

PSIKOLOGI KESEHATAN



PENULIS

Arina Nuraliza Romas, Christina Rony Nayoan, Helga ndun,
Yuli Arinta Dewi, Dian Jayantari Putri K. Hedo,
Natalia Sulistyo Veerman, Elna Sari, Nurul Qamarya,
Sri Nurcahyati, Reza Fahlevi, Faridah Hariyani

PSIKOLOGI KESEHATAN

**Arina Nuraliza Romas
Christina Rony Nayoan
Helga ndun
Yuli Arinta Dewi
Dian Jayantari Putri K. Hedon
Natalia Sulisty Veerman
Elna Sari
Nurul Qamarya
Sri Nurcahyati
Reza Fahlevi
Faridah Hariyani**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PSIKOLOGI KESEHATAN

Penulis :

Arina Nuraliza Romas
Christina Rony Nayoan
Helga ndun
Yuli Arinta Dewi
Dian Jayantari Putri K. Hedo
Natalia Sulisty Veerman
Elna Sari
Nurul Qamarya
Sri Nurcahyati
Reza Fahlevi
Faridah Hariyani

ISBN : 978-623-198-166-0

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S, SPd. M.Kes.

Free Dirga Dwatra, S.Psi., M.A.

Penyunting: Yuliatr Novita, M.Hum.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, SPd.

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekuatifteknologi.co.id
Email : globaleksekuatifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Maret 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul Psikologi Kesehatan dapat diselesaikan. Buku ini berisikan bahasan tentang konsep teoritis dan sejarah psikologi kesehatan, *health and illness*, teori perilaku kesehatan, *lifestyle and health, addictive behavior, acute and chronic illness, stress and management stress, social epidemiology and health policy*, tugas dan ruang lingkup psikologi klinis kesehatan, sistem rumah sakit, hak pasien dan keluarga.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, Maret 2023
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB 1 KONSEP TEORITIS DAN SEJARAH PSIKOLOGI KESEHATAN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Teoritis	3
1.3 Sejarah Psikologi Kesehatan	8
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 HEALTH AND ILNESS	15
2.1 Konsep Kesehatan	16
2.1.1. Konsep Kesehatan Tradisional	16
2.2.2. Konsep Organisasi Kesehatan Dunia tentang Kesehatan.....	17
2.2.3. Konsep ekologis mengenai kesehatan	18
2.2 Pencarian konsep kesehatan yang berlaku secara universal.....	20
2.2.1. Arti Kesehatan: Temuan Empiris pada Anak dan Remaja.....	22
2.2.3 Pengertian kesehatan : studi di kalangan orang dewasa.....	23
2.2.4 Arti Kesehatan: Mengintegrasikan Hasil Anak, Remaja dan Dewasa.....	27
2.3 Pengertian sakit	28
2.3.1 Studi Empiris dengan Anak-anak, Remaja dan Orang Dewasa.....	29
2.3.2 Arti Penyakit: Studi Berdasarkan Pendekatan Representasi Penyakit.....	31
2.4 Arti Kesehatan, Arti Penyakit dan Psikologi Kesehatan	33
DAFTAR PUSTAKA.....	35
BAB 3 TEORI PERILAKU KESEHATAN.....	41
3.1 Model Kepercayaan Kesehatan/ <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	41
3.2 Teori Aksi Beralasan/ <i>Theory of Reasoned Action</i> (TRA)	45
3.3 Teori Perilaku Berencana/ <i>Theory of Planned Behavior</i> (TPB)	47
3.4 Model Transteori/Transtheoretical Model (TTM)	51
3.4.1 Tahap Perubahan Perilaku	51
3.4.2 Proses Perubahan Perilaku/ <i>Processes of Change</i> (POC).....	53
DAFTAR PUSTAKA.....	56
BAB 4 PERBEDAAN INDIVIDU DAN KEBIASAAN	57
4.1 Pendahuluan.....	57
4.2 Perbedaan Individu	58
4.3 Penyebab perbedaan individu.....	60

4.4 Kebiasaan	63
DAFTAR PUSTAKA.....	66
BAB 5 LIFESTYLE AND HEALTH	67
5.1 <i>Healthy Lifestyle Behavior</i>	67
5.2 <i>Healthy Lifestyle Behavior</i> di Masa Pandemi	69
5.3 Mengenal Bentuk Penerapan <i>Healthy Lifestyle Behavior</i>	73
5.4 Berbagai Determinan <i>Healthy Lifestyle Behavior</i>	75
5.5 Sehat Berkelanjutan dengan <i>Healthy Lifestyle</i> yang Terencana.....	79
DAFTAR PUSTAKA.....	82
BAB 6 ADDICTIVE BEHAVIOR	89
6.1. Pendahuluan	89
6.2 Definisi Perilaku Kecanduan.	90
6.3 Dampak Perilaku Adiktif.....	92
6.4 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Adiktif	93
6.5 Tahap Perilaku Adiktif.	94
6.6 Model Perilaku Adiksi	96
6.7 Jenis Perilaku Adiktif.....	117
6.8 Intervensi Psikologis pada Perilaku Adiktif.	120
DAFTAR PUSTAKA.....	125
BAB 7 ACUTE AND CHRONIC ILLNESS	127
7.1 Pendahuluan	127
7.2 Penyakit Kronis	129
7.2.1 Faktor Risiko Perilaku yang dapat dimodifikasi	131
7.2.2 Faktor Risiko Metabolik.....	131
7.2.3 Faktor Budaya.....	132
7.3 Penyakit Akut.....	133
DAFTAR PUSTAKA.....	135
BAB 8 STRESS AND MANAGEMENT STRESS.....	137
8.1 Pendahuluan	137
8.2 Pengertian Stress	138
8.3 Macam-Macam Stress	139
8.4 Faktor-faktor yang Menyebabkan Stres.....	141
8.5 Tahapan terjadinya stress	142
8.6 Ciri-Ciri Orang yang Mengalami Stres	143
8.7 Dampak Stress	143
8.8 Manajemen Stres.....	145
DAFTAR PUSTAKA.....	149
BAB 9 SOCIAL EPIDEMIOLOGY AND HEALTH POLICY	151
9.1 Pendahuluan	151
9.2 Sosial Epidemiologi	152

9.2.1 Pengertian.....	153
9.2.2 Konsep Epidemiologi Sosial.....	155
9.3 Kebijakan Kesehatan.....	157
9.2.1 Pengertian.....	158
9.2.2 Komponen Kebijakan	159
9.2.3 Bentuk kebijakan kesehatan.....	161
DAFTAR PUSTAKA.....	162
BAB 10 TUGAS DAN RUANG LINGKUP PSIKOLOGI KLINIS	
KESEHATAN.....	165
10.1 Pendahuluan.....	165
10.2 Model Biopsikososial	168
10.3 Perbedaan Psikologi Kesehatan dan Kedokteran Perilaku	179
10.4 Ruang Lingkup Psikologi Kesehatan.....	181
DAFTAR PUSTAKA.....	184
BAB 11 SISTEM RUMAH SAKIT, HAK PASIEN DAN KELUARGA	187
11.1 Pendahuluan.....	187
11.2 Kewajiban Rumah Sakit.....	188
11.3 Kewajiban Pasien.....	192
11.4 Hak Pasien dan Keluarga.....	193
DAFTAR PUSTAKA.....	196
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Model Kepercayaan Kesehatan sebagai prediktor perilaku kesehatan.....	44
Gambar 3.2. Teori Aksi Beralasan.....	46
Gambar 3.3. Teori Perilaku Berencana.....	50
Gambar 9.1 Kerangka Konsep	157
Gambar 9.2. Keterkaitan Komponen Kebijakan	159
Gambar 10.1 Model Biopsikosial: Biologis, Psikologis, dan Sosial berinteraksi untuk Menghasilkan Kesehatan dan Penyakit.....	168

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Psikologi Kesehatan di Tinjau dari 5W + 1H	6
Tabel 1.2. Sejarah Psikologi Kesehatan dari Perspektif Ahli.....	10
Tabel 3.1. Faktor Pendukung dan Penghambat Penggunaan Kondom.....	49
Tabel 6.1. The Four Dimensions of the Transtheoretical Model of Intentional Behavior Change	108
Tabel 7.1 Sepuluh Penyakit Penyebab Utama Kematian di Dunia	128
Tabel 7.2 Berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kronis.....	129
Tabel 12.1. Tren Abad Kedua Puluh yang Membentuk Psikologi Kesehatan.....	179

BAB 1

KONSEP TEORITIS DAN

SEJARAH PSIKOLOGI KESEHATAN

Oleh Arina Nuraliza Romas

1.1 Pendahuluan

Psikologi kesehatan merupakan disiplin ilmu yang sangat beragam, menarik, dan berkembang pesat. Psikologi kesehatan berkaitan dengan perilaku, karena perilaku penting dalam konteks kesehatan dan penyakit, dalam perkembangan penyakit yang paling umum, seperti kanker, diabetes dan gangguan kardiovaskular. Perubahan perilaku merupakan tujuan dari promosi kesehatan, dimana bertujuan meningkatkan kesejahteraan individu, baik secara fisik maupun mental. Perubahan perilaku sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pada mereka yang menderita penyakit kronis (Binay & Yiğit, 2016).

Kebangkitan psikologi kesehatan adalah karena keberhasilan intervensi biomedis untuk mengurangi angka kematian akibat penyakit menular, dan munculnya tantangan lain yang lebih kompleks yang perlu ditangani. Paradoksnya, kita sekarang sedang mengalami, berjuang dan menangani salah satu pandemi terbesar di abad ke-21, dan menyadari sepenuhnya bahwa perilaku juga penting dalam kasus penyakit menular (Quinn, Chater, & Morrison, 2020).

Psikologi kesehatan berkaitan dengan pemahaman cara biologi, perilaku, dan konteks sosial mempengaruhi kesehatan dan penyakit. Psikolog yang mempelajari bagaimana faktor biologis, perilaku, dan sosial memengaruhi kesehatan dan

penyakit dikenal sebagai psikolog kesehatan. Kemajuan baru dalam studi psikologis, medis, dan fisiologis telah menghasilkan cara berpikir baru tentang kesehatan dan penyakit. Aliran pemikiran ini, berlabel model bio-psikososial, memandang kesehatan dan penyakit sebagai produk dari perpaduan faktor-faktor yang meliputi ciri-ciri biologis (misalnya kecenderungan genetik), latar sosial (pengaruh budaya, hubungan dengan keluarga, dukungan dari lingkungan masyarakat), dan perilaku (misalnya, keyakinan kesehatan, stres, gaya hidup) (Noar, Harrington, Stee, & Aldrich, 2011).

Psikolog kesehatan bertujuan mengidentifikasi perilaku, menyebabkan penyakit, dan mengontrol efisiensi perawatan kesehatan. Dalam rangkian untuk meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, psikolog kesehatan juga mengembangkan cara untuk mengatasi masalah kecanduan. Mereka mempelajari hubungan antara penyakit dan sifat individu. Faktor kontekstual, seperti sosial, ekonomi, gaya hidup, budaya, dan masyarakat, faktor yang mempengaruhi kesehatan juga menjadi perhatian para psikolog kesehatan. Psikolog kesehatan berusaha mengubah perilaku kesehatan untuk tujuan ganda, yaitu mempromosikan kesehatan masyarakat dan membantu pasien untuk tetap berpegang pada proses pengobatan. Melalui advokasi untuk perubahan perilaku, mereka berusaha untuk meningkatkan kesehatan (Crombez, 2022).

Psikolog kesehatan menyelidiki bagaimana penyakit memengaruhi kesehatan psikologis seseorang. Orang yang terluka atau sakit harus menghadapi berbagai stres praktis yang beragam. Stresor ini dapat menyebabkan depresi, menurunkan harga diri, dll. Psikologi kesehatan juga berusaha untuk membuat kehidupan orang dengan penyakit terminal menjadi lebih baik. Dengan membantu orang sakit untuk mendapatkan kembali setidaknya sebagian dari kesehatan

psikologis mereka, serta membantu meningkatkan kualitas hidup mereka.

1.2 Konsep Teoritis

Psikologi merupakan ilmu tentang pikiran dan perilaku. Dengan memahami kemanusiaan, yaitu dengan menemukan prinsip-prinsip universal dan mempelajari kasus-kasus khusus, tujuannya adalah untuk memberi manfaat bagi masyarakat. Praktisi profesional di bidang ini dikenal sebagai psikolog. Psikologi, sebagai bidang studi, berupaya untuk memahami peran yang dimainkan oleh fungsi mental dalam perilaku individu dan juga sosial, hal ini juga mengeksplorasi proses neurobiologis dan fisiologis yang menyebabkan beberapa fungsi dan perilaku. Psikologi menyelidiki konsep-konsep seperti kognisi, persepsi perhatian, motivasi fenomenologi, kepribadian, emosi, perilaku, hubungan interpersonal dan fungsi otak. Psikolog mendalam, bahkan mempertimbangkan pikiran bawah sadar. Pengetahuan psikologis ini pada umumnya bersifat praktis untuk evaluasi dan pengelolaan masalah kesehatan mental (Holmes, Hughes, & Morrison, 2014).

Bidang psikologi mempelajari hubungan antara proses fisiologis dan psikologis disebut sebagai psikofisiologi. Psikofisiolog mempelajari ikatan psikolog dan fisiologi pada manusia, dampak keadaan psikologis dan respons sistem psikologis. Psikofisiologi adalah studi tentang antarmuka tubuh pikiran. Psikofisiologi sangat terkait dengan bidang ilmu saraf dan ilmu saraf sosial (terutama berkaitan dengan hubungan antara peristiwa psikologis dan respons otak). Psikofisiologi juga terkait dengan psikosomatis. Lingkungan psikososial individu adalah dasar utama, langsung atau tidak langsung, dalam bagaimana perasaan mereka secara fisik atau bagaimana mereka melewati suatu penyakit. Pertanyaan tentang apa yang

menyebabkan satu sama lain antara stres dan depresi juga merupakan bidang inkuisisi psikofisiologi. Menyelidiki mana penyebab utama dari yang lain itu sulit karena masing-masing dapat menjadi efek atau dampak dari faktor lain. Stres datang dalam berbagai bentuk. Depresi menyebabkan stres, kecemasan, dan juga peristiwa kehidupan dapat mengakibatkan stres.

Sistem kekebalan dan otak secara konstan saling memberi sinyal dan seringkali menggunakan jalur yang sama. Ini mungkin menjelaskan bagaimana keadaan pikiran mempengaruhi keadaan tubuh (kesehatan). Kondisi psikososial seseorang dapat berdampak langsung pada daya tahan tubuhnya. Misalnya, ketegangan saraf atau dikenal sebagai stres, memiliki beragam efek pada sistem endokrin. Stres adalah cara tubuh menghadapi atau bersiap menghadapi stresor yang dirasakan. Stres mencakup refleksi fisiologis yang membuat tubuh siap untuk melawan atau lari. Refleksi tersebut antara lain, stimulasi sistem saraf yang diperkuat, pelepasan adrenalin ke dalam aliran darah, perubahan aliran darah ke berbagai bagian tubuh, dll. Stres terkadang tidak melibatkan kesadaran orang tersebut terhadap ancaman, tetapi stresor harus dilihat atau dipikirkan pada suatu saat menjadi penyebab stres. Tingkat stres yang dirasakan bergantung pada penilaian individu terhadap stressor, meskipun penilaian tersebut salah (Waszczuk, Ruggero, Li, Luft, & Kotov, 2018).

Kondisi kesehatan emosional yang baik pada individu, dapat dilihat dari kesadaran atas perasaan, perilaku dan pikirannya. Individu perlu memiliki sikap yang positif dan menjalin hubungan yang baik dengan orang lain. Pikiran perlu bekerja secara sadar untuk mengatur suasana hati kita agar tubuh bisa dalam keadaan sehat. Sikap positif berkorelasi dengan peningkatan kapasitas sistem kekebalan tubuh dalam melawan penyakit. Saat tubuh lelah, otak dan sistem saraf yang

mengontrol tubuh kita secara otomatis kehilangan kelincahan, menyebabkan gerakan dan keputusan yang kita buat menjadi lebih lambat. Mereka mengerem untuk menyelamatkan tubuh kita dari beban kerja yang berlebihan. Setelah rem diterapkan, individu akan beristirahat atau tidur untuk menyembuhkan kelelahan fisik. Jika individu tersebut, memilih untuk tidak menghiraukan kelelahan dan terus bekerja, kelelahan akan menumpuk dan menjadi kronis. Jika hal tersebut menjadi serius, maka akan menyebabkan kelelahan mental dan memicu berbagai penyakit (Roessler, Weber, Tawil, & Kühn, 2022).

Tubuh dan pikiran bekerja sama untuk mengatur suasana hati dan melawan kelelahan fisik, serta mempengaruhi stres dan penyembuhan. Ketidakseimbangan tubuh juga mempengaruhi suasana hati, mempengaruhi stres, kelelahan mental serta penyembuhan. Sistem tubuh yang mempengaruhi suasana hati dan fungsi otak antara lain sistem kekebalan tubuh, usus, hormon, sistem detox, sistem energi, status gizi, dll. Misalnya tanda-tanda defisiensi magnesium yang dapat diamati termasuk stres dan kecemasan, jantung berdebar, kram otot yang parah dan mata berkedut. Individu dapat mempengaruhi kekuatan otak untuk menenangkan pikiran dan mendapatkan penyembuhan.

Orang-orang yang didiagnosis dengan kanker berisiko mengalami perubahan gaya hidup yang signifikan karena kondisinya. Mereka dapat mempelajari dari kebiasaan makan yang buruk akibat perasaan mual yang awalnya tidak berhubungan langsung dengan kondisi dan pengobatan mereka. Mereka mungkin memiliki pola tidur yang tidak teratur seperti sulit bangun pagi dan insomnia. Masalah pada pengobatan dan obat yang dikonsumsi juga sering terjadi. Semua faktor tersebut, tampaknya akan menimbulkan tekanan lebih lanjut yang berdampak pada efek fisiologis. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa, melakukan aktivitas fisik

mampu untuk membantu menghilangkan kebiasaan yang buruk dan mengurangi depresi serta memberikan sikap yang optimis.

Faktor lingkungan sosial juga memainkan peran utama dalam fungsi kekebalan tubuh. Seseorang dengan lingkaran sosial yang sehat akan terbukti meningkatkan kemampuan kekebalan secara efektif. Dukungan sosial ini juga terlihat menimbulkan respons positif terhadap sistem kardiovaskular. Hal tersebut, membantu dalam pengaturan tekanan darah sehingga meminimalkan risiko penyakit jantung (A.Vosečková, Truhlářová, & Levická, 2014).

Tabel 1.1. Psikologi Kesehatan di Tinjau dari 5W + 1H

Pertanyaan	Penjelasan
Apa penyebab sakit?	Penyebab sakit sangat kompleks, munculnya suatu penyakit pada individu bisa disebabkan oleh multi faktor yang saling berkaitan atau berdiri sendiri, mulai dari faktor biologi (virus, bakteri, dsb), psikologi (karakteristik, perilaku, keyakinan, dsb) dan sosial (budaya, suku, etnik, dsb).
Siapa yang bertanggung jawab atas sakit?	Penyebab sakit bisa disebabkan oleh multi faktor, sehingga individu tidak lagi dipandang sebagai korban saja tetapi juga bisa sebagai pelaku, maka dari itu sudah seharusnya individu bertanggung jawab atas kesehatan mereka.
Mengapa sakit berkaitan dengan psikologi?	Karena sakit dapat terjadi dari multi faktor, salah satunya adalah faktor psikologi yaitu karakteristik, perilaku, keyakinan, dsb. Perilaku individu yang cenderung kurang sehat dan abai akan kesehatannya, maka mengakibatkan munculnya penyakit, baik menular maupun tidak menular. Timbulnya penyakit didalam tubuh merupakan hasil dari perilaku individu itu sendiri.

Pertanyaan	Penjelasan
Kapan sakit dikaitkan dengan masalah psikologi?	Ketika pasien mengalami kepanikan, ketakutan yang berlebihan, perubahan suasana hati, emosi dan pikiran yang tidak terkontrol, perubahan tidur, nafsu makan berkurang dan penarikan diri dari lingkungan sosial.
Dimana mendapatkan perawatan sakit karena masalah psikologi?	Rumah sakit, puskesmas, klinik, dsb. Pengobatan medis dilakukan oleh dokter dengan spesialis tertentu tergantung penyakit yang diderita pasien, sedangkan masalah psikologi dapat dibantu oleh seorang psikolog yang berkecimpung dalam bidang psikologi klinis dengan menerapkan asas-asas psikologi pada diagnosa dan perawatan masalah emosi, perilaku, dsb.
Bagaimana mengobati penyakit?	Pengobatan dilakukan atas kesadaran, kemauan dan kemampuan individu dalam melawan rasa sakit, mengatasi sakit yang dialaminya dan mencoba melakukan pengobatan sesuai dengan saran dari dokter, maka kuncinya adalah perubahan perilaku individu, mau memperbaiki dan merubah gaya hidupnya atau tidak.

Psikologi kesehatan merupakan cabang psikologi yang mempelajari pengaruh kondisi psikologis terhadap kesehatan seorang individu, mulai dari penyebab sakitnya dan bagaimana responnya terhadap kondisi sakit yang dialami. Hadirnya psikologi kesehatan dilatarbelakangi oleh, munculnya penyakit kronis yang berkaitan dengan pola hidup atau perilaku hidup. Pengembangan perawatan dan pengobatan kesehatan melibatkan bidang ekonomi, realita sosial serta adanya kontribusi faktor psikologis terhadap kondisi sakit. Sehingga perlu dilakukannya intervensi psikologis untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Palmer & Sesé, 2013).

1.3 Sejarah Psikologi Kesehatan

Pada masa-masa paling awal, bentuk-bentuk dasar psikologi dipraktekkan oleh para pendeta, dukun, penyihir, peramal dan para ahli ilmu hitam yang semuanya menawarkan sihir, agama, pengobatan herbal untuk memberikan keringanan pada pasien yang mengalami penyakit baik secara fisik maupun mental. Upaya awal ini berkembang menjadi bidang kedokteran, agama dan psikologi saat ini, dengan sisa pengaruh yang tumpang tindih di antara ketiganya.

Abad pertengahan memiliki reputasi buruk di kalangan psikolog abad kedua puluh. Edwin Boring dalam *A History of Experimental Psychology* berpendapat bahwa pemikiran akhir abad pertengahan sebagian besar didasarkan pada teologi dan karenanya cenderung bertentangan dengan sains. Gregory Zilboorg dalam *History of Medical Psychology* mengklaim bahwa praktisi medis abad pertengahan takut untuk menyelidiki psikologi normal atau abnormal dan beranggapan bahwa orang yang sakit jiwa karena kerasukan setan atau penyihir. Teks pengantar kadang-kadang mengambil argumen ini beberapa tahap lebih jauh, mengklaim bahwa orang yang sakit jiwa di Abad Pertengahan dapat disiksa atau dibakar di tiang pancang sebagai konsekuensi dari keyakinan bahwa mereka dirasuki setan (Holmes et al., 2014).

Sejarawan psikologi di akhir abad ke-20 tidak membenarkan klaim bahwa orang yang sakit mental secara rutin diperlakukan dengan kejam di Abad Pertengahan. Selain itu, mereka umumnya mengambil pandangan yang lebih simpatik tentang periode tersebut, menemukan bahwa para filsuf, dokter dan bahkan teolog abad pertengahan menghasilkan dan memperdebatkan teori-teori perilaku manusia yang menarik, meskipun mereka tampaknya tidak berbuat banyak untuk mengujinya secara eksperimental.

Renaissans menghidupkan kembali minat pada kepribadian individu, menyiapkan panggung bagi munculnya psikologi di abad ketujuh belas. Selanjutnya, psikologi menjadi penting secara sosial pada abad kedelapan belas, dan menjadi ilmu pengetahuan pada abad kesembilan belas, dan sejarah kata psikologi mencerminkan perkembangan ini. Meskipun akar etimologisnya adalah bahasa Yunani, *psuche* "jiwa" dan *logos* "kata", psikologi muncul secara tidak terduga mulai tahun 1600-an, dan memperoleh pengakuan umum hanya pada abad ke-19. Sebaliknya, orang menulis tentang "ilmu tentang sifat manusia" atau ilmu "mental" atau "moral". Selain itu, psikologi adalah salah satu dari beberapa ilmu manusia yang muncul dalam lima abad setelah 1400, tetapi butuh waktu bertahun-tahun bagi mereka untuk mengambil bentuk modernnya .

