S.Kep., Ns., M.Kes

© Gosyen Publishing 2021



Gosyen Publishing

Jatirejo 58B RT07/RW21

Sendangadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta, 55285

www.gosyenpublishing.web.id

e-mail : gosyenpublishing@yahoo.com

Ilustrasi Dalam : Andy Gp

Ilustrasi Sampul : Tim Gosyen

Cetakan Pertama 2021

Katalog Dalam Terbitan (KDT):

ILMU SOSIAL DAN PERILAKU KESEHATAN ;

Dr. Katmini, S.Kep., Ns., M.Kes

xii, 185 hlm; 14 x 20 cm.

ISBN 978-602-5411-99-1

Anggota IKAPI DIY

No. 098/DIY/2017

Hak Cipta dilindungi Undang-undang.

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apa pun, termasuk fotokopi, tanpa izin tertulis dari penerbit.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmad dan karunia-Nya maka buku ajar Ilmu Sosial dan Perilaku ini telah selesai kita susun.

Buku ini berisikan berisi tentang teori, model dan prinsip ilmu sosial, perilaku dan antropologi yang akan dibutuhkan untuk memahami dan menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat dalam tingkat lokal, nasional maupun global. Dengan adanya buku ini maka diharapkan mahasiswa dapat lebih memahami dan mampu merumuskan tentang teori sosio-antropologi dalam memahami masalah sosial kesehatan. Selain itu buku ini juga diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai aspek sosial, perilaku dan budaya yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat termasuk alasan menolak atau menerima perilaku sehat baik dalam konteks individu, keluarga, struktur sosial maupun budaya.

Seperti kita tahu bahwa ilmu sosial dan perilaku sangat dibutuhkan untuk memahami masalah kesehatan

masyarakat karena banyak determinan sosial baik yang mempengaruhi baik secara langsung ataupun tidak langsung status kesehatan tersebut. Begitupun dengan banyak faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang dalam mengambil keputusan terkait status kesehatan mereka. Karena masalah kesehatan tidak akan pernah bisa dipisahkan dari masalah sosial seperti kemiskinan, budaya dan kondisi sosial masyarakat lainnya. Sedangkan keberhasilan masyarakat mencapai status kesehatan tidak akan lepas dari berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yang mereka ambil. Sehingga dengan dasar ilmu sosial dan perilaku ini diharapkan akan menjadi dasar pengembangan kebijakan kesehatan masyarakat yang membantu pencapaian status kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Akhirnya saya ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh tim dan semua pihak yang terlibat dalam proses penyusunan buku ini. Tentunya saya pahami bahwa buku ini tentunya belum sempurna dan dalam perjalanannya akan diperbaiki kembali sesuai perkembangan yang ada.

Kediri, 2020

Penulis

Dr. Katmini,S.Kep.,Ns.,M.Kes



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 TEORI DAN KONSEP SOSIOLOGI UNTUK MEMAHAMI KESEHATAN 1	
Pendahuluan	1
Deskripsi BAB	1
Tujuan atau Sasaran Pembelajaran	2
Penyajian	3
Teori yang Berdasar Fakta Sosial	3
Teori Struktural Fungsional	3
Teori Konflik	17
Teori Sistem Sosial	22
Teori Berdasar Definisi Sosial	25
Social Action Theory	25
Symbolic Interactionism Theory	28
Social Phenomenology Theory	31

Memahami perilaku sosial	33
Behavioral Sociology Theory	35
Exchange Theory	38
Memahami Konsep dan Praktik Sosiologi Kesehatan	42
Definisi Sosiologi Kesehatan	44
Ruang Lingkup Sosiologi Kesehatan	45
Sosiologi dan Jaminan Kesehatan	50
Latihan	53
Ringkasan	54
Tes 1	55

BAB 2	TEORI DAN KONSEP	
	ANTROPOLOGI UNTUK	
	MEMAHAMI KESEHATAN	57
	Pendahuluan	57
	Deskripsi BAB	57
	Tujuan atau Sasaran Pembelajaran	57
	Penyajian	58
	Antropologi Kesehatan	58
	Konsep Antropologi	58
	Antropologi Kesehatan	61
	Ekologi Kesehatan dan Penyakit	74
	Hubungan Manusia dan Kesehatan	
	Lingkungan	74

	Kesehatan dalam Perspektif Ekologi	
	Kesehatan	78
	Latihan	81
	Ringkasan	81
	Tes 2	82
BAB 3	TEORI MODEL PERILAKU	
	KESEHATAN	85
	Pendahuluan	85
	Deskripsi BAB	85
	Tujuan atau Sasaran Pembelajaran	85
	Penyajian	86
	Konsep Perilaku Manusia	86
	Pengertian Perilaku Manusia	86
	Faktor yang Mempengaruhi Perilaku	
	Manusia	86
	Domain Perilaku Manusia	89
	Teori Model Perilaku Kesehatan	93
	Health Belief Model Theory	93
	Theory of Planned Behavior	100
	Precaution Adoption Process Model	
	Theory	104
	Transtheoretical Model	
	(Stages of Change)	108
	Social Cognitive Theory	114
	Teori Pengukuran Perilaku	121

Penyusunan Alat Ukur Perilaku dan Psikologi Kesehatan	122
Perilaku Kesehatan	122
Psikologi Kesehatan	126
Pengukuran Perilaku dan Psikologi Kesehatan	128
Metode Pengukuran Perilaku Kesehatan	128
Penyusunan Alat Ukur Perilaku Kesehatan	136
Latihan	140
Ringkasan	141
Tes 3	142

BAB 4 STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN	145
Pendahuluan	145
Deskripsi BAB	145
Tujuan atau Sasaran Pembelajaran	145
Penyajian	146
Strategi Penguatan Perubahan Perilaku	146
SMART Goal Setting	146
Problem Solving Barrier	148
Self Monitoring	149
Teknik Komunikasi Kesehatan Efektif	150
Definisi Komunikasi Kesehatan	150



Strategi Komunikasi Kesehatan	
Efektif	151
Komunikasi Perubahan Perilaku	161
Konseling untuk Perubahan Perilaku	162
Konseling Perilaku	162
Ciri-Ciri Konseling Perilaku	163
Prosedur Konseling	165
Teknik-Teknik dalam Konseling	
Perilaku	167
Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang	
Kesehatan	171
Konsep Pemberdayaan Masyarakat	171
Proses Pemberdayaan Masyarakat	173
Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat	176
Latihan	178
Ringkasan	178
Tes 4	179

DAFTAR PUSTAKA	183
-----------------------	------------



BAB 1

TEORI DAN KONSEP SOSIOLOGI UNTUK MEMAHAMI KESEHATAN

Pendahuluan

Deskripsi BAB

Dalam BAB pertama ini, mahasiswa akan belajar tentang ilmu sosiologi yang akan memantu memahami kesehatan masyarakat. Untuk memahami ilmu sosial dan perilaku kesehatan, terlebih dahulu kita harus memahami ilmu sosiologi sebagai dasarnya. Sosiologi merupakan ilmu yang mempelajari peristiwa sosial, interaksi dan pola. Para sosiolog mengembangkan teori dalam upaya untuk menjelaskan mengapa hal-hal bekerja sebagaimana mestinya. Dalam sosiologi, teori adalah cara untuk menjelaskan berbagai aspek interaksi sosial dan untuk membuat proposisi yang dapat diuji, disebut hipotesis, tentang masyarakat (Allan, 2012).

Teori sosiologi sangat bervariasi dalam ruang lingkupnya, tergantung pada skala masalah yang ingin

dijelaskan. Teori tingkat makro berhubungan dengan masalah dan kelompok skala besar. Sementara teori tingkat mikro lebih melihat hubungan yang sangat spesifik antara individu atau kelompok kecil. Teori-teori besar berusaha menjelaskan hubungan berskala besar dan menjawab pertanyaan mendasar seperti mengapa masyarakat terbentuk dan mengapa mereka berubah. Teori sosiologis terus berkembang dan tidak boleh dianggap lengkap. Teori-teori sosiologis klasik masih dianggap penting dan terkini, tetapi teori-teori sosiologis baru meruakan pembaruan atau pelengkap dari teori pendahulunya (Ritzer & Stepnisky, 2016).

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada topik ini mahasiswa akan belajar tentang teori dan konsep sosiologi yang bermanfaat untuk memahami kesehatan. Sasaran pembelajaran pada Bab ini adalah:

1. Memahami fakta sosial, meliputi: teori struktural fungsional, teori konflik, teori sistem
2. Memahami definisi sosial, meliputi: *action theory*, *symbolic interactionism theory*, dan *phenomenology theory*
3. Memahami perilaku sosial, meliputi: perilaku sosiologi dan *exchange theory*
4. Memahami konsep dan praktik sosiologi kesehatan
5. Sosiologi dan Jaminan Kesehatan

Penyajian

Teori yang Berdasar Fakta Sosial

Teori Struktural Fungsional

Teori struktural fungsional melihat masyarakat sebagai sebuah keseluruhan sistem yang bekerja untuk menciptakan tatanan dan stabilitas sosial. Teori ini sering disebut juga perspektif fungsionalisme, dicetuskan oleh Emile Durkheim. Durkheim banyak mengkaji tentang tatanan sosial dan bagaimana masyarakat dapat hidup harmonis. Fungsionalisme fokus pada struktur sosial yang levelnya makro. Beberapa tokoh sosiologi yang terpengaruh oleh teori fungsionalisme Durkheim diantaranya, Talcott Parsons dan Robert K. Merton.

Teori fungsional struktural (atau fungsionalisme) adalah aliran pemikiran yang dominan di pada sosiologi barat hingga 1960-an, ketika itu adanya keterbatasan terpapar oleh gejolak sosial yang menyebabkan perubahan paradigma. Teori ini adalah sebuah paradigma yang menggambarkan struktur masyarakat terbentuk karena mereka mempunyai tuntutan untuk memenuhi beberapa kebutuhan yang mengharuskan mereka menciptakan kerukunan dan kohesi sosial.

Itulah sebabnya menurut Calhoun (2010) paradigma ini cocok untuk periode waktu segera setelah Perang Dunia II. Dalam kerangka ini, institusi seperti keluarga,

media, sekolah, dan gereja semua dipahami sebagai bagian dari jejaring yang saling terhubung. Setiap lembaga-lembaga ini berkontribusi untuk pemeliharaan dan stabilitas masyarakat dengan melakukan beberapa fungsinya.

Fungsionalisme melihat individu sebagai bagian dari masyarakat yang berada dalam sistem sosial yang besar. Sistem sosial ini bekerja untuk menciptakan stabilitas tatanan sosial. Masyarakat, dengan demikian adalah kumpulan dari individu-individu yang bekerja dalam sebuah sistem untuk menjaga stabilitas sosial. Durkheim sendiri melihat masyarakat sebagaimana organisme. Organisme tersusun atas beberapa komponen yang memainkan peranannya masing-masing. Apabila masing-masing komponen bergerak sendiri, organisme akan mengalami disfungsi atau gagal berfungsi. Teori struktural fungsional melihat institusi atau lembaga sosial sebagai komponen dari sistem sosial. Masing-masing lembaga didesain untuk menjalankan fungsinya.

Dua fungsionalis paling menonjol adalah ahli teori keluarga George Peter seorang antropolog, dan Talcott Parsons seorang sosiolog. Kingsbury dan Scanzoni (1993) menunjukkan bahwa banyak pernyataan dari kedua teori terkait dengan teori fungsional struktural masih mengandung banyak perspektif tentang keluarga.

G. P. Murdock dan Talcott Parsons masing-masing fokus pada nuclear family dan fungsinya dalam masyarakat serta fungsi masing-masing individu sebagai anggota keluarga. Murdock dan Parsons sama-sama melihat nuclear family sangat diperlukan untuk menjaga stabilitas kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarga dan masyarakat yang lebih luas. Meskipun kedua ide itu terbukti berpengaruh, namun juga banyak kritik yang dilakukan oleh feminis, Marxis, dan beberapa terist lain. Para theorist itu berpendapat bahwa Burdock dan Parsons telah melebih-lebihkan utilitas model keluarga inti dan mengabaikan aspek-aspek represifnya (Kitchen, 2016).

Teori Struktural Fungsional G.P Murdock

Teori G. P. Murdock (1949) menyimpulkan *nuclear family* adalah bersifat universal. Dia mendefinisikan "Keluarga" sebagai kelompok yang diikat bersama oleh tempat tinggal, kerjasama ekonomi, dan kebutuhan. Grup ini terdiri dari orang dewasa, setidaknya dua di antaranya terlibat dalam hubungan seksual yang sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat serta anak-anak baik dari garis keturunan atau adopsi. Murdock membedakan keluarga inti dari keluarga besar. Keluarga inti terdiri dari orang tua dan anak-anak mereka, baik secara biologis atau adopsi.

Sedangkan kerabat lainnya merupakan perpanjangan dari anggota keluarga. Murdock menyimpulkan bahwa pengelompokan keluarga inti adalah bentuk universal yang memiliki fungsi unik dalam masyarakat. Dengan kata lain, *nuclear family* adalah struktur yang berkontribusi pada harmonisasi keluarga dan stabilitas masyarakat. Dia menyimpulkan bahwa universalitas struktur *nuclear family* dan fungsi keluarga akan menentukan karakteristik masyarakat secara umum.

Murdock (1949) melihat keluarga inti sebagai penghubung yang relatif permanen dan stabil yang menyediakan kedalaman emosional antara pasangan serta antara orang tua dan anak-anak yang diperlukan untuk sosialisasi anak yang efektif dan untuk memenuhi kebutuhan orang dewasa. Dia melihat nilai sosial keluarga inti memiliki kemampuannya untuk memenuhi empat fungsi penting yang saling berhubungan yaitu:

- **Fungsi seksual:** Pernikahan akan melegitimasi hubungan seksual antara seorang pria dan seorang wanita, dengan demikian membatasi kemungkinan hubungan seksual terjadi diluar batas pernikahan. Dia melihat fungsi seksual pernikahan ini sebagai penstabil masyarakat dengan membatasi hubungan seksual diluar pernikahan.
- **Fungsi reproduksi:** Keluarga memiliki fungsi reproduksi untuk menghasilkan keturunan yaitu

anak-anaknya. Sehingga Murdock membedakan peran antara suami-istri dan mendefinisikan keluarga inti harus terdiri dari pasangan berbeda jenis kelamin.

- **Fungsi pendidikan:** Keluarga sebagai pusat pendidikan yang mengajarkan kemampuan anak untuk bersosialisasi. Dalam keluarga terdapat pendidikan tentang keseimbangan sistem dalam keluarga dan masyarakat terkait dengan fungsi, tugas, dan tanggung jawabnya sesuai peran dan kedudukannya.
- **Fungsi ekonomi:** Dalam institusi keluarga, struktural fungsional terlihat pada pembagian peran dan fungsi dalam keluarga, dimana setiap anggota keluarga memiliki tanggung jawabnya masing-masing. Seperti ayah bertanggung jawab dalam mencari nafkah atau bekerja untuk menghidupi keluarganya, ibu bertugas dalam urusan domestik atau rumah tangga seperti mencuci, memasak, dan bertugas dalam perawatan anak, dan anak juga memiliki tugas dan tanggung jawabnya, baik dalam pendidikannya ataupun tugas dalam membantu orang tua. Akan tetapi jika ada anggota keluarga yang tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawabnya maka hal tersebut dapat mengganggu anggota keluarga yang lainnya dan sistem dalam keluarga tersebut

juga akan terganggu, karena hubungan antara tugas dan fungsi antar anggota keluarga satu sama lain saling terkait.

Teori Struktural Fungsional Talcott Parsons

Talcott Parsons, seorang sosiolog Amerika pada 1950-an, mengembangkan teori fungsionalis tentang keluarga inti yang mirip dengan G. P. Murdock. Seperti Murdock, Parsons dan Smelser (1956) mengartikulasikan pandangan keluarga inti sebagai sebuah unit fungsional dan struktur yang ideal untuk memastikan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan hingga unit terkecil yaitu setiap anggota keluarga. Parsons juga melukiskan peran dalam keluarga melalui perbedaan garis gender. Seperti Murdock, Parsons melihat keluarga inti sebagai bentukan sosial yang mendukung sistem ekonomi.

Secara khusus, Parsons melihat keluarga sebagai bagian dari sistem sosial yang lebih besar yang memiliki empat persyaratan untuk berfungsi dan berkembang dengan baik yaitu: adaptasi, pencapaian tujuan, integrasi, dan pemeliharaan pola. Teori Parsons merupakan adaptasi yang mengacu pada persyaratan bagi masyarakat untuk menyediakan kebutuhan material. Pencapaian tujuan adalah proses dimana masyarakat berada dalam sistem yang terorganisir dan terarah. Teori ini memerlukan

pengaturan tujuan dan membuat keputusan tentang prioritas dan bagaimana sumber daya dialokasikan melalui institusi politik, sistem dan fungsi lembaga hukum dipertahankan solidaritas sosial dengan menetapkan peraturan. Komponen utama pemikiran Parsons adalah adanya proses diferensiasi. Parsons berpendapat bahwa setiap masyarakat tersusun dari sekumpulan subsistem yang berbeda berdasarkan strukturnya maupun berdasarkan makna fungsionalnya bagi masyarakat yang lebih luas. Ketika masyarakat berubah, umumnya masyarakat tersebut akan tumbuh dengan kemampuan yang lebih baik untuk menanggulangi permasalahan hidupnya. Dapat dikatakan Parsons termasuk dalam golongan yang memandang optimis sebuah proses perubahan.

Asumsi dasar dari Teori Fungsionalisme Struktural, yaitu bahwa masyarakat menjadi suatu kesatuan atas dasar kesepakatan dari para anggotanya terhadap nilai-nilai tertentu yang mampu mengatasi perbedaan-perbedaan sehingga masyarakat tersebut dipandang sebagai suatu sistem yang secara fungsional terintegrasi dalam suatu keseimbangan. Dengan demikian masyarakat adalah merupakan kumpulan sistem-sistem sosial yang satu sama lain berhubungan dan saling memiliki ketergantungan.

Dalam teori struktural fungsional Parsons ini, terdapat empat fungsi untuk semua sistem tindakan.

Suatu fungsi adalah kumpulan hal yang ditujukan pada pemenuhan kebutuhan tertentu atau kebutuhan sistem. Secara sederhana, fungsionalisme struktural adalah sebuah teori yang pemahamannya tentang masyarakat didasarkan pada model sistem organik dalam ilmu biologi. Artinya, fungsionalisme melihat masyarakat sebagai sebuah sistem dari beberapa bagian yang saling berhubungan satu dengan lainnya. Satu bagian tidak bisa dipahami terpisah dari keseluruhan. Dengan demikian, dalam perspektif fungsionalisme ada beberapa persyaratan atau kebutuhan fungsional yang harus dipenuhi agar sebuah sistem sosial bisa bertahan. Parsons kemudian mengembangkan apa yang dikenal sebagai imperatif-imperatif fungsional agar sebuah sistem bisa bertahan. Imperatif-imperatif tersebut adalah Adaptasi, Pencapaian Tujuan, Integrasi, dan Latensi atau yang biasa disingkat AGIL (*Adaptation, Goal attainment, Integration, Latency*).

1. Adaptasi, sebuah sistem ibarat makhluk hidup, artinya agar dapat terus berlangsung hidup, sistem harus dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan yang ada, harus mampu bertahan ketika situasi eksternal sedang tidak mendukung.
2. Goal (Pencapaian), sebuah sistem harus memiliki suatu arah yang jelas dapat berusaha mencapai tujuan utamanya. Dalam syarat ini, sistem harus dapat

mengatur, menentukan dan memiliki sumberdaya untuk menetapkan dan mencapai tujuan yang bersifat kolektif.

3. Integrasi, sebuah sistem harus mengatur hubungan antar bagian yang menjadi komponennya. Sistem juga harus dapat mengelola hubungan antara ketiga fungsi penting lainnya.
4. Latensi, Pemeliharaan pola, sebuah sistem harus melengkapi, memelihara dan memperbaiki pola-pola kultural yang menciptakan dan menopang motivasi.

Berdasarkan skema AGIL di atas, dapat disimpulkan bahwa klasifikasi fungsi sistem adalah sebagai Pemeliharaan Pola (sebagai alat internal), integrasi (sebagai hasil internal), Pencapaian Tujuan (sebagai hasil eksternal), Adaptasi (alat eksternal). Adapun komponen dari sistem secara general (umum) dari suatu aksi adalah: Keturunan & Lingkungan yang merupakan kondisi akhir dari suatu aksi, Maksud, Tujuan, Nilai Akhir, dan hubungan antara elemen dengan faktor normative.

Komponen dalam Penggunaan 4 Imperatif Fungsional

1. Sistem Tindakan

Menurut Parsons, terdapat enam lingkungan sistem tindakan yang mendorong manusia untuk bertindak,

yaitu: adanya realitas hakiki, sistem kultural, sistem sosial, sistem kepribadian, organisme behaviorial, dan adanya lingkungan fisik-organik.

Dalam lingkungan sistem tindakan, Parsons mengintegrasikan sistem dalam dua aspek.

- Aspek pertama, setiap level yang lebih rendah menyediakan syarat, energi yang dibutuhkan dalam level yang lebih tinggi.
- Kedua, level yang lebih tinggi mengontrol level-level yang hirarkinya berada di bawah mereka.

Dalam lingkungan sistem tindakan, level terendah adalah lingkungan fisik dan organik yang terdiri dari unsur-unsur tubuh manusia, anatomi, dan fisiologi yang sifatnya non simbolis sedangkan level tertinggi adalah realitas hakiki.

2. Sistem Sosial

Konsep Parsons tentang sistem sosial dimulai dari level mikro, yaitu interaksi interaksi antara ego dan alter ego, yang diartikan sebagai bentuk dasar dari sistem sosial. Menurut Parsons, sistem sosial adalah sistem yang terdiri dari beragam aktor individual yang berinteraksi satu sama lain dalam situasi yang setidaknya memiliki aspek fisik atau lingkungan, aktor yang cenderung termotivasi ke arah optimisasi kepuasan dan yang hubungannya

dengan situasi mereka, termasuk hubungan satu sama lain. Walaupun sistem sosial identik dengan sistem interaksi, namun Parsons menganggap interaksi bukan merupakan hal terpenting dalam sistem sosial, namun ia menempatkan status peran sebagai unit yang mendasari sistem. Status peran merupakan komponen struktural sistem sosial. Status merujuk pada posisi struktural dalam sistem sosial, dan peran adalah apa yang dilakukan aktor dalam suatu posisi.

Dalam analisis sistem sosialnya, Parsons menguraikan sejumlah prasyarat fungsional bagi sistem sosial, yaitu:

- Sistem sosial harus terstruktur sedemikian rupa agar dapat beroperasi dengan sistem lain.
- Sistem sosial harus didukung oleh sistem lain agar dapat bertahan.
- Sistem harus secara signifikan memenuhi kebutuhan proporsi kebutuhan aktor-aktornya.
- Sistem harus menimbulkan partisipasi yang memadai dari anggotanya.
- Sistem harus memiliki kontrol minimum terhadap perilaku yang berpotensi merusak.
- Konflik yang menimbulkan kerusakan tinggi harus dikontrol.

Ketika membahas sistem sosial, Parsons tidak sepenuhnya mengesampingkan masalah hubungan antar aktor dengan struktur sosial. Sebaliknya, ia menyebut integrasi pola-pola karena perhatian utamanya pada sistem sosial, yang terpenting dalam integrasi ini adalah internalisasi dan sosialisasi.

3. Sistem Kultural

Menurut Parsons, kebudayaan merupakan kekuatan utama yang mengikat sistem tindakan. Hal ini disebabkan karena di dalam kebudayaan terdapat norma dan nilai yang harus ditaati oleh individu untuk mencapai tujuan dari kebudayaan itu sendiri. Nilai dan norma itu akan diinternalisasikan oleh aktor ke dalam dirinya sebagai suatu proses dalam sistem kepribadian agar membentuk individu sesuai yang diinginkan dalam sistem kultural. Parsons berpendapat bahwa sistem kultural sama dengan sistem tindakan yang lain. Jadi, kebudayaan adalah sistem simbol yang terpola dan tertata yang merupakan sarana orientasi aktor, aspek sistem kepribadian yang diinternalisasikan, dan pola-pola yang terinstitusionalkan dalam sistem sosial. Artinya sistem kultural dapat dikatakan sebagai salah satu pengendali sistem kepribadian.

4. Sistem Kepribadian

Sistem kepribadian tidak hanya dikendalikan oleh sistem kultural, namun juga dikendalikan oleh sistem sosial. Ini tidak berarti tidak ada tempat independen atau bebas pada sistem kepribadian. Pandangan Parsons adalah kendati konteks utama struktur kepribadian berasal dari sistem sosial dan kebudayaan melalui sosialisasi. Kepribadian menjadi sistem independen karena hubungannya dengan organismenya sendiri dan melalui keunikan pengalaman hidupnya sendiri. Kritik Parsons tentang kepribadian ialah, dia tidak membiarkan kepribadian sebagai sistem yang tidak independen atau tidak bisa berdiri sendiri dan hanya diatur oleh sistem kultural maupun sistem sosial. Kepribadian adalah sistem motivasi yang ada di dalam diri individu yang mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan disposisi. Kebutuhan ini berbeda bukanlah dorongan naluriah sejak lahir yang dimiliki individu, namun kebutuhan ini timbul karena individu berada dalam setting sosial.

Kebutuhan disposisi akan mendorong individu untuk menerima maupun menolak objek yang ada di lingkungan itu maupun untuk mencari dan menemukan objek yang baru. Dengan kata lain, kebutuhan inilah yang mendorong individu untuk terjebak maupun masuk dalam suatu sistem maupun terciptanya sistem. Parsons

membedakan kebutuhan disposisi menjadi tiga jenis, yakni:

- Hal yang mendorong aktor untuk mendapatkan cinta, persetujuan, keputusan yang disebabkan dari hubungan sosial mereka.
- Internalisasi nilai yang mendorong aktor untuk mengamati berbagai standar struktural,
- Harapan suatu peran untuk memberi maupun mendapatkan respon yang tepat dari hubungan sosial.

Paul Colomy (2005) dalam Kitchen (2016) mendefinisikan lima komponen utama dari teori-teori fungsional. Pertama, masyarakat dipandang sebagai jaringan dan praktik yang lain berakar dalam upaya untuk memecahkan masalah institusional tertentu, yang pada intinya lembaga merupakan suatu keberadaan yang dapat memecahkan masalah. Dimana masyarakat modern di identifikasikan oleh lembaga khusus mengenai masalah-masalah tertentu sebagai masalah pramodern yang terdiri dari lembaga multifungsi. Kedua, ada beberapa cara bahwa masalah yang sama dapat diselesaikan, dan pada akhirnya perbedaan telah menetapkan berbagai cara yang berbeda melalui fungsi yang sama. Ketiga, dimana lembaga-lembaga yang saling berhubungan menciptakan orang lain baru dalam masalah-masalah tertentu karena

lembaga baru, atau perubahan ke institusi yang ada dan mengganggu yang lainnya.

Sehingga dengan demikian fungsi lembaga dapat diklasifikasikan menjadi dua baris, yaitu fungsi manifes dan fungsi laten serta fungsi positif dan negatif. Dimana fungsi manifes adalah fungsi yang jelas apa yang dimaksudkan, dan dipahami dengan jelas. Fungsi laten adalah fungsi halus, yang tersembunyi atau tidak diinginkan. Sedangkan fungsi positif adalah fungsi yang memungkinkan stabilitas terus menerus. Dan fungsi negatif adalah menyebabkan kekacauan, dan menghambat pengoprasian lembaga lain dalam jaringan. Sehingga keempat komponen berasal dari pengakuan bahwa karakteristik institusi-institusi di masyarakat modern memberi integrasi sosial.