Psikologi pada abad 21 mengalami pergeseran dari perspektif perilaku dalam psikologi ke perspektif kognitif yaitu pergeseran dari ketergantungan yang ketat pada sumber pengetahuan empiris ke penerimaan rasionalitas sebagai suatu sumber pengetahuan. Dalam dekade pertama, psikologi mengambil tampilan baru lainnya atau mungkin hanya kembali ke asalnya. Psikologi dan faktanya seluruh masyarakat, merangkul spiritualitas, menerima iman sebagai sumber pengetahuan yang sekali lagi sah. Kemajuan teknologi informasi, seperti internet dan jaringan berita 24 jam, telah membuat psikologi dalam segala bentuknya dapat diakses oleh semua orang. Sehingga segala informasi dari ilmu psikologi dijadikan sebagai sumber referensi untuk mendiagnosa sendiri apa yang mereka alami (Anyanwu & Nwajiuba, 2021).

Tabel 1.2. Sejarah Psikologi Kesehatan dari Perspektif Ahli

Tahun	Penjelasan
Tahun 1970-an : Menerapkan psikologi ke bidang kedokteran	The Todd Report (Royal Commission on Medical Education) memperluas kurikulum medis di Inggris untuk memasukkan ilmu sosial dan psikologi. Kurikulum psikologi terdiri dari psikofisiologi, psikologi sosial dan kognisi. Literatur ilmiah mengembangkan aplikasi psikologi untuk kesehatan dan perawatan kesehatan, seperti persiapan untuk operasi dan mengatasi penyakit atau kecacatan. Psikofisiologi telah berkembang sepanjang abad ke-20, dengan penelitian yang berfokus pada stres, biofeedback dan konsep lain yang seringkali memiliki hubungan yang jelas dengan kesehatan. Selama tahun 1970-an, psikologi klinis mulai bekerja di lingkungan medis seperti rumah sakit umum dan menerapkan terapi perilaku untuk masalah penyakit fisik. Psikologi klinis berfokus pada kesehatan mental, seperti penyesuaian atau neuropsikologi, sering dikaitkan dengan terapi atau modifikasi perilaku.
Tahun 1980-an : Perbatasan baru psikologi terapan di Inggris	Pada 1980-an, iklim sosio-politik bergeser ke kanan, mendorong tanggung jawab individu yang lebih besar untuk kesehatan. Ketidaksetaraan sosial dalam kesehatan menekankan faktor budaya dan perilaku, berfokus pada perilaku individu dan respon terhadap suatu penyakit.

Tahun	Penjelasan
Tahun 1990-an : Ilmuwan praktisi menjadi profesi kesehatan : peluang dan tantangan	Psikologi kesehatan sebagai identitas terus menyebar dan tersebar luas di departemen psikologi, kedokteran dan profesi kesehatan di universitas. Selama tahun 1990-an tumbuh panggilan untuk psikologi kesehatan untuk lebih diinformasikan oleh faktor sosial, politik dan budaya. Meningkatnya jumlah lulusan psikologi klinis merupakan peluang, sedangkan tantangannya adalah melakukan penelitian-penelitian untuk mendukung ilmu psikologi kesehatan.
Tahun 2000-an : Membangun disiplin	Pada tahun 2000, psikologi kesehatan di Inggris Raya memiliki ciri-ciri umum dari profesi sains dan kesehatan: badan profesional, jurnal, konferensi, buku teks dan rute pelatihan. Bidang penelitiannya meliputi stres, penanggulangan penyakit, psikologi nyeri, dsb.
Tahun 2010-an : Refleksi dan arah masa depan	Terjadi pergeseran dari memprediksi perilaku kesehatan dengan menggunakan teori dominan dari psikologi sosial, menuju perubahan perilaku kesehatan. Praktek psikologi kesehatan terus berkembang, karena pendatang baru masuk ke profesi ini melalui jalur pelatihan keahlian walaupun memiliki sedikit latar belakang psikologi klinis dan psikologi kesehatan klinis telah menjadi profesi paralel.

Pada tahun 1970-an, sekolah kedokteran di London merekrut psikolog untuk mengajar, sambil melakukan penelitian pragmatis tentang masalah kesehatan. Pada saat yang sama, beberapa psikolog klinis mulai menangani kondisi kesehatan fisik di rumah sakit umum. Sebagian dipengaruhi oleh perkembangan di Amerika Serikat dan Eropa, identitas psikologi kesehatan berkembang dan menyebar ke para peneliti dan praktisi yang bekerja di bidang psikologi dan kesehatan. Pada 1980-an, bidang ini terus menarik para peneliti, termasuk psikolog sosial yang bekerja dengan perilaku dan hasil kesehatan, dan psikolog klinis yang bekerja di lingkungan perawatan kesehatan. Selama ini diformalkan sebagai bidang keilmuan dengan dibuatnya Bagian Psikologi Kesehatan, mata kuliah, dan jurnal. Pada 1990-an, bidang ini beralih ke praktik profesional, yang kontroversial dengan divisi Bagian Psikologi Kesehatan. Namun, terus tumbuh dan berkembang hingga tahun 2000-an dan 2010-an (Quinn et al., 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- A.Vosečková, Truhlářová, Z., & Levická, J. (2014). New Approach to Teaching of Health Psychology Focusing on Social Work in the Family. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 324–329.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.317>
- Anyanwu, I. N., & Nwajiuba, C. A. (2021). Climatic impacts on socio-cultural behavior, health and psychology of rural communities in South East Nigeria. *Environmental Challenges*, 4(November 2020), 100102.
<https://doi.org/10.1016/j.envc.2021.100102>
- Binay, Ş., & Yiğit, R. (2016). Relationship Between Adolescents' Health Promoting Lifestyle Behaviors and Self-Efficacy. *The Journal of Pediatric Research*, 3(4), 180–186. <https://doi.org/10.4274/jpr.18894>
- Crombez, G. (2022). *Introduction to Volume 8: Health Psychology. Comprehensive Clinical Psychology* (Second Edition, Vol. 8). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818697-8.02008-2>
- Holmes, E. A. F., Hughes, D. A., & Morrison, V. L. (2014). Predicting adherence to medications using health psychology theories: A systematic review of 20 years of empirical research. *Value in Health*, 17(8), 863–876.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671>
- Noar, S. M., Harrington, N. G., Stee, S. K. Van, & Aldrich, R. S. (2011). to Change Lifestyle Behaviors.
<https://doi.org/10.1177/1559827610387255>
- Palmer, A., & Sesé, A. (2013). Recommendations for the use of statistics in clinical and health psychology. *Clinica y Salud*, 24(1), 47–54. <https://doi.org/10.5093/cl2013a6>

- Quinn, F., Chater, A., & Morrison, V. (2020). An oral history of health psychology in the UK. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 502–518.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12418>
- Roessler, K. K., Weber, S., Tawil, N., & Kühn, S. (2022). Psychological attributes of house facades: A graph network approach in environmental psychology. *Journal of Environmental Psychology*, 82(December 2021), 101846. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2022.101846>
- Waszczuk, M. A., Ruggero, C., Li, K., Luft, B. J., & Kotov, R. (2018). The role of modifiable health-related behaviors in the association between PTSD and respiratory illness. *Behaviour Research and Therapy*, (August), 0–1.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.018>

BAB 2

HEALTH AND ILLNESS

Oleh Christina Rony Nayoan

Secara historis, kata kesehatan muncul kira-kira pada tahun 1000 M. Dolfman (1973) dan Balog (1978) mempelajari akar dari konsep kesehatan. Kata ini awalnya berasal dari bahasa Inggris Kuno dan itu berarti keadaan dan kondisi menjadi sehat atau sempurna. Lebih tepatnya, kesehatan dikaitkan tidak hanya dengan fungsi fisiologis, tetapi dengan mental dan kesehatan moral, dan juga kesempurnaan rohani, juga. walaupun kata kesehatan sering didahului dengan baik kualifikasi positif maupun negatif seperti baik, buruk atau miskin, kesehatan selalu dianggap sebagai entitas positif.

Bagi orang Yunani kuno, kesehatan selalu menjadi atribut yang sangat penting. Ide awal mereka tentang kesehatan sebagai tanggung jawab ilahi dan penyakit sebagai fenomena supranatural digantikan oleh mereka pengakuan relevansi kebiasaan hidup pribadi dan faktor lingkungan untuk status kesehatan pria. Gagasan orang Yunani tentang kesehatan dan penyakit tidak diragukan lagi memberikan dampak besar pada pandangan Barat tentang kesehatan. Namun, dengan kemajuan di bidang kedokteran, sains, sosiologi, psikologi, dan politik, semakin banyak teori-teori filosofis kesehatan yang mulai dipertanyakan dan digantikan oleh teori-teori yang lebih ilmiah.

Sejauh ini para peneliti setuju bahwa pandangan individu mengenai kesehatan dan penyakit berdampak pada sikap dan perilaku kesehatan mereka, pikiran orang tentang kesehatan dan masalah terkait kesehatan semakin dibutuhkan untuk

diselidiki. Bab ini secara konsisten, akan meninjau ide-ide besar yang mendasari konsep individu tentang kesehatan dan penyakit. Dan lebih lanjut akan membahas kontribusi konsep kesehatan dan penyakit untuk psikologi kesehatan.

2.1 Konsep Kesehatan

Seperti yang disarankan oleh Balog (1978), tiga pandangan utama tentang kesehatan akhir-akhir ini bermunculan adalah: (a) konsep medis tradisional, (b) konsep organisasi kesehatan dunia, dan (c) konsep ekologis. Deskripsi dari ketiga konsep ini akan dibahas pada sub-bab selanjutnya.

2.1.1. Konsep Kesehatan Tradisional

Gagasan paling awal tentang kesehatan adalah sebagai keadaan bebas dari penyakit merupakan konsep medis tradisional. Konsep kesehatan ini dipercayai hingga hampir awal abad kedua puluh, terutama di kalangan dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Seperti yang dijelaskan oleh Balog (1978), konsep medis tradisional tentang kesehatan didasarkan pada asumsi bahwa kesehatan dan penyakit itu objektif dan fenomena yang dapat diamati. Perkembangan di bidang anatomi, bakteriologi, dan fisiologi berkontribusi pada pandangan ini. Alih-alih mewakili adanya atribut tertentu, kesehatan lebih didefinisikan semata-mata ketiadaan penyakit, gejala, tanda atau masalah lainnya. Perangkat utama dari konsep kesehatan ini adalah bahwa pandangan ini mengonseptualisasikan kesehatan yang menekankan pada ketiadaan penyakit, dan bahwa konsep ini mengabaikan individu secara keseluruhan dengan terlalu banyak menekankan pada penyakit dan atau kelemahan pada bagian tubuh tertentu. Sebagai tambahan, pandangan tradisional tentang kesehatan ini diasumsikan hanya adanya dikotomi

antara kesehatan dan penyakit, yang menurut Hinkle (1961) kesehatan bukan hanya kedua hal tersebut. Untuk menjadi sehat, individu tidak perlu berada dalam keadaan bebas mutlak dari penyakit, tetapi mungkin cukup dengan memiliki lebih sedikit penyakit daripada orang yang tidak sehat. Dengan demikian, ketiadaan penyakit, gejala atau masalah mungkin tidak dapat menjadi pembatas yang cukup kuat untuk mencapai keadaan sehat.

2.2.2 Konsep Organisasi Kesehatan Dunia tentang Kesehatan

Pada akhir 1940-an, Organisasi Kesehatan Dunia mengembangkan konsep kesehatan yang lebih holistik sebagai "keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan bukan hanya sebagai ketiadaan penyakit atau kelemahan" (hlm. 1-2, 1947). Daripada membatasi kesehatan pada ketiadaan penyakit, kesehatan dikonseptualisasikan lebih dalam dengan kehadiran ketentuan absolut / sempurna dan kualitas positif.

Pandangan kesehatan yang holistik dan lebih ideal ini melampaui dan memperluas pandangan medis tradisional dengan merumuskan kesehatan sebagai kondisi kesejahteraan yang positif yang mana kesehatan fisik hanya merupakan salah satu aspek yang terlibat. Seiring dengan itu, aspek sosial, psikologis, fisik, ekonomi dan politik dimasukkan dalam definisi kesehatan, dan dianggap sebagai komponen penting untuk mencapai kondisi sehat dan sejahtera. Dengan menambahkan kriteria psikologis dan sosial, para perumus konsep kesehatan dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tidak hanya mengakui bahwa kesehatan dan penyakit pada dasarnya dipengaruhi oleh banyak faktor atau "*multicausal*", tetapi juga mengalihkan fokus dari hanya perspektif medis yang ketat yang mana tidak adanya penyakit adalah kriteria

yang digunakan untuk mengevaluasi status kesehatan seseorang.

Namun, pandangan baru tentang kesehatan ini juga menghadirkan beberapa kekurangan karena kualitas kesejahteraan dan kesehatan belum didefinisikan dengan jelas. konsep yang dirumuskan mengenai kesehatan menjadi begitu luas dan mengambang., definisi kesehatan menurut WHO ini , menurut Lewis (1953), tidak memiliki kekhususan yang cukup untuk didefinisikan secara operasional dan diterapkan secara praktis dalam segala situasi. Selain itu, definisi WHO menyiratkan gagasan tentang keadaan sempurna lengkap yang tidak realistis dan tidak terjangkau (Segre & Ferraz, 1997).

2.2.3 Konsep ekologis mengenai kesehatan

Konsep kesehatan yang lebih ekologis dan relatif muncul pada 1960-an dan 1970-an. Perspektif ini berbeda dari kedua konsep medis dan holistik sebelumnya terutama berkaitan dengan dua aspek: pertama, dengan memahami kesehatan sebagai jenis konsep yang lebih relatif dan, kedua, oleh menempatkan penekanan yang lebih besar pada keterkaitan antara lingkungan dan kualitas hidup seseorang. Definisi kesehatan ekologis dan relatif ini memiliki kecenderungan untuk mendasarkan kesehatan pada evaluasi tingkat fungsi dan adaptasi seseorang terhadap lingkungannya

Dalam perspektif yang lebih berorientasi pada fungsi, kesehatan telah didefinisikan baik dalam hal kapasitas fungsional yang memadai, yang memungkinkan individu untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab mereka (Oberteuffer, 1960), atau dalam hal kualitas hidup tertentu yang memungkinkan individu untuk hidup bahagia, sukses, berhasil, dan kreatif (Williams, 1946; Bauer & Schaller, 1955; Hoyman, 1962). Parsons (1958) membedakan antara fungsi kesehatan

fisik dan mental. Derajat kesehatan mental didefinisikan dalam hal kemampuan individu untuk menjalankan peran sosial yang melekat pada mereka, sementara evaluasi kesehatan somatik didasarkan pada kesehatan individu efektivitas dalam menyelesaikan tugas-tugas yang bernilai bagi mereka.

Alternatif lainnya, pendekatan ekologis lebih banyak diarahkan untuk mengasosiasikan kesehatan dengan adaptasi. Kesehatan dikonseptualisasikan sebagai kapasitas individu untuk menyesuaikan diri secara memadai dengan lingkungan mereka. "Keadaan sehat dan sakit adalah ekspresi dari kesuksesan atau kegagalan yang dialami oleh organisme dalam upayanya untuk merespons secara adaptif terhadap perubahan lingkungan" (Dubos 1965, hlm. xvii). Ungkapan senada juga disampaikan Dunn (1959) yang memberikan definisi lebih lanjut mengenai konsep kesehatan dengan memperkenalkan konsep kesejahteraan sebagai integrasi antara kapasitas seseorang untuk berfungsi di lingkungan mereka, dan kemampuan mereka untuk menyesuaikan dengan tekanan dalam lingkungannya.

Pandangan ekologis kesehatan juga menghadirkan beberapa kesulitan. Individu mungkin dapat cukup beradaptasi dengan lingkungannya tetapi, seperti yang disebutkan oleh Lewis (1953), tidak ada perbedaan yang jelas antara apa yang merupakan adaptasi yang sehat dan yang tidak sehat. Individu sebenarnya dapat beradaptasi dengan kondisi sakit, lingkungan tidak sehat atau memicu penyakit. Dalam kondisi yang sama, individu mungkin akan sakit, akan tetapi tetap dapat menjalankan tanggung jawab sosial. Lebih lanjut, konsep normalitas, berfungsi dengan baik, dan adaptasi adalah konsep-konsep yang dikonstruksi secara sosial dan budaya. Akibatnya, ketika konsep penilaian kondisi sehat merupakan hasil konstruksi sosial dan budaya, menjadi mudah untuk menyimpulkan bahwa apa yang dianggap sehat dalam satu

konteks sosial mungkin tidak sama untuk tempat lain (Parsons, 1958).

2.2 Pencarian konsep kesehatan yang berlaku secara universal

Balog (1978, 1981) bersikeras bahwa perlu dan penting untuk mengintegrasikan berbagai pandangan kesehatan yang berbeda ini ke dalam suatu konsep pemersatu. Balog berpendapat bahwa, meskipun evaluasi status kesehatan secara alami harus agak subjektif dan relatif, adalah lebih memungkinkan untuk menetapkan beberapa kesepakatan mengenai kriteria penting dari konsep kesehatan universal ini. Menurut Balog (1978; 1981) konsep kesehatan perlu memiliki dua kriteria utama dan tidak terpisahkan: (a) memiliki tujuan untuk berfungsi secara biologis dan pribadi dan (b) berfungsi dengan baik antara tubuh dan pikiran individu. Sedangkan tujuan fungsi biologis akan lebih umum dan berlaku untuk semua organisme hidup (misalnya, pelestarian spesies), tujuan fungsi pribadi akan unik untuk manusia (misalnya, mempertahankan kesadaran diri).

Untuk itu, Balog (1978) telah menyimpulkan bahwa kesehatan adalah "keadaan tubuh dan pikiran berfungsi dengan baik yang memberi manusia kemampuan untuk berkembang menuju keduanya tujuan fungsionalnya dan mencapai cita-cita yang dibentuk oleh budayanya" (hal. 115). Tampaknya pandangan Balog (1978) tentang kesehatan memiliki beberapa masalah juga. Definisinya tidak hanya luas, tidak jelas dan subjektif, tetapi juga multidimensi. Konsep kesehatan Balog ini pada akhirnya melampaui ide-ide dasar dari kedua konsep ekologis dan definisi WHO.

Para peneliti menyatakan bahwa konsep kesehatan yang memadai berlaku secara universal tidak dapat dicapai, karena kesehatan pada dasarnya adalah konsep yang sarat nilai dan

makna, yang sangat terkait dengan tujuan yang berbeda yang mengatur penggunaannya. Sejalan dengan itu, para peneliti tersebut tentu setuju bahwa alih-alih mewakili satu entitas (misalnya tidak adanya penyakit), kesehatan mengacu pada sejumlah entitas dan oleh karena itu, kesehatan adalah konsep multidimensi (Parsons, 1958; Baumann, 1961; Dolfman, 1974; Natapoff, 1978; Balog, 1978, 1981; Kalnins & Love, 1982; Eberst, 1984; Laffrey, 1986).

Berbeda dengan gagasan Balog (1978, 1981), Smith (1981) mengusulkan agar berbagai pandangan tentang kesehatan diatur ke dalam empat model berbeda: (a) klinis, (b) kinerja peran, (c) adaptif dan, (d) eudaimonistik. Patut dicatat bahwa model-model ini mengingatkan pada definisi medis tradisional, ekologi, dan WHO yang ada sebelumnya tentang kesehatan. Namun, Smith (1981), alih-alih menggambarkan keempat model itu sebagai saling eksklusif, menganjurkan adanya perkembangan inklusif di antara mereka. Dengan kata lain, model klinis akan mewakili konsep kesehatan minimal (tidak adanya penyakit) sedangkan model eudaimonistik akan mengekspresikan pandangan kesehatan yang paling luas. Sebagai konsekuensinya, pandangan kesehatan yang terakhir dan terluas ini tidak hanya akan mencakup premis dasar dari tiga preseden, tetapi juga akan melampaui tiga konsep awal dengan membawa masalah aktualisasi diri dan pemenuhan diri sebagai komponen kesehatan yang sangat relevan. Seperti dapat dilihat, ada beberapa upaya untuk mendefinisikan kesehatan, dan untuk membangun konsep kesehatan yang unik dan valid secara universal. Namun, bukti menunjukkan bahwa saat ini, semua pandangan tentang kesehatan ini menimbulkan beberapa kekhawatiran. Meskipun para ahli menunjukkan ketidaksepakatan yang cukup besar tentang mana dan berapa banyak komponen yang sebenarnya dimiliki konsep kesehatan, ada beberapa kesepakatan yang tercapai. Misalnya, sebagian

besar peneliti pasti akan setuju bahwa kesehatan adalah konstruksi multidimensi, dan bahwa konsep kesehatan yang valid secara universal tidak dapat dicapai. (Parsons, 1958; Baumann, 1961; Dolfman, 1974; Natapoff, 1978; Kalnins & Love, 1982; Eberst, 1984; Laffrey, 1986). Kurang universalnya konsep kesehatan yang diterima, bagaimanapun, sama sekali tidak menghambat penelitian di bidang ini. Selama peneliti mempertimbangkan bahwa gagasan individu tentang kesehatan dan penyakit mempengaruhi sikap dan perilaku kesehatan mereka, konsep masyarakat tentang kesehatan dan kesehatan dan masalah terkait penyakit semakin banyak dieksplorasi.

2.2.1 Arti Kesehatan: Temuan Empiris pada Anak dan Remaja

Arti kesehatan telah diselidiki di kalangan anak-anak, remaja dan orang dewasa. Fokus utama literatur di bidang ini adalah mengidentifikasi variabel yang paling kuat dalam mempengaruhi pemahaman individu tentang kesehatan. Data dari studi dengan anak-anak dan remaja umumnya menunjukkan bahwa kesehatan pada dasarnya dijelaskan dalam empat gagasan utama: "Praktik Kesehatan", "tidak sakit", "merasa baik" dan "mampu melakukan kegiatan yang diinginkan dan/atau diperlukan". Sebagian besar penelitian diarahkan untuk mengeksplorasi hubungan antara konsep kesehatan individu dan jumlah variabel prediktif (kebanyakan sosio-demografis) yang sangat terbatas. Di antara variabel prediktif yang disertakan, usia dan perkembangan kognitif adalah yang paling prediktif dari perbedaan konsep kesehatan subjek (Rashkis, 1965; Natapoff, 1978; Altan, 1982; Millstein & Irwin, 1987; Schall, Jurberg, Boruchovitch, Felix-Sousa, Rozemberg & Vasconcellos, 1987; Natapoff & Essoka, 1989.).

Walaupun telah cukup banyak temuan berkaitan dengan pengaruh dari usia dan perkembangan kognitif pada perkembangan konsep kesehatan, penelitian belum konklusif dalam hal yang berkaitan dengan pencapaian apa yang ingin dicapai dengan konsep kesehatan sebagai fungsi dari usia. beberapa bukti menunjukkan bahwa remaja akhir lebih beragam dalam topik-topiknya mengenai kesehatan dibandingkan dengan temannya yang usia lebih muda. sebagai tambahannya, sebagian besar penelitian menemukan bahwa pandangan bahwa kesehatan sebagai perasaan positif dan juga keadaan yang tidak sakit bertambah seiring usia. Kesehatan sebagai Praktik sehat justru memiliki tren terbalik, yang lebih banyak disuarakan pada anak-anak dibandingkan dengan remaja. Menurut Natapoff dan Essoka (1989), terdapat alasan untuk mempercayai bahwa dengan bertambahnya usia dan perkembangan kognitif, pengaruh sosio-historis juga dapat memodifikasi dan membentuk pandangan individu tentang kesehatan. Namun tampaknya, pengaruh kontekstual tersebut belum tentu mewakili perpindahan dari perkembangan tren, tetapi pengakuan alternatif dan faktor-faktor tidak saling eksklusif di mana variasi dalam konsep kesehatan individu dapat disangkut pautkan.

2.2.3 Pengertian kesehatan : studi di kalangan orang dewasa

Ada tiga pendekatan utama untuk mempelajari konsep kesehatan di antara orang dewasa: (a) studi deskriptif yang bertujuan untuk memahami ide-ide individu tentang kesehatan (Baumann, 1961; Schall et al, 1987), (b) investigasi menargetkan pengembangan ukuran konsepsi kesehatan (Laffrey, 1986; Wallston, Wallston & Devillis, 1978), dan (c) penelitian yang mencoba mengeksplorasi hubungan potensial

antara konsepsi kesehatan tertentu dan perilaku sehat aktual (Laffrey, 1983, 1986; Segall & Wynd, 1990). Baumann (1961) mengeksplorasi ide-ide kesehatan di kalangan mahasiswa kedokteran dan pasien. Kelompok pasien berasal dari status ekonomi dan sosial (SES) rendah, usia mereka berkisar antara 14 hingga 90 tahun ($X = 56$) dan latar belakang pendidikan bervariasi dari tidak ada sekolah hingga gelar sarjana. Sebaliknya, para mahasiswa kedokteran berasal dari SES atas, sekitar usia dua puluhan dan telah menyelesaikan pendidikan perguruan tinggi. Kesehatan didefinisikan dalam tiga orientasi utama: "orientasi kondisi perasaan" (perasaan sejahtera secara umum), dan "orientasi penampilan/*performance*" (apa yang dapat dilakukan oleh orang yang sehat). Alih-alih mewakili satu ide, kesehatan dipandang sebagai konsep multidimensi yang pada dasarnya oleh lebih dari setengah sampel. Konsep kesehatan ditemukan terkait dengan usia, SES, latar belakang pendidikan, orientasi agama dan kondisi fisik saat ini. Orientasi "*Feeling-State*" lebih sering ditemukan pada pasien daripada pada mahasiswa kedokteran.

Proporsi jawaban dengan Orientasi *Feeling-State* cenderung menurun seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan. Mahasiswa kedokteran dan pasien yang lebih muda sering mendefinisikan kesehatan dalam hal "Orientasi Gejala". Pada kelompok pasien, "Orientasi Gejala" menurun seiring bertambahnya usia. Orang Yahudi dan Protestan lebih menganggap kesehatan dalam hal "Orientasi Kinerja" daripada Katolik. Menarik juga untuk dicatat bahwa secara keseluruhan, baik pasien maupun mahasiswa kedokteran mendefinisikan kesehatan dalam hal "Orientasi Kinerja". Kecenderungan ini, menurut Baumann (1961), dapat mencerminkan penekanan besar yang ditempatkan oleh masyarakat Amerika pada pekerjaan dan prestasi.

Temuan dari studi Brasil yang dilakukan oleh Schall et al. (1987) pada sampel guru dasar dan sains menunjukkan bahwa ada persamaan dan perbedaan dalam definisi kesehatan pada berbagai budaya yang berbeda. Dalam studi Baumann (1961), guru Brasil mendefinisikan kesehatan dalam hal perasaan "kesejahteraan" (40%). Namun, berbeda dengan temuan Baumann (1961), guru Brasil mendefinisikan kesehatan dalam hal "Praktik Kesehatan" (14,5%) dan gagasan kesehatan sebagai "Tidak Adanya Penyakit" lebih jarang ditemukan (6,0%). Juga patut dicatat bahwa meskipun guru Brasil mengkonseptualisasikan kesehatan sebagai "Kondisi Fisik yang Baik" (23%) . penekanan pada kemampuan kinerja peran (Baumann, 1961) tidak muncul dalam jawaban mereka. Ketika penggunaan konsep meningkat pesat, mengembangkan cara yang lebih baik untuk mengukurnya lebih dari diterima. Tertarik untuk mengklarifikasi isu-isu mengenai dimensi konsep kesehatan, Laffrey (1986) memusatkan upaya untuk menyusun skala untuk 28- item pertanyaan untuk mengukur konsep kesehatan menurut orang dewasa. Item ditulis dalam format skala Likert, dan disesuaikan untuk mewakili masing-masing dari empat model kesehatan yang disarankan oleh Smith (1981): klinis, kinerja peran, adaptif dan eudaimonistik. Skala yang direvisi diberikan kepada sampel 141 siswa tingkat master yang didominasi perempuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Skala Konsep Kesehatan Laffrey (1986) memiliki reliabilitas, serta validitas konten dan konstruksi. Analisis faktor memberikan dukungan terhadap keberadaan empat dimensi yang disebutkan di atas dalam konsep kesehatan. Studi lain dengan orang dewasa telah berusaha untuk membangun hubungan antara konsep kesehatan dan sikap kesehatan, perilaku dan orientasi perilaku. Temuan Laffrey (1983, 1986) sebelumnya memberikan beberapa bukti bahwa pandangan yang berbeda tentang

kesehatan dikaitkan dengan keterlibatan dalam berbagai jenis praktik kesehatan. Individu yang memiliki pandangan yang lebih eudaimonistik tentang kesehatan lebih banyak terlibat dalam perilaku peningkatan kesehatan, sementara individu dengan pandangan yang lebih klinis tentang kesehatan lebih berorientasi pada penghindaran penyakit yang ketat dan praktik kuratif. Selain itu, berbeda dengan temuan Baumann (1961), konsep kesehatan ditemukan tidak terkait dengan status kesehatan subjek dalam studi Laffrey. Oleh karena itu, Laffrey (1983; 1986) menyerukan fakta bahwa untuk memahami perilaku atau orientasi perilaku individu, konsep kesehatan mungkin bahkan lebih penting daripada status kesehatan mereka. Juga mencoba untuk mengeksplorasi hubungan potensial antara konsep kesehatan dan perilaku aktual, Segall & Wynd (1990) meneliti nilai konsep kesehatan, *locus-of-control* kesehatan dan kekuasaan sebagai prediktif keberhasilan atau kegagalan dalam perubahan perilaku merokok di antara 64 orang dewasa yang telah berpartisipasi dalam program penghentian merokok komunitas enam bulan sebelumnya. Sehubungan dengan status merokok, 50% dari subjek melaporkan pantang berhasil, sementara 50% lainnya terus merokok atau kembali merokok setelah upaya awal untuk berhenti. Laffrey's (1986) *Health Conception Scale*, Wallston, Wallston & DeVillis' (1978) *Health Locus of Control Scale* dan Barrett's *Power as Knowing Participation in Change Test* (PKPCT) diberikan kepada sampel melalui kuesioner yang dikirim melalui pos. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mereka yang abstain yang berhasil memiliki pandangan eudemonistik tentang kesehatan dan *locus of control* yang lebih internal. Kegagalan untuk berhenti merokok dikaitkan dengan konsepsi klinis kesehatan, *locus of control* eksternal, dan skor yang lebih rendah untuk kekuasaan.

2.2.4 Arti Kesehatan: Mengintegrasikan Hasil Anak, Remaja dan Dewasa

Secara keseluruhan, studi dengan anak-anak, remaja dan orang dewasa mengungkapkan bahwa konseptualisasi kesehatan sebagian besar berkisar pada tiga konsep utama kesehatan yang dijelaskan sebelumnya dalam makalah ini: konsep medis tradisional, konsep ekologi dan konsep Organisasi Kesehatan Dunia. Namun menarik untuk dicatat, bahwa tidak seperti kebanyakan orang dewasa, anak-anak dan remaja juga memasukkan gagasan tentang praktik preventif dan pemeliharaan kesehatan dalam definisi kesehatan mereka. Pada semua kelompok umur, biasanya mengasosiasikan kesehatan dengan kondisi yang berfungsi dan dengan kemampuan untuk melakukan kegiatan yang diinginkan atau diperlukan, tetapi jarang untuk mendefinisikan kesehatan dalam hal kapasitas tertentu untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan, atau dalam hal normal. Meskipun tidak semua studi dengan anak-anak dan remaja menganalisis keragaman tematik dalam jawaban subjek, ada beberapa bukti bahwa penggunaan beberapa ide untuk mendefinisikan kesehatan meningkat seiring bertambahnya usia (Natapoff, 1978; Millstein dan Irwin, 1987). Temuan dari penelitian dengan orang dewasa mengkonfirmasi tren ini. Kesehatan didefinisikan dengan banyak ide dalam sebagian besar studi dengan orang dewasa (Baumann, 1961; Laffrey, 1983, 1986; Segall dan Wynd, 1990). Hasil ini juga memberikan dukungan pada konstruksi konsep kesehatan multidimensional.

Berbeda dengan studi dengan anak-anak dan remaja, investigasi dengan orang dewasa lebih berorientasi pada eksplorasi hubungan antara konsep kesehatan individu dan kesehatan lainnya yang relevan variabel seperti: perilaku kesehatan, pilihan perilaku, sikap kesehatan, serta status kesehatan (Baumann, 1961; Laffrey, 1983, 1986; Segall dan

Wynd, 1990). Konsep kesehatan ditemukan terkait dengan keterlibatan dalam praktik peningkatan kesehatan atau praktik pencegahan penyakit. Selain pengaruh variabel kesehatan yang relevan dalam konsep kesehatan orang dewasa, perbedaan juga ditemukan karena usia, SES, afiliasi agama dan latar belakang pendidikan (Baumann, 1961).

Studi yang meninjau semua kelompok umur dilakukan dengan ukuran sampel yang cukup besar dan sebagian besar didasarkan pada sampel yang sehat. Penelitian dengan anak-anak dan remaja, serta dengan orang dewasa bersifat korelasional. Namun, penelitian yang dilakukan dengan anak-anak dan remaja jauh lebih sering didasarkan pada pendekatan variabel statis yang relatif sedikit, daripada penelitian dengan orang dewasa. Tidak seperti penelitian orang dewasa, semua temuan dari kelompok usia yang lebih muda sangat didasarkan pada beberapa pertanyaan wawancara. Sebenarnya, baru pada tahun 1986 Skala Konsep Kesehatan Laffrey, mengalami peningkatan metodologis wawancara yang signifikan. Karena instrumen baru ini tidak cocok untuk anak-anak dan remaja yang lebih muda, oleh karena itu dibutuhkan penelitian lebih lanjut yang bertujuan untuk meningkatkan penilaian konsepsi kesehatan pada kelompok usia yang lebih muda.

2.3 Pengertian sakit

Meskipun konsep sakit tampaknya merupakan konstruksi objektif jika dibandingkan dengan konsep kesehatan, melihat lebih dekat pada beberapa masalah filosofis yang mendasari definisi sakit mengungkapkan bahwa hal tersebut mungkin belum tentu demikian. Seperti yang ditunjukkan oleh Balog (1978), menemukan definisi sakit yang tepat dan benar mungkin sama sulitnya dengan tugas untuk mendefinisikan kesehatan. Meskipun tidak ada yang akan menolak gagasan bahwa tidak dapat berfungsi dengan baik dan penyimpangan

dari normalitas adalah komponen penting dari kondisi sakit, akan tetapi mungkin tidak mudah untuk menetapkan kesepakatan mengenai apa yang merupakan fungsi yang tepat dan apa yang menjadi ciri penyimpangan dari normalitas.

Ada alasan untuk percaya bahwa seseorang mungkin berfungsi dengan tidak semestinya, meskipun tidak dianggap sakit. Kurangnya gejala yang dapat diamati atau dirasakan juga bukan pembatas yang baik dari keadaan tidak sakit. Selain itu, profesional medis dan orang awam berbeda dalam penilaian dan interpretasi mereka tentang gejala dan tanda. Dengan demikian, apa yang dianggap sebagai "kondisi sakit" oleh kelompok sebelumnya mungkin tidak begitu ditunjuk oleh kelompok lainnya. Penilaian nilai dan norma sosial telah memainkan peran yang kuat, tidak hanya dalam mendefinisikan kesehatan, tetapi juga dalam mendefinisikan sakit. Terlepas dari masalah yang disebutkan di atas dalam memperoleh konsep sakit yang valid secara universal, pentingnya memahami ide-ide individu tentang sakit dan masalah terkait penyakit (untuk meningkatkan kesehatan, dan mempromosikan coping adaptif) telah ditunjukkan dengan baik oleh bukti empiris.

2.3.1 Studi Empiris dengan Anak-anak, Remaja dan Orang Dewasa

Ada sejumlah besar penelitian tentang beberapa konsep terkait sakit. Namun, literatur khusus tentang bagaimana orang mengonseptualisasikan sakit masih terbatas. Beberapa penelitian telah mencoba untuk menggambarkan bagaimana anak-anak, remaja dan orang dewasa mendefinisikan arti sakit. Studi dengan anak-anak dan remaja sebagian besar ditargetkan untuk mengidentifikasi perbedaan kualitatif dalam konsep penyakit sebagai fungsi usia dan variabel prediktif lainnya

(Apple, 1960; Campbell, 1975; Natapoff, 1978; Millstein, Adler & Irwin, 1981; Redpath and Rogers; 1984; Millstein & Irwin, 1987; Boruchovitch, Felix-Sousa, & Schall, 1991; Boruchovitch, 1993; Boruchovitch & Mednick, 1997).

Sebaliknya, penelitian dengan orang dewasa sebagian besar didasarkan pada pendekatan representasi sakit. Investigasi terakhir ini lebih berorientasi tidak hanya pada mengeksplorasi komponen struktural yang mendasari yang digunakan individu untuk mewakili keadaan sakit, tetapi juga berusaha mengidentifikasi hubungan antara representasi kesakitan individu dan keterlibatan mereka dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal & Nerenz, 1983; Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985; Skelton & Croyle, 1991). Sebagian besar, data mendukung pandangan bahwa ada tren perkembangan dan kesamaan di seluruh kelompok umur dalam konseptualisasi individu tentang sakit. Ada beberapa konsensus bahwa "Keadaan Perasaan Somatik (tidak enak badan)" adalah pembatas penyakit yang paling sering. (Campbell, 1975; Natapoff, 1978, Millstein, Adler & Irwin, 1981; Millstein & Irwin, 1987; Boruchovitch, Felix-Sousa & Schall, 1991). Sepertinya juga ada lebih banyak kesepakatan daripada ketidaksepakatan bahwa dengan usia, anak-anak cenderung mendefinisikan sakit dalam hal "Perubahan Fungsi Individu". Selain itu, tampaknya seiring bertambahnya usia, subjek memahami sehat dan sakit sebagai konstruksi multidimensi. Tidak ada gender, tidak ada SES atau orientasi etnisitas yang cukup mempengaruhi. Usia adalah variabel prediktif terkuat yang mempengaruhi individu dalam mengkonseptualisasikan sakit.

2.3.2 Arti Penyakit: Studi Berdasarkan Pendekatan Representasi Penyakit

Manakah komponen struktural utama yang digunakan individu untuk menerangkan mengenai keadaan sakit? Pertanyaan ini telah mendapat perhatian yang cukup besar dari mereka yang mengadvokasi Kerangka representasi sakit. Menurut literatur saat ini, tampaknya ada akumulasi bukti untuk keberadaan setidaknya lima komponen yang membentuk penilaian orang awam terhadap berbagai keadaan sakit. Komponen-komponen ini adalah: Identitas, perjalanan waktu, akibat, penyebab dan penyembuh. Goldman, Whitney Saltiel-Granger & Rodin (1991) mengembangkan sebuah penelitian untuk memastikan apakah anak-anak cenderung menggunakan lima komponen yang sama dalam konsep mereka tentang dimensi sakit dari representasi sakit yang ditemukan dalam penelitian dengan orang dewasa. Temuan mengungkapkan bahwa, sebagian besar, anak-anak prasekolah yang usianya berkisar dari empat hingga enam tahun menunjukkan wujud dari keadaan sakit yang mirip dengan orang dewasa. Meskipun anak-anak tidak memiliki kemampuan untuk memberikan penjelasan kausal yang kompleks tentang bagaimana penyakit diperoleh, mereka tampaknya setuju bahwa sakit memiliki penyebab. Mayoritas subjek juga memberikan jawaban yang terlibat dengan strategi untuk menyembuhkan penyakit. Selain itu, anak-anak menunjukkan pemahaman tentang peran mereka dalam proses penyembuhan. Sehubungan dengan dimensi durasi dan garis waktu, anak-anak tampaknya memahami gagasan bahwa sakit umum biasanya tidak berlangsung untuk jangka waktu yang lebih lama. Mengenai konsekuensi penyakit, mayoritas dari mereka memahami tidak hanya bahwa sakit memiliki efek, tetapi juga bahwa penyakit tertentu memiliki hasil tertentu.

Sangat menarik untuk mengamati bahwa komponen penyembuh tidak menonjol dalam penelitian berdasarkan sampel dengan masalah penyakit kronis. Selain itu, lima komponen konsep penyakit yang disebutkan di atas tampaknya konsisten dari waktu ke waktu dan pada berbagai penyakit. Identitas adalah komponen sakit yang paling terkait dengan kecenderungan untuk mencari tenaga profesional kesehatan karena komponen ini menyiratkan pengakuan tertentu dari adanya penyakit yang pada gilirannya berfungsi sebagai jenis pengetahuan atau petunjuk yang membimbing individu untuk mencari bantuan (Lau, Bernard & Hartman, 1989). Meskipun temuan dari penelitian tentang konseptualisasi penyakit sebagai fungsi sosio-demografis sebagai variabel prediktif, dan hasil dari penelitian berdasarkan Kerangka Representasi Penyakit mungkin tampak dalam perspektif yang berbeda, pemeriksaan yang lebih dekat mengungkapkan bahwa perbedaan mungkin lebih jelas daripada nyata. Tampaknya kategori yang ditemukan dalam penyelidikan sebelumnya dapat dengan baik masuk ke dalam lima komponen yang diusulkan oleh penelitian dari Pendekatan Representasi Penyakit. Orang akan dengan mudah setuju bahwa "Perubahan dalam Fungsi Individu", kategori yang secara konsisten ditemukan dalam studi yang tidak menggunakan Pendekatan Representasi Penyakit, tidak lebih dari komponen "Konsekuensi" yang disarankan oleh pendekatan Representasi Penyakit. Sejalan dengan itu, orang dapat berspekulasi bahwa komponen "Identitas" (gejala dan label penyakit tertentu) setara dengan kategori "Gejala dan Keadaan Perasaan Somatik", sering ditemukan oleh kelompok studi pertama (tidak berdasarkan tentang Representasi Penyakit). Selain itu, perkembangan tren dan kesamaan di berbagai kelompok usia adalah juga ditemukan dalam penyelidikan berdasarkan *Illness Representation Framework*. Pasien yang melanjutkan memiliki

pemahaman yang lebih akurat tentang penyakit mereka daripada rekan-rekan mereka yang baru dirawat dan masuk kembali. Selain itu, penelitian dengan anak kecil juga menunjukkan bahwa lima komponen representasi penyakit mungkin ada dalam koleksi kognitif anak (Goldman et al., 1991).

2.4 Arti Kesehatan, Arti Penyakit dan Psikologi Kesehatan

Pentingnya memahami ide-ide individu tentang kesehatan dan penyakit untuk perilaku kesehatan, perawatan kesehatan, pencegahan dan promosi kesehatan telah ditekankan oleh sebagian besar penelitian (Rashkis, 1965; Millstein & Irwin, 1987; Natapoff & Essoka, 1989; Trokoli, Keller & Nobrega, 1991; Contini, 2000). Psikologi kesehatan adalah bidang penting yang muncul yang dapat sangat berkontribusi untuk membantu para profesional kesehatan memperbesar konsep kesehatan mereka sendiri, memahami manusia secara totalitas, dan membangun budaya promosi kesehatan (Fonseca, 2001). Selain konsep kesehatan individu, variabel psikologis dan emosi juga berdampak pada keterlibatan mereka dalam perilaku sehat (Lafreey, 1983, 1986; Segall & Wynd, 1990; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Dengan demikian, tugas lain yang relevan dari psikologi kesehatan adalah untuk mengungkap korelasi psikologis utama dari kepatuhan seseorang terhadap perilaku peningkatan kesehatan dan perubahan gaya hidup ke arah gaya hidup sehat. Dimasa lampau, di mana pencegahan sejumlah besar penyakit fatal berada dalam kendali manusia, lebih menekankan pada tindakan untuk menjaga kesehatan pribadi (Boruchovitch & Mednick, 1999). Kaplan (2000) berpendapat bahwa meskipun pencegahan sekunder memiliki manfaat terbatas, pencegahan

primer, melalui promosi perilaku sehat, menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, dan untuk itu dibutuhkan perubahan pada tatanan kebijakan kesehatan. Ewart (1991) menganggap bahwa psikologi kesehatan harus memberdayakan individu tidak hanya terhadap pengembangan inisiatif perlindungan diri, tetapi juga terhadap perubahan undang-undang dan kebijakan untuk meningkatkan kondisi lingkungan sosial yang biasanya berkontribusi sebagai ancaman bagi kesehatan masyarakat. Faktanya, upaya promosi kesehatan tidak hanya harus mempertimbangkan dimensi kesehatan dan penyakit yang dimiliki anak-anak, remaja dan orang dewasa, tetapi juga harus melampaui dimensi ini untuk membantu individu mengembangkan pandangan yang lebih lengkap tentang kesehatan, meningkatkan aktualisasi diri, pemenuhan diri dan kualitas hidup (Boruchovitch & Mednick, 1997). Tidak diragukan lagi bahwa konsep seperti itu hanya dapat dicapai dengan meningkatkan pembangunan masyarakat secara keseluruhan (Ramos-Cerqueira, 1994).

Selain berkontribusi untuk merumuskan kembali makna individu tentang kesehatan dan sakit yang disebarluaskan oleh model medis (Moniz & Reis, 2000), sama pentingnya bahwa psikologi kesehatan dan ilmu pengetahuan lainnya menempati tempat sebenarnya di bidang kesehatan, yang sebagian besar didominasi oleh biologi dan ilmu kedokteran. Oleh karena itu, psikologi kesehatan memiliki tantangan penting untuk dihadapi yaitu untuk mempromosikan pandangan multidisipliner mengenai manusia yang mengalami proses pembentukan kesehatan dan kesakitannya dengan cara konsep sehat dan sakit dapat dipahami tidak hanya oleh individu, tetapi juga dalam hal keterkaitannya dengan masyarakat dan sistem politiknya juga (Ramos-Cerqueira, 1994)

DAFTAR PUSTAKA

- Altman, D. G. 1982. Understanding health attitudes and conceptions of health and illness developmentally: implications for health education. Unpublished manuscript presented at American Psychological Association Annual Meeting, Washington, DC.
- Apple, D. 1960. How laymen define illness. *Journal of Health and Human Behavior*, 1, 219-225.
- Balog, J. E. 1978. An historical review and philosophical analysis of alternative concepts of health and their relationship to health education (Unpublished dissertation). Maryland: University of Maryland.
- Balog, J. E. 1981. The concept of health and the role of health education. *The Journal of School Health*, 9, 462-464.
- Bauer, W. W. & Schaller, W. E. 1955. *Your Health Today*. New York: Harper and Row. 2nd Edition.
- Baumann, B. 1961. Diversities in conceptions of health and physical fitness. *Journal of Health and Human Behavior*, 2 (1), 39-46.
- Boruchovitch, E. 1993. Health and illness-related cognitions among Brazilian students: a cross-cultural contribution. (Tese de doutorado). Los Angeles, Estados Unidos: University of Southern California – Faculdade de Educação.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. 1997. Crosscultural differences in children's concepts of illness. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 448-56.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. 1999. Causal attributions in Brazilian children reasoning about health and illness. *Revista de Saúde Pública*, 35 (5), 484-90.

- Boruchovitch E., Felix-Sousa I. C. & Schall V. T. 1991. Health Concept and Health Prevention in a sample of Teachers and Students: A contribution for health education, *Revista de Saúde Pública*, 25, 418-25.
- Campbell, J. D. 1975. Illness is a point of view: the development of children's concept of illness. *Child Development*, 46, 92-100.
- Contini, M. L. J. 2000. Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 20 (2), 46-59.
- Dolfman, M. L. 1973. The concept of health: an historic and analytic reexamination. *The Journal of School Health*, 43, (8), 491-497.
- Dolfman, M. L. 1974. Toward operational definitions of health. *The Journal of School Health*, 44, (4), 206-209.
- Dubos, R. 1965. *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Dunn, H. L. 1959. High-level wellness for man and society. *Am. J. Pub. Health*, 49, (6), 786-792.
- Eberst, R. M. 1984. Defining health: a multidimensional model. *Journal of School Health*, 54 (3), 99-104.
- Ewart, C. K. 1991. Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist*, 46 (9), 931- 946.
- Fonseca, M. S. 2001. Cultura da prevenção e formação de professores. *Revista Educação e Ensino* 6 (1), 25-30.
- Goldman, S. L., Whitney-Saltiel, D., Granger, J. & Rodin, J. 1991. Children's representation of everyday aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16 (6), 747-766.
- Hinkle, L. E. 1961. Ecologic observations of the relation of physical illness, mental illness and social environment. *Psychosomatic Med.*, 23 (4), 289-290.