Teori Konflik

Berbeda dengan teori sosial struktural, teori sosial konflik menganggap bahwa perbedaan atau perubahan merupakan suatu hal yang dinamis dan biasa. Dimana konflik merupakan suatu fenomena sosial yang muncul dalam kehidupan sehari-hari, yang dimana merupakan salah satu bentuk proses perubahan dari tatanan sosial yang lama berubah ke tatanan sosial yang berbeda dari sebelumnya sesuai dengan perkembangan yang terjadi. Dimana teori sosial konflik menentang atau tidak setuju

dengan konsensus atau kesepakatan yang ada di masyarakat. Dan teori sosial konflik lebih mementingkan dirinya sendiri atau egonya untuk mencapai apa yang diinginkan untuk mencapai sebuah revolusi. Teori konflik memandang masyarakat sebagai sebuah kompetisi untuk sumber daya yang terbatas.

Teori Konflik Karl Marx

Teori konflik berawal dari karya Karl Marx, yang fokus pada sebab dan akibat konflik antara kelas borjuasi (pemilik alat produksi dan kapitalis) dan proletariat (kelas pekerja dan kaum miskin). Berfokus pada implikasi ekonomi, sosial, dan politik dari kebangkitan kapitalisme di Eropa, Marx ber teori bahwa sistem ini, didasarkan pada keberadaan kelas minoritas yang kuat (borjuasi) dan kelas mayoritas yang tertindas (proletariat), menciptakan konflik kelas karena kepentingan keduanya berselisih,

dan sumber daya didistribusikan secara tidak adil di antara mereka.

Perspektif ini melihat masyarakat terdiri dari individu-individu dalam kelas sosial berbeda yang



Gambar *Ilustrasi Conflict Theory*

harus bersaing untuk sumber daya sosial, material, dan politik seperti makanan dan perumahan, pekerjaan, pendidikan hingga waktu luang. Institusi sosial seperti pemerintah, pendidikan dan agama mencerminkan kompetisi ini dalam ketidaksetaraan yang melekat dan membantu mempertahankan struktur sosial yang tidak setara. Beberapa individu dan organisasi dapat memperoleh dan menyimpan lebih banyak sumber daya daripada yang lain, dan “para pemenang” ini menggunakan kekuatan dan pengaruh mereka untuk mempertahankan lembaga social tersebut.

Dalam sistem ini tatanan sosial yang tidak seimbang dipertahankan melalui paksaan ideologis yang menciptakan konsensus dan penerimaan nilai-nilai, harapan, dan kondisi yang ditentukan oleh kaum borjuis. Marx berteori bahwa pekerjaan memproduksi konsensus dilakukan dalam “suprastruktur” masyarakat, yang terdiri dari institusi sosial, struktur politik, dan budaya, dan apa yang dihasilkannya konsensus adalah “basis”, hubungan ekonomi produksi.

Marx beralasan bahwa ketika kondisi sosial ekonomi memburuk untuk proletariat, mereka akan mengembangkan kesadaran kelas yang mengungkapkan eksploitasi mereka di tangan kelas borjuis kaya kapitalis, dan kemudian mereka akan memberontak, menuntut perubahan untuk memperlancar konflik. Menurut Marx,

jika perubahan yang dilakukan untuk meredakan konflik mempertahankan sistem kapitalis, maka siklus konflik akan berulang. Namun, jika perubahan yang dilakukan menciptakan sistem baru, seperti sosialisme, maka perdamaian dan stabilitas akan tercapai.

Perkembangan Teori Konflik

Beberapa ahli teori mengembangkan teori dari Marx ini. Sosiolog Polandia-Austria Ludwig Gumplowicz (1838-1909) memperluas ide-ide Marx dengan menyatakan bahwa perang dan penaklukan adalah dasar dari peradaban. Dia percaya bahwa konflik budaya dan etnis menyebabkan negara diidentifikasi dan didefinisikan oleh kelompok dominan yang memiliki kekuasaan atas kelompok lain.

Sosiolog Jerman Max Weber setuju dengan Marx tetapi juga percaya bahwa, selain ketidaksetaraan ekonomi, ketidaksetaraan kekuatan politik dan struktur sosial menyebabkan konflik. Weber mencatat bahwa kelompok yang berbeda dipengaruhi secara berbeda berdasarkan pendidikan, ras, dan jenis kelamin, dan bahwa reaksi orang terhadap ketidaksetaraan dimoderasi oleh perbedaan kelas dan tingkat mobilitas sosial, serta oleh persepsi tentang legitimasi mereka yang berkuasa.

Sosiolog Jerman Georg Simmel (1858-1918) percaya bahwa konflik dapat membantu mengintegrasikan

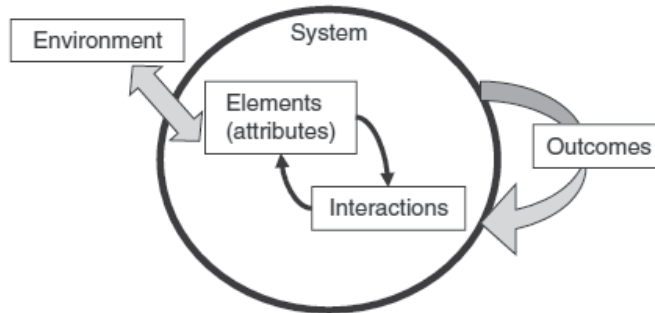
dan menstabilkan masyarakat. Dia mengatakan bahwa intensitas konflik bervariasi tergantung pada keterlibatan emosional para pihak, tingkat solidaritas dalam kelompok-kelompok yang berlawanan, dan kejelasan dan sifat terbatas dari tujuan. Simmel juga menunjukkan bahwa kelompok bekerja untuk menciptakan solidaritas internal, memusatkan kekuatan, dan mengurangi perbedaan pendapat. Menyelesaikan konflik dapat mengurangi ketegangan dan permusuhan dan dapat membuka jalan bagi kesepakatan di masa depan. Pada 1930-an dan 1940-an, para filsuf Jerman, yang dikenal sebagai Sekolah Frankfurt, mengembangkan teori kritis sebagai penjabaran prinsip-prinsip Marxis.

Teori kritis adalah perluasan dari teori konflik dan lebih luas dari sekedar sosiologi, termasuk ilmu sosial dan filsafat lainnya. Sebuah teori kritis berusaha untuk mengatasi masalah struktural yang menyebabkan ketimpangan; itu harus menjelaskan apa yang salah dalam realitas sosial saat ini, mengidentifikasi orang-orang yang dapat melakukan perubahan, dan memberikan tujuan praktis untuk transformasi sosial (Horkeimer 1982). Baru-baru ini, ketidaksetaraan berdasarkan gender atau ras telah dijelaskan dengan cara yang sama dan telah mengidentifikasi struktur kekuasaan yang dilembagakan yang membantu menjaga ketidaksetaraan antar kelompok.

Janet Saltzman Chafetz (1941–2006) mempresentasikan model teori feminis yang mencoba menjelaskan kekuatan yang mempertahankan ketidaksetaraan gender serta teori tentang bagaimana sistem seperti itu dapat diubah. Demikian pula, teori ras kritis tumbuh dari analisis kritis ras dan rasisme dari sudut pandang hukum. Teori ras kritis memandang ketidaksetaraan struktural berdasarkan hak istimewa kulit putih dan kekayaan, kekuasaan, dan prestise yang terkait.

Teori Sistem Sosial

Teori sistem, juga disebut teori sistem sosial, dalam ilmu sosial, studi tentang masyarakat sebagai susunan elemen yang kompleks, termasuk individu dan kepercayaan mereka, karena mereka berhubungan dengan keseluruhan (misalkan Negara). Studi tentang masyarakat sebagai sistem sosial memiliki sejarah panjang dalam ilmu sosial. Asal usul pendekatan konseptual ini berkembang pada abad ke-19, terutama dalam karya sosiolog dan filsuf Inggris Herbert Spencer dan ilmuwan sosial Prancis Émile Durkheim.



Gambar *Konsep Social System Theory*

Pada abad ke-19, Spencer, yang dipengaruhi oleh teori evolusi naturalis Inggris Charles Darwin, berargumen tentang bentuk kesatuan sistem sosial. Dalam pendekatannya, sistem masyarakat terus berkembang dengan sangat kompleks menuju kesempurnaan. Namun, teori sistem sosial lainnya berpendapat tentang pandangan yang sangat berbeda dari evolusi sosial. Dalam perspektif itu, masyarakat tidak berevolusi menuju suatu negara yang sempurna; melainkan mencapai tingkat kompleksitas yang semakin meningkat. Ini disebut diferensiasi struktural. Diferensiasi struktural mengacu pada adaptasi masyarakat terhadap lingkungannya melalui perubahan kompleksitas internalnya.

Aspek penting dari diferensiasi sosial adalah cara adaptasi terjadi, atau bagaimana perubahan dalam struktur sistem berhubungan dengan proses sistem. Di satu sisi, masyarakat dapat dipandang sebagai

organisme total yang ditopang oleh berbagai proses yang mendukung fungsi dan kelangsungan hidupnya. Teori lain berpendapat bahwa stabilisasi dalam sistem sosial terjadi bukan karena rencana rasional untuk bertahan hidup secara keseluruhan tetapi hanya karena sebuah kebetulan.

Teori sistem juga dapat digunakan untuk menganalisis bagaimana masyarakat beradaptasi dengan lingkungannya melalui penyesuaian dalam strukturnya, yang akan menjadi implikasi penting bagi pemahaman tatanan sosial. Teori sistem mengungkapkan kompleksitas evolusi sosial dan menekankan kemungkinan tentang keterbatasan masyarakat. Di sisi lain, karena masyarakat sangat kompleks, ilmuwan sosial tetap dapat memiliki apresiasi terhadap berbagai kemungkinan adaptif untuk sistem sosial.

Ada tiga jenis sistem yang dikenal secara umum: tertutup, terbuka, dan kompleks. Sistem tertutup adalah sistem yang ada tanpa interaksi yang signifikan dengan lingkungannya, sebagian besar terbatas pada sistem mekanis seperti sistem limbah, air, dan listrik di tempat tinggal. Sistem terbuka adalah sistem yang berinteraksi dengan lingkungannya, melalui pertukaran informasi dan atau transformasi input (dari lingkungan) menjadi keluaran. Semua sistem kehidupan dianggap sebagai sistem terbuka.

Teori Berdasar Definisi Sosial

Social Action Theory

Tindakan sosial adalah tindakan yang diambil dengan mempertimbangkan tindakan, perilaku, dan perilaku orang lain di masa lalu, sekarang atau di masa depan. Tindakan sosial bukanlah tindakan yang dilakukan secara individu. Tindakan meditasi yang sendirian, misalnya, bukanlah tindakan sosial (Oyedokun, 2016). Sebaliknya, sekelompok orang juga bukan merupakan aksi sosial kecuali mereka mulai berinteraksi. Tindakan sosial melibatkan pemahaman yang berarti tentang tindakan sosial orang lain. Jadi, aksi sosial terbatas pada situasi di mana perilaku aktor secara bermakna terkait dengan perilaku orang lain. Teori aksi sosial atau *social action theory* merupakan karya Max Weber.

Dalam pandangan Weber, aksi sosial adalah perilaku di mana manusia memberikan makna tertentu pada tindakan yang dilakukannya. Perilaku disini juga memberi pengaruh pada orang lain disekitarnya (baik sebagai individu atau sebagai kelompok). Perilaku seperti itu mungkin terbuka dan jelas bagi orang lain, ataupun tertutup dan tidak dapat terlihat oleh orang lain namun dampak dari tindakan tersebut tetap dirasakan oleh orang lain. Selain itu, tindakan atau perilaku bisa saja berbentuk aktif dan pasif.

Weber mengidentifikasi empat bentuk aksi sosial:

1. Tindakan rasional

Individu memiliki harapan tentang perilaku orang lain dan bertindak untuk memperhitungkan harapan ini untuk mencapai hasil yang mereka pilih sendiri secara rasional.

Tindakan ini mungkin bijaksana secara rasional jika didasarkan pada alasan logis atau ilmiah. Tindakan ini diambil sebagai sarana untuk memenuhi tujuan yang kita inginkan.

Contoh: seseorang memutuskan untuk berkuliah karena ia ingin mendapatkan pekerjaan yang bagus nantinya. Sehingga ia akan mendapatkan banyak uang agar membeli mobil baru, menghabiskan liburan di beberapa stasiun bukit, berkeliling Negara-negara Eropa dll.

2. Tindakan evaluatif

Individu memperhitungkan nilai-nilai absolut (kepercayaan, etika, estetika atau bentuk perilaku lainnya) sepenuhnya untuk kepentingan mereka sendiri dan terlepas dari prospek keuntungan atau kesuksesan eksternal. Jadi seseorang melakukan tindakan berdasarkan kepercayaan atau nilai yang memang mereka percayai secara kuat.

Misalnya, seorang prajurit menyerahkan nyawanya untuk negara. Tindakannya tidak diarahkan untuk

mencapai tujuan material spesifik seperti kekayaan. Ini demi nilai-nilai tertentu seperti kehormatan dan patriotisme yang mereka junjung tinggi.

3. Tindakan emosional

Tindakan berdasarkan perasaan dan emosi individu dan aktor lain.

Tindakan semacam itu merupakan antitesis dari rasionalitas karena aktor yang bersangkutan tidak dapat membuat penilaian yang tenang, tidak dapat memikirkan tentang hubungan antara tujuan, tindakan dan cara-cara yang seharusnya dilakukan untuk mencapai tujuan-tujuan ini. Mereka lebih mengedepankan emosi untuk melakukan tindakan tersebut.

Tindakan semacam ini dihasilkan dari keadaan emosi aktor. Jika seseorang menggoda seorang gadis di dalam bus, dia mungkin sangat kesal sehingga dia bisa menampar orang yang menyinggung itu. Dia telah terprovokasi dia bereaksi keras. Dalam contoh ini, tindakan didefinisikan bukan dengan mengacu pada tujuan atau sistem nilai-nilai, tetapi oleh reaksi emosional aktor yang ditempatkan dalam serangkaian keadaan tertentu.

4. Tindakan tradisional

Tindakan yang didasarkan pada ekspektasi tradisional yang sudah lama mapan dan lazim dilakukan.

Tindakan tradisional terjadi ketika tindakan ditetapkan oleh adat dan tradisi. Sebagai contoh, seseorang bertekad untuk menjadi dokter karena orang tuanya, saudaranya, kakek dan neneknya semua menjadi dokter. Sehingga menjadi dokter adalah tradisi dari keluarganya.

Tidak seperti ahli teori struktural, ahli teori aksi sosial berpendapat bahwa perilaku dan peluang hidup seseorang tidak ditentukan oleh latar belakang sosial mereka. Alih-alih, ahli teori aksi sosial menekankan peran individu aktif dan interaksi antara orang-orang dalam membentuk identitas pribadi dan pada gilirannya masyarakat yang lebih luas. Untuk memahami tindakan manusia, kita perlu mengungkap motif individu untuk berakting.

Symbolic Interactionism Theory

Teori Interaksionisme simbolik adalah teori tingkat mikro yang berfokus pada hubungan antar individu dalam suatu masyarakat. Komunikasi adalah pertukaran makna melalui bahasa dan simbol yang diyakini sebagai cara orang memahami dunia sosial mereka. Ahli teori

Herman dan Reynolds (1994) mencatat bahwa perspektif ini melihat orang sebagai aktor yang aktif dalam membentuk dunia sosial mereka.

George Herbert Mead (1863-1931) dianggap sebagai orang pertama yang mencetuskan teori interaksionisme simbolik meskipun ia tidak pernah menerbitkan karyanya tentang. Murid Mead, Herbert Blumer, menciptakan istilah “interaksionisme simbolik” dan menguraikan dasar-dasar teori ini, yaitu: manusia berinteraksi dengan hal-hal berdasarkan makna yang berasal dari hal tersebut, makna yang berasal dari interaksi kita dengan orang lain dan masyarakat, makna yang ditafsirkan oleh seseorang ketika berhadapan dengan hal-hal dalam keadaan tertentu.

Jika kita menyukai buku, misalnya, teori ini akan melihat agar kita mengetahui bahwa buku itu bagus atau penting dalam interaksi yang kita lakukan dengan keluarga, teman, sekolah, atau masyarakat; mungkin keluarga kita memiliki waktu membaca khusus setiap minggu atau keluarga kita terbiasa membaca cerita sebelum tidur yang akan membuat kita merasakan kehangatan dan kenyamanan.

Ilmuwan sosial yang menerapkan pemikiran simbolik-interaksionis mencari pola interaksi antar individu. Studi mereka sering melibatkan pengamatan interaksi satu lawan satu. Sebagai contoh, ahli teori

konflik yang mempelajari protes politik mungkin fokus pada perbedaan kelas, interaksionis simbolik akan lebih tertarik pada bagaimana individu dalam kelompok melakukan interaksi untuk menyampaikan protes, serta tanda-tanda dan simbol yang digunakan pengunjuk rasa untuk mengkomunikasikan pesan mereka.

Erving Goffman (1922-1982) fokus pada pentingnya simbol dalam membangun masyarakat untuk mengembangkan teknik yang disebut analisis dramaturgi. Goffman menggunakan teater sebagai analogi untuk interaksi sosial dan mengakui bahwa interaksi orang-orang menunjukkan pola “naskah” budaya. Karena tidak jelas bagian apa yang dimainkan seseorang dalam situasi tertentu, ia harus mengimprovisasi perannya ketika situasinya terbuka.

Studi yang menggunakan perspektif interaksionis simbolik lebih cenderung menggunakan metode penelitian kualitatif, seperti wawancara mendalam atau observasi partisipan, karena mereka berusaha memahami dunia simbolik di mana subjek penelitian hidup.

Konstruktivisme adalah perpanjangan dari teori interaksi simbolik yang mengusulkan bahwa realitas adalah apa yang secara kognitif dibangun oleh manusia. Teori ini mengembangkan konstruksi sosial berdasarkan interaksi dengan orang lain, dan konstruksi yang bertahan lama akan memiliki makna yang disepakati

secara luas atau diterima secara umum oleh sebagian besar masyarakat.

Pendekatan ini sering digunakan untuk memahami apa yang didefinisikan sebagai penyimpangan dalam suatu masyarakat. Tidak ada definisi absolut dari penyimpangan, dan masyarakat yang berbeda telah membangun makna berbeda untuk penyimpangan, serta menghubungkan perilaku yang berbeda dengan penyimpangan. Satu situasi yang menggambarkan hal ini adalah apa yang kita yakin harus kita lakukan jika kita menemukan dompet di jalan. Di Indonesia, menyerahkan dompet ke otoritas lokal akan dianggap tindakan yang tepat, dan menyimpan dompet akan dianggap menyimpang. Sebaliknya, banyak masyarakat Timur akan menganggap jauh lebih tepat untuk menyimpan dompet dan mencari pemiliknya sendiri; menyerahkannya kepada orang lain, bahkan pihak berwenang, akan dianggap perilaku menyimpang.

Social Phenomenology Theory

Teori fenomenologi sosial adalah pendekatan dalam bidang sosiologi yang bertujuan untuk mengungkapkan apa peran kesadaran manusia dalam produksi aksi sosial, situasi sosial dan dunia sosial. Intinya, fenomenologi adalah kepercayaan bahwa masyarakat adalah konstruksi manusia.

Fenomenologi awalnya dikembangkan oleh ahli matematika Jerman bernama Edmund Husserl pada awal 1900-an untuk menemukan sumber atau esensi realitas dalam kesadaran manusia. Baru pada 1960-an memasuki bidang sosiologi oleh Alfred Schutz, yang berupaya memberikan landasan filosofis bagi sosiologi interpretatif Max Weber. Alfred Schutz menerapkan filsafat fenomenologis Husserl pada studi tentang dunia sosial. Schutz mendalilkan bahwa makna subyektiflah yang memunculkan dunia sosial yang tampaknya objektif. Dia berpendapat bahwa orang-orang bergantung pada bahasa dan “stok pengetahuan” yang telah mereka kumpulkan untuk memungkinkan interaksi sosial. Semua interaksi sosial mengharuskan individu untuk mengkarakterisasi orang lain di dunia mereka, dan stok pengetahuan mereka membantu mereka dalam membangun interaksi.

Konsep utama dalam fenomenologi sosial adalah menjelaskan interaksi timbal balik yang terjadi dalam tindakan manusia, penataan situasional, dan konstruksi realitas. Untuk itu, para ahli fenomenologi berusaha memahami hubungan antara tindakan, situasi, dan kenyataan yang terjadi di masyarakat. Fenomenologi tidak memandang aspek apa pun sebagai sebab akibat, melainkan memandang semua dimensi sebagai hal mendasar bagi yang lain.

Aplikasi Teori Fenomenologi Sosial

Salah satu aplikasi klasik fenomenologi sosial dilakukan oleh Peter Berger dan Hansfried Kellner pada tahun 1964 ketika mereka memeriksa konstruksi sosial dari realitas perkawinan. Menurut analisis mereka, pernikahan menyatukan dua individu, masing-masing dari dunia kehidupan yang berbeda, dan menempatkan mereka dalam jarak yang sangat dekat satu sama lain sehingga dunia kehidupan masing-masing dibawa ke dalam komunikasi dengan yang lain. Dari dua realitas yang berbeda ini muncul satu realitas perkawinan, yang kemudian menjadi konteks sosial utama dari mana individu terlibat dalam interaksi sosial dan fungsi-fungsi dalam masyarakat. Pernikahan memberikan realitas sosial baru bagi orang-orang, yang dicapai terutama melalui percakapan dengan pasangan mereka secara pribadi. Realitas sosial baru mereka juga diperkuat melalui interaksi pasangan dengan orang lain di luar pernikahan. Seiring waktu akan muncul realitas perkawinan baru yang akan berkontribusi pada pembentukan dunia sosial baru di mana setiap pasangan akan berfungsi.

Memahami perilaku sosial

Pendekatan behaviorisme dalam ilmu sosial sudah dikenal sejak lama, khususnya psikologi. Kebangkitannya di seluruh cabang ilmu sosial di zaman modern,

ditemukan dalam karya B.F. Skinner, yang sekaligus perintis dari paradigma ini. Melalui karya itu Skinner mencoba menerjemahkan prinsip-prinsip psikologi aliran behaviorisme ke dalam sosiologi. Teori, gagasan dan praktek yang dilakukannya telah memegang peranan penting dalam pengembangan sosiologi perilaku.

Skinner melihat kedua paradigma fakta sosial dan definisi sosial sebagai perspektif yang bersifat mistik yang mengandung sesuatu persoalan yang bersifat teka-teki, tidak dapat diterangkan secara rasional. Kritik Skinner ini tertuju kepada masalah yang substansial dari kedua paradigma itu, yakni eksistensi obyek studinya sendiri. Menurut Skinner, kedua paradigma itu membangun obyek studi berupa sesuatu yang bersifat mistik.

Paradigma perilaku sosial fokus kepada hubungan antara individu dan lingkungannya yang terdiri atas bermacam-macam obyek sosial dan non sosial yang menghasilkan akibat-akibat atau perubahan dalam faktor lingkungan yang menimbulkan perubahan terhadap tingkah laku.

Teori yang tergabung adalah Teori Behavioral Sociology dan Teori Exchange. Tokoh aliran ini antara lain: BF Skinner dan George Homans. Metode penelitian empiris yang digunakan cenderung ke arah metode kuesioner, interview dan observasi. Variabel penelitian lebih ke Individual. Fokus utama paradigma ini pada

hadiah atau penguatan (*rewards*) yang menimbulkan perilaku yang diinginkan dan hukuman (*punishment*) yang mencegah perilaku yang tak diinginkan.

Bagi paradigma perilaku sosial, individu kurang sekali memiliki kebebasan. Tanggapan yang diberikannya ditentukan oleh sifat dasar stimulus yang datang dari luar dirinya. Jadi tingkah laku manusia lebih bersifat mekanik.

Behavioral Sociology Theory

BF. Skinner (lahir di Susquehanna, Pennsylvania, 20 Maret 1904, dan meninggal di Massachusetts, 18 Agustus 1990 pada umur 86 tahun) adalah seorang psikolog Amerika Serikat terkenal dari aliran behaviorisme. Inti pemikiran Skinner adalah setiap manusia bergerak karena mendapat rangsangan dari lingkungannya. Sistem tersebut dinamakan “cara kerja yang menentukan” (*operant conditioning*). Setiap makhluk hidup pasti selalu berada dalam proses bersinggungan dengan lingkungannya. Di dalam proses itu, makhluk hidup menerima rangsangan atau stimulan tertentu yang membuatnya bertindak sesuatu. Rangsangan itu disebut stimulan yang menggugah. Stimulan tertentu menyebabkan manusia melakukan tindakan-tindakan tertentu dengan konsekuensi-konsekuensi tertentu.

Prinsip yang menguasai hubungan antara individu dengan obyek sosial sama dengan prinsip yang menguasai

hubungan antara individu dengan obyek non sosial. Penganut paradigma ini fokus kepada proses interaksi. Tetapi secara konseptual berbeda dengan paradigma definisi sosial. Bagi paradigma definisi sosial, aktor itu dinamis dan mempunyai kekuatan kreatif di dalam interaksi. Aktor tidak hanya sekedar penanggap pasif terhadap stimulus tetapi menginterpretasikan stimulus yang diterimanya menurut caranya mendefinisikan stimulus yang diterimanya itu. Bagi paradigma perilaku sosial individu kurang sekali memiliki kebebasan.

Konsep dasar dari teori ini adalah penguat/ganjaran (*reward*). Teori ini lebih menitikberatkan pada tingkah laku aktor dan lingkungan. Bagi Skinner, respons muncul karena adanya penguatan. Ketika dia mengeluarkan respons tertentu pada kondisi tertentu, maka ketika ada penguatan atas hal itu, dia akan cenderung mengulangi respons tersebut hingga akhirnya dia merespons pada situasi yang lebih luas. Maksudnya adalah pengetahuan yang terbentuk melalui ikatan stimulus respons akan semakin kuat bila diberi penguatan. Skinner membagi penguatan ini menjadi dua yaitu penguatan positif dan penguatan negatif. Penguatan tersebut akan berlangsung stabil dan menghasilkan perilaku yang menetap.

Asumsi dasar teori ini adalah:

1. *Behavior is lawful* (perilaku memiliki hukum tertentu)
2. *Behavior can be predicted* (perilaku dapat diramalkan)
3. *Behavior can be controlled* (perilaku dapat dikontrol).

Menurut Skinner, unsur yang terpenting dalam belajar adalah adanya penguatan (*reinforcement*) dan hukuman (*punishment*). Penguatan (*reinforcement*) adalah konsekuensi yang meningkatkan probabilitas bahwa suatu perilaku akan terjadi. Sebaliknya, hukuman (*punishment*) adalah konsekuensi yang menurunkan probabilitas terjadinya suatu perilaku. Penguatan boleh jadi kompleks. Penguatan berarti memperkuat. Skinner membagi penguatan ini menjadi dua bagian, yakni penguatan positif dan penguatan negatif.

Penguatan positif adalah penguatan berdasarkan prinsip bahwa frekuensi respons meningkat karena diikuti dengan stimulus yang mendukung (*rewarding*). Penguatan negatif adalah penguatan berdasarkan prinsip bahwa frekuensi respons meningkat karena diikuti dengan penghilangan stimulus yang merugikan (tidak menyenangkan).

Skinner mengajukan dua klasifikasi dasar dari perilaku: *operants* dan *respondents*. *Operant* adalah sesuatu yang dihasilkan, dalam arti organisme melakukan sesuatu untuk menghilangkan stimulus yang mendorong

langsung. *Respondent* adalah sesuatu yang dimunculkan, di mana organisme menghasilkan sebuah *respondent* sebagai hasil langsung dari stimulus spesifik.