- Hoyman, H. 1962. Our modern concept of health. *Journal of School Health*, 32, 253.
- Kalnins, I. & Love R. 1982. Children's concepts of health and illness – and implications for health education: an overview. *Health Education Quartely*, 9 (23), Summer/Fall.
- Kaplan, R. M. 2000. Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55 (4), 382-396.
- Laffrey, C. S. 1983. Health behavior choice as related to self-actualization and health conception. *Western Journal of Nursing Research*, 7 (3), 279-300.
- Laffrey, C. S. 1986. Development of a health conception scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 107-113.
- Lau, R. R. & Hartman, K. A. 1983. Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167-185.
- Lau, R. R., Bernard, T. M. & Hartman, K. A. 1989. Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8 (2), 195-219.
- Leventhal, H. & Nerenz, D. 1983. Implications of the stress research for the treatment of stress disorders. In D. Meichenbaum & M. Jaremko (Ed.). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum, p. 5-38.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. 1980. The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.). *Contributions to medical psychology*. New York: Pergamon Press, v. 2, p. 17-30.
- Lewis, A. 1953. Health as a social concept. *British Journal Society*, (4) 110-115.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. 1985. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4 (2), 115-135.
- Millstein, S. G., Adler, N. E. & Irwin, C. E. Jr. 1981. Conceptions of illness in young adolescents. *Pediatrics*, 68 (6), 834- 839.

- Millstein, S. G. & Irwin, C. E. Jr. (1987). Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6 (6), 515-524.
- Moniz, J. L. & Reis, J. 1991. Desenvolvimento e dialética de significações de doença e confronto em psicologia da saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.
- Natapoff, J. N. 1978. Children's views of health: a developmental study. *American Journal of Public Health*, 68, 995-1000.
- Natapoff J. N. & Essoka G. 1989. Handicapped and able-bodied children's ideas of health. *Journal of School Health*, 59 (10), 436-439.
- Oberteuffer, D. 1960. *School Health Education*. 3rd Edition. New York: Harper and Brothers.
- Parsons, T. 1958. Definitions of health and illness in the light of American values. In Jaco E. F. (Ed.). *Patients, Physicians, and Illness*. Glencoe: The Free Press.
- Ramos-Cerqueira, A. T. de Abreu. 1994. Interdisciplinaridade e psicologia na área da saúde. *Temas em Psicologia*, 3 (1), 37-41.
- Rashkis, S. R. 1965. Child's understanding of health. *Archives of General Psychiatry*, 12, p. 10-17.
- Redpath, C. C. & Rogers C. S. 1984. Healthy young children's concept of hospitals, medical personnel, operations, and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 1, 29-39.
- Schall, V. T., Jurberg, P., Boruchovitch E., Felix-Sousa I. C., Rozemberg B. & Vasconcellos C. 1987. Health education for children - developing a new strategy. *Proceedings of the Second International Seminar on Misconceptions and Educational Strategies in Science and Mathematics*, Cornell University, Ithaca, New York, USA, (2) 390-403.

- Segall, M. E. & Wynd, C. A. 1990. Health conception, locus of control, and power as predictors of smoking behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 4, (5) 338-334.
- Segre, M. & Ferraz, F. C. 1997. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5) 538-42.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. 2000. Positive Psychology an introduction. *American psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Skelton, J. A. & Croyle, R. T. 1991. Mental representation in shealth and illness. Springer-Verlag New York Inc.
- Smith, J. A. 1981. The idea of health: a philosophical inquiry. *Advances in Nursing Science*, 3, (3) 43-50.
- Troccoli, B. T., Keller, M. L., Andrade, W. S. G. & Nóbrega, R. C. 1991. Representações de doenças e sintomas em pessoas leigas: Dados preliminares. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 6 (3), 281-293.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & Devillis 1978. Perceived control and health. *Current Psychological Research & Reviews*, 6, (1) 5-25.
- Williams, J. F. 1946. *Personal hygiene applied*. Philadelphia: W B Saunders. World Health Organization. 1947. *Chronical of WHO*, 1, 1-2.

BAB 3

TEORI PERILAKU KESEHATAN

Oleh Helga ndun

Perilaku manusia bersifat kompleks dan tidak mudah diprediksi, termasuk ketika individu memutuskan untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit atau ketika menghindari risiko sakit. Terdapat berbagai determinan yang berperan dalam mendorong atau menghalangi individu melakukan tindakan tertentu. Sebagai contoh, sekalipun sudah melihat banyak korban meninggal akibat COVID-19, seseorang tetap dapat menolak vaksin jika menganggap bahwa COVID-19 adalah konspirasi pemerintah untuk mendapatkan keuntungan. Seorang pelajar mungkin mencoba untuk merokok jika ingin diterima oleh kelompok sebayanya, meskipun sudah terpapar informasi mengenai bahaya rokok. Oleh karena itu, pemahaman teori-teori berkaitan dengan perilaku kesehatan dapat menjadi panduan untuk mempelajari dan memahami perilaku, penyebab, dan implikasinya, dan hal ini dapat digunakan untuk mendesain program perubahan perilaku untuk mendorong individu melakukan tindakan pencegahan yang direkomendasikan.

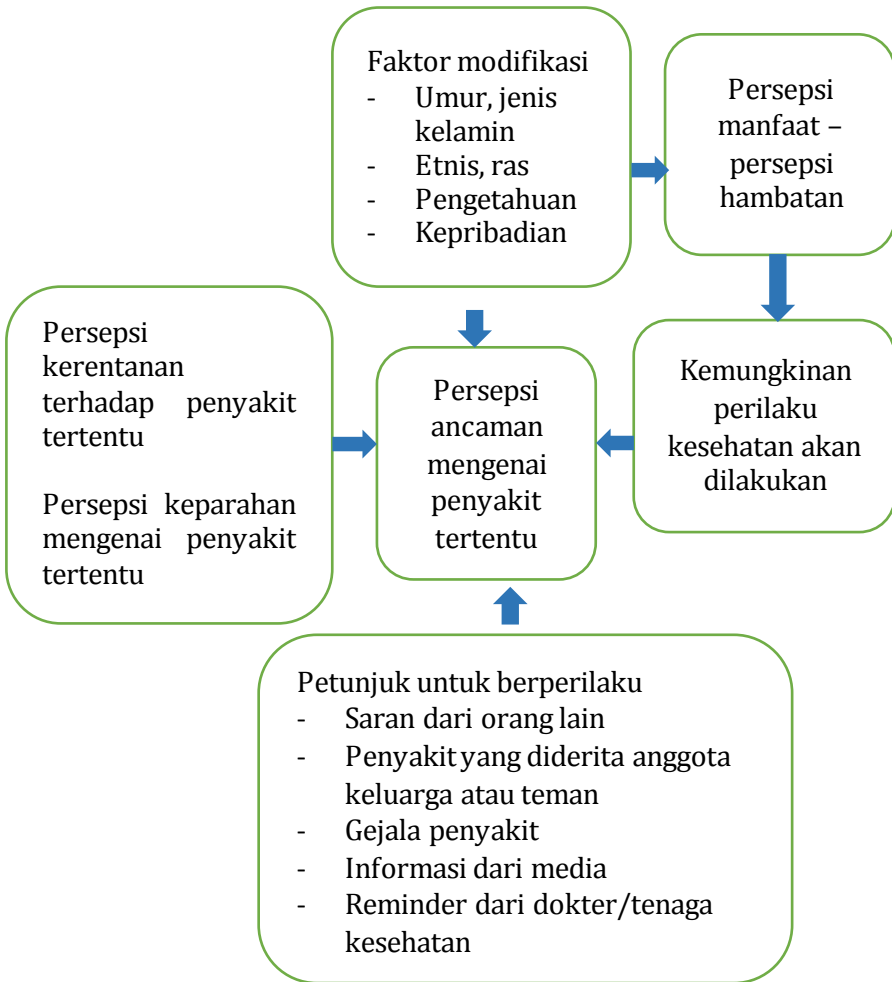
3.1 Model Kepercayaan Kesehatan/*Health Belief Model* (HBM)

Model Kepercayaan Kesehatan/HBM dibangun sesuai dengan konsep bahwa rasa takut dapat menjadi motivator yang signifikan untuk mendorong perubahan perilaku. HBM juga merupakan model yang menggunakan pendekatan harapan

terhadap nilai. Artinya, perilaku dapat dilakukan jika individu menganggap perilaku tersebut bermanfaat atau menguntungkan setelah ia mempertimbangkan kerugian, hambatan, atau biaya yang dapat dikeluarkan untuk melaksanakan perilaku dimaksud (*benefits versus costs*). HBM dikembangkan pada tahun 1950an oleh para psikolog di Bagian Layanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat. Model ini dibuat untuk menjelaskan mengapa sebagian orang ingin mendapatkan pemeriksaan sinar X untuk skrining tuberkulosis, dan mengapa yang lainnya tidak. Ditemukan bahwa persepsi terhadap ancaman yang tinggi dapat meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mau diperiksa.

Persepsi ancaman merupakan salah satu dari dua konstruk utama pada HBM yang dianggap memiliki pengaruh langsung terhadap kemungkinan perilaku dilakukan. Persepsi ancaman dibangun berdasarkan **persepsi keparahan** (*perceived severity*) dan **persepsi kerentanan** (*perceived susceptibility*). Sekalipun terlihat mirip, kedua persepsi memiliki esensi yang berbeda. Persepsi keparahan merupakan respon individu mengenai konsekuensi yang serius dari penyakit. Misalnya, "Jika saya terkena COVID-19, seberapa parah keadaan saya nantinya?". Individu yang menganggap COVID-19 adalah penyakit yang tetap dapat menimbulkan kematian mungkin akan berusaha untuk divaksinasi. Sebaliknya, jika individu percaya bahwa COVID-19 adalah flu biasa yang direkayasa maka kemungkinan ia akan menolak divaksin. Berikutnya, persepsi kerentanan berkaitan dengan anggapan individu mengenai kemungkinan ia akan terkena penyakit. Sekalipun merasa COVID-19 adalah penyakit berbahaya, seseorang tidak akan mau divaksin jika ia menganggap dirinya sehat dan tidak akan tertular COVID-19.

Konstruk utama yang kedua adalah persepsi terhadap keuntungan yang diharapkan (*expected net gain*) ketika mengadopsi perilaku sehat. Konstruk ini merujuk pada **persepsi manfaat** yang diinginkan individu, dan **persepsi hambatan** atau kerugian yang akan dialami jika perilaku dilakukan. Pada konstruk ini, terdapat dinamika antara persepsi manfaat dan hambatan. Jika nilai manfaat (*benefits*) dianggap lebih besar dibandingkan dengan nilai kerugian atau pengorbanan (*barriers*) yang mungkin dialami ketika mengadopsi perilaku, maka individu cenderung akan melakukan perilaku. Sebaliknya, jika hambatan atau kerugian dianggap memiliki nilai yang lebih besar dibandingkan manfaat yang mungkin diterima maka individu akan sulit menjalankan perilaku. Dengan demikian, nilai *expected net gain* perlu dicapai dengan cara meningkatkan persepsi nilai dari manfaat yang diharapkan (misalnya, tumbuh kembang bayi akan optimal jika ASI diberikan secara eksklusif, dan bayi tidak mudah terkena sakit sehingga dapat mengurangi pengeluaran keluarga untuk berobat) dan mengurangi persepsi hambatan (misalnya, ASI tetap diperah dan disimpan dalam kulkas sehingga sekalipun ibu bekerja, bayi tetap dapat mengonsumsi ASI).



Gambar 3.1. Model Kepercayaan Kesehatan sebagai prediktor perilaku kesehatan

HBM juga memperkenalkan konstruk **petunjuk untuk berperilaku** (*cues to action*). Petunjuk dapat berupa kejadian (misalnya, menonton siaran televisi mengenai artis yang mengidap kanker rahim), atau pengingat/*reminders* yang

diberikan oleh sumber informasi terpercaya (misalnya, pesan whatsapp dari dokter yang memberitahukan tentang jadwal pap smear). Selain itu, HBM juga menambahkan **self-efficacy** pada tahun 1988. Konstruk ini diperkenalkan oleh Bandura (1977) dengan asumsi bahwa seseorang umumnya akan mengadopsi perilaku jika ia merasa yakin dengan kemampuannya untuk melakukan perilaku tersebut. Sekalipun seseorang memiliki persepsi bahwa olahraga dapat mengurangi risiko terkena penyakit jantung, tetapi jika ia merasa tidak mampu karena memiliki jadwal pekerjaan yang sibuk, maka kemungkinan besar ia tidak akan berolahraga.

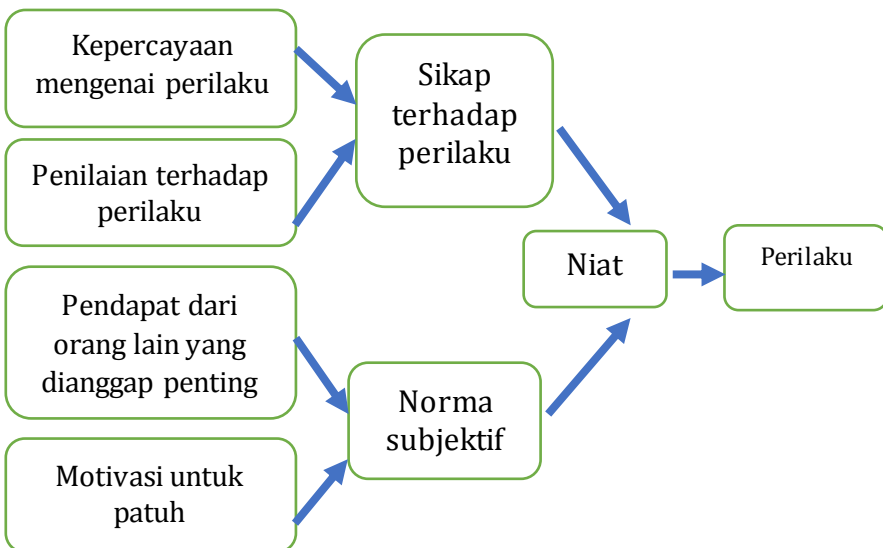
3.2 Teori Aksi Beralasan/*Theory of Reasoned Action* (TRA)

Teori Aksi Beralasan/TRA dikembangkan oleh Ajzen dan Fishbein (1980). Teori ini digunakan untuk mengetahui prediktor perilaku dan menekankan **niat** sebagai konstruk utama. Niat menunjukkan indikasi bahwa seseorang siap untuk mengadopsi perilaku. TRA juga merupakan model perilaku yang penting karena mempertimbangkan individu dalam konteks sosial dan nilai peran dari lingkungan sosial tersebut. Apa yang membentuk niat? Menurut teori ini, kepercayaan (*beliefs*) tentang perilaku kesehatan dan pengaruh sosial akan membentuk niat untuk berperilaku.

1. **Sikap mengenai perilaku (*attitude toward the behavior*)** merupakan penilaian mengenai apakah perilaku dianggap perlu untuk dilakukan. Misalnya, individu memutuskan bahwa olahraga merupakan hal yang bermanfaat baginya. Penilaian ini didasarkan pada dua ekspektasi: dampak/outcome dari perilaku (“Jika saya berolahraga, saya akan lebih sehat dan terlihat lebih langsing”) dan apakah dampak/outcome tersebut dianggap penting atau

bernilai baginya (“Akan menyenangkan jika saya sehat dan tampak menarik”)

2. **Norma subjektif (*subjective norm*)** merupakan kepercayaan individu terhadap persepsi orang lain mengenai perilaku yang perlu ia lakukan. Konstruk ini terdiri dari persepsi individu mengenai pendapat dari orang-orang yang ia anggap penting (*opinion of referent others*) dan motivasi untuk patuh (*motivation to comply*). Misalnya, “Semua teman-teman saya berolahraga dan mereka tentu ingin saya berolahraga juga” dan “Saya ingin melakukan apa yang teman-teman saya inginkan”. Interaksi dari kedua hal ini menentukan kemungkinan apakah perilaku akan diadopsi atau tidak. Sekalipun individu memiliki lingkungan sosial yang menginginkan ia untuk berolahraga, namun jika ia merasa tidak perlu mengikuti keinginan tersebut, maka olahraga tidak akan dilakukan.



Gambar 3.2. Teori Aksi Beralasan

Pengaruh dari sikap terhadap perilaku dan norma subjektif akan mendorong terbentuknya niat. Namun, niat tidak selalu terwujud dalam perilaku karena pelaksanaan perilaku cenderung disebabkan oleh persepsi terhadap faktor lingkungan yang dapat menjadi hambatan (*barriers*). Misalnya, individu mungkin memiliki niat yang kuat untuk berolahraga, tetapi merasa tidak terdapat fasilitas olahraga (misalnya, gym) yang dapat ia jangkau. Perlu diingat, persepsi mengenai ketiadaan fasilitas tidak selalu berarti bahwa fasilitas tersebut tidak ada, tetapi dapat disebabkan karena individu mungkin tidak tahu mengenai fasilitas tersebut atau tidak sadar bahwa ada alternatif fasilitas olahraga lain yang dapat diakses. Implikasinya adalah, pada sebagian orang, peningkatan kesadaran mengenai fasilitas, program, atau sumber (*resources*) lain diperlukan untuk mendorong niat sehingga dilanjutkan menjadi perilaku aktual. Di sinilah Teori Perilaku Berencana (TPB) diperlukan.

3.3 Teori Perilaku Berencana/*Theory of Planned Behavior* (TPB)

Teori Perilaku Berencana (TPB) merupakan perluasan dari TRA karena menambahkan satu konstruk yaitu persepsi kontrol perilaku (*perceived behavioral control*). Teori ini dikembangkan oleh Ajzen pada tahun 2002, dan berfokus pada apakah individu memiliki persepsi bahwa mereka memegang kendali terhadap perubahan perilaku yang diinginkan. Menurut TPB, jika perilaku dianggap penting (sikap terhadap perilaku) dan orang-orang di sekitarnya diyakini mendukung perilaku tersebut (norma subjektif), maka individu akan lebih mungkin untuk melakukan perilaku tertentu jika mereka juga menganggap memiliki kontrol untuk melakukannya.

Persepsi kontrol perilaku adalah persepsi individu mengenai faktor eksternal yang dapat mendukung (*facilitating factors*) atau menghambatnya melakukan perilaku (*inhibiting factors*). Faktor pendukung adalah setiap faktor eksternal (baik yang dipersepsikan, atau yang benar-benar ada) yang dapat meningkatkan kemungkinan individu mengadopsi perilaku. Misalnya, salah satu faktor yang dapat mendorong perempuan untuk melakukan pap smear adalah tersedianya klinik/fasilitas kesehatan yang menawarkan tes ini setelah jam kerja, dan adanya layanan penitipan anak pada klinik tersebut. Seperti faktor pendukung, faktor penghambat juga dapat berupa persepsi atau kenyataan terhadap hal-hal eksternal di luar individu yang dapat menghalanginya untuk berperilaku tertentu. Misalnya, sebagian perempuan percaya bahwa jika hasil pap smear ditemukan positif, maka ini menandakan adanya kanker ganas dan hanya dapat disembuhkan dengan prosedur pengangkatan rahim. Faktor penghambat lainnya adalah biaya yang perlu dikeluarkan untuk mengakses layanan ini, jika Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dari BPJS tidak memberikan rujukan untuk melakukan tes.

TPB mengemukakan bahwa persepsi kekuatan (*perceived power*) dari faktor pendukung dan penghambat menunjukkan kendali atau kekuatan yang dimiliki oleh kedua faktor tersebut. Sekalipun hanya terdapat satu faktor penghambat tetapi dengan pengaruh yang kuat, misalnya biaya test pap smear jika tidak ditanggung BPJS, maka pemeriksaan mungkin tidak akan dilakukan.

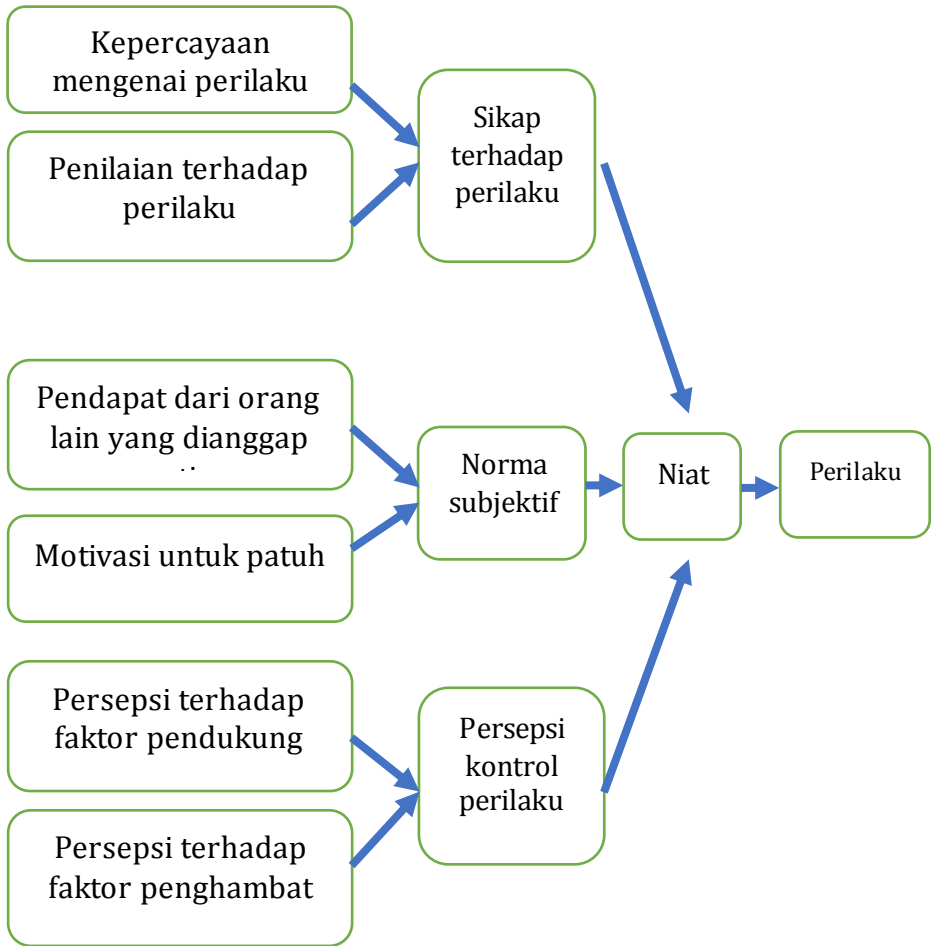
Persepsi kontrol perilaku tidak sama dengan *self-efficacy* pada HBM. *Self-efficacy* merupakan persepsi terhadap kemampuan individu untuk melakukan perilaku, sedangkan persepsi kontrol perilaku mempertimbangkan seluruh faktor lingkungan eksternal yang dapat memudahkan atau mencegah perilaku tersebut terjadi, termasuk kuat lemahnya faktor

eksternal tersebut. Untuk membantu memahami persepsi kontrol perilaku, faktor pendukung dan penghambat yang potensial mengenai penggunaan kondom dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.1. Faktor Pendukung dan Penghambat Penggunaan Kondom

Faktor Pendukung	Faktor Penghambat
Kondom dapat dibeli dengan harga yang tidak mahal	Membeli kondom adalah hal yang memalukan
Kemampuan untuk menggunakan kondom dapat dipelajari	Kondom yang nyaman dipakai sulit ditemukan
Kondom dengan berbagai varian tersedia	Pasangan mungkin menolak jika kondom digunakan
Kondom dapat diakses 24 jam sehari di apotek	

Berdasarkan Tabel 3.1, terdapat tujuh hal yang dapat mempengaruhi keputusan penggunaan kondom dan seluruhnya adalah faktor eksternal. Ini menunjukkan bahwa konstruk persepsi kontrol perilaku tidak tumpang tindih dengan faktor internal individu pada dua konstruk lainnya (sikap terhadap perilaku dan norma subjektif). Akhirnya, perilaku protektif dapat diprediksi dengan TPB melalui ketiga konstruk. Niat individu untuk menggunakan kondom akan ditentukan oleh sikap yang positif (bahwa kondom perlu digunakan), norma subjektif (bahwa orang yang individu anggap penting menginginkan ia untuk menggunakan kondom untuk menghindari HIV-AIDS), dan persepsi terhadap faktor eksternal yang dapat mendorong atau mencegahnya untuk memakai kondom.



Gambar 3.3. Teori Perilaku Berencana

3.4 Model Transteori/Transtheoretical Model (TTM)

Setelah menjalani operasi jantung, seorang perokok diminta oleh dokternya untuk benar-benar berhenti merokok. Meskipun pernah mengalami kondisi berbahaya akibat sakit jantung, ia tetap merokok dan beralasan bahwa mati dan hidup seseorang bukanlah keputusan manusia. Mengapa perubahan perilaku tetap tidak terjadi? Salah satu kemungkinan alasannya adalah perokok tersebut belum siap untuk melakukan perilaku. Kesiapan untuk berubah merupakan fokus utama dari Model Transteori/Model Tahapan Perubahan Perilaku/TTM.

3.4.1 Tahap Perubahan Perilaku

HBM, TRA, dan TPB menjelaskan perilaku dengan mengidentifikasi aspek kognitif individu, mencakup persepsi dan sikap terkait kesehatan dan menggunakan aspek tersebut untuk memprediksi kemungkinan apakah individu akan melakukan tindakan yang direkomendasikan pada situasi tertentu. Sebaliknya, TTM berusaha menjelaskan bahwa perilaku bersifat dinamis sehingga akan dapat berubah dan perubahan tersebut dijelaskan melalui lima tahapan.

Tahap 1: Prekontemplasi (*precontemplation*). Pada tahap ini, individu tidak berpikir untuk mengubah perilaku, atau bahkan dapat menolak untuk mengakui bahwa perilakunya perlu diubah. Misalnya, seorang perokok menganggap merokok tidak membahayakan, atau bahkan sudah pernah mencoba berhenti merokok tetapi gagal, sehingga memutuskan untuk tetap merokok.

Tahap 2: Kontemplasi (*contemplation*). Pada tahap ini, individu mengakui bahwa ia memiliki masalah kesehatan (misalnya, tidak dapat berhenti merokok) dan secara serius berpikir untuk mengubah perilakunya (berhenti merokok) di waktu yang akan datang

(biasanya dalam jangka waktu enam bulan ke depan). Individu belum siap untuk membuat komitmen untuk mengubah perilaku.

Tahap 3: Persiapan (*preparation*). Tahap ini terjadi ketika individu merasa siap untuk mencoba perilaku baru dan merencanakan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengadopsi perilaku tersebut, biasanya dalam satu bulan ke depan. Individu dapat memberitahukan rencananya ke anggota keluarga, bergabung pada kelompok dukungan (terdiri dari orang-orang yang berusaha atau yang sudah berhasil berhenti merokok), atau berkonsultasi dengan dokter untuk mendapatkan informasi mengenai terapi pengganti nikotin. Individu yang sudah berusaha untuk mengurangi jumlah rokok yang dihisap setiap hari juga termasuk dalam tahapan ini.

Tahap 4: Tindakan (*action*). Pada tahap ini, individu benar-benar mengubah perilaku dan berusaha untuk mempertahankan perubahan tersebut dalam enam bulan ke depan. Perokok yang sudah berhenti merokok berada pada tahap tindakan.

Tahap 5: Pemeliharaan (*maintenance*). Individu yang berada pada tahap ini berarti sudah berhasil mempraktikkan perilaku baru. Biasanya waktu yang ditentukan adalah perubahan perilaku dalam jangka waktu enam bulan.

Tahap 6: Terminasi. Individu yang berada pada tahap ini tidak lagi tergoda atau memiliki niat untuk kembali pada perilaku sebelumnya. Biasanya, 100% *self-efficacy*/yakin tidak akan lagi merokok sudah dimiliki oleh individu.

3.4.2 Proses Perubahan Perilaku/*Processes of Change* (POC)

Proses perubahan perilaku merupakan strategi intervensi yang digunakan untuk membantu memodifikasi pikiran, perasaan, atau perilaku yang dapat mendorong individu untuk maju ke tahap perubahan berikutnya, dan pada akhirnya menuju pada perubahan perilaku jangka panjang. Terdapat 10 proses dalam TTM.

1. Peningkatan kesadaran/*consciousness raising* merupakan upaya untuk meningkatkan kesadaran mengenai dampak berbahaya dari perilaku tertentu (misalnya, obesitas menempatkan individu pada risiko mengalami penyakit jantung koroner, stroke, dan bahkan kematian). Selain dampak, pada proses ini, individu juga dapat diberikan informasi mengenai cara-cara untuk mengurangi dampak tersebut (misalnya, olahraga dan diet makanan sehat dapat mencegah obesitas atau membantu menurunkan berat badan).
2. Pembebasan dramatis/*dramatic relief* meningkatkan level emosi atau kecemasan individu, diikuti dengan kelegaan yang dapat dirasakan jika tindakan tertentu dilakukan. Misalnya, dengan melihat gambar penderita obesitas yang mengalami stroke, atau mendengarkan pengalamannya ketika sakit akan membuat seseorang menjadi khawatir terhadap obesitas. Dan perasaan khawatir ini dapat diubah saat individu sadar bahwa olahraga dapat mengurangi risiko obesitas.
3. Penilaian diri/*self-reevaluation* mengkombinasikan penilaian kognitif dan afektif terhadap gambar diri seseorang jika ia nantinya mengadopsi perilaku baru. Penderita obesitas dapat diminta memvisualisasikan kehidupannya sebagai seorang yang obese (sulit bergerak, atau harus menjalani perawatan di rumah sakit akibat

risiko jantung atau stroke) atau sebagai seorang yang sehat secara fisik karena rutin berolahraga dan menjaga pola konsumsi yang seimbang.

4. Penilaian lingkungan/*environmental reevaluation* juga mengkombinasikan penilaian kognitif dan afektif tetapi pada dampak perubahan perilaku bagi lingkungan sosial. Misalnya, orang tua yang obese menilai apakah dirinya sudah menjadi role model yang positif untuk anak-anaknya. Penilaian ini dapat menjadi motivasi untuk memutuskan berolahraga.
5. Pembebasan diri/*self-liberation* adalah kepercayaan bahwa individu dapat berubah dan komitmennya untuk berubah berdasarkan kepercayaan tersebut. Misalnya, orang tua yang obese mengumumkan pada anak-anak dan keluarga besarnya bahwa ia sudah memiliki niat untuk mulai berolahraga. Dengan melakukan hal demikian, individu dapat merasa berdaya/*empowered* untuk memulai berolahraga dan diharapkan dapat melakukan perubahan perilaku tersebut secara rutin.
6. Hubungan yang menolong/*helping relationship* membutuhkan kepedulian, kepercayaan, penerimaan, dan dukungan untuk perubahan perilaku. Proses ini sangat berpengaruh terhadap POC dan dapat digunakan pada seluruh tahapan perubahan untuk mempertahankan adopsi perubahan perilaku. Misalnya, individu akan terbantu jika memiliki teman atau anggota keluarga yang juga ikut menemaninya berolahraga.
7. *Counterconditioning* berarti mengganti perilaku dengan strategi coping yang lebih sehat. Misalnya, individu merasa tidak mampu berolahraga minimal 30 menit sehari sehingga memutuskan untuk tidak berolahraga sama sekali. Pada proses ini, individu dapat diminta untuk berjalan kaki setidaknya 10 menit sehari.

8. Manajemen kontingensi/*contingency management* (atau, *reinforcement management*) mencakup pemberian hadiah/*rewards* (yang dianggap lebih efektif), dan penggunaan hukuman. Misalnya, individu membeli tiket menonton film favorit jika berhasil berolahraga selama enam bulan secara teratur.
9. Kontrol stimulus/*stimulus control* merupakan proses untuk menghilangkan stimulus yang mempengaruhi individu untuk berperilaku tidak sehat dan menambah stimulus yang dapat mendukung adopsi dan pemeliharaan perilaku sehat. Misalnya, menghindari warung atau restoran yang menjual snack/makanan tinggi gula, atau menaruh sepatu olahraga di dekat pintu kamar sebagai *reminder*.
10. Pembebasan sosial/*social liberation* berfokus pada penggunaan atau peningkatan kesempatan sosial yang mendukung perubahan perilaku kesehatan. Pada level komunitas, proses ini dapat berupa penetapan kebijakan restoran sebagai kawasan tanpa rokok, atau alokasi dana dari pemerintah untuk membangun taman dengan track sehingga dapat digunakan secara aman untuk aktivitas fisik seperti jalan atau jogging. Selain itu, advokasi yang dilakukan kepada pemerintah di berbagai tingkat untuk mendapatkan support terhadap perilaku kesehatan juga merupakan implementasi dari pembebasan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Crosby, R. A. (2019). Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2010). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions, Seventh Edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Straub, R. O. (2014). Health Psychology: A Biopsychosocial Approach, Fourth Edition. New York: Worth Publishers.

BAB 4

PERBEDAAN INDIVIDU DAN KEBIASAAN

Oleh Yuli Arinta Dewi

4.1 Pendahuluan

Setiap orang memiliki perilaku unik terhadap kesehatan mereka. Ada yang memperhatikan kesehatan dengan baik dan ada yang tidak. Dalam menghadapi resiko atau ancaman kesehatan pada dirinya juga menunjukkan perilaku yang beragam. Ada banyak faktor yang dapat digunakan untuk memahami mengapa perilaku manusia berbeda atas gejala penyakit yang dialaminya. Hal ini terkait dengan faktor psikologis dari setiap orang. Konsep-konsep kunci ini diantaranya yaitu *perceived control* (misalnya Rotter, 1982), *efikasi diri* yang dirasakan (misalnya Bandura, 1997), *jenis optimisme* (*disposisional* dan *tidak realistik*) (misalnya Klein dan Weinstein, 1997), dan faktor-faktor berbasis kepribadian (misalnya Krantz dan McCeney, 2002). Selain itu, pekerjaan baru-baru ini mulai menekankan bahwa perbedaan dalam adopsi perilaku dapat didasarkan pada proses-proses yang berkaitan dalam pengembangan dan pemeliharaan kebiasaan (misalnya Stacy, et al., 2000). Bab ini berkaitan dengan hubungan antara perbedaan individu dan kebiasaan dalam perilaku kesehatan.

4.2 Perbedaan Individu

Perbedaan individu menurut Landgren (1980) adalah variasi atau penyimpangan dari rata-rata kelompok, sehubungan dengan karakter mental atau fisik, yang terjadi pada anggota individu kelompok (Turhusna & Solatun, 2020).

Jenis-jenis perbedaan individu yaitu:

1. Perbedaan fisik

Kependekan atau tingginya perawakan, kegelapan atau keadilan kulit, kegemukan, ketipisan, atau kelemahan adalah berbagai perbedaan fisik individu.

2. Perbedaan sikap

Individu berbeda dalam sikap mereka terhadap orang, objek, institusi, dan otoritas yang berbeda.

3. Perbedaan karena status ekonomi

Perbedaan kondisi kesehatan, kecenderungan dan karakter anak disebabkan oleh perbedaan ekonomi.

4. Perbedaan minat

5. Perbedaan emosional

Individu berbeda dalam reaksi emosional mereka terhadap situasi tertentu. Beberapa mudah tersinggung dan agresif dan mereka segera marah. Ada orang lain yang bersifat damai dan tidak mudah marah. Pada hal tertentu seseorang mungkin sangat marah sehingga dia mungkin siap untuk kejahatan terburuk seperti pembunuhan, sementara orang lain mungkin hanya menertawakannya.

6. Perbedaan kepribadian

Kepribadian mempengaruhi kebiasaan yang kita bentuk, perilaku yang kita lakukan, hubungan yang kita kembangkan, penilaian dan pengalaman kita tentang tantangan yang penuh tekanan, situasi yang kita pilih, reaksi yang kita bangkitkan pada orang lain, dan jalan seumur hidup kita yang rendah. Kepribadian itu sendiri dipengaruhi oleh genetika, pengalaman awal, perubahan

hidup, pematangan, penyakit, dan hubungan sosial dan budaya sepanjang waktu. Berbagai cara ini pada gilirannya terkait dengan hasil kesehatan, termasuk kebugaran fisik dan umur panjang, atau penurunan dan kematian dini.

Ada perbedaan dalam hal kepribadian. Atas dasar perbedaan kepribadian, individu telah diklasifikasikan ke dalam banyak kelompok. Spranger, misalnya, telah mengklasifikasikan kepribadian menjadi enam jenis:

- a. Teoretis,
- b. Ekonomi
- c. Estetika,
- d. Sosial,
- e. Politik, dan
- f. Keagamaan.

Jung mengklasifikasikan orang menjadi tiga kelompok:

- a. Introvert,
- b. Ekstrovert, dan
- c. Ambivert.

Trotter membagi individu menjadi:

- a. Berpikiran stabil, dan
- b. Pikiran tidak stabil.

Jordan memikirkan kepribadian menjadi:

- a. Aktif, dan
- b. Tipe reflektif.

Thorndike telah mengklasifikasikan orang ke dalam empat kategori berdasarkan pemikiran:

- a. Pemikir abstrak,

- b. Pemikir ideational,
- c. Pemikir objek, dan
- d. Pemikir yang pengalaman indrawinya dominan.

4.3 Penyebab perbedaan individu

Beberapa penyebab utama perbedaan individu adalah sebagai berikut:

1. Keturunan

Salah satu penyebab paling signifikan dan utama dari perbedaan individu adalah faktor keturunan. Individu mewarisi berbagai sifat fisik seperti wajah dengan ciri-cirinya, warna mata dan rambut, jenis kulit, bentuk tengkorak dan ukuran tangan, buta warna, kebotakan, stub-finger dan kecenderungan penyakit tertentu seperti kanker dan TBC, ciri-ciri mental seperti kecerdasan, pemikiran abstrak, bakat dan prasangka. Sekarang adalah fakta yang diakui bahwa perbedaan keturunan mengakibatkan kuantitas dan tingkat perkembangan fisik serta mental menjadi individu yang berbeda dan berbeda.

2. Lingkungan

Lingkungan secara signifikan mempengaruhi perbedaan individu. Perubahan lingkungan anak tercermin dari perubahan kepribadiannya. Secara psikologis, lingkungan seseorang terdiri dari jumlah total rangsangan yang ia terima dari pembuahan sampai kematiannya.

Lingkungan terdiri dari kekuatan fisik, intelektual, sosial, moral, politik, ekonomi dan budaya. Semua kekuatan ini menyebabkan perbedaan individu. Psikolog modern percaya bahwa perbedaan individu disebabkan oleh faktor keturunan dan lingkungan. Kepribadian adalah hasil dari interaksi timbal balik antara keturunan dan lingkungan.

3. Pengaruh kasta, ras dan bangsa

Individu dari kasta dan ras yang berbeda menunjukkan perbedaan yang sangat mencolok. Secara umum terlihat bahwa putra seorang Kshatriya memiliki lebih banyak keberanian dalam dirinya sementara putra seorang pedagang memiliki sifat-sifat bisnis. Demikian pula individu dari berbagai negara menunjukkan perbedaan dalam hal kepribadian, karakter, dan kemampuan mental mereka. Ini adalah hasil dari lingkungan geografis, sosial dan budaya mereka. Banyak penelitian telah menunjukkan adanya perbedaan antara orang Amerika dan Negro, Chinese dan Japanese, individu Inggris dan India.

4. Perbedaan jenis kelamin

Perkembangan anak laki-laki dan perempuan menunjukkan perbedaan karena perbedaan jenis kelamin. Perkembangan fisik anak perempuan terjadi satu atau dua tahun lebih awal dari anak laki-laki. Antara usia 11 dan 14 tahun, anak perempuan lebih tinggi dan lebih berat daripada anak laki-laki. Setelah 15, anak laki-laki mulai memenangkan perlombaan. Anak perempuan baik, penuh kasih sayang, simpatik dan lembut sedangkan anak laki-laki berani, keras, mudah tersinggung, efisien dan kompeten.

5. Temperamen dan stabilitas emosional

Beberapa orang dengan temperamen aktif dan cepat, sementara yang lain pasif dan lambat, beberapa lucu dan yang lain pemarah. Stabilitas emosional individu secara berbeda dipengaruhi oleh faktor fisik, mental dan lingkungan. Perbedaan stabilitas emosi menyebabkan perbedaan individu.

Perbedaan individu dalam harapan umum tentang hasil positif dan negatif (kesehatan) telah dikonseptualisasikan menurut sejumlah faktor termasuk *locus of control* dan *self-efficacy* (konsep yang relevan dalam bab ini), serta optimisme disposisional / pesimisme dan gaya penjelasan. Masing-masing faktor ini telah dipelajari oleh psikolog kesehatan untuk memastikan bagaimana mereka menjelaskan apakah seseorang melakukan perilaku perlindungan kesehatan atau tidak, dan juga untuk kemungkinan alasan untuk tidak berperilaku dengan cara yang melindungi diri.

Salah satu hal terkait dengan perilaku kesehatan yaitu persepsi resiko. Persepsi resiko adalah penilaian individu tentang kemungkinan bahwa mereka akan mengalami ancaman kesehatan tertentu. Hal ini terkait dengan kemungkinan bahwa seseorang akan membentuk intention untuk berperilaku (dan dengan demikian benar-benar berperilaku dengan cara yang ditentukan) sebagian ditentukan oleh seberapa berisiko mereka berpikir mereka mengalami hasil kesehatan yang negatif. Tetapi bagaimana individu menilai apakah mereka mungkin, atau tidak, mengalami kehidupan positif atau negatif dan peristiwa yang berhubungan dengan kesehatan di masa depan? Salah satu jawaban atas pertanyaan ini berasal dari bukti yang telah mengeksplorasi proses penilaian dalam persepsi risiko, disebut optimisme komparatif, bias optimis atau optimisme yang tidak realistis.

Orang-orang telah terbukti optimis secara tidak realistis dalam menghadapi beragam peristiwa kesehatan dan kehidupan termasuk jenis kanker yang tepat (misalnya Eiser et al., 1993; Fontaine dan Smith, 1995), penyakit jantung (Marteau et al., 1995) dan penyakit transmitted seksual (Gerrard et al., 1996). Ini juga telah ditunjukkan untuk perilaku yang menempatkan individu pada peningkatan risiko

mengalami hasil negatif terkait. Ini termasuk mengemudi sambil minum (Albery dan Guppy, 1996), perilaku mengemudi lainnya (Rutter et al., 1998; McKenna dan Albery, 2001), merokok (McKenna et al., 1993; Rise et al., 2002), pilihan makanan (lihat Miles dan Scaife, 2003) dan bahkan bungy jump- ing (Middleton et al., 1996). Bias tersebut tidak spesifik secara kultural, meskipun perbedaan dalam hal besarnya bias ada lintas budaya menurut faktor identitas kultural tertentu seperti konstruktif diri (lihat Fontaine dan Smith, 1995; Heine dan Lehman, 1995). Bias optimis telah ditunjukkan pada orang dewasa yang lebih tua

4.4 Kebiasaan

Sangat mudah untuk mengamati variasi yang cukup besar di antara individu-individu dalam kerentanan terhadap penyakit. Beberapa orang akan tertular flu, berulang kali menderita sakit kepala, atau menghadapi kondisi yang mengancam jiwa seperti penyakit kardiovaskular, sementara teman danpantat mereka tetap sehat. Ketika penyakit terjadi, beberapa individu pulih dengan cepat sementara yang lain dengan gejala yang sama pulih perlahan atau berkembang menjadi kondisi kronis. Mungkin yang paling penting, beberapa orang berumur panjang sementara teman-teman mereka menyerah pada kematian di usia yang lebih muda.

Sebagian besar perilaku yang kita lakukan selama hidup kita termasuk yang terkait dengan hasil kesehatan terkait dengan kebiasaan yang kita lakukan. Kondisi kesehatan kita seringkali terkait dengan hal kebiasaan yang telah kita lakukan dengan sengaja dan sadar dalam rencana yang kita buat. Seperti contohnya ketika ingin belajar bersepeda. Maka pikiran dan focus perhatian kita akan mengarah pada upaya kita untuk dapat menguasainya.

Melakukan perilaku pada awalnya adalah hal yang membebani kognitif untuk dilakukan mengingat banyaknya pemrosesan rencana, tujuan, kebohongan, dan sebagainya yang terjadi. Seiring waktu, dan dengan pemberlakuan berulang perilaku dalam keadaan mental lingkungan yang serupa, kita hanya akan tampaknya melakukan tugas tanpa memikirkan atau merencanakannya (Ouellette dan Wood, 1998). Pada titik ini perilaku tersebut telah menjadi kebiasaan atau kebiasaan di alam (Verplanken, 2005) dan prediktor terbaik dari perilaku masa depan menjadi perilaku masa lalu (lihat Sutton, 1994). Detail-detail ini disatukan dengan baik dan diperluas dalam Verplanken dan Aarts' (1999) definisi kebiasaan sebagai 'urutan tindakan yang dipelajari yang telah menjadi respons otomatis terhadap isyarat tertentu, dan berfungsi dalam memperoleh tujuan tertentu dan tujuan akhir.

Dalam istilah psikologi, kebiasaan didefinisikan sebagai tindakan yang dipicu secara otomatis sebagai respons terhadap isyarat kontekstual yang telah dikaitkan dengan kinerjanya (Neal, Wood, Labrecque, & Lally, 2012). Contoh kebiasaan tersebut misalnya, mencuci secara otomatis tangan (aksi) setelah menggunakan toilet (isyarat kontekstual), atau memasang sabuk pengaman (aksi) setelah masuk ke dalam mobil (isyarat kontekstual). Dekade penelitian psikologis secara konsisten menunjukkan bahwa sekadar pengulangan tindakan sederhana dalam konteks yang konsisten mengarah, melalui pembelajaran asosiatif, ke tindakan yang diaktifkan setelah pemaparan berikutnya pada isyarat kontekstual tersebut (yaitu, kebiasaan). Sekali permulaan tindakan 'dipindahkan' ke isyarat eksternal, ketergantungan pada perhatian sadar atau proses motivasi berkurang. Oleh karena itu kebiasaan cenderung bertahan bahkan setelah motivasi atau minat sadar menghilang (Lally, Jaarsveld, Potts, & J, 2010).¹¹

Kebiasaan juga efisien secara kognitif, karena otomatisasi tindakan umum membebaskan sumber daya mental untuk tugas lainnya.

Literatur yang berkembang menunjukkan relevansi prinsip-prinsip pembentukan kebiasaan dengan kesehatan. Peserta dalam satu penelitian mengulangi perilaku mempromosikan kesehatan yang dipilih sendiri (misalnya, makan buah, berjalan-jalan) sebagai respons terhadap satu kali, sekali- isyarat harian di lingkungan mereka sendiri (seperti, setelah sarapan). Peringkat harian dari otomatisitas subyektif dari perilaku (yaitu, kekuatan kebiasaan) menunjukkan peningkatan asimtotik, dengan akselerasi awal yang melambat menjadi stabil setelah rata-rata 66 hari. Salah satu kebiasaan baik yang secara sederhana dikembangkan yaitu misalnya minum air akan mudah dilakukan daripada rutinitas yang lebih rumit seperti melakukan sit-up sebanyak 50 kali.

DAFTAR PUSTAKA

- Booth-Kewley, S. and Friedman, H.S. (1987) Prediktor psikologis dis- ease jantung: tinjauan kuantitatif. *Buletin Psikologis*, 101, 343-362.
- Contrada, RJ dan Goyal, T.M. (2004) Perbedaan individu, kesehatan dan penyakit: peran sifat emosional dan harapan umum. Dalam S. Sutton, A. Baum dan M. Johnston (eds), *Buku Pegangan Sage psikologi kesehatan*. London: Bijak. Pp. 143-168
- Turhusna, D., & Solatun, S. (2020). Perbedaan Individu dalam Proses Pembelajaran. *Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini*, 28-42.
- Neal, D., Wood, W., Labrecque, J., & Lally, P. (2012). How do habits guide behavior? Perceived and actual triggers of habits in daily life. *J Exp Soc Psychol*, 492-498.
- Lally, P., Jaarsveld, C. V., Potts, H., & J, W. (2010). How are habits formed: modelling habit formation in the real world. *Euro Journal Social Psychology*, 998-1009.