Hal ini didasari pada asumsi-asumsi: Belajar itu adalah tingkah laku; Perubahan tingkah-laku (belajar) secara fungsional berkaitan dengan adanya perubahan dalam kejadian-kejadian di lingkungan kondisi-kondisi lingkungan; Hubungan yang berhukum antara tingkah-laku dan lingkungan hanya dapat ditentukan kalau sifat-sifat tingkah-laku dan kondisi eksperimennya didefinisikan menurut fisiknya dan diobservasi di bawah kondisi-kondisi yang di kontrol secara seksama; dan Data dari studi eksperimental tingkah-laku merupakan satu-satunya sumber informasi yang dapat di terima tentang penyebab terjadinya tingkah laku.

Exchange Theory

Teori pertukaran sosial adalah model untuk menafsirkan masyarakat sebagai serangkaian interaksi antara orang-orang yang didasarkan pada estimasi imbalan dan hukuman. Menurut pandangan ini, interaksi kita ditentukan oleh penghargaan atau hukuman yang kita harapkan diterima dari orang lain, yang kita evaluasi menggunakan model analisis biaya-manfaat (baik secara sadar atau tidak sadar).

Inti dari teori pertukaran sosial adalah gagasan bahwa interaksi yang memperoleh persetujuan dari orang lain lebih mungkin diulang daripada interaksi yang menimbulkan ketidaksetujuan. Dengan demikian kita dapat memprediksi apakah interaksi tertentu akan diulangi dengan menghitung tingkat penghargaan (persetujuan) atau hukuman (ketidaksetujuan) yang dihasilkan dari interaksi. Jika hadiah untuk suatu interaksi melebihi hukuman, maka interaksi tersebut kemungkinan akan terjadi atau berlanjut.

Menurut teori ini, rumus untuk memprediksi perilaku setiap individu dalam situasi apa pun adalah Perilaku (keuntungan) = Hadiah interaksi - biaya interaksi. Hadiah dapat datang dalam berbagai bentuk: pengakuan sosial, uang, hadiah, dan bahkan gerakan halus sehari-hari seperti senyum, anggukan, atau tepukan di punggung. Hukuman juga datang dalam berbagai bentuk, mulai dari ekstrem seperti penghinaan publik, pemukulan, atau eksekusi, hingga gerakan halus seperti alis terangkat atau kerutan.

Sementara teori pertukaran sosial ditemukan dalam bidang ekonomi dan psikologi, teori pertukaran sosial pertama kali dikembangkan oleh sosiolog George Homans, yang menulisnya dalam esai tahun 1958 berjudul "Perilaku Sosial sebagai Pertukaran."

Belakangan, sosiolog Peter Blau dan Richard Emerson mengembangkan teori ini lebih jauh.

Contoh sederhana teori pertukaran sosial dapat dilihat dalam interaksi mengajak seseorang berkencan. Jika orang itu mengatakan ya, Anda telah mendapatkan hadiah dan cenderung mengulangi interaksi dengan mengajak orang itu keluar lagi, atau dengan mengajak orang lain keluar. Di sisi lain, jika Anda mengajak seseorang berkencan dan mereka menjawab, "Tidak mungkin!" maka Anda telah menerima hukuman yang mungkin akan menyebabkan Anda menghindari untuk mengulangi jenis interaksi ini dengan orang yang sama di masa depan.

Asumsi Dasar Teori Pertukaran Sosial

- Orang-orang yang terlibat dalam interaksi secara rasional berusaha memaksimalkan keuntungan mereka.
- Mayoritas kepuasan manusia berasal dari yang lain.
- Orang memiliki akses ke informasi tentang aspek sosial, ekonomi, dan psikologis dari interaksi mereka yang memungkinkan mereka untuk mempertimbangkan alternatif, situasi yang lebih relative lebih menguntungkan terhadap situasi mereka saat ini.

- Orang-orang berorientasi pada tujuan dalam sistem persaingan bebas.
- Pertukaran beroperasi dalam norma budaya.
- Kredit sosial lebih disukai daripada hutang sosial.
- Semakin individu merasa dirugikan dalam hal suatu tindakan, semakin banyak orang akan memberikan nilai padanya
- Orang-orang rasional dan menghitung cara terbaik untuk bersaing dalam situasi yang menguntungkan. Hal yang sama berlaku untuk situasi penghindaran hukuman

Banyak yang mengkritik teori ini karena menganggap bahwa orang selalu membuat keputusan rasional, dan menunjukkan bahwa model teoretis ini gagal menangkap kekuatan yang dimainkan emosi dalam kehidupan kita sehari-hari dan dalam interaksi kita dengan orang lain. Teori ini juga mengurangi kekuatan struktur dan kekuatan sosial, yang secara tidak sadar membentuk persepsi kita tentang dunia dan pengalaman kita di dalamnya, dan memainkan peran yang kuat dalam membentuk interaksi kita dengan orang lain.

Memahami Konsep dan Praktik Sosiologi Kesehatan

Kesehatan adalah kondisi kesejahteraan lengkap: fisik, mental, dan emosional. Definisi ini menekankan pentingnya menjadi lebih dari bebas penyakit, dan mengakui bahwa tubuh yang sehat bergantung pada lingkungan yang sehat dan pikiran yang stabil. Kedokteran adalah institusi sosial yang mendiagnosis, mengobati, dan mencegah penyakit. Untuk menyelesaikan tugas-tugas ini, kedokteran bergantung pada sebagian besar ilmu pengetahuan lainnya termasuk ilmu biologi, kimia, fisika, dan teknik. Pencegahan adalah pendekatan yang lebih baru untuk pengobatan, yang menekankan kebiasaan kesehatan untuk mencegah penyakit, termasuk makan makanan yang lebih sehat, berolahraga yang memadai, dan memastikan lingkungan yang aman.

Sosiologi mengasumsikan bahwa masyarakat yang berfungsi tergantung pada orang sehat dan pada pengendalian penyakit. Dalam memeriksa konstruksi sosial kesehatan dan penyakit, sosiolog Talcott Parsons mengidentifikasi apa yang disebutnya “peran sakit,” atau definisi sosial tentang, perilaku, dan perilaku terhadap mereka yang oleh masyarakat didefinisikan sebagai sakit. Parsons mengidentifikasi empat komponen peran bahwa orang yang sakit itu:

- Tidak bertanggung jawab atas sakitnya
- Tidak bertanggung jawab atas tugas normal.
- Tidak seharusnya menyukai peran ketika sakit
- Seharusnya mencari bantuan untuk keluar dari peran sakit

Masyarakat mengizinkan mereka yang memenuhi kriteria ini untuk mengambil peran sakit, tetapi masyarakat akan kehilangan simpati dan menolak peran ketika orang yang sakit tampaknya menyukai peran sakitnya atau justru tidak mencari pengobatan. Dalam kasus lain, keluarga dan teman-teman mungkin menunjukkan simpati untuk sementara waktu, tetapi kehilangan kesabaran dengan korban dan menganggap dia sedang mencari perhatian ketika dia tidak ingin sembuh dan tidak mau berobat.

Sosiologi kesehatan mempelajari interaksi antara masyarakat dan kesehatan, lebih khususnya bagaimana konsepsi dan pemaknaan kesehatan dan penyakit menurut masyarakat sehingga mempengaruhi gaya hidup, perilaku, dan semua praktik kehidupan dalam kesehariannya. Sosiologi kesehatan juga mengkaji bagaimana kehidupan sosial mempengaruhi angka kelahiran dan kematian dalam populasi.

Isu kesehatan sering kali dilekatkan pada konteks biologis dan natural atau alamiah. Sosiologi

mengasumsikan bahwa dominasi ilmu alam dalam bidang kesehatan tidak membawa kita pada pemahaman menyeluruh tentang isu kesehatan. Ilmu sosiologi memperagakan bagaimana kondisi kesehatan termasuk penyakit sebenarnya juga dipengaruhi oleh kondisi sosio-ekonomi dan status sosial individu dalam masyarakat. Dengan kata lain, variabel sosial berperan dalam mempengaruhi kondisi kesehatan individu dan masyarakat.

Definisi Sosiologi Kesehatan

Secara spesifik, sosiologi kesehatan mempelajari bagaimana hubungan antara pola-pola kehidupan sosial terhadap angka kelahiran atau kematian dan sebaliknya. Sosiologi kesehatan juga mempelajari bagaimana hubungan antara berbagai institusi sosial seperti keluarga, sekolah, pekerjaan, agama, ras dan lainnya mempengaruhi kesehatan dan mendasari pengambilan keputusan terkait cara penanganan kesehatan.

Georg Ritzer menyebutkan bahwa bibit pemikiran yang mengatakan sosiologi sebagai sebuah disiplin ilmu dapat diaplikasikan pada bidang kesehatan dikembangkan di Eropa Barat. Salah satu tokoh penting dalam sejarah perkembangan sosiologi kesehatan adalah fisikawan Jerman Rudolf Virchow. Virchow berpendapat bahwa obat-obatan dulunya masuk dalam ilmu sosial,

oleh karenanya harus digunakan untuk meningkatkan kondisi sosial masyarakat.

Obat-obatan sebagai sebuah ilmu sosial bukanlah sebuah teknik pengobatan melainkan sebuah pendekatan terhadap masalah kesehatan. Virchow yakin bahwa di masa depan, yaitu di kondisi kontemporer saat ini, kurikulum mengenai sosiologi kesehatan akan masuk ke dalam sekolah-sekolah seiring meningkatnya kesadaran individu tentang pentingnya menganalisis aspek sosial dalam memahami masalah kesehatan.

Sosiologi menyarankan bahwa setiap problem masyarakat sebaiknya dipahami secara kontekstual, termasuk ketika masyarakat sedang bermasalah dengan kesehatannya. Kita mengetahui bahwa suatu masyarakat tertentu, dari kelas sosial tertentu akan memahami terminologi kesehatan dengan cara tertentu pula. Sebagian masyarakat menaruh perhatian yang lebih pada aspek kesehatan, sebagaimana yang lain memiliki tingkat kesadaran yang kurang.

Ruang Lingkup Sosiologi Kesehatan

Penyakit dan Kesehatan

Meskipun banyak yang percaya bahwa sains saja yang menentukan penyakit, pandangan sosiologis ini menunjukkan bahwa masyarakat juga menentukan penyakit. Misalnya, budaya mendefinisikan penyakit

sebagai sesuatu yang “valid/benar” jika mereka telah diagnosis oleh petugas kesehatan yang terkadang didukung dengan hasil laboratorium yang jelas, seperti kanker atau penyakit jantung. Di masa lalu, masyarakat menganggap kondisi seperti ketergantungan bahan kimia, baik berbasis narkoba atau alkohol, sebagai kesalahan seseorang, dan tidak merasa orang yang telah menyalagunakan obat atau alkohol itu sebagai orang yang sakit. Saat ini, program rehabilitasi narkoba dan budaya yang lebih luas umumnya mengakui kecanduan sebagai penyakit. Dalam budaya saat ini, pecandu dapat mengambil peran sakit selama mereka mencari bantuan dan membuat kemajuan untuk keluar dari peran sakit tersebut.

Di masa lalu, masyarakat pertama-tama menolak atau menghakimi berbagai penyakit, hanya kemudian mengakui bahwa penyakit itu sah. Orang-orang sekarang mengenali sindrom pramenstruasi (PMS) sebagai kondisi hormonal yang sah dan dapat diobati. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, atau AIDS, pertama kali muncul pada awal 1980-an di komunitas homoseksual pria. Karena hubungan awal penyakit ini dengan gaya hidup yang oleh banyak orang dianggap tidak bermoral, masyarakat awalnya menolak mereka sebagai penyakit dan justru menganggap ini sebagai hukuman. Ketika masyarakat menjadi lebih tahu tentang penyakit

ini, dan ketika penyakit itu mempengaruhi sebagian besar populasi, sikap terhadap AIDS dan mereka yang menderita juga berubah.

Pelayanan Kesehatan

Bagaimana masyarakat memilih atau terpaksa memilih pelayanan kesehatan yang ada merupakan salah satu kajian dalam subdisiplin ini. Pelayanan kesehatan tidak hanya dilihat sebagai prosedur teknis dalam menangani pasien dan berapa biayanya, namun juga peran insitusi sosial yang menyediakannya, dari negara, rumah sakit, hingga keluarga.

Kesehatan Mental

Orang dengan penyakit mental sama-sama berjuang untuk mendapat pengakuan dan pemahaman tentang kondisi sakitnya. Meskipun kesadaran dan pemahaman tentang penyakit mental telah meningkat secara drastis, para kritikus dan penyedia layanan kesehatan mental berpendapat bahwa masih banyak pekerjaan yang harus dilakukan. Sebelum tahun 1960-an, sebagian besar pasien yang sakit mental dikurung di tempat-tempat yang disebut sebagai “rumah sakit jiwa” di mana pasien sering dibiarkan agar memudahkan untuk dikontrol. Stigma yang berkembang di masyarakat bahwa orang dengan gangguan jiwa bukanlah sakit melainkan berhubungan

dengan hal mistis ataupun agama membuat para penderita gangguan jiwa seringkali dianggap negatif.

Intervensi Kesehatan Berbasis Masyarakat

Ruang lingkup ini membahas tentang bagaimana kolektivitas dan integrasi sosial menjadi determinan kondisi kesehatan suatu masyarakat dan juga menentukan pilihannya dalam menyelesaikan problem kesehatan. Intervensi untuk menangani masalah kesehatan didasari oleh pengetahuan akan kondisi sosial masyarakat tersebut.

Salah satunya adalah terapi masalah kejiwaan di masyarakat. Selain obat, masyarakat dipercaya sebagai tempat terapi terbaik untuk gangguan jiwa karena mereka tidak hanya akan belajar mengontrol gejalanya tetapi dukungan sangat diperlukan untuk proses penyembuhan agar mereka bisa hidup mandiri. Gerakan menuju perawatan komunitas ini menghasilkan hasil yang beragam, dengan sebagian besar profesional kesehatan mental menyimpulkan bahwa sebagian besar pasien yang didinstitusionalisasi beradaptasi dengan baik dengan penempatan dan tindak lanjut masyarakat yang sesuai.

Kriminalitas dan Kekerasan

Kriminalitas dalam kaca mata sosiologi kesehatan dapat dilihat baik sebagai pemicu stress suatu masyarakat atau output dari kondisi masyarakat itu sendiri. Kriminalitas dan kekerasan merupakan masalah sosial yang berhubungan erat dengan adanya suatu penyakit baik pada tataran individual atau pun kolektif. Salah satu masalah ini adalah penyalahgunaan obat-obatan terlarang dan alkohol. Banyak insiden telah mengakibatkan cedera dan kematian.

Kebijakan Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup ini berisi tentang bagaimana memformulasikan kebijakan terkait kesehatan masyarakat yang tepat sasaran. Tidak hanya apa saja bentuk kebijakannya, tetapi juga siapa aktor yang mengeksekusinya, siapa target intervensinya, apa dampak yang mungkin ditimbulkannya dan lain sebagainya.

Pengetahuan dan Kekuasaan

Sosiologi kesehatan menaruh perhatian pada hubungan yang timpang antar aktor sosial di bidang kesehatan, misalnya relasi antara dokter dan pasien. Dokter dilengkapi pengetahuan akan suatu penyakit yang diderita pasien melalui pemahaman terhadap gejalanya, sedangkan pasien seringkali ditempatkan pada posisi

yang tidak tau apa-apa. Relasi yang timpang ini rentan terhadap penyalahgunaan kekuasaan.

Distribusi dan Informasi Medis

Informasi menjadi salah satu elemen yang mempengaruhi seberapa tinggi pengetahuan seseorang terhadap suatu kondisi kesehatan atau penyakit yang dialaminya. Informasi tentang obat-obatan, penyakit dan kesehatan bisa menjadi wilayah dominasi aktor-aktor tertentu, seperti apoteker, dokter, tabib, sampai dukun. Kini di era internet, informasi tersebar luas sehingga berpotensi mengubah distribusi pengetahuan di bidang kesehatan.

Sosiologi dan Jaminan Kesehatan

Awal mula munculnya jaminan kesehatan adalah adanya sebuah penelitian tentang Eksperimen Asuransi Kesehatan RAND dan efek pembayaran pada perawatan rawat jalan, hasilnya ditemukan bahwa jaminan kesehatan ini memperkuat minat pasar terhadap perawatan kesehatan. Berbagai penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa pembayaran bersama memiliki efek difus pada penggunaan layanan, memengaruhi perawatan yang sesuai dan obat yang digunakan. Analisis lain menunjukkan efek yang lebih besar dari jaminan kesehatan pada orang miskin yang sakit daripada pada

orang kaya. Singkatnya, Eksperimen Asuransi Kesehatan dan banyak penelitian yang mengikuti menunjukkan sejauh mana perjalanan penyakit dan perilaku pasien dan profesional kesehatan diatur oleh faktor-faktor nonekonomi.

Biaya perawatan medis yang tidak terkendali akan terus menempati tempat utama dalam agenda kebijakan kesehatan karena implikasinya terhadap anggaran pemerintah dan tuntutan pajak serta potensi pengaruhnya terhadap daya saing bisnis. Tetapi ketika kita melihat ke depan, jelas bahwa sistem perawatan kesehatan kita sedang dalam kesulitan besar. Ketidakadilan telah meningkat dalam akses ke perawatan dan dalam kualitas layanan, dan proporsi yang signifikan dari populasi kita kurang atau tidak memiliki asuransi.

Kebutuhan ekonomi pada dasarnya menyulitkan mereka yang paling membutuhkan asuransi kesehatan untuk mendapatkannya. Sehingga dibuatlah sistem subsidi pajak untuk asuransi kesehatan untuk memberikan hak substansial kepada yang membutuhkan perawatan. Diperlukan strategi yang layak untuk mengorganisir atau membayar perawatan jangka panjang, meskipun jumlah populasi lansia dan subkelompok tua-tua semakin bertambah. Perawatan untuk penyakit kronis terutama bagi penderita stigma kronis, mental, penyalahguna

alkohol dan bahan kimia, dan orang dengan AIDS harus data dengan sangat baik.



Gambar ilustrasi jaminan kesehatan

Dalam menghadapi teknologi medis yang tumbuh pesat, haruslah dibentuk standar perawatan tanpa menya-nyiaikan sumber daya yang sangat besar tanpa perlu melalui prosedur yang tidak perlu dan tidak sesuai karena akan berimbas pada biaya administrasi sangat tinggi. Dan, kita belum secara efektif melibatkan isu-isu etis yang sulit yang membuat kemajuan biomedis tidak terhindarkan.

Pelayanan kesehatan di masa depan sangat jelas bahwa jika kita harus melibatkan sosiologi kesehatan dalam proses pelayanan kesehatan. Pengaruh yang memengaruhi kesehatan dan penyediaan layanan

sebagian besar bersifat sosial, dan cara kita menangani masalah penyakit dan perawatan mencerminkan nilai-nilai kita dan pengaturan kepentingan yang kuat dalam sistem sosial kita. Peran Faktor Sosial dan ekonomi memiliki pengaruh yang luas pada proses penyakit, status kesehatan, umur panjang, dan akses ke medis peduli.

Integritas sistem perawatan kesehatan kita mengharuskan kita menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan pengaruh luas seperti itu serta pengaruh langsung yang lebih teknis dan bahwa kita secara kritis memeriksa tujuan dan inisiatif kita dengan mengingat pengetahuan ilmiah terbaik tentang faktor-faktor penentu kesehatan dan kesejahteraan. Ada sedikit keraguan bahwa kepentingan kuat dalam sistem perawatan kesehatan kita, dan proses pengambilan keputusan politik kita, menciptakan hambatan serius bagi perubahan mendasar. Namun demikian, pandangan yang jelas tentang tujuan dan struktur yang diperlukan untuk menerapkannya, merupakan dasar penting untuk kemajuan yang konstruktif.

Latihan

1. Jelaskan perbedaan sosiologi dan sosilologi kesehatan
2. Sebutkan teori sosiologi terkait perilaku sosial
3. Uraikan analisis tentang perspektif sosiologi terhadap jaminan kesehatan

Ringkasan

Teori sosiologi sangat bervariasi dalam ruang lingkupnya, tergantung pada skala masalah yang ingin dijelaskan. Teori tingkat makro berhubungan dengan masalah dan kelompok skala besar. Sementara teori tingkat mikro lebih melihat hubungan yang sangat spesifik antara individu atau kelompok kecil. Teori-teori besar berusaha menjelaskan hubungan berskala besar dan menjawab pertanyaan mendasar seperti mengapa masyarakat terbentuk dan mengapa mereka berubah. Teori sosiologi untuk memahami kesehatan dibagi menjadi 3, yaitu:

- Teori berdasarkan fakta sosial: teori struktural fungsional, teori konflik, teori sistem
- Teori berdasarkan definisi sosial, meliputi: *action theory*, *symbolic interactionism theory*, dan *phenomenology theory*
- Teori bersasar perilaku sosial, meliputi: perilaku sosiologi dan *exchange theory*

Sosiologi kesehatan mempelajari interaksi antara masyarakat dan kesehatan, lebih khususnya bagaimana konsepsi dan pemaknaan kesehatan dan penyakit menurut masyarakat sehingga mempengaruhi gaya hidup, perilaku, dan semua praktik kehidupan dalam kesehariannya. Sosiologi kesehatan juga mengkaji

bagaimana kehidupan sosial mempengaruhi angka kelahiran dan kematian dalam populasi.

Tes 1

1. Apa perbedaan antara struktur sosial dan fungsi sosial?
 - a. Struktur sosial adalah pola interaksi yang stabil dan mirip rutin, dan fungsi sosial adalah setiap tindakan atau proses yang berkontribusi pada pemeliharaan sistem sosial.
 - b. Struktur sosial adalah mesin yang kompleks dan saling berhubungan, dan fungsi sosial adalah setiap tindakan yang berkontribusi terhadap pemeliharaan sistem sosial.
 - c. Fungsi sosial adalah mesin yang kompleks dan saling berhubungan, dan struktur sosial adalah setiap tindakan yang berkontribusi terhadap pemeliharaan sistem sosial.
 - d. Fungsi sosial adalah pola interaksi yang stabil dan mirip rutin, dan struktur sosial adalah setiap tindakan atau proses yang berkontribusi terhadap pemeliharaan sistem sosial.
2. Manakah dari pernyataan berikut ini yang benar?
 - a. Teori fungsional struktural menggunakan orientasi tingkat makro.

- b. Teori fungsional struktural difokuskan pada interaksi individu dalam masyarakat
 - c. Teori fungsional struktural melihat masyarakat sebagai mesin yang kompleks dan saling berhubungan.
 - d. a dan c Benar
 - e. Semua benar.
3. Siapa yang percaya bahwa sejarah masyarakat adalah salah satu perjuangan kelas?
- a. Emile Durkheim
 - b. Karl Marx
 - c. Erving Goffmann
 - d. George Herbert Mead
4. Seorang interaksionis simbolis dapat membandingkan interaksi sosial dengan:
- a. Perilaku
 - b. Konflik
 - c. Organ manusia
 - d. Peran
 - e. Teater
5. Teknik penelitian mana yang paling mungkin digunakan oleh interaksionis simbolis?
- a. Survei
 - b. Pengamatan partisipan
 - c. Analisis data kuantitatif
 - d. Bukan dari salah satu di atas

BAB 2

TEORI DAN KONSEP ANTROPOLOGI UNTUK MEMAHAMI KESEHATAN

Pendahuluan

Deskripsi BAB

Dalam BAB kedua ini, mahasiswa akan belajar tentang ilmu antropologi kesehatan untuk memahami kesehatan masyarakat. Untuk memahami ilmu sosial dan perilaku kesehatan, terlebih dahulu kita harus memahami ilmu antropologi sebagai dasarnya. Antropologi kesehatan adalah area penelitian dalam antropologi sosial yang mengawinkan konsep-konsep dari antropologi biologis dan budaya untuk lebih memahami kesehatan dan penyakit dalam masyarakat (Joralemon, 2017).

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada topik ini mahasiswa akan belajar tentang teori dan konsep antropologi yang bermanfaat untuk

memahami kesehatan. Sasaran pembelajaran pada Bab ini adalah:

1. Memahami antropologi kesehatan
2. Memahami ekologi kesehatan dan penyakit

Penyajian

Antropologi Kesehatan

Konsep Antropologi

Antropologi adalah studi ilmiah tentang manusia sebagai organisme sosial yang berinteraksi satu sama lain di lingkungan mereka, dan aspek budaya kehidupan. Antropologi dapat didefinisikan sebagai studi tentang sifat manusia, masyarakat manusia, dan masa lalu manusia. Ini adalah disiplin ilmu yang bertujuan untuk menjelaskan dalam arti seluas mungkin apa artinya menjadi manusia.

Antropolog tertarik pada perbandingan. Untuk membuat perbandingan substansial dan akurat antara budaya, generalisasi manusia membutuhkan bukti dari berbagai masyarakat manusia. Para antropolog berhubungan langsung dengan sumber data mereka, oleh karena itu kerja lapangan adalah komponen yang sangat penting. Bidang Antropologi, meskipun cukup baru sebagai bidang akademik, telah digunakan selama berabad-abad. Para antropolog yakin bahwa

penjelasan tentang tindakan manusia akan dangkal kecuali mereka mengakui bahwa kehidupan manusia selalu terjat dalam pola kerja, keluarga, kekuasaan dan makna yang kompleks. Antropologi bersifat holistik, komparatif, berbasis lapangan, dan evolusioner. Bagian-bagian Antropologi ini membentuk satu sama lain dan terintegrasi satu sama lain dari waktu ke waktu.

Antropologi adalah bidang holistik, yang terdiri dari lima sub-disiplin ilmu, masing-masing berfokus pada aspek tertentu dari keberadaan manusia:

1. Arkeologi: Studi dan interpretasi manusia purba, sejarah dan budaya mereka, melalui pemeriksaan artefak dan sisa-sisa yang mereka tinggalkan. Seperti: Studi tentang budaya Mesir melalui pemeriksaan situs kuburan mereka, piramida dan makam di Lembah Para Raja. Melalui cabang ini, para antropolog menemukan banyak tentang sejarah manusia, khususnya prasejarah, rentang waktu yang lama sebelum perkembangan penulisan.
2. Antropologi Budaya: (disebut juga: antropologi sosiokultural, antropologi sosial, atau etnologi) mempelajari berbagai budaya manusia dan bagaimana budaya itu membentuk atau membentuk dunia di sekitar mereka. Antropologi ini banyak fokus pada perbedaan antara setiap orang. Tujuan seorang antropolog budaya adalah untuk belajar

tentang budaya lain dengan mengumpulkan data tentang bagaimana ekonomi dunia dan praktik-praktik politik mempengaruhi budaya baru yang sedang dipelajari.

3. Antropologi Biologis (juga: Antropologi Fisik): Jenis Antropologi spesifik yang mempelajari manusia melalui tubuh manusia sebagai organisme biologis, menggunakan genetika, evolusi, leluhur manusia, primata, dan kemampuan beradaptasi. Ada pergeseran penekanan pada perbedaan (dengan “antropologi fisik” lama) karena perkembangan antropologi fisik “baru” yang dikembangkan oleh Sherwood Washburn di University of California, Berkley. Bidang ini bergeser dari klasifikasi rasial ketika ditemukan bahwa sifat-sifat fisik yang telah digunakan untuk menentukan ras tidak dapat memprediksi sifat-sifat lain seperti kecerdasan dan moralitas.
4. Antropologi Linguistik: meneliti bahasa manusia: bagaimana mereka bekerja, bagaimana mereka dibuat, bagaimana mereka berubah, dan bagaimana mereka mati dan kemudian dihidupkan kembali. Antropolog linguistik mencoba memahami bahasa dalam kaitannya dengan konteks budaya, sejarah, atau biologis yang lebih luas yang memungkinkannya. Studi linguistik meliputi memeriksa fonem, morfem,

sintaksis, semantik, dan pragmatik. Mereka melihat fitur komunikasi linguistik, yang mencakup kontak verbal apa pun, serta fitur non-linguistik, yang mencakup gerakan, kontak mata, konteks budaya, dan bahkan pemikiran pembicara saat ini.