BAB 5

LIFESTYLE AND HEALTH

Oleh Dian Jayantari Putri K. Hedo

5.1 *Healthy Lifestyle Behavior*

Setiap manusia cenderung memiliki keinginan dan tujuan untuk memiliki atau mencapai suatu keadaan sehat yang optimal pada dirinya. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa hal yang dialami individu dalam hidupnya. Dalam sudut pandang ilmu Psikologi yang membahas tentang hierarki kebutuhan Maslow (*Maslow Hierarchy of Needs*), kesehatan adalah salah satu kebutuhan dasar yang ingin dipenuhi oleh setiap manusia (Ryan *et al.*, 2020). Individu juga cenderung ingin menjadi sehat karena dipicu oleh tuntutan keadaan yang terjadi di masa kini dimana dibutuhkan biaya yang cenderung tinggi untuk melakukan pengobatan dan perawatan lanjutan apabila individu mengalami kondisi sakit (Wammes *et al.*, 2018).

Kondisi kesehatan individu berkaitan erat dengan perilaku yang dilakukan oleh individu sebagai upaya memperoleh, mempertahankan, atau meningkatkan kesehatannya tersebut. Kesehatan individu dapat ditentukan oleh perilaku yang dilakukannya dalam kehidupan sehari-hari. Perilaku individu menentukan kondisi sehat maupun sakit pada dirinya (Taylor, 2018). Dengan demikian maka dapat dinyatakan bahwa dalam rangka mengupayakan kesehatannya, individu perlu melakukan aktivitas yang bersifat positif terkait kesehatan, yaitu dengan melakukan perilaku gaya hidup sehat (Brannon, Updegraff and Feist, 2018).

Kajian tentang perilaku gaya hidup sehat dilandasi dari pemahaman yang menyatakan bahwa terdapat kontribusi dari segi psikologis terhadap suatu kondisi sehat dan sakit yang dialami oleh individu. Perilaku gaya hidup sehat merupakan sekumpulan perilaku yang dilakukan oleh individu dan memiliki tujuan untuk mempertahankan kesehatan yaitu yang diwujudkan dengan melakukan beberapa perilaku seperti menjaga asupan cairan dalam tubuh, melakukan aktivitas fisik yang cukup, menjaga kesehatan mental, mengupayakan diri agar terhindar dari segala bentuk kecelakaan, serta menghindari perilaku beresiko yang dampak buruk bagi kesehatan seperti konsumsi alkohol, rokok, dan narkoba (McGovern *et al.*, 2018).

Perilaku gaya hidup sehat merupakan seluruh perilaku yang diatur oleh individu dan berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya. Perilaku gaya hidup sehat juga merupakan perilaku yang dipilih dan sengaja dilakukan oleh individu sebagai bagian dari kebiasaan aktivitas sehari-harinya menurut status kesehatan yang dialaminya. Perilaku gaya hidup sehat juga meliputi perilaku yang dapat memperbaiki, melindungi, dan meningkatkan kondisi kesehatan individu. Individu yang mewujudkan gaya hidup sehat dengan melakukan olahraga secara teratur, menjalani diet sehat, menghindari rokok dan alkohol serta zat adiktif berbahaya lainnya, bertanggungjawab atas kesehatannya, melakukan manajemen stres, dan menjaga kebersihan diri (Hayden, 2019).

Perilaku gaya hidup sehat merupakan perilaku yang bersifat positif, artinya perilaku tersebut memberikan berbagai manfaat positif bagi kesehatan individu yang melakukannya. Jadi perilaku gaya hidup sehat merupakan sekumpulan aktivitas yang dapat berpengaruh pada kesehatan individu (Dunne, Sheffield and Chilcot, 2018). Selain meliputi perilaku kesehatan terkait fisik, gaya hidup sehat juga meliputi adanya

perilaku kesehatan secara psikologis. Individu melakukan berbagai perilaku kesehatan yang tidak hanya menghindari terjadinya suatu penyakit fisik di dalam dirinya dan mempertahankan atau meningkatkan kesehatan fisik pada dirinya, tetapi juga mengupayakan perilaku-perilaku yang dapat menunjang kesehatan dan perkembangan psikologisnya (Morrison and Bennett, 2016).

Dari beberapa kajian tentang perilaku gaya hidup sehat yang telah dijelaskan maka dapat diperoleh gambaran mengenai perilaku gaya hidup sehat itu sendiri. Dapat dinyatakan bahwa perilaku gaya hidup sehat merupakan keseluruhan perilaku yang bersifat positif terkait kesehatan, dimana perilaku tersebut diatur, disengaja, dan ditampilkan oleh individu untuk menghasilkan kontribusi atau manfaat yang positif terhadap kesehatannya. Perilaku gaya hidup sehat dapat dilakukan dalam bentuk berbagai perilaku yang bertujuan memperbaiki, mempertahankan, meningkatkan, dan melindungi kondisi sehat secara holistik yang dialami oleh individu, serta menghindari dan mencegah munculnya suatu kondisi sakit (Hedo, 2022).

5.2 *Healthy Lifestyle Behavior* di Masa Pandemi

Terdapat kendala dan tantangan terkait penerapan perilaku gaya hidup sehat pada masa pandemi akibat Covid-19. Berbagai penelitian dan laporan data menyatakan bahwa terjadi penurunan gaya hidup sehat dan peningkatan gaya hidup tidak sehat selama masa pandemi di seluruh dunia. Terjadi peningkatan berbagai aktivitas pasif (*sedentary lifestyle*) seperti penggunaan media sosial, gawai, komputer, televisi, dan berbagai aplikasi digital oleh masyarakat di beberapa negara di dunia (Park *et al.*, 2020). Laporan data tentang penerapan gaya hidup sehat di Inggris menyatakan bahwa terjadi peningkatan perilaku gaya hidup tidak sehat

yaitu 34% individu mengalami peningkatan nafsu makan dan 36% memilih makanan yang tidak sehat, 60% melakukan pola makan yang tidak terkendali dan 48% mengalami kenaikan berat badan, serta 43% individu tidak berolahraga teratur (Robertson *et al.*, 2021).

Data dari penelitian di berbagai negara lain juga menunjukkan peningkatan perilaku gaya hidup tidak sehat yang terjadi. Di Italia terjadi peningkatan jumlah individu yang mengkonsumsi minuman beralkohol dari 0.88% menjadi 11.3%, dengan jumlah total sebesar 68% individu yang mengkonsumsi alkohol (Grigoletto *et al.*, 2020). Selain di Italia, peningkatan perilaku gaya hidup sehat juga terjadi di Kanada. Penelitian yang dilakukan oleh Carroll dan tim (Carroll *et al.*, 2020) menyatakan bahwa setengah dari sampel penelitian yang mereka teliti melakukan perilaku gaya hidup yang tidak sehat. Penelitian tersebut menyatakan bahwa terjadi peningkatan konsumsi makanan ringan di sela-sela jadwal makan (snacking), peningkatan konsumsi makanan rendah nutrisi dan tidak sehat seperti makanan manis, makanan cepat saji, dan makanan berlemak tinggi, peningkatan gangguan tidur, peningkatan berbagai perilaku pasif, dan penurunan aktivitas fisik dan olahraga.

Penelitian lain tentang perilaku gaya hidup sehat selama pandemic terjadi dilakukan oleh Lades dan tim di Irlandia. Menurut data yang diperoleh dalam penelitian tersebut, terdapat peningkatan individu yang mengalami gangguan tidur, penggunaan narkotika, peningkatan aktivitas pasif secara berlebihan, peningkatan konsumsi makanan yang tidak bergizi, peningkatan konsumsi alkohol, dan penurunan aktivitas olahraga (Lades *et al.*, 2020). Kajian lain tentang perilaku gaya hidup sehat selama pandemi yang dilakukan di beberapa negara di Eropa, Afrika Utara, Asia Barat, dan Amerika juga menunjukkan hasil serupa. Terdapat penurunan aktivitas fisik

yang dilakukan individu yaitu aktivitas berjalan kaki secara rutin sebesar 35%, dan peningkatan durasi duduk lebih dari 8 jam sehari sebesar 40% (Ammar *et al.*, 2020).

Keadaan pandemi akibat Covid-19 memicu terjadinya berbagai dampak psikologis bagi masyarakat di seluruh dunia. Perubahan dan keadaan yang tidak stabil selama pandemi berlangsung membuat masyarakat mengalami peningkatan rasa takut, cemas, dan stres. Hal ini memicu dilakukannya perilaku adiktif yang digunakan individu sebagai cara untuk merespon keadaan tersebut. Terjadi peningkatan konsumsi alkohol dan rokok sebagai cara pengalihan yang dilakukan individu terhadap tekanan keadaan yang timbul. Selain itu terjadi pula peningkatan gangguan tidur yang dipicu oleh rasa cemas dan takut yang dialami individu terkait keadaan pandemi yang berlangsung. Berbagai dampak psikologis yang bersifat negatif yang dipicu oleh keadaan pandemi juga menyebabkan munculnya gaya hidup tidak sehat dalam hal pola makan. Terjadi peningkatan perilaku makan emosional yaitu perilaku makan sebagai respon untuk mengalihkan dari berbagai keadaan psikis yang dirasa tidak nyaman oleh individu (Zvolensky *et al.*, 2020).

Keadaan yang terjadi di seluruh dunia tentang perilaku gaya hidup sehat juga terjadi di Indonesia. Menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, diketahui bahwa terdapat 95,5% penduduk kurang mengonsumsi sayur dan buah, 33,5% kurang melakukan aktivitas fisik, 29,3% mengalami peningkatan merokok, dan 31% mengalami permasalahan pola makan yang memicu terjadinya obesitas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Diketahui lebih lanjut bahwa hanya terdapat 20% penduduk yang melakukan perilaku gaya hidup sehat selama pandemi di Indonesia (Arlinta, 2019). Di Indonesia juga terjadi peningkatan konsumsi makanan dan minuman tren kekinian

yang tidak memiliki kandungan gizi yang baik karena memicu terjadinya obesitas dan diabetes. Selain peningkatan konsumsi makanan dan minuman yang tidak sehat, terjadi pula peningkatan penggunaan gawai dan berbagai perangkat digital secara berlebihan dan dalam jangka waktu lama (Wisnubrata, 2021).

Kajian mengenai perilaku gaya hidup sehat selama pandemi juga dilakukan oleh Hedo dan Simarmata (Hedo and Simarmata, 2021). Dari hasil kajian diketahui bahwa pada saat pandemi terjadi, hanya terdapat 14,4% masyarakat yang mampu konsisten menerapkan gaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. Terkait dengan hal tersebut maka diperlukan adanya kontribusi dari dalam diri individu yaitu berupa sumber daya personal yang dimiliki individu sebagai pendorong atau penguat individu untuk tetap konsisten melakukan perilaku gaya hidup sehat. Sumber daya psikologis merupakan kekuatan personal yang berkontribusi langsung terhadap penerapan perilaku gaya hidup sehat pada keadaan pandemi. Salah satu sumber daya psikologis yang berperan dalam penerapan perilaku gaya hidup sehat adalah resiliensi. Resiliensi mampu melindungi dan menjadi sistem penyangga bagi individu ketika mengalami kesulitan atau masalah dalam melakukan perilaku gaya hidup sehat. Selain sumber daya psikologis yang dimiliki oleh individu, penerapan gaya hidup sehat juga perlu dipengaruhi oleh adanya paparan informasi terkait kesehatan secara memadai pada diri individu. Paparan informasi kesehatan mampu membuat individu menyadari, memahami, dan menerapkan perilaku gaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari.

5.3 Mengenal Bentuk Penerapan *Healthy Lifestyle Behavior*

Perilaku gaya hidup yang dapat menunjang kesehatan bagi individu yang menerapkannya dinyatakan sebagai perilaku gaya hidup sehat. Perilaku gaya hidup sehat dapat diterapkan oleh individu dalam kehidupan sehari-hari melalui berbagai bentuk perilaku. Perilaku gaya hidup sehat dapat dilakukan dalam bentuk perilaku individu yang bertanggungjawab terhadap kesehatannya (*health responsibility*). Individu bertanggung jawab terhadap kesehatannya dengan memperhatikan dan merawat kesehatan diri, mencari informasi dan bantuan terkait kesehatan apabila diperlukan, dan memperlengkapi diri dengan wawasan yang cukup terkait kesehatan. Individu juga dapat menerapkan perilaku gaya hidup sehat dengan melakukan aktivitas fisik dan berolahraga secara rutin. Selain itu dalam berperilaku gaya hidup sehat, individu juga perlu memastikan dirinya memperoleh nutrisi yang baik dan seimbang dengan mengonsumsi makanan dan minuman yang bergizi (Walker and Hill-Polerecky, 1996; Damayanti, Dino and Donnelly, 2020).

Individu dapat menerapkan perilaku gaya hidup sehat tidak hanya dengan mengupayakan kesehatannya secara fisik, tetapi juga psikologis. Individu dapat mengupayakan pertumbuhan dan perkembangan spiritual (*spiritual development*) dengan mengembangkan sumber daya internal atau personal yang ada di dalam dirinya untuk mencapai suatu keadaan hidup yang seimbang, harmonis, dan utuh. Individu juga dapat mengupayakan kesehatan hubungan interpersonalnya dengan melakukan komunikasi verbal dan nonverbal dengan orang di sekitar untuk menciptakan hubungan yang konstruktif dan kondusif bagi kesehatannya. Individu juga dapat mengupayakan gaya hidup sehat bagi

kesehatan psikisnya dengan melakukan manajemen stres saat menghadapi suatu kesulitan dalam hidup. Manajemen stres dapat dilakukan oleh individu dengan cara melakukan identifikasi dan mengelola sumber daya fisik dan psikologis dalam diri dalam rangka mengatasi tekanan yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari (Walker and Hill-Polerecky, 1996).

Gaya hidup sehat dapat dilakukan oleh individu dalam kehidupan sehari-hari melalui berbagai bentuk perilaku yang bersifat positif bagi kesehatan seperti menjaga asupan cairan dalam tubuh, melakukan aktivitas fisik secara teratur, menjaga kesehatan mental, mengupayakan agar terhindar dari segala bentuk kecelakaan, mewaspadai terjadinya perilaku beresiko bagi individu seperti penggunaan alkohol, rokok, dan narkoba (McGovern *et al.*, 2018). Gaya hidup sehat juga meliputi perilaku yang mengupayakan kesehatan non fisik yaitu berbagai aktivitas yang melibatkan proses abstrak dalam konteks intrapersonal dan interpersonal seperti proses kognitif dan afektif (Kim and Cho, 2020).

Perilaku gaya hidup sehat merupakan berbagai kombinasi dari pola diet yang seimbang, praktik kebersihan yang baik, aktivitas fisik yang teratur dan pembatasan penggunaan tembakau. Diet yang seimbang dilakukan dengan mengonsumsi buah dan sayuran setiap hari, seperti pisang, apel, jeruk, melon, jambu biji, mangga, atau buah lainnya. Diet yang baik dilakukan dengan mengonsumsi dua atau lebih porsi buah dan tiga atau lebih porsi sayuran per hari. Praktik kebersihan yang baik dilakukan dengan menggosok gigi, mencuci tangan, mandi teratur, dan menggunakan sabun dalam berbagai kegiatan pembersihan diri. Aktivitas fisik secara aktif dan teratur dapat dilakukan dengan membatasi jumlah kegiatan duduk dan menonton televisi, bermain *game* komputer, berbicara dengan teman melalui telepon, atau

melakukan aktivitas duduk lainnya seperti bermain permainan papan atau kartu secara berlebihan dalam durasi waktu yang panjang (Shah *et al.*, 2019).

Penerapan gaya hidup yang sehat oleh individu meliputi adanya serangkaian aktivitas yang dapat melindungi, memperbaiki, mempertahankan, atau meningkatkan keadaan kesehatannya secara personal. Perilaku gaya hidup sehat tersebut juga dilakukan oleh individu dengan tujuan untuk mengurangi kematian akibat penyakit yang disebabkan oleh perilaku gaya hidup yang tidak sehat (Asma *et al.*, 2019). Gaya hidup sehat juga meliputi adanya kemauan dan kemampuan individu untuk mengatur asupan nutrisi mereka dengan baik dan seimbang, menjaga berat badan yang sesuai dan proporsional, dan mengatasi tekanan atau stres dengan baik dalam kehidupan sehari-hari. Individu juga dapat melakukan gaya hidup sehat dengan bertanggungjawab menjaga kesehatannya, mencari bantuan dan informasi medis, melakukan aktivitas fisik yang cukup, memilih nutrisi yang seimbang untuk dikonsumsi, memperhatikan perkembangan dan pertumbuhan diri serta sumber daya personal dalam mencapai tujuan dan makna hidup, melakukan komunikasi yang baik dengan orang di sekitar, mampu mengenali dan menggunakan sumber daya fisik dan psikologis yang dimilikinya untuk mengatasi masalah yang mungkin muncul dalam kehidupan sehari-hari terkait kesehatan (Woynarowska-Sołdan *et al.*, 2018).

5.4 Berbagai Determinan *Healthy Lifestyle Behavior*

Perilaku gaya hidup sehat memiliki beberapa determinan yang dapat dikaji dari berbagai sudut pandang keilmuan. Salah satu bidang ilmu yang dapat digunakan dalam mengkaji perilaku gaya hidup sehat adalah psikologi. Pendekatan ilmu psikologi berfokus pada peran dari sumber daya personal yang

dimiliki oleh setiap individu dalam rangka mencapai dan meningkatkan kesejahteraan, termasuk kesehatan secara optimal (Taylor, 2018; Seligman, 2019). Dalam upaya mencapai, mempertahankan, menjaga, dan melindungi kesehatan atau kondisi sehat pada dirinya maka individu perlu melakukan perilaku gaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. Perilaku gaya hidup sehat berkaitan dengan beberapa kondisi psikologis di dalam diri individu (Hayden, 2019; Hedo and Simarmata, 2021).

Individu cenderung menerapkan perilaku gaya hidup sehat ketika mereka berada dalam kondisi tertentu. Beberapa hal yang dapat memfasilitasi individu dalam melakukan perilaku gaya hidup sehat dari faktor psikologi adalah resiliensi (Bottolfs *et al.*, 2020), welas diri (Bluth and Neff, 2018), dan harapan (Ghielen, van Woerkom and Christina Meyers, 2018). Resiliensi, welas diri, dan harapan dapat menimbulkan suatu keadaan psikologis (*psychological state*) tertentu di dalam diri individu dan memberikan efek positif secara psikologis (*positive psychological effects*) pada individu untuk dapat menerapkan perilaku gaya hidup sehat (McGovern *et al.*, 2018; Hedo, 2022).

Resiliensi merupakan salah satu determinan perilaku gaya hidup sehat pada individu. Teori tentang resiliensi menyatakan bahwa resiliensi adalah kemampuan individu dalam bertahan dan berjuang dengan memanfaatkan aset dan sumber daya yang dimilikinya serta dalam menjaga keseimbangan hidup selama dan setelah mengalami suatu masa sulit dalam hidup (Ungar, 2021). Kontribusi resiliensi terhadap penerapan perilaku gaya hidup sehat adalah dengan membantu individu agar mampu menghadapi berbagai tantangan dan kondisi sulit terkait perilaku gaya hidup sehat sehingga membuat individu dapat bertahan dan bangkit kembali dalam menjalani perilaku gaya hidup sehat dalam kehidupannya

sehari-hari (Krause and Halkitis, 2020; Hedo and Simarmata, 2021).

Selain resiliensi, faktor personal psikologis di dalam diri individu yang juga menjadi determinan perilaku gaya hidup sehat adalah welas diri. Teori tentang welas diri menyatakan bahwa welas diri merupakan kemampuan individu dalam mengasihi diri sendiri atau merespon diri sendiri dengan kewelasan atau kebaikan ketika menghadapi kesulitan atau kekurangan diri (Bluth and Neff, 2018). Welas diri di dalam diri individu berperan dalam menghasilkan suatu manfaat dan pengaruh positif (*positive impact*) di dalam diri individu yang memfasilitasi mereka dalam melakukan perilaku gaya hidup sehat (Cleare *et al.*, 2018). Individu yang berwelas diri cenderung memperlakukan dirinya sebaik mungkin, yaitu dengan cara merawat, memelihara, dan meningkatkan kesehatannya melalui suatu penerapan perilaku gaya hidup sehat. Rasa welas terhadap dirinya sendiri juga mendorong individu untuk bersikap dan berperilaku proaktif terkait kesehatannya yaitu dengan melakukan perilaku gaya hidup sehat (Li *et al.*, 2019).

Selain determinan dari sudut pandang psikologi, terdapat beberapa determinan lain yang juga berhubungan dengan perilaku gaya hidup sehat, diantaranya yaitu determinan dari segi personal (Taylor, 2018; Holden, Rollins and Gonzalez, 2020), sosial budaya (Haddad and Sarti, 2020), ekonomi (Madjdian *et al.*, 2018), serta lingkungan dan fasilitas (Phillipou *et al.*, 2020). Secara rinci faktor yang berhubungan dengan perilaku gaya hidup sehat tersebut dijelaskan sebagai berikut. Keadaan sosiodemografis berupa pekerjaan, pendapatan, status sosial, dan tingkat pendidikan yang baik, serta dukungan sosial dari lingkungan sekitar berkontribusi pada penerapan perilaku gaya hidup sehat individu dengan berperan sebagai sumber daya yang dapat digunakan individu untuk membantunya

melakukan perilaku gaya hidup sehat. Usia juga menjadi determinan perilaku gaya hidup sehat yang diterapkan oleh individu. Individu cenderung menerapkan perilaku gaya hidup sehat dengan cukup baik pada usia anak karena masih berada dalam pengawasan dan kontrol orangtua. Perilaku gaya hidup sehat individu cenderung mengalami penurunan ketika individu memasuki usia remaja karena kondisi remaja yang labil dan mudah terpengaruh lingkungan sekitar. Determinan perilaku gaya hidup sehat yang signifikan bagi individu juga meliputi determinan lingkungan. Lingkungan mempengaruhi individu dalam penerapan perilaku gaya hidupnya, baik yang sehat maupun tidak sehat. Pengaruh lingkungan dapat berasal dari lingkungan teman sebaya, keluarga, komunitas, dan masyarakat di lingkungan sekitar individu. Yang juga berkontribusi terhadap penerapan perilaku gaya hidup sehat bagi individu adalah akses terhadap fasilitas kesehatan. Ketersediaan dan kemudahan dalam mengakses fasilitas kesehatan misalnya akses imunisasi, pelayanan kesehatan dasar, dan pemeriksaan preventif kesehatan berperan dalam mendukung individu memiliki gaya hidup yang sehat. Selain beberapa determinan tersebut di atas, determinan berupa pengetahuan individu terkait kesehatan juga berkontribusi pada perilaku gaya hidup sehat. Individu yang memiliki pengetahuan yang memadai terkait kesehatan cenderung mampu melakukan perilaku gaya hidup sehat (Hedo and Simarmata, 2021). Determinan perilaku gaya hidup sehat pada diri individu juga meliputi peran dari media. Media berfungsi sebagai penyalur informasi dan pesan tentang perilaku gaya hidup sehat. Jenis media juga berkontribusi pada perilaku gaya hidup sehat yang dilakukan individu. Beberapa media yang memiliki cakupan sebaran informasi yang masif terkait perilaku gaya hidup sehat adalah media massa dan media lain berbasis internet. Namun media massa juga dapat menjadi

faktor resiko bagi penerapan perilaku gaya hidup yang tidak sehat. Paparan media massa tentang gaya hidup tidak sehat seperti rokok, alkohol, tren makanan dan minuman instan dan kekinian yang tidak bergizi, dan berbagai gaya hidup tidak sehat lainnya dapat berkontribusi pada penerapan perilaku gaya hidup yang dilakukan oleh individu dalam kehidupan sehari-hari.

5.5 Sehat Berkelanjutan dengan *Healthy Lifestyle* yang Terencana

Dalam penerapan perilaku gaya hidup sehat, individu dapat mengalami kemungkinan merasakan perasaan negatif, mengalami masalah, hambatan, situasi sulit, atau kegagalan. Namun demikian, perilaku gaya hidup sehat perlu tetap diupayakan dan direncanakan agar konsisten dan berkelanjutan dalam penerapannya. Individu cenderung mampu melakukan perilaku gaya hidup sehat jika di dalam dirinya telah memiliki sumber daya internal yang mendukung keberlangsungan dan keberlanjutan perilaku gaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. Sumber daya internal yang mendukung individu tersebut dapat berupa beberapa atribut kekuatan psikologis yang memberikan efek perlindungan dan efek positif pada diri individu untuk menerapkan perilaku gaya hidup sehat, yaitu diantaranya adalah resiliensi, welas diri, harapan, dan atribut *personal strength* lain di dalam dirinya (Horan and Taylor, 2018; Konaszewski, Niesiobędzka and Surzykiewicz, 2021; Hedo, 2022; Hedo and Katmini, 2022). Jadi meskipun individu mengalami masalah atau situasi sulit dalam penerapan perilaku gaya hidup sehat individu cenderung akan mampu lenteng kembali ke kondisi yang seimbang dan kondusif untuk menerapkan gaya hidup sehat.

Salah satu upaya memastikan keberlangsungan penerapan gaya hidup sehat secara terencana dan berkelanjutan di masyarakat adalah dilakukannya upaya intervensi program terkait gaya hidup sehat oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Terdapat beberapa program yang ditujukan BKKBN untuk memberikan wadah, edukasi, sosialisasi, dan pendampingan untuk masyarakat di berbagai kelompok usia agar mampu melakukan gaya hidup sehat secara terencana. Terdapat beberapa wadah kegiatan bagi setiap kelompok usia di masyarakat yang difasilitasi oleh BKKBN untuk memberikan layanan edukasi dan pendampingan bagi masyarakat, yaitu Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Lansia (BKL), Bina Keluarga Remaja (BKR), dan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIKR). BKKBN juga memfasilitasi masyarakat menerapkan gaya hidup sehat dalam hal pola makan sehat dengan mengonsumsi makanan bergizi melalui program Dapur Sehat Atasi Stunting (DAHSAT). Program ini membantu masyarakat terutama yang menjadi sasaran resiko mengalami stunting agar dapat menerapkan pola makan sehat dan bergizi sebagai salah satu upaya pencegahan dan penurunan resiko stunting.

Selain menargetkan sasaran kepada orangtua dan anak yang beresiko mengalami stunting karena gaya hidup pola makan yang tidak sehat, terdapat juga intervensi dan program yang ditujukan kepada remaja. Remaja perlu menerapkan gaya hidup yang sehat terutama dalam hal kesehatan reproduksi, yang merupakan isu terkait kesehatan yang sedang dialami pada fase usia remaja. PIKR dan BKR melalui program Generasi Berencana (GenRe) membantu memfasilitasi remaja dalam memperoleh informasi, pengetahuan, konseling, dan pendampingan seputar perilaku gaya hidup sehat terkait reproduksi dan ketrampilan hidup sehat sehari-hari untuk

dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari secara terencana dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ammar, A. *et al.* (2020) 'Effects of Covid-19 Home Confinement on Physical Activity and Eating Behaviour Preliminary Results of The Eclb-Covid19 International Online-Survey', *medRxiv*, 12(6), pp. 1–23.
doi: 10.1101/2020.05.04.20072447.
- Arlinta, D. (2019) 'Hanya 20 Persen Penduduk Indonesia yang Mengerti Gaya Hidup Sehat', *Kompas*, 20 September. Available at:
<https://www.kompas.id/baca/utama/2019/09/20/kesehatan-germas-jangan-hanya-jargon/>.
- Asma, B. *et al.* (2019) 'Healthy Life-Style Behaviours and Effecting Factors of Final Year Students Attending To Two Different Medicine Faculties', *International Journal of Health Services Research and Policy*, 4(1), pp. 11–21. doi: 10.23884/ijhsrp.2019.4.1.02.
- Bluth, K. and Neff, K. D. (2018) 'New Frontiers in Understanding the Benefits of Self-compassion', *Self and Identity*, 17(6), pp. 605–608. doi: 10.1080/15298868.2018.1508494.
- Bottolfs, M. *et al.* (2020) 'Resilience And Lifestyle-Related Factors As Predictors For Health-Related Quality Of Life Among Early Adolescents: A Cross-Sectional Study', *Journal of International Medical Research*, 48(2), pp. 1–15. doi: 10.1177/0300060520903656.
- Brannon, L., Updegraff, J. A. and Feist, J. (2018) *Health Psychology*. Ninth Edit. Boston: Cengage Learning.
- Carroll, N. *et al.* (2020) 'The Impact of Covid-19 on Health Behavior, Stress, Financial, and Food Security among Middle to High Income Canadian Families with Young Children', *Nutrients*, 12(2352), pp. 1–14. doi: 10.3390/nu12082352.

- Cleare, S. *et al.* (2018) 'An Investigation of the Factor Structure of the Self-Compassion Scale', *Mindfulness*, 9, pp. 618–628. doi: 10.1007/s12671-017-0803-1.
- Damayanti, M. R., Dino, M. J. S. and Donnelly, F. (2020) 'A Quantitative and Qualitative Analysis of Nurses' Lifestyles and Community Health Practices in Denpasar, Bali, Indonesia', *Enfermería Clínica*, 30, pp. 82–89. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.09.028.
- Dunne, S., Sheffield, D. and Chilcot, J. (2018) 'Brief report: Self-compassion, Physical Health and The Mediating Role of Health-promoting Behaviours', *Journal of Health Psychology*, 23(7), pp. 1–7. doi: 10.1177/1359105316643377.
- Ghielen, S. T. S., van Woerkom, M. and Christina Meyers, M. (2018) 'Promoting positive outcomes through strengths interventions: A literature review', *Journal of Positive Psychology*, 13(6), pp. 573–585. doi: 10.1080/17439760.2017.1365164.
- Grigoletto, V. *et al.* (2020) 'Rebound of Severe Alcoholic Intoxications in Adolescents and Young Adults After COVID-19 Lockdown', *Journal of Adolescent Health*, 67(5), pp. 727–729. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.08.017.
- Haddad, M. R. and Sarti, F. M. (2020) 'Sociodemographic Determinants of Health Behaviors among Brazilian Adolescents: Trends in Physical Activity and Food Consumption, 2009–2015', *Appetite*, 144(February 2019), p. 104454. doi: 10.1016/j.appet.2019.104454.
- Hayden, J. (2019) *Introduction to Health Behavior Theory*. Third Edit. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Hedo, D. J. P. K. (2022) *Perilaku Hidup Sehat dan Terencana pada Remaja: Merencanakan Kehidupan Sehat Berkualitas Sejak Usia Remaja*. Edited by R. Wardhani. Malang: Tim Ahli Media.

- Hedo, D. J. P. K. and Katmini (2022) 'Determinants of Adolescents' Healthy Lifestyle Behavior in Kediri, East Java', *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 10(2), pp. 103–117. doi: 10.20473/jpk.V10.I2.2022.103-117.
- Hedo, D. J. P. K. and Simarmata, N. (2021) 'Adolescents' Healthy Lifestyle Behavior in Endemic Era', in *Living with Covid-19 Endemic: Opportunities, Threats, Preparedness and Adaptation*. Kediri: SICH Press, pp. 84–96.
- Holden, C. L., Rollins, P. and Gonzalez, M. (2020) 'Does How You Treat Yourself Affect Your Health? The Relationship between Health-promoting Behaviors and Self-compassion among a Community Sample', *Journal of Health Psychology*, pp. 1–12. doi: 10.1177/1359105320912448.
- Horan, K. A. and Taylor, M. B. (2018) 'Mindfulness and self-compassion as tools in health behavior change: An evaluation of a workplace intervention pilot study', *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8(May 2017), pp. 8–16. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.02.003.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) 'Penyakit Tidak Menular Kini Ancam Usia Muda'. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, p. 6. Available at: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200704/4434329/penyakit-tidak-menular-kini-ancam-usia-muda/>.
- Kim, Y. and Cho, J.-H. (2020) 'Correlation between Preventive Health Behaviors and Psycho-Social Health Based on the Leisure Activities of South Koreans in the COVID-19 Crisis', *International Journal of Environmental Research and Public Health Article*, 17(4066), pp. 1–10. doi: 10.3390/ijerph17114066.

- Konaszewski, K., Niesiobędzka, M. and Surzykiewicz, J. (2021) 'Resilience and Mental Health among Juveniles: Role of Strategies for Coping with Stress', *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(58), pp. 1–12. doi: 10.1186/s12955-021-01701-3.
- Krause, K. D. and Halkitis, P. N. (2020) 'Toward a More Dynamic Understanding of the Influence of Resilience on Health', *Behavioral Medicine*, 46(3–4), pp. 171–174. doi: 10.1080/08964289.2020.1790972.
- Lades, L. K. *et al.* (2020) 'Daily Emotional Well-being during The COVID-19 Pandemic', *British Journal of Health Psychology*, 25(4), pp. 902–911. doi: 10.1111/bjhp.12450.
- Li, Y. *et al.* (2019) 'A Daily Diary Study of The Relationships among Daily Self-compassion, Perceived Stress and Health-promoting Behaviours', *International Journal of Psychology*, 55(3), pp. 364–372. doi: 10.1002/ijop.12610.
- Madjidian, S. *et al.* (2018) 'Socio-cultural and Economic Determinants and Consequences of Adolescent Undernutrition and Micronutrient Deficiencies in LLMICs: a Systematic Narrative Review', *Annals of The New York Academy of Sciences*, 1416, pp. 117–139. doi: 10.1111/nyas.13670.
- McGovern, C. M. *et al.* (2018) 'Factors Associated With Healthy Lifestyle Behaviors Among Adolescents', *J Pediatr Health Care*, 32(5), pp. 473–480. doi: 10.1016/j.pedhc.2018.04.002.Factors.
- Morrison, V. and Bennett, P. (2016) *An Introduction to Health Psychology*. London: Pearson Education Limited.
- Park, J. H. *et al.* (2020) 'Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks', *Korean Journal of Family Medicine*, 41(6), pp. 365–373. doi: 10.4082/kjfm.20.0165.

- Phillipou, A. *et al.* (2020) 'Eating and Exercise Behaviors in Eating Disorders and The General Population During The Covid-19 Pandemic in Australia: Initial Results from The Collate Project', *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), pp. 1158–1165. doi: 10.1002/eat.23317.
- Robertson, M. *et al.* (2021) 'Exploring Changes in Body Image, Eating and Exercise During The Covid-19 Lockdown: A UK Survey', *Appetite*, 159(2021), pp. 1–6. doi: 10.1016/j.appet.2020.105062.
- Ryan, B. J. *et al.* (2020) 'COVID-19 Community Stabilization and Sustainability Framework: An Integration of the Maslow Hierarchy of Needs and Social Determinants of Health', *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(5), pp. 623–629. doi: 10.1017/dmp.2020.109.
- Seligman, M. E. P. (2019) 'Positive Psychology: A Personal History', *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, pp. 1–23. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653.
- Shah, N. *et al.* (2019) 'Healthy lifestyle as a preventive measure against victimization among school-going adolescents', *EMHJ*, 25(9), pp. 1–10. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31625585/>.
- Taylor, S. E. (2018) *Health Psychology*. Tenth Edit. New York: McGraw Hill Education.
- Ungar, M. (2021) *Multisystemic Resilience*. New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/oso/9780190095888.001.0001.
- Walker, S. N. and Hill-Polerecky, D. M. (1996) 'Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II', *Unpublished manuscript University of Nebraska Medical Center*. Available at: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequence=2.

- Wammes, J. J. G. *et al.* (2018) 'Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation', *BMJ Open*, 8(9), pp. 1–17. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023113.
- Wisnubrata (2021) '5 Gaya Hidup Masa Kini yang Sebetulnya Kurang Baik untuk Kesehatan', *Kompas*, 12 October. Available at:
<https://lifestyle.kompas.com/read/2020/10/12/092509720/5-gaya-hidup-masa-kini-yang-sebetulnya-kurang-baik-untuk-kesehatan?page=all>.
- Woynarowska-Sołdan, M. *et al.* (2018) 'Positive Health Behaviours Polish and Ukrainian Medical Students in The Context of Chronic Diseases', *Przegląd Epidemiologi*, 72(4), pp. 509–523. doi: 10.32394/pe.72.4.26.
- Zvolensky, M. J. *et al.* (2020) 'Psychological, Addictive, and Health Behavior Implications of the COVID-19 Pandemic', *Behaviour Research and Therapy*, 134(2020), pp. 1–17. Available at:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7451060/>.

BAB 6

ADDICTIVE BEHAVIOR

Oleh Natalia Sulistyo Veerman

6.1. Pendahuluan

Pada bab ini kita akan belajar tentang perilaku kecanduan atau yang biasa dikenal dengan addict behavior dalam psikologi Kesehatan. Tentunya sebelum kita memahami perilaku kecanduan pada seseorang individu. Kita harus memahami bahwa istilah perilaku kecanduan saat ini sudah semakin meluas bukan saja pada ranah perilaku kecanduan dalam penggunaan obat-obatan, alkohol dan rokok, namun juga meluas pada beberapa aktifitas lainnya seperti kecanduan judi, berbelanja, makan, game. Kecanduan berasal dari kata “candu” yang berarti sesuatu yang membuat seseorang ingin melakukannya berulang kali. Miller (2011), menyatakan bahwa perilaku kecanduan adalah suatu kondisi perilaku terbiasa atau perilaku kompulsif seseorang untuk melibatkan diri dalam sesuatu. Berdasarkan definisi tersebut, maka konsepsi kecanduan yang paling populer: (1) perilaku yang dilakukan berulang kali secara teratur, (2) tindakan kompulsif yang di luar kendali sadar individu; (3) perilaku tersebut tidak tentu melibatkan obat, meskipun itu adalah asosiasi yang paling umum. Dalam percakapan sehari-hari, orang dikatakan "kecanduan" ketika mereka tanpa henti mengejar sensasi atau aktivitas apa pun, baik itu seks, perjudian, alkohol atau obat-obatan lain, pekerjaan, makanan, belanja, atau cinta. Peele (2000) berpendapat bahwa konsep kecanduan telah berkembang untuk menggambarkan begitu banyak perilaku

yang hampir kehilangan maknanya. Seseorang dapat dikatakan mengalami kecanduan , saat individu tersebut menunjukkan perilaku terhadap sesuatu hal yang pada akhirnya menjadi kecanduan, dan semakin mendominasi kehidupan seseorang serta akibatnya merugikan atau mengurangi aspek kehidupan lainnya. Pada psikologi kesehatan ini kita membatasi perilaku kecanduan pada beberapa aktifitas yang memberikan dampak negatif pada tubuh dan kesehatan individu. Istilah kecanduan juga sering kali di identifikasikan dengan perilaku self-destructive atau sering disebut merusak atau menghancurkan diri. Hal ini ditandai dengan kecenderungan individu untuk bergantung pada satu atau lebih obat-obatan secara ilegal. Dimana individu yang mengalami kecanduan, biasanya ditandai dengan keinginan fisiologis yang kuat, gejala penarikan diri, dan kebutuhan untuk mengkonsumsi obat lebih banyak serta mendapatkan untuk menghasilkan efek yang sama.

6.2 Definisi Perilaku Kecanduan.

Menurut J.P Chaplin (Kamus Psikologi, 2002: 11) Kecanduan adalah ketika seseorang menjadi tergantung secara fisik dan psikologis pada obat bius. Hal ini dapat membuat mereka merasa terasing dari masyarakat, serta meningkatkan toleransi mereka terhadap obat bius. Menurut Carlo (2003), menyatakan bahwa kecanduan memiliki beberapa dimensi yaitu:

- (1) berkembangnya pola perilaku yang mapan dan bermasalah - yaitu, perilaku yang menyenangkan dan menguatkan,
- (2) adanya komponen fisiologis dan psikologis dari pola perilaku yang menciptakan ketergantungan, dan
- (3) interaksi komponen-komponen ini dalam kehidupan individu yang membuat perilaku tersebut menolak untuk berubah. Masing-masing aspek ini sangat penting untuk

mengidentifikasi kecanduan. Pola perilaku kecanduan diulang dan menjadi dapat diprediksi dalam keseringan dan keberlebihannya.

Sedangkan ketergantungan merupakan dimensi kedua yang diperlukan dan penting untuk mendefinisikan kecanduan. Istilah ketergantungan menunjukkan bahwa pola perilaku tersebut melibatkan kemampuan pengaturan regulasi diri yang buruk, terus berlanjut meskipun ada masukan yang negatif, dan sering kali menjadi tidak terkendali. Selain itu, reinforcer (penguat) untuk terlibat dalam perilaku ini menjadi sangat kuat.

Seringkali kecanduan menjadi kebiasaan dalam kehidupan individu dan menjadi bagian integral dari cara hidup individu dan cara mengatasi masalah. Penguat bersifat fisiologis dan psikologis dan bergabung untuk menciptakan sistem penghargaan yang sangat kuat yang menutupi kesadaran akan konsekuensi bermasalah yang terkait dengan perilaku tersebut dan membuat perubahan menjadi sulit dan, kadang-kadang, tampaknya mustahil. Sedangkan dalam DSM IV (APA,1997), mendefinisikan bahwa ketergantungan terhadap zat yaitu pola penggunaan zat yang maladaptif yang menyebabkan terjadinya gangguan atau stres yang signifikan secara klinis termeninvestasi dalam 3 atau lebih hal berikut dan berulang kali dalam rentang waktu 12 bulan dengan karakteristik

1. toleransi toleransi adalah penggunaan zat adiksi dengan jumlah yang banyak untuk menghasilkan efek yang diinginkan. Semakin lama akan terjadi pengurangan efek dari pemakaian zat, apabila penggunaan berkelanjutan dalam jumlah yang sama

2. Withdrawal berupa efek negatif baik secara fisik maupun psikologis apabila dilakukan penghentian ataupun pengurangan jumlah zat yang menjadi sumber adiksi
3. Zat sering digunakan dalam jumlah yang lebih besar atau periode yang lebih lama dari yang dikehendaki
4. Adanya keinginan yang besar atau usaha yang gagal untuk menghentikan atau mengontrol penggunaan zat
5. Digunakannya banyak waktu dalam rangka aktivitas untuk mendapatkan zat menggunakan zat atau pulih dari efeknya
6. Aktivitas sosial pekerjaan atau rekreasi dihentikan atau dikurangi karena penggunaan zat
7. Pemakaian zat dilanjutkan meskipun telah mengetahui adanya masalah fisik dan psikologis akibat dari penggunaan zat

Menurut Ghodse(2002), menerangkan kalau ketergantungan senantiasa diisyrati dengan terdapatnya reaksi perilaku yang senantiasa menyertakan keharusan terus menerus ataupun dilakukan secara periodik untuk mengalami dampak psikis dan kadang- kadang untuk menghindari ketidaknyamanan

6.3 Dampak Perilaku Adiktif.

Dampak perilaku adiktif bagi Ghodse(2002), yang membagi jadi 3 ialah;

1. Ketergantungan psikologis, berbentuk keharusan guna mengambil obat, walaupun ketahui akibat ataupun bahaya yang ditimbulkan dari perilakunya, semacam *craving and drug seeking behavior*. *Craving* ataupun kemauan mencari obat, selaku wujud bawah dari ketergantungan psikologis yang menyiratkan keasyikan konstan dengan obat diiringi sikap yang mengganggu serta obsesif tentang seluruh suatu yang berkaitan dengan perihal tersebut yang umumnya

- diiringi dengan sikap tiap hari yang didominasi dengan upaya mencari obat baik secara sah ataupun ilegal.
2. Ketergantungan fisik serta sindrom menarik diri. Ketergantungan fisik bisa berwujud dengan terdapatnya kendala raga intensif ketika obat menimbulkan ketergantungan fisik(pada bermacam variasi manusia), akibat penyalahgunaan obat selama periode waktu tertentu, dan dosis dan administrasi yang dibutuhkan. Ketergantungan ini berhubungan dengan karakteristik jenis obat, gejala dan tanda- tandanya.
 3. Toleransi merupakan pengurangan sensitivitas obat karena pemanfaatan obat yang berulang. Beberapa obat bisa menimbulkan ketergantungan fisik dan penyalahgunaan maupun ketergantungan dengan gejala yang tidak menyenangkan karena adanya withdrawal obat yang mengarah adanya kebutuhan guna mengkonsumsi obat secara teratur sehingga menyebabkan peningkatan dosis, ketergantungan fisik yang lebih besar dan sebagainya.

6.4 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Adiktif

Menurut Fitri dan Widiningsih (2016), mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku adiktif pada individu, yaitu;

1. Ketersediaan Obat/Drug. Ketersediaan obat yang mudah serta dapat diperoleh dimana dengan berbagai jumlah dan ekstrasi bentuk membuatnya kasus penyelundupan untuk pengadaan obat secara ilegal.
2. Karakteristik individu. Karakteristik kepribadian dan psikologis individu sangat mempengaruhi perilaku adiktif pada individu. Dalam beberapa penelitian menunjukkan bahwa pecandu memiliki permasalahan gangguan kepribadian. Dengan permasalahan tersebut, juga

memunculkan perilaku kejahatan atau prostitusi, dan beberapa perilaku maladaptif lainnya sebagai upaya mereka untuk mendapatkan uang agar dapat terus mengkonsumsi obat.

3. Masyarakat. Sebagai masyarakat di lingkungan tertentu cenderung melakukan pelegalan dalam penggunaan dan menyalahgunaan zat maupun obat-obatan, seperti di negara Belanda yang melegalkan ganja, Portugal telah melakukan kebijakan dekrimalisasi narkoba, Meksiko yang memiliki kebijakan hukum paling bebas di dunia untuk penggunaan narkoba
4. Budaya. Dalam hal ini adanya perbedaan budaya dalam membentuk masyarakat bersikap dan berperilaku terhadap penggunaan narkoba, seperti di Arab Saudi mengatur pengendalian penggunaan alcohol dan narkoba. Keluarga dan faktor sosial juga memberikan dampak yang besar.
5. Gaya hidup. Gaya hidup seseorang akan memberikan dampak pada penggunaan narkoba bagi penggunanya dan juga bagi keluarga baik pasangan maupun anak, seperti kasus beberapa artis yang mengalami permasalahan ketergantungan narkoba. Kehidupan artis dan pergaulan sosialnya membuat mereka mengalami rawan kondisi hal ini.

6.5 Tahap Perilaku Adiktif.

Menurut Prochaska, Narcross dan Diclemente (2013), menyatakan ada 3 tahapan perubahan perilaku adiktif. Berikut merupakan tahapan perubahan seseorang berperilaku adiktif, yaitu:

1. Tahapan Prekontemplasi.
Pada tahapan ini seseorang individu masih belum menunjukkan adanya niat untuk mengubah perilaku

individu itu sendiri. Selain itu mereka juga tidak menyadari dirinya, keluarganya, tetangganya maupun atasan tempat ia bekerja. Pada tahapan ini seringkali mereka akan mendapatkan ancaman dari pasangan yang ingin meninggalkannya, atasan yang mengancam untuk menghentikan pekerjaannya, orang tua yang mengancam untuk mengusir mereka dari rumah dan tidak diakui sebagai anak, atau pengadilan yang mengancam mereka untuk mendapatkan hukuman dari tindakan perilaku adiktif mereka (prochaska, Narcross dan Diclemente, 2013)

2. Tahapan Kontemplasi.

Pada tahapan ini individu mulai menyadai permasalahannya dan berusaha untuk berpikir cara mengatasi permasalahan tersebut, namun masih belum mau membuat komitmen untuk berubah dan mengambil tindakan. Pada tahapan ini mereka biasanya terjebak dalam periode yang lama.

3. Penggunaan Adiksi Reguler (Penggunaan, Kecanduan dan Ketergantungan)

Penggunaan adiksi secara reguler biasanya terjadi setelah adanya niat individu untuk mencoba menggunakan zat ke dalam tubuhnya, hingga pada tahapan kebiasaan dan ketergantungan, seperti adiksi pada rokok. Dalam hal ini mereka secara terang-terangan berkomitmen untuk berperilaku seperti itu dalam jangka waktu yang sangat panjang. Banyaknya pecandu rokok, ini terjadi karena ketergantungan mereka pada nikotin. Kecanduan yang mereka alami berdampak pada ketidakmampuan mereka untuk menghentikan perilaku adiktif mereka, dan berusaha menunjukkan adanya dorongan dan kebutuhan yang kuat dan harus diatasi dalam rangka ketergantungan mereka terhadap zat tersebut. Oleh karena itu, pada individu yang mengalami perilaku adiksi tersebut, harus mampu memperkuat tekad untuk melawan dorongan tersebut dan

berusaha untuk mengurangi frekuensi atau intensitas untuk membantu mengatasi kecanduannya.