5. Antropologi Terapan mencakup bidang Antropologi Medis Terapan, Antropologi Perkotaan, Ekonomi Antropologi, Arkeologi Kontrak, dan lainnya. Antropologi terapan hanyalah praktik penerapan teori antropologi dan atau metode dari bidang Antropologi untuk menyelesaikan masalah manusia. Misalnya, antropologi terapan sering digunakan ketika mencoba menentukan nenek moyang penguburan penduduk asli Amerika. Antropologi biologis dapat digunakan untuk menguji DNA tubuh dan melihat apakah DNA penguburan memiliki kesamaan dengan populasi yang hidup

Antropologi Kesehatan

Definisi

Antropologi kesehatan adalah bidang antropologi yang berfokus pada hubungan antara kesehatan, penyakit, dan budaya. Keyakinan dan praktik tentang kesehatan bervariasi di berbagai budaya dan dipengaruhi oleh faktor sosial, agama, politik, historis, dan ekonomi. Antropolog medis menggunakan teori dan metode antropologis

untuk menghasilkan wawasan unik tentang bagaimana berbagai kelompok budaya di seluruh dunia mengalami, menafsirkan, dan menanggapi pertanyaan-pertanyaan tentang kesehatan, penyakit, dan kesejahteraan.

Sejarah Antropologi Kesehatan

Antropologi medis muncul sebagai bidang studi formal pada pertengahan abad ke-20. Akarnya adalah dalam antropologi budaya atau antropologi sosial. Kemudian memperluas fokus subbidang itu pada dunia sosial dan budaya ke topik yang berkaitan secara khusus dengan kesehatan, penyakit, dan kesejahteraan. Seperti antropolog budaya, antropolog medis biasanya menggunakan metode etnografi untuk melakukan penelitian dan mengumpulkan data. Etnografi adalah metode penelitian kualitatif yang melibatkan penyatuan penuh dalam komunitas yang sedang dipelajari. Etnografer (mis., Antropolog) hidup, bekerja, dan mengamati kehidupan sehari-hari di ruang budaya yang khas ini, yang disebut situs lapangan.

Antropologi medis tumbuh semakin penting setelah Perang Dunia II, ketika para antropolog mulai meresmikan proses penerapan metode etnografi dan teori untuk pertanyaan kesehatan di seluruh dunia. Ini adalah masa pengembangan internasional yang luas dan upaya kemanusiaan yang bertujuan membawa teknologi dan

sumber daya modern ke negara-negara di dunia Selatan. Antropolog terbukti sangat berguna untuk inisiatif berbasis kesehatan, menggunakan keterampilan analisis budaya yang unik untuk membantu mengembangkan program yang disesuaikan dengan praktik dan sistem kepercayaan setempat.

Konsep Antropologi Kesehatan

Pendekatan antropologi kesehatan terhadap etnografi telah berubah akhir-akhir ini, sebagian besar berkat pertumbuhan globalisasi dan kemunculan teknologi komunikasi baru. Dulu antropolog hanya tinggal di desa-desa terpencil, namun sekarang para antropolog melakukan penelitian di berbagai lokasi lapangan mulai dari pusat kota hingga dusun pedesaan, bahkan di komunitas media sosial. Beberapa juga memasukkan data kuantitatif ke dalam penelitian etnografi mereka.

Antropolog kesehatan mempelajari beragam topik. Pertanyaan spesifik meliputi:

- Bagaimana budaya tertentu mendefinisikan kesehatan atau penyakit?
- Bagaimana diagnosis atau kondisi dapat ditafsirkan oleh budaya yang berbeda?
- Apa peran dokter, dukun, atau praktisi kesehatan alternatif?

- Mengapa kelompok tertentu mengalami hasil kesehatan yang lebih baik atau lebih buruk, atau prevalensi penyakit tertentu yang lebih tinggi?
- Apa hubungan antara kesehatan, kebahagiaan, dan stres?
- Bagaimana kondisi yang berbeda distigmatisasi atau bahkan dirayakan dalam konteks budaya tertentu?

Selain itu, ahli antropologi medis mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh distribusi penyakit, dan juga sangat dekat dengan pertanyaan tentang ketidaksetaraan, kekuasaan, dan kesehatan.

Beberapa antropolog sekarang merancang penelitian *multi-site*, karena mereka melakukan penelitian lapangan etnografi di berbagai lokasi lapangan. Ini mungkin termasuk studi perbandingan perawatan kesehatan di ruang-ruang pedesaan versus perkotaan di negara yang sama, atau menggabungkan peneliian kualitatif pada situs tertentu dengan penelitian digital media sosial. Beberapa antropolog bahkan melakukan penelitian di banyak negara di dunia untuk satu proyek.

Antropolog medis menggunakan metodologi yang mereka kembangkan untuk memeriksa konsep-konsep penting pada bidang kesehatan, termasuk:

- Kesenjangan kesehatan: perbedaan dalam distribusi hasil kesehatan atau prevalensi penyakit lintas kelompok
- Kesehatan global: studi kesehatan di seluruh dunia
- Ethnomedicine: studi perbandingan praktik pengobatan tradisional dalam budaya yang berbeda
- Relativisme kultural: teori bahwa semua budaya harus dipertimbangkan dengan istilah mereka sendiri, bukan sebagai superior atau inferior daripada yang lain.

Konsep Sehat Sakit

Untuk memahami pendekatan antropologis untuk kesehatan dan penyakit, kita harus mengetahui definisi istilah yang terkait dengan topik. Sehat didefinisikan dengan implikasi moral, etika, dan politik. Mungkin definisi kesehatan terluas adalah yang diusulkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), mendefinisikan kesehatan dengan mengacu pada “keseluruhan rasa kesejahteraan.” Menurut kriteria WHO, hanya persentase yang relatif kecil dari populasi dunia yang dapat diklasifikasikan sebagai sehat (McElroy, 2018).

Sakit dan penyakit adalah konsep yang terpisah. Penyakit adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh patogen, misalkan bakteri, parasit atau virus yang telah diverifikasi secara ilmiah yang dapat diukur secara

objektif. Penyakit ini dapat bervariasi berdasarkan kelompok (mis., Etnis dan status sosial ekonomi), geografi, kejadian, dan tingkat keparahan. Sakit adalah perasaan atau persepsi tidak sehat. Sakit dapat disebabkan oleh penyakit, tetapi juga dapat disebabkan oleh faktor psikologis atau spiritual dan terkait dengan pandangan dunia seseorang. Sistem kesehatan meliputi persepsi budaya dan klasifikasi masalah terkait kesehatan, praktik pengobatan, diagnosis, pencegahan, dan rehabilitasi.

Pendekatan Teori Antropologi Kesehatan

Antropolog George Foster dan Barbara Anderson, yang bersama-sama dengan Khwaja Hassan mendirikan bidang antropologi medis, mengidentifikasi tiga sistem teori penyakit yang menjelaskan penyakit:

1. Teori penyakit personalistik: Penyakit disebabkan oleh tindakan agen seperti penyihir, penyihir, atau entitas supernatural, misalnya, roh leluhur atau hantu. Tabib harus menggunakan cara supernatural untuk mempelajari penyebabnya dan membantu menyembuhkan penyakit.
2. Teori penyakit emosional: Penyakit disebabkan oleh pengalaman emosional negatif. Seperti kecemasan atau ketakutan dapat menyebabkan kelesuan dan gangguan, penyakit yang disebut berkelanjutan.

Psikoterapis yang akan bertanggungjawab untuk proses penyembuhan dari penyakit ini.

3. Teori naturalistik: Penyakit disebabkan oleh faktor impersonal, misalnya patogen, malnutrisi, obstruksi (seperti batu ginjal) atau kemunduran organik (seperti gagal jantung). Teori naturalistik berawal pada karya Hippocrates dan mendominasi pedagogi sekolah kedokteran modern.

Barbara Miller (2011) menguraikan tiga pendekatan teoritis yang berupaya untuk memahami sistem kesehatan:

1. Pendekatan Ekologis / Epidemiologis: Pendekatan ini bertujuan untuk menghasilkan data yang dapat digunakan oleh program kesehatan masyarakat dengan memfokuskan bagaimana interaksi lingkungan alam dan budaya dapat menyebabkan masalah kesehatan dan mempengaruhi penyebarannya melalui suatu populasi.
2. Pendekatan Interpretivist: Karya Claude Lévi-Strauss merupakan pendekatan interpretivist yang memeriksa bagaimana tekanan komunitas dan individu diatasi melalui sistem penyembuhan dan bagaimana penyakit didefinisikan dan dialami. Asumsinya adalah bahwa sistem pengobatan memberikan makna bagi kondisi sakit.

3. Antropologi Medis Kritis: Antropolog medis kritis memeriksa bagaimana sistem kesehatan dipengaruhi oleh elemen struktural, misalnya ketimpangan sosial, ekonomi politik dan media global.

Ethnomedicine

Studi lintas budaya sistem kesehatan disebut *ethnomedicine*. Studi ini melakukan pemeriksaan sistem kesehatan untuk melihat hal-hal seperti dampak globalisasi pada sistem kesehatan serta konsep budaya tubuh dan kecacatan dan penggunaan tumbuhan dan hewan dalam sistem kesehatan. Studi-studi etnomedisial awal difokuskan pada sistem kesehatan masyarakat adat di seluruh dunia. Baru-baru ini praktik biomedis Barat diidentifikasi sebagai etnomedisin dan dimasukkan dalam ruang lingkup studi etnomedisin.

Semua orang berusaha memahami penyebab penyakit. Studi lintas budaya dari penyebab spesifik untuk masalah yang berhubungan dengan kesehatan disebut etnoetiologi. Studi etnoetiologis migrain menunjukkan bahwa di daerah Bahia Brasil, migrain disebabkan oleh jenis angin tertentu. Di Amerika Serikat migrain dapat disebabkan oleh stres emosional, sensitivitas terhadap bahan kimia dan pengawet tertentu dalam makanan, kafein berlebihan, periode menstruasi, melewatkan makan, perubahan pola tidur, kelelahan berlebihan,

perubahan kondisi cuaca, dan berbagai kondisi medis seperti hipertensi, asma, dan sindrom kelelahan kronis.

Masalah kesehatan sosial akibat kemiskinan, kelaparan, konflik, dan migrasi paksa, adalah fokus dari etnomedisial dan antropologi medis pada umumnya. Seringkali, penyakit struktural terkait dengan sindrom budaya tertentu, yang merupakan psikopatologi (serangkaian tanda dan gejala) terbatas pada lingkungan budaya tertentu. Witiko adalah sindrom terkait budaya yang ditemukan di antara masyarakat adat Kanada. Gejala-gejalanya termasuk keengganan terhadap makanan disertai dengan depresi dan kecemasan. Roh witiko, yang merupakan monster raksasa pemakan manusia, akhirnya memiliki individu yang ditimbulkan yang menyebabkan orang itu melakukan kanibalisme dan pembunuhan. Studi menunjukkan bahwa witiko adalah bentuk ekstrim dari kecemasan kelaparan (Martin 2012). Contoh-contoh lain dari sindrom terikat budaya antara lain:

- Amuk/Mengamuk merupakan masalah yang dialami di Indonesia, Malaysia, dan Thailand. Istilah ini mengacu pada ketidakmampuan untuk mengontrol emosi. Gejalanya mencakup perilaku liar dan agresif. Amuk dapat memicu munculnya keinginan membunuh atau melukai orang lain sampai mereka ditahan, kelelahan, atau dibunuh.

Kondisi ini disebabkan oleh hilangnya status sosial atau ekonomi, orang yang dicintai, atau penghinaan yang diterima.

- *Anorexia nervosa* adalah sindrom terikat budaya yang terkait dengan masyarakat industri yang makmur. Ini adalah kelainan makan yang ditandai dengan ketidakmampuan untuk makan. Mempengaruhi terutama wanita, *anoreksia nervosa* dikaitkan dengan budaya yang menempatkan nilai berlebihan pada bentuk tubuh atau berat badan ideal wanita. Faktor yang berkontribusi termasuk orang tua diktator, awal pubertas, harga diri rendah, depresi, dan beberapa penyakit seperti diabetes remaja.
- *Hwa-byung*, yang berarti penyakit kebakaran, terjadi di Korea. Pengobatan timur menghubungkan penyebabnya dengan ketidakseimbangan antara yin (kekuatan negatif) dan yang (kekuatan positif) atau antara ki (energi vital) dan hwa (penyakit dengan sifat api). Biomedis Barat mengaitkannya dengan kemarahan yang tidak lengkap atau proyeksi kemarahan ke dalam tubuh. Gejalanya meliputi perasaan frustrasi, kecemasan, rasa bersalah, takut, penghinaan, kebencian, depresi, dan kekecewaan. Manifestasi fisik termasuk palpitasi, gangguan pencernaan, pusing, mual, sembelit, sakit, susah tidur, dan banyak lagi. Individu yang menderita hwa-

byung mungkin banyak bicara, pemarah, linglung, paranoid, dan memiliki pikiran untuk bunuh diri.

- Latah telah ditemukan terutama di Indonesia dan Malaysia, tetapi sindrom serupa terjadi di Filipina (mali-mali), Burma (yaun), dan di antara masyarakat adat di Siberia (myriachif) dan Jepang (imo). Disebabkan oleh kejutan tiba-tiba, misalnya, kematian orang yang dicintai atau ketakutan. Individu tersebut memasuki keadaan disosiatif, sangat mudah diduga di mana mereka siap mengikuti perintah orang lain. Mereka sering menderita echolalia ketika mereka mengulangi apa yang orang lain katakan, atau echopraxia ketika mereka meniru tindakan orang lain. Perilaku sosial yang tidak pantas umum terjadi dengan sindrom ini, termasuk menyentuh atau memukul orang lain, mengatakan hal-hal yang eksplisit secara seksual, dan bernyanyi dengan keras.

Pengobatan dan Orang yang Mengobati

Dalam pendekatan biomedis Barat pengobatan terdapat norma yang seringkali hanya pasien dan praktisi kesehatan profesional yang ada di ruangan. Dalam sistem kesehatan lain, pengobatan komunitas adalah hal biasa. Pendekatan pengobatan komunitas menganggap konteks sosial penting untuk proses penyembuhan.

Praktik pengobatan terjadi di depan seluruh komunitas dan sering melibatkan partisipasi mereka. Salah satu contohnya adalah tarian penyembuhan dari para penjuru ho/hoansi dari Kalahari. Beberapa kali sebulan, tarian penyembuhan dilakukan untuk menarik energi kolektif dari para peserta. Laki-laki dan kadang-kadang perempuan menari di sekitar lingkaran perempuan yang duduk di sekitar api, bertepuk tangan dan bernyanyi. Tabib memanfaatkan energi spiritual para penari dan penyanyi untuk meningkatkan kesadaran mereka. Selama periode peningkatan kesadaran ini, tabib dapat menyembuhkan mereka yang membutuhkan.



Gambar *ilustrasi ethnomedicine*

Sistem pengobatan humoral menggunakan filosofi yang berpusat pada gagasan bahwa ketidakseimbangan

panas dan kesejukan dalam tubuh menyebabkan penyakit. Makanan dan obat-obatan digunakan untuk mengimbangi ketidakseimbangan ini.

Pengobatan umumnya dilakukan melalui kombinasi metode informal, misalkan diagnosa dan perawatan diri, dan perawatan formal menggunakan tenaga kesehatan. Ada banyak jenis orang yang dapat mengobati menurut pandangan antropologi kesehatan:

- Dukun, tabib dan shmankas
- Bidan
- Dokter
- Perawat
- Dokter gigi
- Kiropraktor
- Psikiater dan psikolog
- Ahli akupunktur.

Semua profesi diatas melalui proses serupa untuk menjadi spesialis. Pertama ada proses seleksi. Dalam kebanyakan kasus, kandidat harus menunjukkan bakat. Dalam masyarakat pribumi itu mungkin kemampuan untuk terhubung dengan dunia supranatural. Dalam budaya yang bergantung pada pendekatan biomedis Barat, para kandidat harus lulus ujian masuk dan kursus akademik untuk menjadi spesialis. Pelatihan dari orang berpengalaman adalah komponen kunci bagi semua

orang yang ingin menjadi orang yang terlibat dalam proses pengobatan baik dalam bentuk magang hingga pelatihan formal di sekolah kedokteran. Setelah pelatihan selesai, kandidat mendapatkan gelar medis dalam sistem biomedis Barat. Dalam masyarakat adat, ritual inisiasi dilakukan.

Ekologi Kesehatan dan Penyakit

Hubungan Manusia dan Kesehatan Lingkungan

Sejak kehidupan muncul di planet ini 3,5 miliar tahun yang lalu, organisme telah memasuki hubungan dengan lingkungan mereka di mana masing-masing mengubah yang lain. Meskipun manusia modern berevolusi sekitar 120.000 tahun yang lalu, kualitas perubahan ekologis yang diciptakan oleh pertumbuhan populasi dan pencapaian teknologi selama beberapa abad terakhir, yang meningkat dalam lima puluh hingga seratus tahun terakhir, adalah unik dan pantas untuk dilihat lebih dekat.

Pada tahun 2005, Perserikatan Bangsa-Bangsa merilis penilaian terbesar terhadap kesehatan ekosistem bumi yang pernah dilakukan (UNEP 2005). Lebih dari seribu ahli dari sembilan puluh lima negara menyiapkan laporan tersebut, yang kemudian ditinjau oleh dewan editor besar yang independen dan dikomentari oleh ratusan pakar dan pemerintah sebelum dirilis. Temuan itu antara lain:

- Dalam 50 tahun terakhir, manusia telah mengubah ekosistem lebih cepat dan luas daripada dalam periode waktu yang sebanding dalam sejarah manusia.
- Sekitar 60 persen ekosistem yang diteliti, mulai dari pengaturan kualitas udara hingga pemurnian air mengalami degradasi.
- Antara sepertiga dan setengah dari permukaan tanah bumi telah diubah oleh aktivitas manusia.
- Dalam 50 tahun terakhir, populasi manusia di dunia telah meningkat dari 2,4 miliar menjadi 6,4 miliar orang. Sebagian besar pertumbuhan ini terjadi di kota-kota yang semakin besar dimana pemukiman kumuh berkembang biak. Pemukiman kumuh adalah inkubator penyakit baru dan penyakit lama yang dapat muncul kembali dengan dan menyebar ke seluruh dunia melalui perjalanan udara.
- Perubahan ekosistem meningkatkan kemungkinan perubahan nonlinier (termasuk perubahan yang cepat, tiba-tiba, dan berpotensi ireversibel), dengan konsekuensi penting bagi kesejahteraan manusia. Tekanan yang tumbuh dari panen berlebihan, perubahan iklim, spesies invasif, dan pemuatan nutrisi mendorong ekosistem menuju ambang batas yang mungkin tidak akan mereka temui.

- Globalisasi ekonomi maju terus tanpa investasi bersamaan dalam infrastruktur kesehatan publik global.
- Sejumlah besar spesies tanaman dan hewan telah punah, dan sebagian besar perikanan laut sangat terkurus. Lebih dari setengah terumbu karang dunia terancam oleh aktivitas manusia. Hilangnya spesies dan keragaman genetik mengurangi ketahanan ekosistem (tingkat gangguan yang dapat dialami suatu ekosistem tanpa melewati ambang batas ke struktur atau fungsi yang berbeda).
- Keseimbangan karbon positif (peningkatan karbon yang dilepaskan ke atmosfer dan lautan) telah menghasilkan perubahan iklim global, efek gas rumah kaca, dan peningkatan pengasaman lautan yang mengancam jaringan makanan laut.
- Fiksasi nitrogen antropogenik dari produksi dan penggunaan pupuk dan pembakaran bahan bakar fosil melebihi semua proses terestrial alami yang digabungkan. Nitrous oksida adalah gas rumah kaca dan prekursor ozon. Nitrat mencemari air tanah dan permukaan, bersama dengan fosfor menyebabkan eutrofikasi sistem air laut dan alga, serta membatasi pertumbuhan ikan.
- Selama 50 tahun terakhir, telah terjadi percepatan pelepasan bahan kimia buatan ke lingkungan,

banyak di antaranya berumur panjang dan diubah menjadi produk sampingan yang dampaknya tidak diketahui. Manusia dapat terkontaminasi polutan anorganik dan organik yang ada dalam makanan dan air.

Temuan ini relevan dengan industri kesehatan karena setidaknya dua alasan. Pertama, tren kesehatan manusia sangat dipengaruhi oleh perubahan ekologis ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kedua, industri kesehatan secara substansial berkontribusi terhadap degradasi ekosistem di dalam negeri dan global.

Asma, gangguan perkembangan saraf, beberapa jenis kanker, beberapa cacat lahir, penyakit mental, obesitas, diabetes, kelahiran prematur, dan beberapa penyakit menular yang berulang muncul di sebagian besar dunia. Tren ini dihasilkan dari dampak langsung dan tidak langsung dari berbagai faktor yang berinteraksi akibat lingkungan ekososial yang berubah. Beberapa masalah itu antara lain kekurangan atau kelebihan makanan (misalnya defisiensi mikronutrien, asupan lemak atau karbohidrat berlebihan), terpapar bahan kimia beracun dan polutan, paparan agen infeksi dan masalah sosial dan ekonomi.

Kesehatan dalam Perspektif Ekologi Kesehatan

Beberapa orang menganggap kesehatan sebagai tidak adanya penyakit. Organisasi Kesehatan Dunia mengatakan bahwa kesehatan adalah keadaan fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang lengkap dan bukan sekadar tidak adanya penyakit. Institute of Medicine (1988) mengatakan bahwa kesehatan masyarakat adalah “apa yang kita sebagai masyarakat lakukan secara kolektif untuk memastikan kondisi di mana semua orang dapat menjadi sehat”.

Seorang ahli ekologi mungkin mendefinisikan kesehatan secara berbeda. Aldo Leopold (1949) menyimpulkan dari penelitiannya bahwa kesehatan adalah kapasitas untuk pembaruan diri. Essayist, petani, dan ahli ekologi Wendell Berry (1995) mengatakan bahwa kesehatan adalah keanggotaan. Kata kesehatan, katanya, berasal dari akar Indo-Eropa yang sama dengan menyembuhkan, utuh, dan suci. Menjadi sehat berarti menjadi utuh. Menyembuhkan berarti menjadi utuh.

Ketika dipandang sebagai domain yang terpisah, banyak hubungan di antara kesehatan individu, publik, dan lingkungan yang diabaikan. Kesehatan individu tidak dapat benar-benar dilepaskan dari kesehatan masyarakat dan lingkungan. Demikian pula, kesehatan masyarakat dan lingkungan sangat tergantung pada kesehatan individu.

Bioetika sering dikacaukan dengan etika medis, tetapi keduanya benar-benar sangat berbeda, walaupun tumpang tindih. Etika medis sebagian besar membahas tentang otonomi, kebaikan, ketidakadilan, dan keadilan distributif. Penekanannya adalah pada individu daripada komunitas. Bioetika memiliki perspektif yang lebih luas. Manusia berada dalam sistem ekologi kompleks yang lebih besar yang juga patut mendapatkan pertimbangan moral.

Ahli Onkologi Van Rensselaer Potter dari University of Wisconsin memperkenalkan istilah bioetika pada tahun 1970. Dia melihat konsep itu sebagai biologi, dikombinasikan dengan pengetahuan humanistik yang beragam, menempa ilmu pengetahuan yang menetapkan sistem prioritas medis dan lingkungan untuk kelangsungan hidup yang dapat diterima.

Para dokter dan institusi kesehatan kontemporer hanya sedikit memperhatikan kesehatan ekosistem meskipun dalam risalahnya yang terkenal, "Siaran, Perairan, dan Tempat," Hippocrates (400 SM) melihat hubungan ekologi dengan kedokteran ketika ia menulis:

"Siapa pun yang ingin menyelidiki obat dengan benar, harus melanjutkan sebagai berikut: di tempat pertama untuk mempertimbangkan musim tahun ini, dan apa efek masing-masing dari mereka menghasilkan untuk mereka sama sekali tidak sama, tetapi berbeda

jauh dari diri mereka sendiri sehubungan dengan perubahan mereka. Kemudian angin, panas dan dingin, terutama seperti yang umum di semua negara, dan kemudian seperti itu khas untuk setiap daerah. Kita juga harus mempertimbangkan kualitas air, karena mereka berbeda satu sama lain dalam rasa dan berat, begitu juga mereka memiliki banyak perbedaan dalam kualitas mereka. Dengan cara yang sama, ketika seseorang datang ke kota di mana ia adalah orang asing, ia harus mempertimbangkan situasinya, bagaimana ia terletak pada angin dan terbitnya matahari; karena pengaruhnya tidak sama apakah itu terletak di utara atau selatan, ke matahari terbit atau terbenam, hal-hal ini harus dipertimbangkan dengan penuh perhatian, dan mengenai air yang digunakan penduduk, apakah mereka berawa dan lunak, atau keras, dan berlari dari ketinggian dan situasi berbatu, dan kemudian jika asin dan tidak layak untuk memasak; dan tanah, apakah itu kering dan kurang air, atau berhutan dan cukup air, dan apakah itu terletak dalam situasi yang kosong dan terbatas, atau tinggi dan dingin; dan cara di mana penghuninya hidup, dan apa pekerjaan mereka, apakah mereka gemar minum dan makan berlebihan, dan malas, atau gemar berolahraga dan bekerja, dan tidak berlebihan dalam makan dan minum.

Latihan

1. Jelaskan perbedaan antropologi sosial dan antropologi kesehatan
2. Apa pentingnya ekologi dalam kesehatan

Ringkasan

Antropologi kesehatan adalah bidang antropologi yang berfokus pada hubungan antara kesehatan, penyakit, dan budaya. Keyakinan dan praktik tentang kesehatan bervariasi di berbagai budaya dan dipengaruhi oleh faktor sosial, agama, politik, historis, dan ekonomi. Antropolog medis menggunakan teori dan metode antropologis untuk menghasilkan wawasan unik tentang bagaimana berbagai kelompok budaya di seluruh dunia mengalami, menafsirkan, dan menanggapi pertanyaan-pertanyaan tentang kesehatan, penyakit, dan kesejahteraan.

Teori dalam antropologi kesehatan dibagi menjadi:

1. Teori penyakit personalistik
2. Teori penyakit emosional
3. Teori naturalistik

Barbara Miller (2011) menguraikan tiga pendekatan teoritis yang berupaya untuk memahami sistem kesehatan:

1. Pendekatan Ekologis / Epidemiologis
2. Pendekatan Interpretivist
3. Antropologi Medis Kritis

Tes 2

1. Salah satu Antropologi erat dengan antropologi kesehatan adalah
 - a. Politik
 - b. Sosial
 - c. Sosbud
 - d. Kemasyarakatan
2. Perbedaan antara antropologi medis dan sosiologi medis antara lain sosiologi medis memusatkan kajiannya pada praktisi medis, sedangkan antropologi medis memperhatikan pada pasien. Perbedaan tersebut ditinjau dari ...
 - a. Pendidikan
 - b. Metodologi
 - c. Sudut pandang
 - d. Perhatian budaya
3. Masalah kesehatan tidak hanya berkaitan dengan ilmu kedokteran tetapi juga erat hubungannya dengan ilmu-ilmu sosial. Di masyarakat dikenal berbagai jenis kontrak yang berkenaan dengan masalah kesehatan seperti asuransi jiwa atau asuransi kesehatan, yang merupakan kajian ilmu

- a. Hukum
 - b. Ekonomi
 - c. Politik
 - d. Psikologi
4. Ilmu yang mempelajari interaksi manusia, lingkungan biologis, lingkungan fisik, lingkungan sosial didalam suatu daerah dan waktu tertentu yang mempunyai pengaruh pada status kesehatan adalah
- a. Ekologi
 - b. Ekologi kesehatan
 - c. Ekosistem
 - d. Abiotik
 - e. Biotik
5. Obat-obatan yang diolah secara turun-temurun berdasarkan resep nenek moyang, adat istiadat, kepercayaan, atau kebiasaan setempat disebut.....
- a. Jamu tradisional
 - b. Obat kuno
 - c. Obat tradisional
 - d. Jamu-jamuan
 - e. Jampi-jampi

BAB 3

TEORI MODEL PERILAKU KESEHATAN

Pendahuluan

Deskripsi BAB

Dalam BAB ketiga ini, mahasiswa akan belajar tentang berbagai teori perilaku yang mempelajari tentang perilaku sehat dan tidak sehat. baik perilaku manusia yang bersifat individu, kelompok organisasi hingga masyarakat. Selain itu pada bab ini akan dipelajari tentang teori pengukur perilaku. Sehingga mahasiswa dapat mempelajari dengan lebih komprehensif terkait perilaku kesehatan manusia.

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada topik ini mahasiswa akan belajar tentang teori perilaku kesehatan beserta pengukurannya. Sasaran pembelajaran pada Bab ini adalah:

1. Memahami perilaku manusia
2. Memahami teori model perilaku kesehatan

3. Teori pengukuran perilaku
4. Penyusunan alat ukur perilaku dan psikologi kesehatan

Penyajian

Konsep Perilaku Manusia

Pengertian Perilaku Manusia

Perilaku merupakan salah satu fungsi dari interaksi manusia dengan orang lain ataupun lingkungannya. Perilaku dapat bersifat bisa diamati secara langsung ataupun tidak. Pada umumnya perilaku manusia tidaklah sama karena dipengaruhi oleh kemampuan yang berbeda. Kemampuan orang sangat menentukan tingkat perilakunya. Jadi dengan kata lain perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh individu tersebut. Perilaku manusia adalah refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, persepsi, minat, keinginan dan sikap.

Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Manusia

Perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor yang ada pada dirinya sendiri (faktor internal) ataupun faktor yang berasal dari luar yaitu eksternal. Faktor internal antara lain:

1. Faktor Internal

Beberapa faktor yang termasuk faktor internal antara lain:

- Ras: setiap ras didunia memiliki perilaku yang spesifik, saling berbeda satu dengan yang lainnya.
- Jenis kelamin: perbedaan perilaku pria dan wanita dapat dilihat dari cara berpakaian dan melakukan pekerjaan sehari-hari atau. Pria cenderung berperilaku atas dasar pertimbangan rasional atau akal, sedangkan wanita cenderung berdasar pertimbangan emosional atau perasaan. Perilaku pada pria disebut *maskulin* sedangkan pada wanita disebut *feminin*.
- Sifat fisik: kalau kita amati perilaku individu akan berbeda-beda karena sifat fisiknya, misalnya perilaku individu yang pendek dan gemuk berbeda dengan individu yang memiliki fisik tinggi kurus.
- Kepribadian: kepribadian adalah keseluruhan pola pikiran, perasaan, dan perilaku yang sering digunakan oleh seseorang dalam beradaptasi dengan kehidupannya sehari-hari.
- Bakat: bakat sangat mempengaruhi perilaku individu, ketika kita tidak memiliki bakat atau kemampuan alami untuk melakukan sesuatu

tentu kita akan sulit melakukan perilaku tersebut.

- **Intelegensi:** intelegensi adalah kemampuan untuk membuat kombinasi. Intelegensi akan mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak.
- **Emosi:** emosi adalah manifestasi perasaan atau efek karena disertai banyak komponen fisiologik, biasanya berlangsung tidak lama. Emosi seserang sangat mempengaruhi perilaku yang diambil.

2. **Faktor Eksternal**

Sedangkan faktor eksternal yang berpengaruh dalam perilaku seseorang antara lain:

- **Faktor lingkungan:** lingkungan di sini menyangkut segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik fisik, biologis maupun sosial.
- **Pendidikan:** secara luas pendidikan mencakup seluruh proses kehidupan berupa interaksi individu dengan lingkungannya, baik secara formal maupun informal. Proses dan kegiatan pendidikan pada dasarnya melibatkan masalah perilaku individu maupun kelompok. Pendidikan seseorang juga akan menentukan

perilaku yang diambil karena perilaku linier dengan pengetahuan

- Agama: merupakan tempat mencari makna hidup yang terakhir atau penghabisan. Agama sebagai suatu keyakinan hidup yang masuk ke dalam konstruksi kepribadian seseorang sangat berpengaruh dalam cara berfikir, bersikap, bereaksi, dan berperilaku individu.
- Sosial ekonomi: salah satu lingkungan yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang adalah lingkungan sosial. Lingkungan sosial dapat menyangkut sosial budaya dan sosial ekonomi.
- Kebudayaan: sebagai ekspresi jiwa yang terwujud dalam cara-cara hidup dan berpikir, pergaulan hidup, seni kesusastraan, agama, rekreasi dan hiburan.

Domain Perilaku Manusia

Perilaku manusia secara umum dibagi menjadi 3 domain, yaitu domain pengetahuan, domain sikap dan domain tindakan.

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi melalui panca indera seseorang (penginderaan) terhadap suatu obyek tertentu, yaitu melalui indera penglihatan,

pendengaran, penciuman, pengecap dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia didapat melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya perilaku (Noto Atmodjo, 2003).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah:

- Pengalaman: ketika seseorang akan melakukan sesuatu biasanya dapat didasarkan pada pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
- Tingkat pendidikan: pengetahuan dan wawasan seseorang dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikannya
- Keyakinan: baik keyakinan yang sifatnya positif maupun negative, dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Keyakinan ini biasanya didapat secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

2. Sikap

Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau issue. Sikap didefinisikan sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Sikap juga dapat didefinisikan sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan

antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap antara lain:

- Pengalaman pribadi: sikap akan lebih mudah terbentuk, apabila telah ada pengalaman pribadi terhadap suatu hal. Dan pengalaman itu akan lebih kuat untuk membentuk sikap ketika terjadi pelibatan emosi didalamnya.
- Pengaruh orang lain yang dianggap penting: pada umumnya, individu cenderung memiliki sikap konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting.
- Pengaruh kebudayaan: kebudayaan akan mewarnai sikap anggota masyarakatnya, sehingga kebudayaan dapat menanamkan garis pengarah sikap terhadap berbagai masalah.
- Media massa: media massa sangat mempengaruhi pikiran dan mampu menggiring opini pembacanya. Media masa ini sangat mempengaruhi sikap yang akan diambil oleh seseorang terlepas dari benar atau tidaknya informasi yang disampaikan.

3. **Praktek/Tindakan**

Sikap belum tentu terwujud dalam suatu tindakan, hal ini diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan terwujudnya suatu tindakan, diantaranya adalah faktor dukungan dari pihak lain.

Tindakan memiliki beberapa level atau tingkatan, yaitu:

- 1) Persepsi: merupakan tingkat pertama atau awal mula tindakan. Pada tingkat ini, individu mampu mengenal dan memilih berbagai obyek terkait dengan tindakan yang akan diambil.
- 2) Respon terpimpin: tingkatan tindakan selanjutnya adalah respon terpimpin. Pada tahap ini adalah individu mampu melakukan sesuatu dengan urutan yang benar.
- 3) Mekanisme: tahap selanjutnya dari tindakan adalah munculnya sebuah mekanisme dari respon terpimpin. Pada tingkat ini individu sudah menjadikan suatu tindakan yang benar menjadi sebuah kebiasaan.
- 4) Adopsi: tahap terakhir dari tindakan merupakan adopsi. Pada tahap adopsi individu sudah mampu memodifikasi suatu tindakan tanpa mengurangi nilai kebenaran dari tindakan tersebut

Terbentuknya perilaku baru, khususnya pada orang dewasa dapat diawali dengan *Cognitive domain*, yaitu

individu tahu terlebih dahulu terpapar stimulus berupa obyek sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada individu. *Affective domain*, yaitu timbul respon batin dalam bentuk sikap dari individu terhadap obyek yang diketahuinya. Berakhir pada *psychomotor domain*, yaitu obyek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya yang akhirnya menimbulkan respon berupa tindakan.

Teori Model Perilaku Kesehatan

Health Belief Model Theory

Definisi

Health Belief Model (HBM) pertama kali dikembangkan pada 1950-an oleh psikolog sosial Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock, dan Stephen Kegels yang bekerja di Layanan Kesehatan Masyarakat A.S. Program ini dikembangkan sebagai tanggapan terhadap program skrining kesehatan TB gratis. Program skrining TB mengharuskan orang dewasa melakukan pemeriksaan x-ray TB gratis dari yang disediakan di berbagai Lingkungan. Saat orang dewasa keluar untuk layanan gratis, program penyelenggara mulai membicarakan orang dewasa tidak keluar. Hochbaum, yet, mulai apa memotivasi orang yang keluar. Dia mengerti dengan cepat apa yang dimaksud dengan penyakit yang diterima dan manfaat dari tindakan yang dianggap sebagai faktor penting dalam motivasi mereka.

Penggunaan HBM selanjutnya adalah untuk meningkatkan respons pasien terhadap gejala dan kepatuhan terhadap perawatan medis. HBM menyatakan bahwa keyakinan seseorang akan ancaman pribadi terhadap suatu penyakit atau penyakit bersama dengan keyakinan seseorang akan efektivitas perilaku atau tindakan kesehatan yang direkomendasikan akan memprediksi kemungkinan orang tersebut akan mengadopsi perilaku tersebut.

Health Belief Model (HBM) adalah salah satu kerangka kerja konseptual yang paling banyak digunakan untuk memahami perilaku kesehatan. Dikembangkan pada awal 1950-an, model ini telah digunakan secara luas selama hampir setengah abad untuk mempromosikan berbagai perilaku kesehatan. HBM didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan terkait kesehatan jika orang itu merasa bahwa kondisi kesehatan yang buruk atau penyakit dapat dihindari, memiliki harapan positif bahwa dengan mengambil tindakan yang direkomendasikan ia dapat menghindari kondisi kesehatan yang negatif atau penyakit dan percaya bahwa dia dapat dengan sukses mengambil tindakan kesehatan yang direkomendasikan.

Health Belief Model adalah kerangka kerja untuk memotivasi orang mengambil tindakan kesehatan positif yang menggunakan keinginan untuk menghindari

konsekuensi kesehatan negatif sebagai motivasi utama. Sebagai contoh, HIV adalah konsekuensi kesehatan yang negatif, dan keinginan untuk menghindari HIV dapat digunakan untuk memotivasi orang yang aktif secara seksual untuk melakukan hubungan seks yang aman. Demikian pula, ancaman serangan jantung yang dirasakan dapat digunakan untuk memotivasi seseorang dengan tekanan darah tinggi agar lebih sering berolahraga.

Penting untuk dicatat bahwa menghindari konsekuensi kesehatan negatif adalah elemen kunci dari HBM. Misalnya, seseorang dapat meningkatkan olahraga agar terlihat baik dan merasa lebih baik. Contoh itu tidak sesuai dengan model karena orang tersebut tidak termotivasi oleh hasil kesehatan yang negatif, walaupun tindakan kesehatan olahraga sama dengan orang yang ingin menghindari serangan jantung.

Konsep Mayor

HBM berasal dari teori psikologi dan perilaku dengan dasar bahwa dua komponen perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah:

1. Keinginan untuk menghindari penyakit, atau sebaliknya sembuh jika sudah sakit
2. Keyakinan bahwa tindakan kesehatan tertentu akan mencegah, atau menyembuhkan, penyakit.

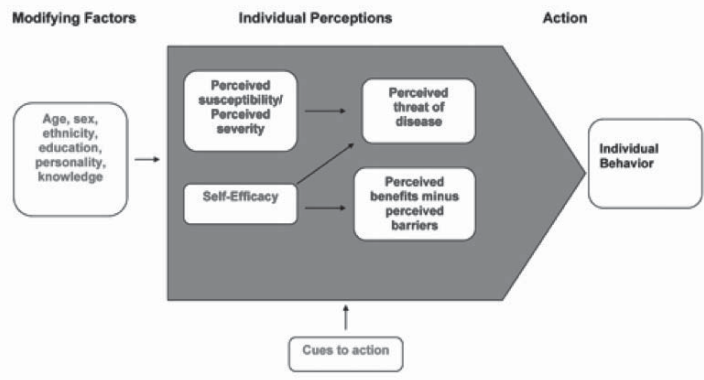
Pada akhirnya, tindakan individu sering tergantung pada persepsi seseorang tentang manfaat dan hambatan yang terkait dengan perilaku kesehatan. Ada enam konstruksi HBM. Empat konstruksi pertama dikembangkan sebagai prinsip asli HBM. Dua yang terakhir ditambahkan saat penelitian tentang HBM berkembang. 6 konstruksi HBM yaitu:

1. *Perceived susceptibility* (Persepsi kerentanan): hal ini mengacu pada persepsi subjektif seseorang tentang risiko tertular penyakit. Ada variasi yang luas dalam perasaan kerentanan pribadi seseorang terhadap sakit atau penyakit.
2. *Perceived severity* (Keparahan yang dirasakan): bagian ini merujuk pada perasaan seseorang tentang keseriusan tertular sakit atau penyakit (atau membiarkan penyakit itu tidak diobati). Ada variasi luas dalam perasaan keparahan seseorang, dan sering kali seseorang mempertimbangkan konsekuensi medis (misalnya kematian, kecacatan) dan konsekuensi sosial (misalnya kehidupan keluarga, hubungan sosial) ketika mengevaluasi keparahan tersebut.
3. *Perceived benefits* (Manfaat yang dirasakan): hal ini merujuk pada persepsi seseorang tentang efektivitas berbagai tindakan yang tersedia untuk mengurangi ancaman sakit atau penyakit (atau untuk

menyembuhkan penyakit). Tindakan yang diambil seseorang dalam mencegah (atau menyembuhkan) sakit atau penyakit bergantung pada pertimbangan dan evaluasi dari kedua kerentanan yang dirasakan dan manfaat yang dirasakan, sehingga orang tersebut akan menerima tindakan kesehatan yang direkomendasikan jika dianggap bermanfaat.

4. *Perceived barriers* (Hambatan yang dirasakan): hal ini merujuk pada perasaan seseorang tentang hambatan untuk melakukan tindakan kesehatan yang disarankan. Ada variasi luas dalam perasaan hambatan atau hambatan seseorang yang mengarah pada analisis biaya dan manfaat. Orang tersebut menimbang keefektifan tindakan terhadap persepsi bahwa itu mungkin mahal, berbahaya (misalkan efek samping), tidak menyenangkan (misalkan menyakitkan), menyita waktu, atau tidak nyaman.
5. *Cue to action* (Isyarat untuk bertindak): hal ini adalah stimulus yang diperlukan untuk memicu proses pengambilan keputusan untuk menerima tindakan kesehatan yang direkomendasikan. Isyarat ini dapat berasal dari internal (misalnya nyeri dada, sesak napas) atau eksternal (misalkan saran dari orang lain, anggota keluarga ataupun artikel surat kabar).
6. *Self-efficacy*: konsep ini mengacu pada tingkat kepercayaan seseorang pada kemampuannya untuk

berhasil melakukan suatu perilaku. Konstruk ini ditambahkan ke model paling baru pada pertengahan 1980. *Self-efficacy* adalah konstruk dalam banyak teori perilaku karena secara langsung berkaitan dengan apakah seseorang melakukan perilaku yang diinginkan.



Gambar Konsep Health Belief Model

Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan HBM yang membatasi kegunaannya dalam kesehatan masyarakat. Keterbatasan model tersebut meliputi:

- HBM tidak memperhitungkan sikap, keyakinan, atau faktor penentu seseorang yang menentukan penerimaan seseorang terhadap perilaku kesehatan.
- HBM tidak mempertimbangkan perilaku yang merupakan kebiasaan (mis., Merokok).

- HBM tidak memperhitungkan perilaku yang dilakukan untuk alasan selain kesehatan seperti penerimaan sosial.
- HBM tidak memperhitungkan faktor lingkungan atau ekonomi yang dapat melarang atau mempromosikan tindakan yang direkomendasikan.
- HBM mengasumsikan bahwa setiap orang memiliki akses ke jumlah informasi yang sama tentang sakit atau penyakit.
- HBM mengasumsikan bahwa isyarat untuk bertindak secara luas lazim dalam mendorong orang untuk bertindak dan bahwa tindakan kesehatan mempunyai tujuan utama dalam proses pengambilan keputusan.

HBM lebih deskriptif daripada *explanatory theory*, dan tidak menyarankan strategi untuk mengubah tindakan terkait kesehatan. Dalam perilaku kesehatan preventif, studi awal menunjukkan bahwa persepsi kerentanan, manfaat, dan hambatan secara konsisten dikaitkan dengan perilaku kesehatan yang diinginkan; tingkat keparahan yang dirasakan lebih jarang dikaitkan dengan perilaku kesehatan yang diinginkan. Konstruksi individu berguna, tergantung pada hasil kesehatan yang menjadi perhatian, tetapi untuk penggunaan model yang paling efektif, model tersebut harus diintegrasikan dengan

model lain yang memperhitungkan konteks lingkungan dan menyarankan strategi untuk perubahan.

Theory of Planned Behavior

Definisi

Theory of Planned Behaviour (TPB) merupakan penyempurnaan dari *Theory of Reasoned Action* (TRA) dikembangkan oleh Ajzen sebelumnya. *Theory of Planned Behavior* dijelaskan sebagai konstruk yang melengkapi TRA. Menurut teori ini target individu memiliki kemungkinan yang besar untuk mengadopsi suatu perilaku apabila individu tersebut memiliki sikap yang positif terhadap perilaku tersebut, mendapatkan persetujuan dari individu lain yang dekat dan terkait dengan perilaku tersebut dan percaya bahwa perilaku tersebut dapat dilakukan dengan baik.

Teori ini dimaksudkan untuk menjelaskan semua perilaku di mana orang memiliki kemampuan untuk melakukan kontrol diri. Komponen kunci untuk model ini adalah niat perilaku; niat perilaku dipengaruhi oleh sikap tentang kemungkinan bahwa perilaku akan memiliki hasil yang diharapkan dan evaluasi subyektif dari risiko dan manfaat dari hasil itu.

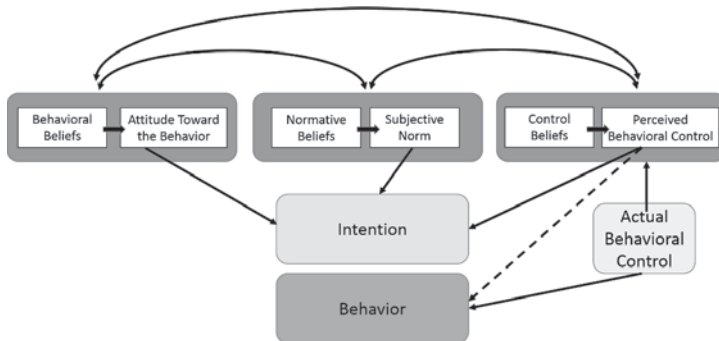
Konsep Mayor

TPB telah berhasil digunakan untuk memprediksi dan menjelaskan berbagai perilaku dan niat kesehatan termasuk merokok, minum alkohol, pemanfaatan layanan kesehatan, menyusui, dan penggunaan narkoba. TPB menyatakan bahwa pencapaian perilaku tergantung pada motivasi (niat) dan kemampuan (kontrol perilaku). Teori ini membedakan tiga jenis keyakinan yaitu perilaku, normatif, dan kontrol. TPB terdiri dari enam konstruksi yang secara kolektif mewakili kontrol aktual seseorang atas perilaku tersebut.

1. *Attitudes toward behavior* (Sikap): komponen ini mengacu pada sejauh mana seseorang memiliki evaluasi yang menguntungkan atau tidak menguntungkan dari perilaku yang menarik bagi seseorang. Sikap ini juga memerlukan pertimbangan dari hasil atau akibat dari perilaku yang dilakukannya.
2. *Behavioral intention* (Niat perilaku): niat ini merujuk pada faktor-faktor motivasi yang mempengaruhi perilaku tertentu, semakin kuat niat melakukan perilaku, semakin besar kemungkinan perilaku itu akan dilakukan.
3. *Subjective norms* (Norma subyektif): hal ini mengacu pada kepercayaan tentang apakah kebanyakan orang menyetujui atau tidak menyetujui perilaku tersebut. Ini terkait dengan keyakinan seseorang tentang

apakah teman sebaya dan orang-orang penting bagi orang itu berpikir dia harus terlibat dalam perilaku tersebut.

4. *Social norms* (Norma sosial): norma ini mengacu pada kode perilaku adat dalam kelompok atau orang atau konteks budaya yang lebih besar. Norma sosial dianggap normatif, atau standar, dalam sekelompok orang.
5. *Perceived power* (Daya yang dirasakan): hal ini merujuk pada adanya faktor yang dirasakan yang dapat memfasilitasi atau menghambat kinerja suatu perilaku. Persepsi kekuatan berkontribusi terhadap persepsi kontrol perilaku seseorang atas masing-masing faktor tersebut.
6. *Perceived behavioral control*: hal ini mengacu pada persepsi seseorang tentang kemudahan atau kesulitan melakukan perilaku yang menarik. Kontrol perilaku yang dipersepsikan bervariasi di berbagai situasi dan tindakan, yang menghasilkan seseorang yang memiliki berbagai persepsi tentang kontrol perilaku tergantung pada situasinya. Konstruksi teori ini ditambahkan kemudian, dan menciptakan pergeseran dari Teori Aksi Beralasan ke Teori Perilaku yang Direncanakan.



Gambar Konsep Mayor TPB

Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan TPB meliputi:

- TPB mengasumsikan orang tersebut telah memperoleh peluang dan sumber daya untuk berhasil dalam melakukan perilaku yang diinginkan, terlepas dari niatnya.
- TPB tidak memperhitungkan variabel-variabel lain yang menjadi faktor niat dan motivasi perilaku, seperti ketakutan, ancaman, suasana hati, atau pengalaman masa lalu.
- TPB meskipun mempertimbangkan pengaruh normatif, ia tetap tidak memperhitungkan faktor lingkungan atau ekonomi yang dapat memengaruhi niat seseorang untuk melakukan suatu perilaku.
- TPB mengasumsikan bahwa perilaku adalah hasil dari proses pengambilan keputusan linier, dan

tidak menganggap bahwa itu dapat berubah seiring waktu.

- TPB memberikan konstruksi tambahan dari kontrol perilaku yang dirasakan adalah tambahan penting untuk teori, itu tidak mengatakan apa-apa tentang kontrol aktual atas perilaku.
- Kerangka waktu antara “niat” dan “tindakan perilaku” tidak dibahas dalam teori.

TPB telah menunjukkan lebih banyak kegunaan dalam kesehatan publik daripada Health Belief Model, tetapi masih belum mampu mempertimbangkan pengaruh lingkungan dan ekonomi. Selama beberapa tahun terakhir, para peneliti telah menggunakan beberapa konstruksi TPB dan menambahkan komponen lain dari teori perilaku untuk menjadikannya model yang lebih terintegrasi. Hal ini telah menyempurnakan beberapa keterbatasan TPB dalam menangani masalah kesehatan masyarakat.

Precaution Adoption Process Model Theory

Definisi

Model proses adopsi tindakan pencegahan (PAPM) adalah model yang berfokus secara psikologis yang paling berguna dalam menggambarkan bagaimana seseorang sampai pada keputusan baru dan bagaimana orang

itu dapat mengambil keputusan serta menjadikannya tindakan. Konsep model ini pertama kali dibahas pada tahun 1988, dengan perubahan yang telah disempurnakan pada tahun 1992. Model ini memiliki urutan tujuh tahap yang menggambarkan secara keseluruhan bagaimana manusia secara tidak sadar mengambil atau melakukan suatu tindakan, yang berbeda dari model standar di mana orang bertindak atau tidak bertindak. Model ini menyelidiki perubahan perilaku sebagai perubahan dinamis dan terjadi dari waktu ke waktu.

Orang pertama yang memperkenalkan PAPM adalah Irving Janis dan Leon Mann (1977) yang mencoba menjelaskan tanggapan terhadap ancaman dengan mengusulkan kategori diskrit yang ditentukan oleh keyakinan orang tentang kapasitas mereka untuk mengatasi ancaman. Seperti pekerjaan mereka, PAPM menjelaskan sekumpulan kategori (tahapan) yang didefinisikan dalam hal proses psikologis dalam individu. Semua tahapan PAPM sebelum bertindak didefinisikan dalam hal kondisi mental, bukan dalam hal faktor-faktor eksternal untuk orang tersebut, seperti saat ini atau perilaku masa lalu.

Tahap PAPM juga tidak didefinisikan dalam hal kriteria yang hanya penting untuk kesehatan saja. Tahapan PAPM mengacu pada perilaku yang menonjol bagi orang awam, seperti seberapa sering mereka makan

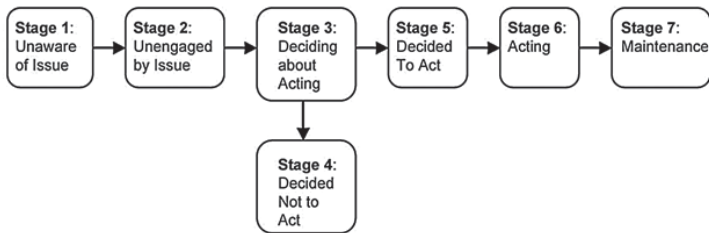
daging daripada kriteria yang menonjol terutama bagi para profesional kesehatan, seperti persentase lemak pada orang yang sedang diet.

Konsep Mayor

Model ini mengenalkan tujuh tahap PAPM, tahap-tahap tersebut adalah:

- Tahap 1: dimulai dengan seseorang yang sama sekali tidak menyadari suatu masalah, atau tahap.
- Tahap 2: jika pada suatu titik orang tersebut dalam kapasitasnya menyadari masalah tersebut, tetapi tetap tidak menganggap pikiran atau gagasan tersebut sebagai suatu masalah.
- Tahap 3: setelah orang tersebut memiliki kesadaran yang baik akan masalah dan memasuki pengambilan keputusan, orang tersebut telah mencapai tahap 3. Dari tahap 3 orang tersebut dapat berakhir dengan salah satu dari dua cara:
- Tahap 4: mereka memutuskan untuk tidak mengambil tindakan pada masalah, orang tersebut akan mengakhiri PAPM
- Tahap 5: jika mereka memasuki lagi proses pengambilan keputusan dan orang tersebut memutuskan untuk menerima kenyataan bahwa ada masalah, maka orang itu akan memasuki tahap 5.

- Tahap 6: setelah menerima masalah, orang tersebut kemudian akan memulai perilaku baru yang akan menempatkan mereka di tahap 6.
- Tahap 7: setelah orang itu menerima perilaku itu dan terus mempertahankan perilaku itu dari waktu ke waktu, mereka memasuki tahap adaptasi.



Gambar Konsep Mayr PAMM

Keterbatasan

PAPM dapat diintegrasikan dengan model-model lain, karena PAMM itu sendiri tidak menyediakan serangkaian variabel spesifik yang membedakan antara tahap-tahap, juga tidak menyediakan cara untuk perkembangan terjadi dari tahap ke tahap. Titik di antara tahap-tahap tersebut bergerak maju sepanjang PAMM oleh keyakinan kesehatan individu, seperti persepsi kerentanan, keparahan, hambatan, manfaat, dan kemanjuran diri. Karena model mengamati adopsi perilaku dari waktu ke waktu pada perkembangan perilaku individu itu sendiri, tidak ada jumlah waktu

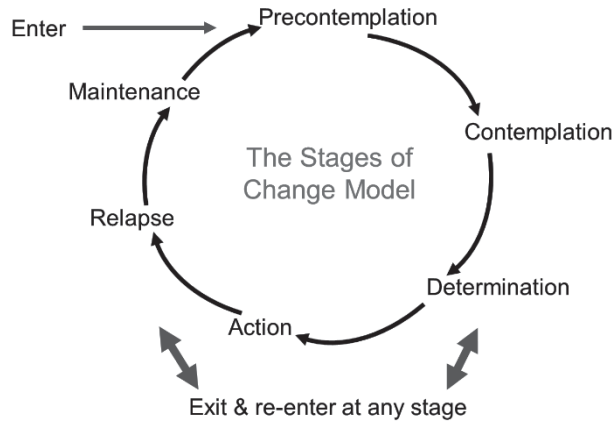
tertentu yang dihabiskan seseorang di setiap tahap atau dapat mundur ke setiap tahap.

Transtheoretical Model (Stages of Change)

Definisi

Model Transtheoretical (juga disebut *Stages of Change Model*), yang dikembangkan oleh Prochaska dan DiClemente pada akhir 1970-an, berevolusi melalui studi yang meneliti pengalaman perokok yang berhenti sendiri dengan mereka yang membutuhkan perawatan lebih lanjut untuk memahami mengapa beberapa orang mampu berhenti sendiri. Ditentukan bahwa orang berhenti merokok jika mereka siap melakukannya. Dengan demikian, Model Transtheoretical (TTM) berfokus pada pengambilan keputusan individu dan merupakan model perubahan yang disengaja. TTM beroperasi dengan asumsi bahwa orang tidak mengubah perilaku dengan cepat dan tegas. Sebaliknya, perubahan perilaku, terutama perilaku kebiasaan, terjadi terus menerus melalui sebuah proses. TTM bukan teori tetapi model, teori dan konstruk perilaku yang berbeda dapat diterapkan ke berbagai tahap model yang mungkin paling efektif.

Konsep Mayor



Gambar Konsep Mayor TTM

TTM berpendapat bahwa individu bergerak melalui enam tahap perubahan : pra-kontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, pemeliharaan, dan pemutusan hubungan kerja. Penghentian bukan bagian dari model asli dan lebih jarang digunakan dalam penerapan tahapan perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Untuk setiap tahap perubahan, diperlukan strategi intervensi berbeda yang efektif untuk mendorong orang tersebut ke tahap perubahan selanjutnya melalui model adaptasi perilaku yang ideal. Tahapan perubahan perilaku dalam model ini adalah:

1. *Precontemplation*: pada tahap ini, orang tidak berniat untuk mengambil tindakan di masa mendatang (6 bulan ke depan). Orang sering tidak menyadari bahwa perilaku mereka bermasalah atau menghasilkan konsekuensi negatif. Orang-orang di tahap ini sering meremehkan kekurangan dari perubahan perilaku yang harus dilakukan daripada kelebihan atau manfaat yang akan ia dapatkan dari perubahan perilaku tersebut.
2. *Contemplation*/ Kontemplasi: pada tahap ini, orang berniat untuk memulai perilaku sehat di masa mendatang (6 bulan ke depan). Orang-orang mengakui bahwa perilaku mereka mungkin bermasalah dan mulai melakukan pertimbangan antara kelebihan dan kekurangan dari perubahan perilaku yang akan dilakukan. Bahkan dengan pertimbangan ini, orang mungkin masih merasa ambivalen atau bingung terhadap perubahan perilaku yang akan mereka lakukan.
3. *Preparation*/ Persiapan (Penentuan): pada tahap ini, orang siap untuk mengambil tindakan dalam 30 hari ke depan. Orang-orang mulai mengambil langkah-langkah kecil menuju perubahan perilaku, dan mereka percaya mengubah perilaku dapat mengarah pada kehidupan yang lebih sehat.

4. *Action/ Tindakan*: Pada tahap ini, orang baru saja mengubah perilaku mereka (6 bulan terakhir) dan berniat untuk terus bergerak maju dengan perubahan perilaku itu. Orang-orang dapat melakukan modifikasi dari perubahan perilaku yang mereka lakukan atau memperoleh perilaku sehat yang baru.
5. *Maintenance/ Pemeliharaan* - Pada tahap ini, orang telah mempertahankan perubahan perilaku mereka untuk sementara waktu (didefinisikan lebih dari 6 bulan) dan berniat untuk mempertahankan perubahan perilaku di masa mendatang. Orang-orang di tahap ini berusaha untuk mencegah kemunduran atau relaps.
6. *Relapse/ "Termination"* : Pada tahap ini, orang tidak memiliki keinginan untuk kembali ke perilaku tidak sehat mereka dan yakin mereka tidak akan kambuh atau mereka sampai pada tahap terminasi. Namun, terkadang orang dapat kembali kampf melakukan perilaku sebelumnya atau *relapse*. Jika terjadi relaps maka akan berlanjut atau mengulangi tahap sebelumnya.

Untuk melalui tahapan perubahan, orang menerapkan proses kognitif, afektif, dan evaluatif. Sepuluh proses perubahan telah diidentifikasi dengan beberapa proses yang lebih relevan dengan tahap perubahan spesifik.

Proses-proses ini menghasilkan strategi yang membantu orang membuat dan mempertahankan perubahan yang dilakukan.

- Meningkatkan Kesadaran: meningkatkan kesadaran tentang perilaku sehat.
- *Dramatic Relief*: gairah emosional tentang perilaku kesehatan, bisa positif atau negatif.
- Evaluasi Diri: penilaian ulang diri untuk mewujudkan perilaku sehat adalah bagian dari yang mereka inginkan.
- Evaluasi Lingkungan: penilaian ulang sosial untuk menyadari bagaimana perilaku tidak sehat mereka memengaruhi orang lain.
- Pembebasan Sosial: Peluang lingkungan yang ada untuk menunjukkan masyarakat mendukung perilaku sehat.
- Pembebasan Diri: Komitmen untuk mengubah perilaku berdasarkan keyakinan bahwa pencapaian perilaku sehat adalah mungkin.
- *Helping relationship*: menemukan hubungan yang mampu mendukung dan mendorong perubahan yang diinginkan.
- *Counter-Conditioning*: Mengganti perilaku dan pikiran yang sehat untuk perilaku dan pikiran yang tidak sehat.

- *Reinforcement Management*: Memberi penghargaan pada perilaku positif dan mengurangi imbalan yang berasal dari perilaku negatif.
- *Stimulus Control*: Rekayasa ulang lingkungan untuk memiliki pancingan dan isyarat yang mendukung dan mendorong perilaku sehat dan menghilangkan yang mendorong perilaku tidak sehat.

Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan TTM, yang harus dipertimbangkan ketika menggunakan teori ini dalam kesehatan masyarakat. Keterbatasan model meliputi:

- Teori ini mengabaikan konteks sosial di mana perubahan terjadi, seperti SES dan pendapatan.
- Garis-garis di antara tahap-tahap itu bisa sewenang-wenang tanpa kriteria yang ditetapkan tentang bagaimana menentukan tahap perubahan seseorang. Kuesioner yang telah dikembangkan untuk menugaskan seseorang ke tahap perubahan tidak selalu dibakukan atau divalidasi.
- Tidak ada pengertian yang jelas tentang berapa banyak waktu yang dibutuhkan untuk setiap tahap, atau berapa lama seseorang dapat tetap berada dalam satu tahap.
- Model ini mengasumsikan bahwa individu membuat rencana yang koheren dan logis dalam proses

pengambilan keputusan mereka ketika hal ini tidak selalu benar.

Model Transtheoretical memberikan strategi yang disarankan untuk intervensi kesehatan masyarakat dan mengatasi masalah di berbagai tahap proses pengambilan keputusan. TTM dapat menghasilkan intervensi yang dirancang khusus (misalkan pesan atau komponen program yang telah secara khusus dibuat untuk tingkat pengetahuan dan motivasi populasi target) dan efektif. TTM mendorong penilaian terhadap tahap perubahan individu saat ini dan menyebabkan kekambuhan dalam proses pengambilan keputusan orang.

Social Cognitive Theory

Definisi

Social Cognitive Theory (SCT) pada awalnya disusun sebagai *Social Learning Theory* (SLT) pada 1960-an oleh Albert Bandura. Teori ini berkembang menjadi SCT pada tahun 1986 yang dalam teorinya menyatakan bahwa pembelajaran terjadi dalam konteks sosial dengan interaksi yang dinamis dan timbal balik dari orang, lingkungan, dan perilaku. Fitur unik SCT adalah penekanan pada pengaruh sosial dan penekanannya pada penguatan sosial eksternal dan internal. SCT mempertimbangkan cara unik di mana individu memperoleh dan mempertahankan

perilaku, sembari mempertimbangkan lingkungan sosial di mana individu melakukan perilaku. Teori ini memperhitungkan pengalaman masa lalu seseorang yang menjadi faktor apakah tindakan dari perilaku itu akan terjadi. Pengalaman masa lalu ini mempengaruhi motivasi, ekspektasi dan harapan yang semuanya menentukan apakah seseorang akan melakukan perilaku tertentu dan alasan mengapa seseorang melakukan perilaku itu.

Konsep Mayor

Banyak teori perilaku yang digunakan dalam promosi kesehatan tidak mempertimbangkan pemeliharaan perilaku, tetapi lebih fokus pada perilaku awal. Hal ini disayangkan karena pemeliharaan perilaku, bukan hanya inisiasi perilaku adalah tujuan sebenarnya dalam kesehatan masyarakat. Tujuan SCT adalah untuk menjelaskan bagaimana orang mengatur perilaku mereka melalui kontrol dan penguatan untuk mencapai perilaku yang diarahkan pada tujuan yang dapat dipertahankan dari waktu ke waktu. Lima konstruksi pertama dikembangkan sebagai bagian dari SLT; konstruk self-efficacy ditambahkan ketika teori berevolusi menjadi SCT. Kostruk atau konsep mayor dari SCT adalah:

1. *Determinant Human Behavior* / Determinisme Timbal-Balik: hal ini adalah konsep sentral dari SCT. Kondisi

ini mengacu pada interaksi yang dinamis dan timbal balik dari seseorang atau individu dengan serangkaian pengalaman yang dipelajari (*Cognitive/ Personal factors*), lingkungan baik dalam konteks sosial eksternal (*Environment*), dan perilaku yang merupakan respons terhadap rangsangan untuk mencapai tujuan (*Behavior*).

2. *Behavioral Capability*/Kemampuan Perilaku: komponen ini mengacu pada kemampuan aktual seseorang untuk melakukan perilaku melalui pengetahuan dan keterampilan yang penting. Agar berhasil melakukan suatu perilaku, seseorang harus tahu apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya. Orang-orang belajar dari konsekuensi perilaku yang mereka lakukan yang juga mempengaruhi lingkungan tempat mereka tinggal.
3. *Observational Learning*: komponen ini menegaskan bahwa orang dapat menyaksikan dan mengamati perilaku yang dilakukan oleh orang lain, dan kemudian mereproduksi tindakan tersebut. Hal ini sering diperagakan melalui “pemodelan” perilaku. Jika individu melihat demonstrasi perilaku yang berhasil, mereka juga akan termotivasi untuk melakukan perilaku tersebut.

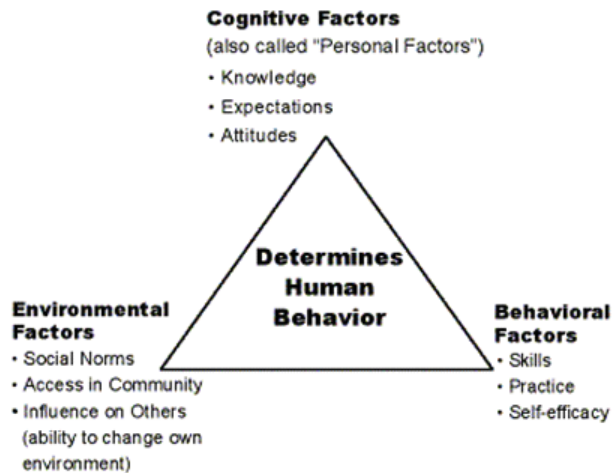
Pembelajaran observasional terjadi melalui urutan empat proses:

- *Attentional processes* memperhitungkan informasi yang dipilih untuk diamati. Orang mungkin memilih untuk mengamati model kehidupan nyata atau model yang mereka temui melalui media.
- *Retention processes* melibatkan mengingat informasi yang diamati sehingga dapat dengan mudah diingat dan direkonstruksi nanti.
- *Production processes* merekonstruksi ingatan pengamatan sehingga apa yang dipelajari dapat diterapkan dalam situasi yang sesuai. Dalam banyak kasus, proses ini tidak berarti pengamat akan mereplikasi tindakan yang diamati dengan tepat, tetapi mereka akan memodifikasi perilaku untuk menghasilkan variasi yang sesuai dengan konteksnya.
- *Motivational processes* proses motivasi menentukan apakah perilaku tersebut menghasilkan hasil yang diinginkan atau tidak. Jika perilaku tersebut menunjukkan hasil yang diinginkan, pengamat akan lebih termotivasi untuk melakukannya nanti. Namun, jika suatu perilaku tidak memberikan hasil yang

diinginkan, pengamat akan kurang termotivasi untuk mereproduksinya.

4. *Reinforcements*: komponen ini merujuk pada respons internal atau eksternal terhadap perilaku seseorang yang memengaruhi kemungkinan untuk melanjutkan atau menghentikan perilaku tersebut. *Reinforcements* bisa berasal dari sendiri atau lingkungan. *Reinforcements* juga dapat bersifat positif atau negatif. Komponen ini adalah konstruk dari SCT yang paling erat hubungannya dengan hubungan timbal balik antara perilaku dan lingkungan.
5. *Expectations*: hal ini merujuk pada konsekuensi yang diharapkan dari perilaku seseorang. Ekspektasi atau harapan dapat terkait kesehatan atau tidak. Seseorang akan mengantisipasi konsekuensi dari tindakan mereka sebelum melakukan perilaku, dan konsekuensi yang diantisipasi ini dapat memengaruhi penyelesaian perilaku yang dilakukan. Ekspektasi sebagian besar berasal dari pengalaman sebelumnya. Harapan atau ekspektasi fokus pada nilai dari hasil dan bersifat subyektif terhadap individu.
6. *Self-efficacy*: konsep ini mengacu pada tingkat kepercayaan seseorang pada kemampuannya untuk berhasil melakukan suatu perilaku. *Self-efficacy* merupakan keunikan SCT meskipun teori lain telah menambahkan konstruksi ini setelahnya, seperti

Theory of Planned Behavior. *Self-efficacy* dipengaruhi oleh kemampuan spesifik seseorang dan faktor individu lainnya, serta oleh faktor lingkungan (hambatan dan fasilitator).



Gambar Konsep Mayor SCT

Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan SCT yang harus dipertimbangkan ketika menggunakan teori ini dalam kesehatan masyarakat. Keterbatasan model meliputi:

- Teori ini mengasumsikan bahwa perubahan dalam lingkungan secara otomatis akan mengarah pada perubahan pada orang tersebut, ketika hal ini mungkin tidak selalu benar.

- Teori ini disusun secara longgar, hanya berdasarkan interaksi dinamis antara orang, perilaku, dan lingkungan. Tidak jelas sejauh mana masing-masing faktor ini menjadi perilaku aktual dan apakah satu faktor lebih berpengaruh daripada yang lain.
- Teori ini sangat berfokus pada proses pembelajaran dengan mengabaikan kecenderungan biologis dan hormonal yang dapat mempengaruhi perilaku, terlepas dari pengalaman dan harapan masa lalu.
- Teori ini tidak fokus pada emosi atau motivasi, selain melalui referensi ke pengalaman masa lalu. Ada sedikit perhatian pada faktor-faktor ini.
- Teorinya bisa luas, sehingga bisa sulit untuk dioperasionalkan secara keseluruhan.

Teori Kognitif Sosial mempertimbangkan banyak tingkatan model ekologi sosial dalam menangani perubahan perilaku individu. SCT telah banyak digunakan dalam promosi kesehatan mengingat penekanan pada individu dan lingkungan. Teori ini juga telah menjadi titik fokus utama dalam beberapa tahun terakhir untuk kegiatan promosi kesehatan. Seperti teori lainnya, penerapan semua konstruksi SCT untuk satu masalah kesehatan masyarakat mungkin sulit terutama dalam mengembangkan program kesehatan masyarakat yang terfokus.

Teori Pengukuran Perilaku

Ilmu perilaku umumnya tidak dianggap sebagai ilmu yang rigid atau kaku seperti fisika, kimia, atau astronomi. Meskipun demikian, ilmu perilaku adalah ilmu yang sangat sulit. Ilmu ini sulit karena fokusnya adalah perilaku manusia bukan atribut benda mati seperti prisma, plastik, dan planet. Karena itu ilmu perilaku tidak akan pernah bisa disebut sebagai ilmu pasti. Pengukuran dalam ilmu perilaku mencerminkan tidak cukupnya bahwa unit utama studi kami - organisme berperilaku - lebih hidup daripada hidup dan bahwa metode yang dikembangkan dan digunakan secara efektif oleh disiplin ilmu fisika menimbulkan masalah serius ketika diterapkan secara kasar pada perilaku hidup organisme Kami akan menjelaskan keprihatinan kami tentang pengukuran secara terperinci dan menjelaskan pendekatan pengukuran dan pemodelan yang menggambarkan cara berpikir yang berbeda tentang masalah ini; salah satu yang kami percaya dapat membantu meringankan kekhawatiran yang kami ajukan.

Penyusunan Alat Ukur Perilaku dan Psikologi Kesehatan

Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah tindakan yang diambil oleh individu yang memengaruhi keseluruhan kesehatan dalam kehidupan seseorang. Perilaku ini berkisar dari kegiatan sehari-hari sederhana seperti tidur dan berolahraga, hingga ide dan konsep yang lebih kompleks seperti mekanisme koping. Manfaat memiliki perilaku kesehatan yang positif dapat mengakibatkan pencegahan sakit dan penyakit kronis. Perilaku kesehatan negatif dapat mengarah pada pengembangan gaya hidup yang berfokus pada penyalahgunaan narkoba dan aktivitas seksual berisiko tinggi. Perilaku ini dapat dianggap disengaja atau tidak disengaja dan penting untuk dicatat bahwa perilaku mudah dibentuk oleh konstruksi dan lingkungan yang mengelilingi individu. Faktor-faktor ini dikenal sebagai faktor penentu sosial dan sistem dinamis yang terus menerus memanipulasi kehidupan seseorang.

Menurut Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap rangsangan atau objek-objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit. Secara garis besar perilaku kesehatan adalah semua aktivitas seseorang yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik yang dapat diamati

(*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*). Pemeliharaan kesehatan ini meliputi pencegahan dan perlindungan diri dari penyakit serta masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan hingga mencari penyembuhan apabila sakit.

Dengan demikian, perilaku kesehatan menurut Notoadmojo (2010) bisa dibagi dua, yaitu:

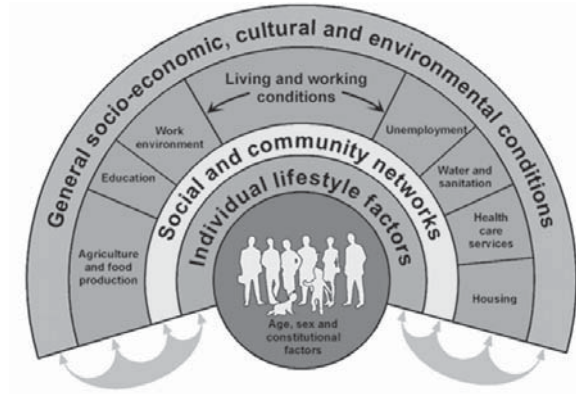
1. Perilaku orang sehat agar tetap sehat atau meningkat derajat kesehatannya, sering disebut dengan perilaku sehat (*healthy behavior*) yang mencakup perilaku-perilaku dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab masalah kesehatan (*perilaku preventif*), dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (*perilaku promotif*).
2. Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah. Perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang untuk memperoleh penyembuhan atau terlepas dari masalah kesehatan yang dideritanya. Pelayanan kesehatan yang dicari adalah fasilitas kesehatan moden (rumah sakit, puskesmas, poliklinik dan sebagainya) maupun tradisional (dukun, *sinshe*, paranormal).

Sedangkan Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2005), membagi perilaku kesehatan menjadi tiga, kategori yaitu:

1. Perilaku sehat (*healthy behavior*) yang merupakan perilaku atau kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan
2. Perilaku sakit (*Illness behavior*) yang merupakan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit atau terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau untuk mengatasi masalah kesehatan yang lainnya.
3. Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*)
Becker mengatakan hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*).

Determinan atau penentu sosial, yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan dapat dibagi menjadi tiga tingkat, yaitu:

- Tingkat hilir (pilihan individu)
- Tingkat hulu (sosial ekonomi, sistem budaya, dll.)
- Tingkat meso (interaksi antarpribadi) (Short dan Mollborn, 2015).



Gambar Determinan Perilaku Kesehatan

Sebagian besar penelitian difokuskan pada tingkat meso karena efek langsung dan pengaruhnya terhadap perilaku kesehatan seseorang. Sistem yang terlibat di tingkat meso dapat berupa lingkungan, keluarga, dan teman individu. Pentingnya penentu sosial dan pengaruhnya terhadap kesehatan dapat membantu menentukan alasan tindakan dan perilaku kesehatan tertentu.

Konsep perilaku kesehatan bersifat dinamis dan mencakup berbagai bidang, budaya, gender, kelompok umur dan sebagainya. Beberapa contoh hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan adalah diet, aktivitas fisik, tidur, dan mengatasi peristiwa stres. Perilaku kesehatan harus dilihat pada berbagai tingkatan dan perspektif untuk memahami sepenuhnya bagaimana

hal itu dapat meningkatkan dan melindungi kesehatan alih-alih menyebabkan kerusakan padanya.

Psikologi Kesehatan

Psikologi Kesehatan memiliki pengertian yaitu ilmu yang mempelajari, memahami bagaimana pengaruh faktor psikologis dalam menjaga kondisi sehat, ketika mengalami kondisi sakit, dan bagaimana cara merespon ketika individu mengalami sakit.

Apabila mengacu pada pengertian sehat menurut WHO tahun 1948, menunjukkan adanya keselarasan antara pengertian psikologi kesehatan dengan pengertian sehat menurut WHO, yang tidak hanya menekankan pada ada atau tidak adanya penyakit. Pengertian sehat menurut WHO (1948) yang dimaksud yaitu kondisi sehat atau sejahtera pada aspek fisik, aspek mental maupun aspek sosial.

Kondisi sehat maupun kondisi sakit merupakan suatu kontinum, yaitu kondisi sehat yang dialami individu dapat mencapai kondisi sehat secara optimal, maupun ketika mengalami kondisi sakit dapat menuju atau berada pada kondisi yang sangat buruk, hingga menuju kematian.

Pendekatan biopsikososial merupakan pergeseran dari model atau konsep biomedis, yang cenderung hanya menekankan pada perspektif biologis dan medis dalam

mengkaji kondisi sehat maupun sakit yang dialami oleh individu. Implikasi klinis dari model biopsikososial dapat terlihat dalam prognosis, rekomendasi terapi, dan secara tidak langsung berdampak pada hubungan pasien dan petugas kesehatan.

Berkembangnya pendekatan biopsikososial dalam psikologi kesehatan adalah sebagai acuan bagi psikologi kesehatan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, mengarahkan munculnya suatu sistem pelayanan kesehatan berbasis biopsikososial. Adapun faktor-faktor yang berperan dalam perkembangan ilmu psikologi kesehatan adalah:

1. Perubahan penyakit dari penyakit akut hingga menuju penyakit kronis
2. Perkembangan teknologi dan penelitian yang kian maju
3. Peran penting epidemiologi
4. Perkembangan pelayanan perawatan kesehatan
5. Meningkatnya respon positif komunitas medis
6. Kontribusi psikologi kesehatan dalam kesehatan
7. Kontribusi metodologi penelitian terhadap kesehatan
8. Peran dari bentuk atau macam-macam penelitian seperti penelitian korelasional, eksperimen, prospective dan retrospective.

Pengukuran Perilaku dan Psikologi Kesehatan

Pengukuran perilaku kesehatan berguna untuk perencanaan dan evaluasi program. Ada beberapa metode yang sering digunakan untuk menilai perilaku dalam masyarakat. Sebagian besar penelitian tentang perilaku kesehatan menggunakan *self report* sebagai cara untuk mendapatkan informasi dari subyek dalam penelitian ini. *Self report* adalah jenis survei, kuesioner, atau jajak pendapat di mana responden ditanya tentang perasaan, sikap, kepercayaan, dan sebagainya. Namun, ukuran ini memiliki masalah validitas. Peserta dapat membesar-besarkan gejalanya, atau mungkin kurang melaporkan tingkat keparahan atau frekuensi gejalanya. Mereka mungkin juga melupakan detail tertentu. Validitas dan reliabilitas sangat penting dalam penilaian perilaku kesehatan. Beberapa data yang akan diberikan peserta antara lain:

- Data Demografis (usia, jenis kelamin)
- Keterampilan (kemampuan untuk melakukan)
- Faktor perilaku (kebiasaan olahraga)
- Faktor lingkungan (akses ke perawatan)
- Faktor kesehatan (jumlah faktor risiko)

Metode Pengukuran Perilaku Kesehatan

Metode penelitian perilaku merupakan penerapan metode penelitian dalam perilaku kesehatan. Penelitian

perilaku ini lebih spesifik karena subyek dan obyeknya adalah perilaku manusia yang sulit untuk diukur secara langsung. Perilaku manusia juga bersifat dinamis. Pada bagian ini kita akan membahas tentang beberapa tipe atau metode pengukuran perilaku. Secara umum kita dapat membedakan metode pengukuran perilaku menjadi 3 tipe, yaitu *self reported*, observasi dan monitoring elektronik.

Self Report

Metode pengukuran perilaku yang paling umum digunakan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan dan perilaku kesehatan adalah instrumen di mana peserta memberikan laporan langsung tentang pengetahuan, sikap, niat, persepsi, atau perilaku. Langkah-langkah *self report* ini termasuk wawancara, kuesioner, jurnal, buku harian, skala dan indeks.

1. Wawancara

Wawancara adalah situasi khusus di mana peserta ditanyai pertanyaan atau serangkaian pertanyaan tentang suatu fenomena oleh seorang individu yang terlatih atau menguasai teknik wawancara. Wawancara dapat dilakukan dengan tidak terstruktur hingga sangat terstruktur.

- Wawancara tidak terstruktur: pewawancara bertanya satu pertanyaan yang luas, pertanyaan terbuka

tentang fenomena, yang diharapkan responden akan memberikan tanggapan terperinci. Pewawancara kemudian membimbing responden melalui diskusi mendalam (*indept interview*) mengenai fenomena dengan meminta penjelasan, merefleksikan, dan memperkuat komentar. Pewawancara umumnya menggunakan pendekatan wawancara tidak terstruktur dalam penelitian eksplorasi dan kualitatif. Wawancara tidak terstruktur adalah upaya untuk menentukan apa arti fenomena tersebut bagi peserta dalam penelitian, bukan upaya untuk memvalidasi apa yang sudah diketahui. Selama wawancara, pewawancara membuat catatan dan dapat menggunakan alat perekam untuk merekam seluruh diskusi. Kemudian, sang peneliti menyalin rekaman audio dan menganalisis transkrip dengan berbagai teknik yang didasarkan pada metodologi penelitian kualitatif.

- Wawancara terstruktur : pewawancara membaca item kata demi kata dari naskah dan membuat catatan wawancara terkait jawaban responden. Dalam jenis wawancara ini, pewawancara umumnya mengandalkan pertanyaan item tertutup, di mana responden diminta untuk memilih dari daftar respons pilihan. Mereka mengajukan sedikit pertanyaan jika ada pertanyaan terbuka. Atau mereka dapat

menyertakan open-ended pertanyaan, sehingga respons yang diminta umumnya singkat (misalnya: Apa jenis latihan favorit Anda?). Dalam studi perilaku kesehatan, peneliti biasanya mengumpulkan data menggunakan format wawancara terstruktur.

- Wawancara semi-terstruktur: wawancara yang menggabungkan unsur-unsur baik terstruktur dan tidak terstruktur. Para peneliti memasukkan pertanyaan terbuka dan tertutup. Dengan demikian, dalam satu pendekatan, pewawancara dapat meminta responden untuk menjawab serangkaian item tertutup dan kemudian untuk mengklarifikasi tanggapan yang dipilih dengan memberikan pertanyaan terbuka agar informasi yang didapat lebih detail. Dalam pendekatan lain, pewawancara dapat memulai diskusi dengan menanyakan pertanyaan terbuka dan kemudian menyelidiki rincian lebih spesifik menggunakan pertanyaan tertutup. Para peneliti menggunakan wawancara semi terstruktur ketika mereka ingin mengeksplorasi pendapat, persepsi, dan sikap tentang topik tertentu. Meskipun penelitian dapat eksplorasi, peneliti biasanya tertarik pada aspek fenomena spesifik.

2. Kuesioner

Kuisisioner adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan instrumen yang terdiri dari item yang dijawab langsung oleh responden. Format yang biasa untuk kuesioner adalah *paperbased* atau menggunakan cetakan pada kertas. Item-item pertanyaan pada kuesioner didominasi dengan pertanyaan tertutup. Dengan kemajuan teknologi komputer sekarang memungkinkan responden untuk menyelesaikan kuesioner menggunakan komputer.

Survei adalah jenis kuesioner khusus yang dirancang untuk menjawab pertanyaan penelitian tertentu. Sebagian besar survei terdiri dari item tertutup. Dalam praktiknya, kita sering menggunakan istilah kuesioner dan survei secara bergantian. Terkadang cara pemberian kuesioner menentukan istilah yang digunakan untuk merujuknya. Misalnya, kita merujuk ke kuesioner yang diberikan dalam pertemuan tatap muka oleh pewawancara terlatih sebagai wawancara terstruktur. Kita umumnya menyebut kuesioner yang diberikan melalui telepon oleh pewawancara terlatih sebagai telepon survei, dan kita menyebut survey ketika kita melakukan pengkajian dengan beberapa tipe kuesioner pada sebuah keluarga atau mengirimkan survei surel ke rumah responden. Survei dapat berisi satu jenis kuesioner atau lebih.

3. Jurnal dan Buku harian/ diari

Jurnal dan buku harian digunakan untuk mengumpulkan data tentang peristiwa, perasaan, emosi, dan kepercayaan. Jurnal adalah kegiatan di mana responden menulis catatan secara rinci tentang pikiran dan pengalaman. Ketika digunakan dalam penelitian perilaku kesehatan, jurnal biasanya dikaitkan dengan eksplorasi pengalaman seseorang terkait dengan diagnosis dan perawatan misalnya kanker payudara. Informasi yang diperoleh dari jurnal diperlakukan sangat mirip dengan data yang dikumpulkan melalui wawancara tidak terstruktur. Peneliti membaca entri jurnal dan mengelompokkan perasaan, sikap, perilaku, dan peristiwa sesuai dengan tema umum. Jurnal cenderung menghasilkan sejumlah besar informasi yang membutuhkan banyak waktu untuk memproses, mengkodekan dan menganalisis. Karena kelemahan ini, membuat jurnal bukan metode umum untuk mengukur variabel yang berhubungan dengan kesehatan.

Buku harian mirip dengan jurnal di mana peneliti meminta responden untuk mencatat peristiwa dan elemen emosional atau kognitif dari peristiwa itu. Namun, buku harian penelitian cenderung lebih terstruktur daripada jurnal. Peneliti mungkin bertanya pada peserta untuk mencatat apa yang mereka makan selama periode 24 jam sebagai alat untuk mengukur asupan makanan

atau gizi. Peneliti juga dapat meminta responden untuk menggunakan kalender rekam jejang, efek samping obat, gejala yang berhubungan dengan penyakit atau perawatan, sakit kepala, aritmia, olahraga, atau aktivitas fisik.

4. Skala

Skala adalah salah satu pendekatan yang umum untuk mengumpulkan data tentang pendapat, persepsi, dan sikap. Skala meminta responden untuk memilih pada skala, suatu titik yang paling dekat mewakili posisi mereka dari rendah ke tinggi atau dari negatif ke positif.

Skala mewakili peningkatan bertahap dari sebuah perilaku mulai dari kesepakatan, frekuensi, atau evaluasi. Menggunakan skala yang menilai kesepakatan, responden menunjukkan mereka sangat setuju dengan pernyataan tertentu. Untuk frekuensi, responden menunjukkan seberapa sering mereka melakukan perilaku tertentu. Untuk skala evaluatif, responden memberikan nilai item berdasarkan seberapa positif atau negatif perasaan mereka tentang perilaku tersebut.

Penskalaan adalah proses dimana peneliti menggunakan satu set item untuk mengukur perilaku, sikap, atau perasaan. Alasan paling umum untuk penskalaan adalah untuk mendapatkan skor tunggal yang mewakili keseluruhan sikap, kepercayaan, atau

perilaku seseorang tentang situasi tertentu atau objek. Ada beberapa bentuk penskalaan mulai skala analog visual (VAS), skala Thurstone, skala Likert, skala Guttman, dan perbedaan semantik skala penilaian (SD). Skala VAS dan Likert adalah skala yang paling umum digunakan dalam penelitian perilaku kesehatan, yang diikuti oleh SD.

- Skala VAS: menggunakan gambar sebagai item atau entang skalanya
- Skala Thurstone: menyelidiki preferensi seseorang dengan menggunakan 3 tipe skala interval tampil sama, perbandingan berpasangan, dan interval berturut-turut.
- Skala Likert: menggunakan skala preferensi dengan menitikberatkan pada peringkat atau tingkatan item skala dengan skor.
- Skala Guttman: skala yang disusun sebagai 1 set, dimana sebuah respon item berhubungan dengan respon item sebelumnya.
- Semantik skala penilaian (SD): skala ini menilai tiga dimensi: evaluasi, potensi, dan aktivitas. Kata sifat dipilih untuk mewakili tiga dimensi. Untuk dimesi evaluasi (contoh: baik/buruk, adil/tidak adil); dimensi potensi (contoh: kecil/besar, lemah/kuat dan keras/lunak); dan dimensi aktivitas (contoh: aktif/pasif, lambat/cepat dan tajam /tumpul).

5. Indeks

Ada dua perbedaan utama antara indeks dan skala. Yang pertama adalah opsi jawaban untuk item yang menyusun indeks dapat bervariasi, sedangkan untuk skala, opsi responsnya sama (misalnya, skala respons setuju / tidak setuju) atau serupa (misalnya, peringkat dari kata sifat bipolar di SD). Tidak seperti skala, di mana setiap item umumnya dinilai menggunakan opsi respons yang sama, indeks ini, untuk setiap item di dalamnya, memiliki set yang berbeda opsi tanggapan atau responnya. Jenis indeks lain mungkin terdiri dari daftar situasi dan responden mungkin memeriksa telah mereka alami. Misalnya, indeks stres hidup mungkin termasuk daftar peristiwa stres seperti kematian dalam keluarga, perceraian, perkawinan, kelahiran, pekerjaan baru, atau kehilangan pekerjaan.

Perbedaan kedua antara indeks dan skala adalah hubungan antar item. Item yang menyusun skala berkorelasi positif satu sama lain. Sebaliknya, item yang menyusun indeks mungkin berkorelasi positif satu sama lain ataupun mungkin tidak menunjukkan korelasi dengan item lain.

Penyusunan Alat Ukur Perilaku Kesehatan

Menurut Di Iorio (2005) untuk menyusun item pengukuran perilaku terdiri dari enam langkah, yaitu:

1. Nyatakan definisi teoritis.

Untuk memulai proses penulisan item, peneliti mengacu pada definisi teoritis dan atribut konsep yang berasal dari analisis konsep. Misalnya, menggunakan definisi harapan hasil yang disajikan oleh Bandura (1997) dalam *Social Cognitive Theory*.

2. Identifikasi dimensi konsep.

Jika, selama analisis konsep, peneliti menentukan bahwa konsep tersebut disusun lebih dari satu dimensi (multidimens dan bukan dimensi tunggal), maka dimensi dapat diperlakukan secara terpisah.

3. Buat domain konten dengan matriks konsep-dimensi.

Untuk memudahkan pengembangan item, peneliti membuat matriks (*blue print*) yang secara visual menampilkan konten dan dimensi konsep yang akan diukur oleh item.

4. Tentukan berapa banyak item yang akan dimasukkan untuk setiap sel dalam matriks.

Matriks membantu peneliti memvisualisasikan domain konten dan dimensi konsep. Ini juga membantu peneliti mengidentifikasi jumlah dan jenis item yang dibutuhkan untuk mengukur konsep secara memadai.

Jadi, langkah selanjutnya dalam proses penulisan item adalah menggunakan matriks sebagai panduan untuk menentukan berapa banyak item yang harus ditulis untuk setiap sel di matriks.

Secara umum, peneliti menulis lebih banyak item daripada yang dibutuhkan untuk membuat skala. Dalam proses mengevaluasi skala untuk reliabilitas dan validitas, kemungkinan besar beberapa item tidak akan sempurna dan akan dihapus. Untuk menjaga agar kita tetap memiliki item yang cukup dalam skala akhir, penting untuk memasukkan jumlah yang cukup dalam kumpulan item.

5. Tulis item untuk setiap konten-domain dengan sel dimensi konsep dalam matriks.

Matriks tersebut memandu peneliti dalam menentukan konten dan jumlah item yang akan ditulis, tetapi untuk merangkai kalimat item yang sebenarnya, peneliti harus memasukkan dengan modifikasi sumber lain. Sumber tersebut yaitu:

- *Expert review* atau *literature review*
- Wawancara kualitatif dengan perwakilan populasi
- Instrumen pengukuran lainnya.

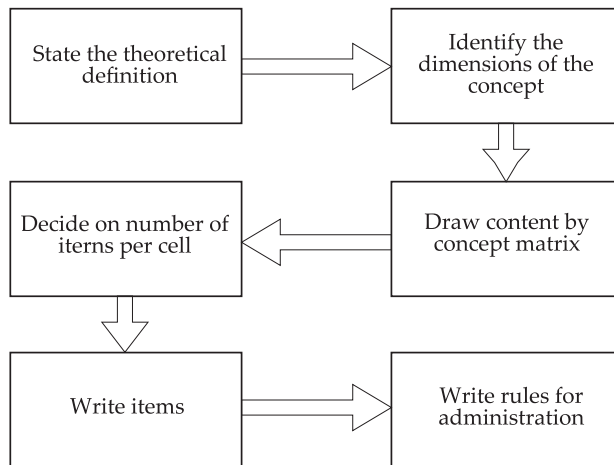
Penulis item harus memahami variabel dan definisi operasionalnya. Setelah itu peneliti menulis beberapa

item sampel. Kemudian meninjau item sampel agar konsisten dengan definisi konseptual. Setelah peneliti menyetujui bentuk akhir dari sampel item, peneliti akan menulis item sesuai dengan matriks. Setelah item selesai, peneliti membahas dan memodifikasinya sampai merasa yakin bahwa item cukup mengukur variabel, dan mereka menyatakan kepuasan dengan ungkapan/kalimat item. Selama pengujian skala, peneliti mengidentifikasi dan menghapus item yang lemah, hanya menyisakan yang berfungsi dengan baik selama proses pengujian.

6. Tulis aturan untuk penilaian dan administrasi skala
Tugas terakhir dalam pengembangan skala adalah menulis aturan untuk mencetak item dan mengelola skala untuk responden. Aturan untuk mencetak item skala sesuai dengan jenis skala yang digunakan.

Meskipun aturan penilaian tergantung pada jenis skala, aturan untuk administrasi tergantung pada preferensi pengembang skala dan media yang digunakan untuk menyajikan skala dan prosedur pengumpulan data. Sebagai contoh, kita bisa menggunakan skala hingga tujuh poin ketika kuesioner kita nanti *paperbased* atau email. Sebaliknya, pengembang mungkin mempertimbangkan untuk menggunakan tiga hingga lima respons opsi untuk item skala yang disajikan kepada peserta melalui telepon. Pengembang skala mungkin memiliki preferensi tentang

urutan item, jenis opsi respons, penggunaannya kata sifat, kata keterangan, atau angka pada skala respons, dan format untuk presentasi. Preferensi ini termasuk dalam deskripsi skala.



Gambar langkah penyusunan item pengukuran perilaku
Di Iorio (2005)

Latihan

1. Uraikan kembali mengenai perilaku kesehatan
2. Jelaskan perbedaan teori HBM dan TPB
3. Metode apa saja yang dapat digunakan untuk pengukuran perilaku

Ringkasan

Perilaku adalah kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seseorang dalam rangka pemenuhan keinginan, kehendak, kebutuhan, nafsu, dan sebagainya. Perilaku terdiri dari tiga domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan.

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.

Ada beberapa teori perubahan perilaku yang sering digunakan dalam promosi kesehatan masyarakat antara lain: *the social cognitive theory, the health belief model, the transtheoretical model of behavior change dan the theory of planned behavior*

Langkah-langkah yang diperlukan untuk menulis item skala pengukuran perilaku dimulai dengan pernyataan tentang definisi teoritis, yang digunakan untuk memandu penulisan item yang konsisten dengan domain konten dan dimensi konsep. Domain konten dengan matriks konsep-dimensi membantu pengembang skala memvisualisasikan tugas dan memastikan bahwa jumlah item memadai untuk mengukur konten dan dimensi konsep. Setelah menyelesaikan tugas penulisan item, pengembang skala menetapkan aturan untuk

penilaian dan untuk administrasi skala dalam penelitian atau evaluasi studi.

Tes 3

1. Determinan kesehatan yang berkaitan dengan kehilangan harga diri, dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang adalah.....
 - a. Kesenjangan sosial
 - b. Stress
 - c. Kehidupan dini
 - d. Pengucilan sosial
 - e. Dukungan sosial
2. Perilaku yang tidak mencerminkan perilaku orang sehat adalah...
 - a. Menjaga diet sehat
 - b. Menghindari rokok
 - c. Mencegah pembiakan nyamuk
 - d. Perilaku menjaga kebersihan
 - e. Melakukan pengobatan sendiri pada penyakitnya
3. Teori perubahan perilaku yang dikembangkan oleh Bandura adalah...
 - a. *Health Belief Model*
 - b. *Social Cognitive Theory*
 - c. *Transtheoretical model of behavior change*

- d. *Theory of Planned Behavior*
 - e. *The Precaution adoption process model*
4. Keyakinan seseorang untuk melakukan suatu tindakan perubahan dalam HBM disebut...
- a. *Self efficacy*
 - b. *Perceived benefits*
 - c. *Cue to action*
 - d. *Perceived susceptibility*
 - e. *Perceived benefits*
5. Proses yang harus dilakukan paling awal untuk menyusun item pengukuran perilaku adalah...
- a. Nyatakan definisi teoritis
 - b. Identifikasi dimensi konsep
 - c. Buat domain konten dengan matriks konsep-dimensi
 - d. Tentukan berapa banyak item yang akan dimasukkan untuk setiap sel dalam matriks
 - e. Menentukan skor skala

BAB 4

STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU KESEHATAN

Pendahuluan

Deskripsi BAB

Dalam BAB keempat ini, mahasiswa akan belajar tentang strategi perubahan perilaku kesehatan mulai dari strategi penguatan perubahan perilaku, komunikasi kesehatan, peran konseling untuk perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan. Keseluruhan strategi intervensi itu akan membantu mahasiswa untuk menyusun program perubahan perilaku kesehatan yang lebih efektif

Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada topik ini mahasiswa akan belajar tentang strategi yang diperlukan dalam perubahan perilaku:

1. Memahami strategi penguatan perubahan perilaku
2. Memahami komunikasi kesehatan efektif

3. Memahami peran konseling untuk perubahan perilaku
4. Mampu menyusun program pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Penyajian

Strategi Penguatan Perubahan Perilaku

Mendorong pasien secara efektif untuk mengubah perilaku kesehatan mereka adalah keterampilan yang penting dimiliki oleh petugas kesehatan. Perilaku kesehatan yang dapat dimodifikasi berkontribusi terhadap penurunan sekitar 40% kematian karena merokok, pola makan yang buruk, aktivitas fisik yang buruk, kurang tidur, ketidakpatuhan terhadap pengobatan dan perilaku serupa yang dapat mengurangi kualitas dan lamanya hidup seseorang.

Ada tiga teknik yang dapat digunakan dalam berbagai upaya perubahan perilaku.

SMART Goal Setting

Penentuan tujuan adalah intervensi utama bagi pasien yang ingin melakukan perubahan perilaku. Membantu pasien memvisualisasikan apa yang perlu mereka lakukan untuk mencapai tujuannya dapat membuatnya lebih mungkin untuk berhasil. Akronim

SMART dapat digunakan untuk memandu pasien melalui proses penetapan tujuan:

- **Spesifik.** Dorong pasien untuk mendapatkan sejelasmungkin tujuan mereka. Jika pasien ingin menjadi lebih aktif atau menurunkan berat badan, seberapa aktif yang mereka inginkan dan berapa banyak berat yang ingin mereka turunkan?
- **Measurable/Terukur.** Pastikan tujuan dapat diukur. Untuk berapa menit mereka akan berolahraga dan berapa kali seminggu?
- **Achievable/Dapat dicapai.** Pastikan pasien dapat mencapai tujuan mereka secara wajar. Jika pasien berkomitmen untuk pergi ke gym setiap hari, seberapa realistiskah tujuan ini dengan jadwal mereka? Apa yang akan menjadi tujuan yang lebih dapat dicapai?
- **Relevan.** Pastikan tujuan tersebut relevan dengan pasien. Mengapa orang tersebut ingin melakukan perubahan ini? Bagaimana perubahan ini meningkatkan kehidupannya?
- **Time bound/Batas Waktu.** Bantu pasien menentukan batas waktu spesifik untuk sasaran. Kapan mereka ingin mencapai tujuan mereka? Kapan kita akan menindaklanjutinya?

Problem Solving Barrier

Petugas kesehatan akan bersemangat ketika berbicara dengan pasien tentang membuat perubahan perilaku. Hanya saja terkadang petugas kesehatan akan kecewa ketika pasien tidak menindaklanjutinya. Baik petugas kesehatan maupun pasien mungkin menjadi kurang termotivasi untuk mengatasi masalah tersebut. Salah satu cara untuk mencegah fenomena umum ini dan membantu pasien untuk sukses merubah perilaku adalah dengan bertukar pikiran tentang hambatan yang mungkin muncul selama proses perubahan perilaku.

Setelah menawarkan saran atau membuat rencana bersama, petugas kesehatan dapat mengajukan pertanyaan sederhana, seperti, "Apa yang mungkin menghalangi perubahan perilaku Anda?" atau "Apa yang membuatnya sulit untuk melakukan perubahan perilaku itu?". Kita mungkin dapat mengantisipasi beberapa hambatan umum yang mungkin timbul, tetapi bisa saja pasien memiliki hambatan lain yang tidak kita ketahui. Setelah hambatan didefinisikan, petugas kesehatan dan pasien dapat mengembangkan solusi potensial, atau jika hambatan tertentu tidak dapat diatasi, mengevaluasi kembali atau mengubah tujuan dapat kita lakukan akan lebih dapat dilakukan. Pendekatan ini dapat meningkatkan hasil klinis untuk berbagai kondisi pasien dari berbagai tingkat pendapatan

Misalnya, ketika seorang pasien diabetes disarankan untuk mengganti konsumsi nasi putih dengan beras merah agar gula darahnya stabil, namun karena pasien tersebut dari keluarga menengah kebawah maka kita bisa menyarankan konsumsi singkong, jagung hingga sorgum yang lebih terjangkau

Self Monitoring

Strategi lain yang efektif untuk memfasilitasi berbagai perubahan perilaku yaitu dengan melibatkan pemantauan diri. Pemantauan diri didefinisikan sebagai pelacakan secara teratur beberapa elemen perilaku tertentu (misalkan riwayat olahraga, jumlah rokok yang dihisap) atau hasil (misalkan berat badan). Akan lebih baik kita meminta pasien membuat catatan harian tentang perilaku mereka dalam waktu singkat daripada meminta mereka untuk mengingatnya pada suatu kunjungan, karena dapat memberikan data yang lebih akurat dan berharga, serta memberikan dasar untuk melacak perubahan perilaku yang telah dilakukan.

Ketika pasien setuju untuk memonitor perilaku mereka sendiri, petugas kesehatan dapat meningkatkan peluang keberhasilan dengan mendiskusikan rencana yang lebih spesifik. Sebagai contoh, pada jam berapa pasien akan mencatat perilakunya? Bagaimana pasien akan mengingat untuk mengamati dan mencatat

perilaku tersebut? Apa yang akan ditulis pasien diari pasien? Mencatat perilaku segera setelah dilakukan akan memberikan data yang paling akurat.

Namun terkadang pasien mungkin tergoda untuk memanipulasi catatan harian dengan menghilangkan perilaku tidak sehat atau melebih-lebihkan perilaku sehat. Petugas kesehatan harus mendorong pasien untuk sepenuhnya jujur agar memaksimalkan kegunaan catatan mereka. Agar pemantauan mandiri menjadi efektif, petugas kesehatan harus meminta pasien untuk membawa formulir pelacakan mereka saat kunjungan tindak lanjut atau melihatnya saat kunjungan rumah.

Saat ini seiring dengan kemajuan teknologi ada berbagai alat pelacak digital, termasuk program online, aplikasi *smartphone*, dan fungsi *smartwatch* yang akan memudahkan monitoring. Petugas kesehatan dapat membantu pasien memilih metode mana yang paling nyaman untuk penggunaan sehari-hari. Sebagian besar program online dapat menyajikan data dalam grafik yang memungkinkan pasien dan petugas kesehatan dengan mudah melacak perubahan seiring waktu.

Teknik Komunikasi Kesehatan Efektif

Definisi Komunikasi Kesehatan

Komunikasi menciptakan makna bagi informasi atau pesan yang diberikan. Komunikasi kesehatan mentransfer

atau memberi informasi, membujuk, mempengaruhi atau memperingatkan klien/pasien tentang perilaku yang berisiko untuk kesehatan. Komunikasi kesehatan juga dapat diartikan sebagai seni dan teknik menginformasikan mempengaruhi dan memotivasi individu atau kelompok tentang masalah kesehatan yang penting. Komunikasi kesehatan dapat berupa penelitian dan penggunaan strategi komunikasi untuk memberi informasi dan mempengaruhi keputusan individu dan komunitas agar dapat meningkatkan kesehatannya.

Strategi komunikasi kesehatan adalah rencana yang diadopsi oleh pendidik kesehatan untuk memberi informasi dan mempengaruhi orang untuk membawa perubahan perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan). Pendidik kesehatan harus memiliki kemampuan untuk mengimplementasikannya rencana secara efisien agar dapat membuka jalan menuju hidup sehat.

Strategi Komunikasi Kesehatan Efektif

WHO telah menyusun strategi komunikasi kesehatan yang efektif yang terdiri dari 6 aspek yaitu:

- *Accessible/* mudah diakses:
 1. Komunikator dapat memulai proses perencanaan dengan mempertimbangkan bagaimana audiens utama menerima informasi kesehatan dan dengan siapa mereka

- mendiskusikan saran dan bimbingan kesehatan.
2. Pemetaan media komunikasi yang efektif akan memastikan pesan-pesan yang disebarluaskan melalui banyak saluran sehingga audiens menerima informasi, saran, dan panduan beberapa kali dari berbagai sumber media komunikasi cenderung masuk ke dalam tiga kategori utama, yaitu:
 - o Media massa. Saluran ini memiliki jangkauan luas dan mencakup televisi, radio, surat kabar, majalah, iklan, media sosial dan situs web.
 - o Organisasi dan komunitas. Saluran-saluran ini menjangkau kelompok individu tertentu berdasarkan geografi (misalnya, desa tertentu) atau minat bersama, seperti status pekerjaan. Saluran dapat mencakup media berbasis komunitas, seperti acara bincang-bincang radio lokal, buletin organisasi; kegiatan berbasis masyarakat, seperti pameran kesehatan; dan pertemuan di sekolah, tempat kerja dan rumah ibadah.
 - o Interpersonal. Orang yang mencari nasihat atau berbagi informasi tentang risiko kesehatan terkadang meminta saran ke keluarga, teman, praktisi perawatan

kesehatan, rekan kerja, guru, penasihat, dan pemimpin agama. Diskusi satu-persatu ini seringkali merupakan saluran yang paling tepercaya untuk informasi kesehatan.

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan ketika memprioritaskan saluran mencakup jangkauannya (jumlah orang yang akan mendengar, melihat, atau membaca pesan), dan bagaimana saluran tersebut mendukung kemampuan audiens untuk mengingat pesan dan dampaknya (apakah pesan menghasilkan tindakan). Paparan terhadap pesan dan pengulangan adalah kunci untuk membuat audiens ingat, meningkatkan kemungkinan audiens akan bertindak berdasarkan informasi yang diberikan.

3. Komunikator membutuhkan saluran yang andal untuk menjangkau pembuat keputusan, menyebarkan pesan dan mendistribusikan materi. Untuk mengidentifikasi jalur perpesanan terbaik yang tersedia, komunikator harus menganalisis akses audiens ke berbagai saluran dan preferensi.

4. Pastikan informasi tersedia online, karena saat ini akses internet telah membuat mayoritas masyarakat lebih suka mencari informasi kesehatan secara online karena lebih cepat dan mudah.
 5. Sebisa mungkin informasi yang kita berikan dapat diakses oleh disabilitas. Kita tidak hanya menyajikan tulisan dan gambar atau video, kita dapat memuat informasi berupa audio atau *podcast* untuk menjangkau audiens dengan disabilitas.
- *Actionable/* dapat ditindaklanjuti
 1. Komunikator harus mempertimbangkan dan mengidentifikasi apakah audiens siap untuk mengambil tindakan. Hal ini dapat digunakan untuk membuat produk dan aktivitas komunikasi yang menarik yang menggerakkan audiens untuk menerima dan bertindak berdasarkan saran, panduan, dan rekomendasi kita.
 2. Komunikator dapat membuat pesan dan strategi yang membantu orang membuat keputusan dan mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatan mereka. Setiap masalah kesehatan berbeda, sehingga pendekatan baru perlu

direncanakan untuk masing-masing masalah. Komunikator memahami bahwa orang yang tidak mengetahui risiko kesehatan tidak akan bertindak setelah mendengar rekomendasi untuk mengurangi risiko. Begitupun, orang jarang menerima rekomendasi kesehatan yang rumit setelah hanya mendengar atau membaca sekali saja. Menggunakan promosi kesehatan dalam berbagai media komunikasi selangkah demi selangkah akan memudahkan komunikator menggerakkan orang ke arah tindakan yang diinginkan secara bertahap.

3. Promosi kesehatan yang efektif juga harus beradaptasi dengan mempertimbangkan konteks komunitas yang dilayaninya. Kesuksesan promosi kesehatan kemungkinan besar terjadi ketika promkes dilakukan terintegrasi di seluruh lapisan elemen masyarakat.
4. Selama keadaan darurat, situasi berubah dengan cepat. Komunikator harus menyesuaikan pesan berdasarkan status ancaman kesehatan yang berubah dengan cepat. Untuk menggerakkan target audiens ke arah tindakan untuk melindungi keluarga, komunitas, dan negara dalam keadaan darurat, komunikator perlu

strategi dan taktik untuk membuat pesan yang efektif. Pesan tersebut umumnya singkat dan menyoroti taktik umum serta merujuk pada sumber daya yang lebih spesifik dan terperinci untuk membantu komunikator memberikan pesan yang efektif.

- *Credible and Trusted* / kredibel dan terpercaya
 1. Komunikator harus mengikuti prosedur untuk memastikan akurasi teknis dan penyajian informasi yang tepat.
 2. Untuk membangun kepercayaan, komunikator harus transparan tentang bagaimana analisis data dan bagaimana ia membuat rekomendasi dan kebijakan. Transparansi semua komunikasi sangat penting untuk memastikan kredibilitas dan kepercayaan informasi, saran, dan panduan yang diberikan.
 3. Bekerja dengan banyak organisasi yang menangani ancaman kesehatan dan mengembangkan kebijakan kesehatan masyarakat. Organisasi-organisasi ini dapat meningkatkan kredibilitas dan memperkuat kepercayaan terhadap informasi yang kita berikan.

4. Pesan yang konsisten, koordinasi antar divisi, dan komunikasi internal yang baik adalah bagian dari praktik komunikasi yang efektif.
- *Relevant/ relevan*
 1. Komunikator dapat meningkatkan rasa relevansi dengan masalah kesehatan dengan merujuk pada pengalaman pribadi audiens atau menjelaskan bagaimana masalah tersebut dapat mempengaruhi keluarga, teman atau orang lain yang mungkin mereka kenal di komunitas mereka. Bagi para pembuat kebijakan, masalah kesehatan dianggap relevan jika mereka direpresentasikan sebagai prioritas tinggi bagi konstituen, atau terkait dengan nilai-nilai nasional dan masyarakat lainnya, seperti keamanan dan kemakmuran ekonomi.
 2. Komunikator harus memahami target audiens untuk mengembangkan strategi komunikasi yang relevan dengan pembuat keputusan. Untuk menemukan informasi yang berguna tentang target audiens, komunikator dapat mengakses profil promosi kesehatan lain yang relevan.
 3. Komunikator harus *aware* atau memahami apa yang diketahui oleh target audiens tentang

masalah kesehatan. Mendengarkan audiens memberi komunikator wawasan tentang apa yang orang pikirkan tentang suatu masalah dan bagaimana mereka bertindak berdasarkan pemahaman mereka. Komunikator dapat belajar tentang pengetahuan audiens, sikap dan praktik dari banyak sumber dan mengambil manfaat dari kekuatan masing-masing.

4. Desain pesan yang efektif akan menggerakkan audiens untuk memiliki kesadaran melakukan tindakan.
- *Timely/tepat waktu*
 1. Berkomunikasi dengan tepat waktu sangat penting karena informasi diberikan pada saat dibutuhkan, ketika mereka mau mendengar dan menindaklanjutinya. Selama keadaan darurat kesehatan misalnya, kita harus memberikan komunikasi dengan cepat apa yang diketahui dan tidak diketahui, dan menyediakan pembaruan yang terbaru dan valid. Untuk topik kesehatan yang tidak mendesak, ketepatan waktu berarti melibatkan audiensi pada titik ketika individu dan pembuat kebijakan perlu mengambil tindakan tersebut.

2. Komunikator bekerja dengan langkah cepat untuk memastikan bahwa informasi kesehatan yang mendesak mencapai pembuat keputusan tepat waktu untuk melindungi kesehatan. Informasi ini harus akurat untuk menjaga reputasi dan kredibilitas. Kebutuhan untuk cepat dan akurat adalah ketegangan yang berkelanjutan dalam mengkomunikasikan informasi kesehatan yang sangat dibutuhkan seperti ketika terjadi wabah.
3. Hampir semua pesan harus sering diulang agar orang mengingatnya. Jika tujuan promosi adalah untuk mengubah perilaku, komunikator harus merencanakan waktu dan urutan pesan agar menimbulkan kesadaran untuk melakukan tindakan.
 - o Pertama, komunikator harus mengidentifikasi jika audiens target siap untuk berubah.
 - o Setelah menganalisis relevansi masalah kesehatan dengan audiens target, komunikator dapat mengidentifikasi jenis, waktu, dan serangkaian pesan yang diperlukan untuk menggerakkan audiens selangkah demi selangkah menuju tujuan perubahan perilaku.

- o Untuk memastikan metode yang paling efektif untuk mengirim pesan, komunikator harus menggunakan berbagai media komunikasi.
- *Understandable/* mudah dimengerti
 1. Produk komunikasi harus jelas dan dapat ditindaklanjuti untuk berbagai macam orang dalam berbagai keadaan.
 2. Komunikator harus menerjemahkan informasi teknis ke dalam pesan yang dapat dipahami oleh audiens yang bukan pakar. Orang lebih cenderung mempercayai dan bertindak berdasarkan informasi yang mereka pahami. Untuk memastikan sasaran memahami informasi, saran, dan panduan kita, komunikator harus:
 - Menjelaskan tentang hasil yang diinginkan
 - Langsung ke pokok permasalahannya
 - Tahu apa yang diinginkan dan dibutuhkan audiens
 3. Membawakan cerita deskriptif membuat informasi kesehatan lebih mudah dimengerti dan menarik.
 4. Komunikator harus semakin banyak berbagi informasi kesehatan melalui sarana visual,

seperti video YouTube, foto, infografis, bagan, dan ilustrasi.

5. Komunikator harus membuat pesan dalam berbagai bahasa atau bahasa yang mudah dipahami target audiens serta menyediakan penerjemah jika dibutuhkan



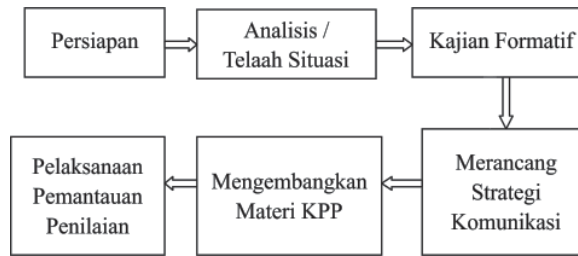
Gambar Strategi Komunikasi Kesehatan Efektif WHO

Komunikasi Perubahan Perilaku

Komunikasi Perubahan Perilaku/ KPP (*Behavior Change Communication/BCC*) adalah suatu proses interaktif untuk merancang beragam pesan menggunakan berbagai macam media dan saluran untuk mempromosikan, mengubah, mengembangkan dan memelihara perilaku yang positif, khususnya perilaku kesehatan masyarakat. Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) merupakan

pengembangan dari KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), namun lebih menekankan pada perubahan perilaku, sehingga tidak hanya berhenti pada peningkatan pengetahuan dan sikap saja. Istilah KPP dipergunakan untuk menegaskan bahwa komunikasi tersebut harus mengarah pada perubahan atau perbaikan perilaku.

Tahapan KPP dapat diuraikan dalam bagan berikut:



Bagan proses KPP

Konseling untuk Perubahan Perilaku

Konseling Perilaku

Konseling behavioral fokus pada upaya perubahan tingkah laku. Konseling behavioral merupakan suatu proses membantu orang untuk belajar memecahkan masalah interpersonal, emosional, dan keputusan tertentu. Terapi tingkah laku adalah penerapan aneka ragam teknik dan prosedur yang berakar pada berbagai teori tentang belajar dalam usaha melakukan perubahan

tingkah laku. Dalam penyelesaian masalah, kondisi masalah harus dispesifikkan. Saat ini, bentuk pendekatan ini banyak digunakan karena penekanannya pada perubahan tingkah laku dimana tingkah laku tersebut bisa didefinisikan secara operasional, diamati dan diukur.

Ciri-Ciri Konseling Perilaku

Ciri-ciri konseling perilaku antara lain memusatkan perhatian perilaku manusia pada yang nampak dan dapat dipelajari, tujuan yang ingin dicapai pada saat proses konseling harus jelas dan sesuai dengan prosedur yang ada, memusatkan perhatian pada masalah klien dan membantu dalam memecahkan masalah klien.

Tujuan konseling harus memperhatikan kriteria berikut:

1. Tujuan harus diinginkan oleh klien.
2. Konselor harus berkeinginan untuk membantu klien mencapai tujuan.
3. Tujuan harus mempunyai kemungkinan untuk dinilai pencapaiannya oleh klien.

Tujuan konseling perilaku adalah mencapai kehidupan tanpa mengalami perilaku hambatan perilaku, yang dapat membuat ke tidak puas dalam jangka panjang atau mengalami konflik dengan kehidupan sosial. Selain itu, tujuan konseling perilaku

adalah untuk membantu klien membuang perilaku yang tidak baik atau merusak, dan mempelajari perilaku yang baru yang lebih sehat. Jadi secara garis besar tujuan konseling perilaku adalah untuk memperoleh perilaku baru dengan mengeliminasi perilaku yang maladaptif dan memperkuat serta mempertahankan perilaku yang diinginkan dalam jangka waktu lama.

Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukanlah konselor untuk membantu proses perubahan perilaku. Seorang konselor harus memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Konselor harus kuat dan yakin mampu menahan tekanan dari permintaan klien untuk mendapatkan simpati atau membenarkan perilakunya.
- b. Konselor tidak pernah menerima alasan-alasan dari perilaku irrasional klien.
- c. Konselor harus sensitif terhadap kemampuan untuk memahami perilaku orang lain.
- d. Konselor harus dapat bertukar pikiran dengan klien tentang perjuangannya dan dapat melihat bahwa seluruh individu dapat bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan termasuk pada saat yang sulit.
- e. Konselor perlu meyakinkan klien bahwa kebahagiaannya bukan terletak pada proses

konseling tetapi pada perilaku dan keputusan yang dibuatnya

Prosedur Konseling

Secara garis besar prosedur dan tahapan konseling perilaku adalah sebagai berikut:

1. Pada awalnya konselor memulai pembicaraan untuk dapat mengakrabkan diri dengan konseli sehingga konselor mengetahui masalah utama dari konseli.
2. Konseli menyatakan masalahnya kepada konselor dan konseli diberikan pemahaman tentang kerugian yang ditimbulkan dari masalahnya.
3. Konseli mengungkapkan masalah lain yang hal tersebut mempunyai keterkaitan dengan masalah utama yang dialaminya.
4. Setelah itu terjadi kesepakatan antara kedua belah pihak masalah mana yang akan ditangani terlebih dahulu.
5. Konselor memberikan penjelasan tentang tujuan-tujuan konseling dan keuntungan dari proses konseling serta memperhitungkan perubahan apa yang dialami konseli.
6. Kemudian konselor bersama dengan konseli mencari alternatif pemecahan dari masalah yang dihadapi konseli.

7. Konselor meminta kepada konseli untuk memikirkan sesuatu terkait dampak dan konsekuensi dari setiap tindakan yang telah dilakukannya.
8. Kedua belah pihak menyetujui tujuan-tujuan awal sebagai syarat untuk mencapai tujuan akhir dari proses konseling.
9. Konselor bersama dengan konseli memilih tindakan atau tehnik mana yang akan dilakukan atau diubah terlebih dahulu.
10. Konselor mengadakan evaluasi terhadap proses konseling yang telah dilaksanakan.
11. Konselor memperhatikan adakah kemajuan yang dialami oleh konseli.
12. Setelah diadakan monitoring kemajuan atau perilaku konseli maka tujuan baru akan dikembangkan setelah terjadi kesepakatan bersama.
13. Kemudian konselor menyeleksi perilaku konseli yang positif.
14. Konselor memonitor kembali perilaku konseli apakah terjadi perubahan pada perilaku konseli setelah proses konseling.
15. Kedua belah pihak menerapkan belajar perilaku ke arah pemeliharaan perilaku yang positif.
16. Konselor bersama konseli menyetujui bahwa tujuan dari proses konseling telah dicapai.

17. Konselor mengadakan pembuktian bahwa konseli telah memelihara perilaku yang positif tanpa konselor.

Teknik-Teknik dalam Konseling Perilaku

Ada dua prinsip utama yang membentuk dasar terapi perilaku yang dapat kita gunakan dalam konseling, yaitu *classical conditioning* (pengkondisian klasik) dan *operant conditioning* (pengkondisian operan).

Classical Conditioning

Terapi perilaku yang didasarkan pada pengkondisian klasik menggunakan sejumlah teknik untuk menghasilkan perubahan perilaku. Awalnya jenis terapi ini dikenal sebagai modifikasi perilaku, namun saat ini biasanya disebut sebagai analisis perilaku terapan. Berbagai metode perubahan perilaku perubahan meliputi:

1. **Flooding** adalah proses yang umumnya digunakan untuk fobia dan cemas, yang akan mengekspos individu pada objek atau situasi yang mereka takuti secara intens dan cepat. Contohnya mengekspos seseorang yang takut anjing kepada anjing. Semakin lama orang tersebut akan lebih tenang karena tidak ada hal buruk yang terjadi. Idenya adalah bahwa orang tersebut tidak dapat melarikan diri dari objek atau situasi selama proses,

karena itu ia harus menghadapi ketakutannya secara langsung. Metode ini, bagaimanapun, dapat membingungkan bagi beberapa orang, jadi hanya dapat digunakan dalam situasi tertentu, di mana metode ini telah dijelaskan secara rinci kepada klien sebelum paparan.

2. **Desensitisasi sistematis.** Teknik ini bekerja pada premis yang mirip dengan flooding, namun lebih bertahap. Terapis akan mulai dengan meminta individu untuk menulis daftar ketakutan yang mereka miliki. Setelah daftar ini ditulis, terapis akan mengajarkan teknik relaksasi untuk digunakan individu sambil memikirkan daftar ketakutan. Mengembangkan cara mereka membentuk item yang paling sedikit menimbulkan rasa takut ke item yang paling menimbulkan rasa takut. Terapis akan membantu individu menghadapi ketakutan mereka dalam keadaan santai.

Contohnya adalah orang yang takut ruang kecil. Mereka mungkin mulai dengan memikirkan ruang kecil, atau melihat gambar ruang kecil sambil memanfaatkan teknik relaksasi, berlatih sampai mereka siap secara fisik berada di ruang kecil. Pasangan item yang merangsang rasa takut ini dan perilaku relaksasi yang baru dipelajari bertujuan

untuk mengurangi dan menghilangkan fobia atau kecemasan.

3. **Aversion therapy.** Proses ini memasangkan perilaku yang tidak diinginkan dengan beberapa bentuk stimulus permusuhan dengan tujuan mengurangi perilaku yang tidak diinginkan. Contoh: ketika seseorang dengan ketergantungan alkohol diresepkan obat tertentu yang menginduksi mual, kegelisahan dan sakit kepala bila dikombinasikan dengan alkohol. Setiap kali mereka minum sambil minum obat ini, mereka mengalami efek samping negatif. Metode ini bertujuan untuk mengubah perasaan orang tersebut tentang alkohol, karena mereka tidak lagi mengalami perasaan yang sebelumnya mereka rasakan sehingga diharapkan merekandapat menghentikannya.

Operant Conditioning

Pengondisian operan menggunakan teknik seperti penguatan positif, hukuman dan pemodelan untuk membantu mengubah perilaku. Strategi berikut dapat digunakan dalam jenis terapi ini:

1. **Token Ekonomi.** Strategi ini bergantung pada penguatan positif dengan menawarkan 'token' individu yang dapat ditukar dengan hak istimewa atau barang yang diinginkan ketika perilaku

positif ditunjukkan. Ini adalah taktik umum yang digunakan oleh orang tua dan guru untuk membantu meningkatkan perilaku anak-anak.

2. **Manajemen kontingensi.** Pendekatan yang lebih formal, manajemen kontingensi melibatkan kontrak tertulis antara terapis dan klien yang menguraikan tujuan, penghargaan dan hukuman. Bagi sebagian orang, memiliki perjanjian yang jelas seperti ini membantu mengubah perilaku dan menambah rasa akuntabilitas.
3. **Pemodelan.** Pemodelan melibatkan pembelajaran melalui observasi dan meniru orang lain. Memiliki teladan yang positif dapat memberikan individu sesuatu untuk dituju, memungkinkan mereka untuk mengubah perilaku mereka agar sesuai dengan model. Model peran ini dapat berupa terapis atau seseorang yang sudah dikenal individu.
4. **Extinction.** Kepunahan bekerja dengan menghilangkan segala jenis penguatan pada perilaku. Contohnya adalah anak yang mengganggu yang diberikan waktu istirahat atau disuruh duduk di tempat yang sunyi. Dengan mengeluarkan mereka dari situasi (dan perhatian yang terkait) perilaku harus berhenti. Metode ini tidak hanya efektif untuk anak-anak dan dapat digunakan untuk orang dewasa juga.

Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan

Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat mengacu pada proses yang memungkinkan masyarakat untuk meningkatkan kontrol atas kehidupan mereka. Masyarakat adalah kelompok orang yang mungkin tidak terhubung secara spasial, tetapi memiliki minat, kepedulian atau identitas yang sama. Komunitas-komunitas ini dapat bersifat lokal, nasional atau internasional, dengan minat khusus atau luas.

Pemberdayaan mengacu pada proses di mana orang mendapatkan kendali atas faktor-faktor dan keputusan yang membentuk kehidupan mereka. Hal ini adalah proses dimana mereka meningkatkan aset dan atribut yang mereka miliki dan membangun kapasitas untuk mendapatkan akses, mitra, jaringan atau dukungan untuk mendapatkan kontrol terhadap sesuatu. Pemberdayaan dalam arti luas merupakan sarana untuk mencapai kekuasaan. Dalam bidang kesehatan, pemberdayaan merupakan proses dimana orang yang tidak berdaya bekerja bersama untuk meningkatkan kontrol dari peristiwa yang menentukan hidup dan kesehatan mereka.

Pemberdayaan menyiratkan bahwa orang tidak dapat diberdayakan oleh orang lain, mereka hanya dapat memberdayakan diri mereka sendiri dengan memperoleh

lebih banyak bentuk kekuasaan yang berbeda. Kondisi ini mengasumsikan bahwa orang adalah aset mereka sendiri, dan peran agen eksternal adalah untuk mengkatalisasi, memfasilitasi atau menemani masyarakat dalam memperoleh kekuasaan.

Pemberdayaan masyarakat lebih dari sekedar keterlibatan, partisipasi atau keterlibatan masyarakat. Hal ini menyiratkan kepemilikan dan tindakan masyarakat yang secara eksplisit bertujuan untuk perubahan sosial dan politik. Pemberdayaan masyarakat adalah proses negosiasi ulang kekuasaan untuk mendapatkan kontrol yang lebih besar. Kondisi ini memungkinkan jika beberapa orang akan diberdayakan, maka orang lain akan berbagi kekuatan yang ada dan menyerahkan sebagiannya. Kekuasaan adalah konsep sentral dalam pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan yang selalu beroperasi dalam arena perebutan kekuasaan.

Pemberdayaan masyarakat perlu mengatasi faktor-faktor penentu sosial, budaya, politik dan ekonomi yang menopang kesehatan serta berupaya membangun kemitraan dengan sektor-sektor lain dalam menemukan solusi.

Komunikasi memainkan peran penting dalam pemberdayaan masyarakat. Pendekatan partisipatif dalam komunikasi akan mendorong diskusi dan debat yang menghasilkan peningkatan pengetahuan dan kesadaran

serta pemikiran kritis dari masyarakat. Pemikiran kritis memungkinkan masyarakat untuk memahami interaksi kekuatan yang beroperasi dalam kehidupan mereka dan membantu mereka mengambil keputusan sendiri.

Proses Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah proses yang melibatkan pergeseran terus-menerus dalam hubungan kekuasaan antara individu dan kelompok sosial yang berbeda dalam masyarakat. Pemberdayaan sendiri juga dapat diartikan sebagai hasil misalnya sebagai produk redistribusi sumber daya dan pengambilan keputusan otoritas (*power-over*) atau sebagai pencapaian peningkatan rasa penentuan nasib sendiri dan harga diri (*power-from-inside*). Namun pemberdayaan lebih sering dilihat dalam konteks sebagai proses di mana individu, kelompok, dan masyarakat maju menuju bentuk kerjasama yang lebih luas untuk menghasilkan tindakan sosial yang terorganisir.



Gambar Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dapat diinterpretasikan sebagai proses yang dinamis dari orang yang berbeda yang memiliki minat bersama yang dapat berkumpul bersama untuk saling menguatkan. Sasaran dari pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan ini bisa berupa perubahan kondisi sosial, struktural dan ekonomi yang mendasari atau berdampak pada kesehatan mereka. Ketika kita membuat program pemberdayaan masyarakat, peran praktisi adalah menciptakan peluang untuk membantu orang lain mendapatkan lebih banyak kekuasaan atau control atas determinan atau faktor penentu kesehatan dan hal ini sering melibatkan proses *capacity building*.

Partisipasi dan pemberdayaan masyarakat melibatkan:

- Inisiasi dan proses oleh beberapa aktivis di masyarakat
- Proses mobilisasi terpadu
- Orientasi mengenai tujuan dan manfaat dari mobilisasi dan pemberdayaan masyarakat
- Mendefinisikan peran pemangku kepentingan dan masyarakat
- Bantuan dari mitra untuk aspek yang relevan
- Komitmen semua pihak
- Kepemilikan program dan yang mendasari tujuan
- Keyakinan dalam kapasitas masyarakat untuk bertindak

Proses pemberdayaan masyarakat pada hakikatnya meliputi:

- *Enabling* (menciptakan suasana kondusif atau pengaktifan masyarakat)
- *Empowering* (penguatan kapasitas dan kapabilitas masyarakat untuk melakukan suatu perubahan atau mencapai tujuan yang telah ditetapkan)
- *Protecting* (perlindungan dari ketidakadilan)
- *Supporting* (menyediakan bimbingan dan dukungan pada proses pemberdayaan masyarakat)
- *Foresting* (memelihara kondisi yang kondusif tetap seimbang).

Terdapat empat strategi pokok dalam bidang pembangunan kesehatan, yaitu :

- 1) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat
- 2) Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas
- 3) Meningkatkan *system surveilans, monitoring* dan informasi kesehatan dan
- 4) Meningkatkan pembiayaan kesehatan

Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat

Tingkat partisipasi masyarakat dalam usaha menyusun kegiatan kesehatan yang akan bervariasi antara tidak berpartisipasi dan sangat berpartisipasi, dengan tingkatan sebagai berikut:

1. Tidak adanya partisipasi, masyarakat tidak diberi pengetahuan apapun serta tidak dilibatkan dalam kegiatan apapun.
2. Partisipasi sangat rendah, dimana masyarakat diberitahu suatu rencana serta mengumumkannya.
3. Masyarakat dikumpulkan atau diberikan informasi dengan cara lain .
4. Partisipasi rendah, diperlukan dukungan dari masyarakat, agar rencana program dapat dilaksanakan.

5. Partisipasi moderat, masyarakat mampu memberi saran melalui proses konsultasi
6. Partisipasi tinggi, proses penyusunan rencana dilakukan bersama sama dengan masyarakat.
7. Partisipasi sangat tinggi, masyarakat telah mendelegasikan wewenang. Pada tingkatan ini kita hanya mempresentasikan sebuah permasalahan kepada masyarakat, mendefinisikan batasan-batasannya dan meminta masyarakat untuk menyusun serangkaian keputusan yang dapat diwujudkan dalam sebuah rencana yang disepakati bersama.
8. Partisipasi paling tinggi, masyarakat mempunyai kendali. Pada tingkatan ini kita meminta masyarakat untuk mengidentifikasi masalah dan membuat semua keputusan penting mengenai rencana dan tujuannya. Kita akan membantu masyarakat dalam setiap langkah untuk mencapai tujuan.

Indikator hasil pemberdayaan masyarakat terdiri dari input, proses, output dan outcome. Beberapa indikator tersebut diuraikan sebagai berikut:

- Input terdiri dari sumber daya manusia, dana, bahan-bahan dan alat-alat yang mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat.

- Proses terdiri dari jumlah penyuluhan yang dilaksanakan, frekuensi pelatihan yang dilaksanakan, jumlah tokoh masyarakat yang terlibat dan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan.
- Output terdiri dari akses masyarakat terhadap sumber daya dan sarana pemberdayaan, partisipasi masyarakat, kontrol dan kesetaraan
- Outcome berupa penurunan masalah kesehatan.

Latihan

1. Uraikan strategi penguatan perubahan perilaku yang bisa kita lakukan
2. Sebutkan komponen komunikasi kesehatan efektif menurut WHO
3. Uraikan langkah konseling dalam perubahan perilaku
4. Jelaskan pentingnya pemberdayaan kesehatan masyarakat

Ringkasan

Secara umum terdapat tiga jenis penguatan perubahan perilaku yang dapat kita lakukan, yaitu *SMART goal setting*, *problem solving barrier* dan *self monitoring*.

Menurut WHO komunikasi kesehatan yang efektif harus terdiri dari 6 komponen mulai dari *achievable*,

actionable, kredibel/dapat dipercaya, relevan, tepat waktu dan udah dimengerti.

Konseling merupakan suatu kegiatan pendampingan untuk memantu seseorang mengatasi masalahnya. Konseling dapat juga digunakan untuk proses perubahan perilaku. kita dapat mengintegrasikan terapi perubahan perilaku kedalam konseling. Konseling umumnya dilakukan secara personal.

Untuk proses perubahan perilaku dalam komunitas kita dapat menggunakan pemberdayaan masyarakat untuk merubah perilaku atau untuk promosi kesehatan. Pemberdayaan masyarakat merupakan kegiatan untuk mendorong peran aktif masyarakat akan mampu mengambil control terhadap masalah yang mereka hadapi.

Tes 4

1. Keberhasilm konseling dapat dilihat dari...
 - a. Cara berkomunikasi
 - b. Pemahaman klien
 - c. Tingginya upah yang diberikan
 - d. Kepuasan klien
 - e. Adanya perubahan perilaku
2. Cara pemantapan perubahan perilaku dengan melakukan penentuan tujuan yang dapat kita capai

merupakan salah satu komponen kaidah SMART yaitu...

- a. Subjektif
 - b. Measurable
 - c. Achievable
 - d. Relevan
 - e. Time bound
3. Komunikasi dikatakan efektif ketika pesan yang kita sampaikan dapat ditindaklanjuti. Hal ini merupakan konsep dari kaidah...
- a. Achievable
 - b. Actionable
 - c. Relevan
 - d. Timely
 - e. Undestandable
4. Untuk melakukan promosi kesehatan kita harus melakukan pemberian dukungan yang diperlukan oleh masyarakat, yang merupakan konsep dari aspek...
- a. Enabling
 - b. Empowering
 - c. Supporting
 - d. Protecting
 - e. Frostening

5. Komunikasi harus menarik perhatian orang yang diajak berkomunikasi. Termasuk prinsip komunikasi....
 - a. Niat
 - b. Minat
 - c. Pandangan
 - d. Lekat
 - e. Libat



DAFTAR PUSTAKA

- Allan, K. (2012). *Contemporary social and sociological theory: Visualizing social worlds*. Sage.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Joralemon, D. (2017). *Exploring medical anthropology*. Taylor & Francis.
- Kitchen, D. (2016). *Structural Functional Theory*. <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs273>
- McElroy, A. (2018). *Medical anthropology in ecological perspective*. Routledge.
- Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the

- integrated behavioral model. *Health behavior: Theory, research and practice*, 70(4), 231.
- Nkanunye, C. C., & Obiechina, G. O. (2017). Health communication strategies as gateway to effective health promotion and well-being. *Journal of Medical Research and Health Education*, 1(3), 13.
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction?. *Health education research*, 20(3), 275-290.
- Notoatmodjo, S. (2010). Ilmu perilaku kesehatan. *Rineka Cipta: Jakarta*.
- Notoatmodjo, S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan, Rineka Cipta. *Jakarta. Indonesia*.
- Notoatmodjo, S. (2014). Science of Health Behavior. *Jakarta: Rineka Cipta*, 135-167.
- Oyedokun, G. (2016). Management Thoughts: The Review of Social Action Theory. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2912274>
- Ritzer, G., & Stepnisky, J. (2016). *Classical sociological theory*. SAGE Publications.
- Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: conceptual frames and

empirical advances. *Current opinion in psychology*,
5, 78-84.

WHO(2017). WHO Strategic Communication Frameworks
for Effective Communication.