4. Penghentian/penyembuhan/ Cessation/Quitting/Recovery
Penghentian perilaku adiksi sebagai awal proses penghentian kekambuhan dapat dilakukan dalam jangka waktu enam bulan bahkan seumur hidup. Proses penghentian tersebut terkadang tidak berjalan mulus, seringkali beberapa kasus menunjukkan adanya gejala kambuh. Dalam fase ini, ada beberapa gejala fisik dan mental yang berubah akibat dari penghentian penggunaan zat. Hal ini bersifat sementara dan akan berhenti setelah tubuh terbiasa untuk tidak lagi menelan obat.

5. Kekambuhan/ Relapse

Tahapan ini seringkali disebut dengan tahap kemunduran atau kegagalan untuk berhenti. Pada tahapan ini individu biasanya merasa malu bersalah, menjadi demoralisasi dan menolak berpikir tentang perilaku perubahan dan berakibat kembali di tahapan precontemplation. Oleh karena itu perlu adanya pencegahan kekambuhan, dimana kita juga perlu mempertimbangkan ketidakseimbangan stres dan bagaimana strategi manajemen stres yang cukup. Dalam proses ini penting sekali melakukan pemantuan diri, perilaku penilaian, analisa fantasi kambuh dan deskripsi kambuh masa lalu, guna membantu mengidentifikasi situasi beresiko pada seseorang.

6.6 Model Perilaku Adiksi

Berikut beberapa sudut pandang dalam menjelaskan perilaku adiksi.

A. Model Tradisional.

Pada model ini, ditunjukkan bahwa perilaku adiksi merupakan perilaku yang merusak diri sendiri, dengan menggunakan obat-obatan. Oleh karena itu, seseorang dapat

dikatakan mengalami adiksi, ketika individu tersebut mengalami ketergantungan secara fisik dengan satu atau beberapa jenis obat-obatan terlarang. Dari kondisi tersebut, membuat individu tersebut mengalami physiological craving, withdrawal symptoms dan kebutuhan yang tinggi untuk mendapatkan lagi obat dengan dosis yang lebih tinggi untuk mendapatkan efek yang sama. Selain itu, perilaku ini bersifat repetitif/berulang-ulang dan kompulsif yang merusak diri sendiri, sulit untuk memodifikasi atau sulit untuk berhenti. Selain itu, perilaku tersebut menjadi kebiasaan yang dipelajari dan menetap. Oleh karena itu, terdapat tiga dimensi dari adiksi, yaitu;

1. Adanya perilaku yang bermasalah, berulang dan secara nyata ditampilkan untuk mendapatkan kenikmatan dan penguatan.
2. Adanya perilaku yang menampilkan bentuk ketergantungan secara fisik maupun psikologis
3. Terjadinya interaksi dari berbagai komponen dalam kehidupan individu yang membuat perilaku tersebut menjadi sulit untuk diubah (DiClemente, 2003)

Perilaku appetitive (perilaku yang muncul karena adanya keinginan), bersifat merusak dan sulit untuk dihentikan, seperti perilaku masalah dalam hal makan, seks, drug, uang. Kebiasaan yang sering dikaitkan dengan perilaku adiksi, seperti merokok, minum alkohol, narkoba, gangguan makanan dan judi (Academy of Sciences, 1999 dalam DiClemente, 2003).

Selain itu, juga ada beberapa pendekatan tradisional lainnya, terkait dengan perilaku adiksi, yaitu:

1. Environment Models

Model ini sangat menekankan pada peran sosial, tekanan teman sebaya, kebijakan politik, keluarga dan

masyarakat yang dapat membentuk perilaku adiksi. Dalam pendekatan ini menunjukkan bahwa perilaku kecanduan individu terjadi akibat pengaruh dari keluarga, atau teman-teman yang sama sebagai pengguna zat atau sebagai seorang pecandu. Hal ini menunjukkan adanya faktor konformitas sebagai salah satu elemen terpenting dalam terbentuknya perilaku kecanduan. Lingkungan keluarga juga memberikan pengaruh individu menjadi seorang pecandu. Pengaruh faktor genetik pada keluarga, dan interaksi dalam keluarga menyebabkan terbentuknya perilaku kecanduan, seperti seorang anak yang berkembang menjadi peminum alkohol, dikarenakan orang tuanya juga pecandu alkohol. Permasalahan-permasalahan parenting sangat memberikan dampak yang besar dalam modelling perilaku seorang anak (DiClemente, 2003)

2. Physiological Models

Dalam beberapa penelitian menunjukkan bahwa perilaku adiksi terjadi karena adanya faktor genetik pada orang tua yang diturunkan pada anaknya, seperti penelitian perilaku adiktif pada anak kembar yang dimana ditemukan adanya faktor genetik dari orang tua (Hasselbrock, Hasselbrock, & Epstein, 1999). Namun dalam penelitian lanjutan juga menemukan bahwa gen alkoholism bukanlah gen yang berdiri sendiri, namun terbentuk dari gen yang bersifat kompleks dan poligenik (Begleiter & Porjesz, 1999; dalam DiClemente, 2003). Semua perilaku adiktif, tampaknya ada peran mekanisme fisiologis dan, secara potensial, faktor genetik dalam inisiasi perilaku, penggunaan jangka panjang yang bermasalah, penyalahgunaan, dan ketergantungan. Hanya saja, ada banyak pertanyaan dan

kekhawatiran tentang menetapkan faktor genetik atau fisiologis sebagai kausalitas tunggal atau keutamaan (Newlin, Miles, van den Bree, Gupman, & Pickens, 2000). Artinya bahwa faktor genetik ini masih menjadi perdebatan, karena struktur dari gen yang sangat kompleks tidak bisa dijadikan kesimpulan akhir dari proses terbentuknya perilaku adiksi. Mengingat setiap individu banyak yang berbeda dapat menjadi kecanduan begitu banyak jenis zat atau perilaku yang berbeda. Oleh karena itu, perbedaan biologis atau genetik tidak menjelaskan semua perbedaan budaya, situasional, dan intrapersonal di antara individu yang kecanduan dan perilaku adiktif (Cadoret, 1992; dalam DiClemente, 2003).

3. Personality Models

Perilaku adiktif sering dikonseptualisasikan sebagai gejala konflik intrapsikis yang lebih historis, yang sering diberi label gangguan kepribadian. Para pendukung model ini seringkali menunjukkan hubungan signifikan antara penyalahgunaan narkoba dan diagnosis gangguan kepribadian antisosial atau pendahulunya, kenakalan remaja, sebagai bukti bahwa narkoba adalah gejala dari masalah psikologis yang lebih besar (Robins, 1980; Weiss, 1992; dalam DiClemente, 2003). Beberapa karakteristik kepribadian pra-alkohol tampaknya terkait dengan ketergantungan alkohol di kemudian hari dikarenakan adanya ciri-ciri kepribadian yang cenderung impulsif, ketidaksesuaian, perilaku antisosial, kemandirian, dan hiperaktif (Cox, 1985; Hesselbrock et al., 1999; dalam DiClemente, 2003). Dalam beberapa penelitian, juga menunjukkan bahwa gangguan makan terkait, literatur tentang anoreksia

nervosa sering menggambarkan seorang remaja perempuan dengan masalah serius terkait otonomi, kontrol, dan harga diri (Cooper, 1995; Wonderlich, 1995; dalam DiClemente, 2003). Pada Perspektif psikoanalisis telah menunjukkan ciri antara pecandu alkohol dan orang dengan gangguan makan sebagai individu yang memiliki konflik pada tahap perkembangan psikoseksual oral dan terpaku pada tahap ini (Freud, 1949; Khantzian, 1980; Leeds & Morgenstern, 1995; dalam DiClemente, 2003). Bahkan perspektif Alcoholics Anonymous menggambarkan sebuah dimensi kepribadian ketika menyebut alkoholisme sebagai hasil dari cacat pada karakter dan defisit kehendak (Alcoholics Anonymous, 1952; DiClemente, 1993a). Banyak ahli teori yang secara eksplisit menyatakan atau secara implisit percaya bahwa beberapa mekanisme internal atau konflik mendorong apa yang dapat dianggap sebagai "kerentanan" terhadap kecanduan (Smart, 1980). Terkadang konflik ini bisa jadi merupakan hasil dari masalah lingkungan tetapi paling sering dilihat sebagai berasal dari internal dan mengarah pada gaya hidup yang tidak bermakna (Greaves, 1980). Karakteristik sifat antisosial, harga diri rendah, keterasingan, religiusitas, dan pencarian kebaruan yang tinggi, tingkat aktivitas, dan emosi telah diidentifikasi sebagai prekursor atau prediktor kecanduan di kemudian hari (Jessor & Jessor, 1980; Kaplan & Johnson, 1992; Pandina, Johnson, & Labouvie, 1992; Steffenhagen, 1980; Tarter, 1988; Wills, McNamara, Vaccaro, & Hirk, 1996). Sifat-sifat ini adalah dianggap menghasilkan pengaturan internal pada individu di mana ketersediaan atau tekanan teman sebaya dapat mendorong tidak hanya eksperimen dan

penggunaan tetapi juga penyalahgunaan dan ketergantungan. Namun dalam perjalanannya model ini masih memiliki kekurangannya. Hal ini dikarenakan, beberapa individu yang memiliki karakteristik, ciri-ciri atau profil yang serupa yang tidak terlibat dalam salah satu atau semua perilaku ini. Seperti halnya faktor sosiologis dan genetik yang telah dijelaskan sebelumnya, faktor kepribadian tampaknya berkontribusi terhadap perkembangan atau pembentukan masalah perilaku adiktif. Namun, faktor kepribadian atau konflik intrapersonal yang mendalam konflik intrapersonal yang mendalam memang merupakan bagian yang mungkin penting tetapi kecil dari penjelasan yang dibutuhkan untuk kecanduan (Nathan, 1988; dalam DiClemente, 2003)

4. Coping Models

Pada model pendekatan ini, kecanduan dianggap sebagai hasil dari mekanisme mekanisme koping. Karena tidak mampu mengatasi tekanan hidup, pecandu beralih ke kecanduan mereka untuk pelarian atau kenyamanan. Dari perspektif ini, individu menggunakan zat sebagai mekanisme koping alternatif dan mengandalkan kecanduan mereka untuk mengelola situasi, terutama yang menimbulkan perasaan frustrasi, kemarahan, kecemasan, atau depresi (Wills & Shiffman, 1985; ; dalam DiClemente, 2003). Appraisal-focused coping, problem-focused coping dan emotion-focused coping dianggap sebagai domain penting dari respon coping (Lazarus & Folkman, 1985; Moos, Finney, & Cronkite, 1990; dalam DiClemente, 2003). Kemampuan seseorang untuk mengatasi stres - khususnya, dengan kemarahan, frustrasi, kebosanan, kecemasan, dan

depresi - telah diidentifikasi sebagai area defisit kritis dalam banyak teori atau model kecanduan (Pandina et al., 1992; dalam DiClemente, 2003)). Secara khusus, koping yang berfokus pada emosi telah diidentifikasi sebagai dimensi penting. Pada pecandu alkohol, misalnya, telah dipandang sebagai kecanduan karena ketegangannya, sehingga ia akan meminum alkohol untuk menurunkan ketegangan (Cappell & Greeley, 1987) atau meredam respons stres (Sher, 1987; dalam DiClemente, 2003). & Folkman, 1985; Moos, Finney, & Cronkite, 1990; dalam DiClemente, 2003). Perspektif pembelajaran sosial menekankan pada kognisi sosial dan bukan sekadar coping. Teori kognitif sosial Bandura cenderung lebih fokus pada ekspektasi kognitif, pembelajaran perwakilan, dan pengaturan diri sebagai mekanisme penjelasan untuk kecanduan (Bandura, 1986; DiClemente, Fairhurst, & Piotrowski, 1995; Maisto, Carey, & Bradizza, 1999). Ada literatur yang berkembang yang berfokus pada bagaimana ekspektasi tentang efek zat tertentu atau perilaku adiktif terkait dengan penggunaan, penyalahgunaan, atau keterlibatan yang berlebihan. Ekspektasi alkohol telah ditemukan sebagai prediktor inisiasi penggunaan dan perkembangan penggunaan yang bermasalah. Misalnya, individu yang percaya bahwa alkohol akan membuat mereka lebih menarik, tidak terlalu terhambat, kekasih yang lebih baik, dan lebih menyenangkan untuk berada di sekitar akan lebih rentan untuk menggunakan alkohol dan mendapat masalah dengan alkohol, terutama dalam lingkungan sosial. Perspektif pembelajaran sosial juga menekankan peran teman sebaya dan orang-orang lain sebagai signifikan sebagai model perilaku bagi mereka. Pengiklan yang

menggunakan figur olahraga untuk mempromosikan suatu produk jelas menggunakan prinsip-prinsip pengaruh sosial. Sama halnya promosi alkohol dan rokok di stadion bisbol dan sepak bola menawarkan contoh yang lebih halus contoh kekuatan pemodelan sebagai pengaruh terhadap penggunaan narkoba. Perspektif koping dan pembelajaran sosial telah menjadi sangat populer di antara para peneliti. Beberapa temuan lainnya para pengusaha dan atlet yang sukses yang pada dasarnya memiliki keterampilan coping yang baik, dapat terjerat juga dalam perilaku kecanduan ini. Coping yang buruk secara umum tidak bisa menjadi satu-satunya alasan individu menjadi kecanduan. Hal ini terutama berlaku untuk orang-orang yang terlibat dalam perilaku tersebut karena efek kenikmatan yang positif dan bukan sekadar menghilangkan emosi yang bermasalah. Namun, bahkan jika cacat koping bukanlah alasan penting untuk akuisisi perilaku adiktif, salah satu konsekuensi penting dari kecanduan adalah penyempitan repertoar koping individu yang kecanduan. Dengan demikian, respons koping mungkin lebih penting sebagai cara untuk memulihkan konsekuensi dari kecanduan daripada sebagai kontributor untuk akuisisi (dalam DiClemente, 2003).

5. Reinforcement Behavioral Models

Ada banyak penelitian yang menunjukkan penguatan sifat-sifat dari setiap substansi penyalahgunaan obat-obatan terlarang (Barrett, 1985). Penelitian pada hewan menunjukkan bahwa banyak prinsip yang sama yang mendefinisikan penguat konvensional tampaknya beroperasi dalam konsumsi obat-obatan psikoaktif. & Pickens, 1972, dikutip dalam

Barrett, 1985). Respons hewan untuk untuk mendapatkan obat psikoaktif tampaknya beroperasi sesuai dengan jadwal penguatan (Barrett, 1985). Teori penguatan tampaknya sesuai penjelasan untuk efek fisiologis zat yang halus dan juga untuk elemen pencarian obat motorik kasar dari perilaku adiktif. Model penguatan telah digunakan untuk memahami inisiasi perilaku adiktif serta stabilitasnya, yang membuatnya sulit untuk dimodifikasi. Model penguatan berfokus pada efek langsung dari perilaku adiktif, seperti toleransi, penarikan diri, dan respons / penghargaan fisiologis lainnya, serta efek tidak langsung yang dijelaskan dalam teori proses lawan. Menurut teori yang terakhir ini, penampilan efek (disforia dan penarikan diri) yang berlawanan dengan efek utama yang dicari oleh pengguna mendorong penggunaan zat tersebut secara terus menerus. Model penguatan telah digunakan untuk memahami inisiasi perilaku adiktif serta stabilitasnya, Efek penguat tampaknya memainkan peran penting ketika perilaku adiktif dipandang sebagai perilaku operan yang diarahkan pada tujuan. Namun, bahkan para pendukung model ini menggambarkan penggunaan narkoba dan perilaku adiktif lainnya sebagai perilaku yang kompleks dan memiliki banyak tujuan. Banyak teori dan ahli teori juga telah menggunakan pengkondisian Pavlov untuk memahami kecanduan. Kemampuan zat untuk menghasilkan toleransi dan efek penarikan pada hewan laboratorium telah menjadi pusat penelitian dasar tentang penyalahgunaan zat. Tidak lama kemudian perilaku antisipatif terkait narkoba dapat dikaitkan dengan isyarat yang terkait dengan penggunaan narkoba yang sebenarnya. Isyarat situasional kemudian

dapat menimbulkan reaksi obat awal dan menyebabkan "kambuh" atau kembalinya perilaku adiktif (Hinson, 1985). Terdapat beberapa fenomena dalam budaya narkoba juga mendukung peran penting pengkondisian dan isyarat dalam perolehan dan pemulihan dari perilaku adiktif. Ada bukti substantif untuk peran efek pengkondisian dan penguatan dalam kecanduan. Namun, model yang hanya menggunakan keduanya prinsip-prinsip untuk menjelaskan akuisisi dan pemulihan tampaknya mengalami kesulitan menjelaskan semua fenomena kecanduan dan perubahan. Setelah kecanduan, bahkan konsekuensi hukuman yang berat tampaknya tidak dapat menekan atau menghilangkan perilaku tersebut. Setelah kecanduan, bahkan konsekuensi hukuman yang berat tampaknya tidak dapat menekan atau menghilangkan perilaku tersebut (dalam DiClemente, 2003).

6. Compulsive Model

Kesulitan untuk menghentikan atau keberhasilan memodifikasi perilaku kecanduan dan sifat yang terlalu ditentukan dan berulang dari sebagian besar kecanduan telah menyebabkan beberapa ahli teori dan praktisi mengaitkan kecanduan dengan perilaku kompulsif ritualistik seperti mencuci tangan atau ritual pembersihan yang berulang-ulang. Kesamaan kesamaan termasuk perasaan bahwa perilaku itu di luar kendali individu dan tampaknya berusaha untuk memuaskan konflik psikologis atau kebutuhan. Perspektif yang sama ini dapat mencakup baik kompulsif maupun jenis model yang berlebihan (Orford, 1985). Orford (1985) telah mengkonseptualisasikan kecanduan sebagai nafsu makan yang berlebihan. Menurutnya, sifat nafsu makan

dari perilaku atau aktivitas menciptakan potensi untuk berlebihan. Dengan demikian, makan, aktivitas seksual, dan perjudian serta penggunaan alkohol dan narkoba tidak hanya memiliki potensi untuk kelebihan tetapi juga juga proses serupa yang mengarah pada kelebihan. Proses menuju kelebihan ini digambarkan terutama sebagai proses psikologis, di mana aktivitas nafsu makan memiliki banyak faktor penentu interaktif yang penting dalam beragam yang terlibat dalam "proses perkembangan peningkatan keterikatan" yang paling baik dipahami oleh "model pembelajaran sosial keseimbangan-kekuatan. Hanya saja hubungan antara perilaku adiktif dan fungsi psikologis individu tampak disorot dalam perspektif ini seperti dalam model intrapsikis kepribadian. Namun, model kompulsif tampaknya mengabaikan kontribusi unik dari berbagai jenis perilaku adiktif yang mungkin terjadi. Model yang berlebihan, di sisi lain, tampaknya sangat mirip dengan perspektif pembelajaran sosial. Meskipun menyoroti sifat nafsu makan dari kegiatan sebagai dimensi sentral, model yang berlebihan tidak menentukan proses nafsu makan ini dan bagaimana hal itu dapat menjelaskan atau mendasari semua kecanduan dan, pada saat yang sama, memprediksi kecanduan yang unik. Baik model perilaku kompulsif dan berlebihan tampaknya menambahkan sentuhan baru pada beberapa model yang telah dijelaskan sebelumnya, menambahkan beberapa potensi penjelasan.

7. Integrative BioPsychosocial Models

Donovan (Donovan & Marlatt, 1988) berpendapat untuk model biopsikososial, menyatakan bahwa "kecanduan tampaknya merupakan produk interaktif

dari pembelajaran sosial dalam situasi yang melibatkan peristiwa fisiologis saat mereka diinterpretasikan, diberi label, dan diberi makna oleh individu". Ciri-ciri umum di antara kecanduan dan ketidakcukupan faktor tunggal untuk menjelaskan kecanduan menyoroti perlunya model yang lebih kompleks, dengan berbagai model multikomponen yang lebih kompleks di seluruh kecanduan. Model biopsikososial berargumen untuk kausalitas berganda ini dalam akuisisi, pemeliharaan, dan penghentian perilaku adiktif. Para pendukung model ini sering menggunakan kesamaan dalam proses kambuh sebagai argumen yang mendukung perlunya model biopsikososial (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986; Marlatt & Gordon, 1985). Model biopsikososial dengan jelas mendukung kompleksitas dan sifat interaktif dari proses kecanduan dan pemulihan. Namun, elemen pengintegrasian tambahan diperlukan untuk membuat kumpulan faktor tripartit ini benar-benar berfungsi untuk menjelaskan bagaimana individu menjadi kecanduan dan bagaimana proses pemulihan dari kecanduan terjadi. Namun dalam pendekatan biopsikososial masih belum menjelaskan bagaimana integrasi biologis, psikologis, sosiologis, dan komponen perilaku.

B. Model Perubahan Terintegrasi

Tabel 6.1. *The Four Dimensions of the Transtheoretical Model of Intentional Behavior Change, diambil dari Addiction and Change, dalam DiClemente, 2003.*

<u>Stages of change</u>	
Precontemplation — Contemplation — Preparation — Action — Maintenance	
<u>Processes of change</u>	
<u>Cognitive/experiential</u>	<u>Behavioral</u>
Consciousness raising	Self-liberation
Self-reevaluation	Conditioning/counterconditioning
Environmental reevaluation	Stimulus generalization/control
Emotional arousal/dramatic relief	Reinforcement management
Social liberation	Helping relationships
<u>Markers of change</u>	
Decisional balance	Self-efficacy/temptation
<u>Context of change</u>	
Areas of functioning that complement or complicate change.	
1. Current life situation 2. Beliefs and attitudes 3. Interpersonal relationships 4. Social systems 5. Enduring personal characteristics	

Pada sebuah penelitian menunjukkan bahwa model ini menunjukkan ketiga jenis perilaku perubahan, yang meliputi;

1. Menciptakan pola perilaku, seperti berolahraga secara teratur, minum alkohol, dan merokok
2. Memodifikasi pola perilaku kebiasaan
3. Menghentikan pola perilaku yang bermasalah.

Pada model perubahan terintegrasi ini, merupakan model yang membantu dalam menjawab semua kebutuhan akan adanya sudut pandang yang terintegrasi satu dengan lainnya. Model ini memiliki 4 dimensi dari model perubahan yang terintegrasi, yaitu dimensi perubahan, dimensi proses perubahan, dimensi tanda perubahan dan dimensi konteks perubahan.

Tahapan perubahan, yang menjelaskan proses perubahan di dalam setiap bagian yang berbeda. Pada setiap tahapan menjelaskan tugas-tugas spesifik yang diperlukan untuk mencapai tahapan tersebut, sehingga individu dapat melanjutkan pada tahapan berikutnya, atau turun ke tahapan sebelumnya. Setiap proses perubahan perilaku adiksi pada individu merupakan pengalaman yang bersifat internal dan eksternal, yang dialami secara personal. Pada proses perubahan ini, seseorang dapat bergerak dari satu tahap ke tahap berikutnya. Proses perubahan tersebut juga melibatkan hal aspek motivasi dan temporal yang diperlukan untuk menciptakan pola perilaku yang berhasil dipertahankan. Sebagai tanda perubahan tersebut, ada 2 area dalam perubahan, yaitu pengambilan keputusan untuk berubah disebut juga dengan keseimbangan keputusan dan kekuatan seseorang untuk mengelola perubahan perilaku diukur melalui efikasi diri atau status percobaan. Sedangkan dalam konteks perubahan, terdiri dari 5 area fungsi hasil representatif kondisi internal individu dan interaksi penting dan pengaruh lingkungan. Selain itu, juga ada persoalan, permasalahan, sumber daya dan kewajiban dalam bidang-bidang ini dapat membantu atau menjadi penghalang dalam pergerakan melalui proses perubahan. Oleh karena itu, berbagai peristiwa dan masalah yang terjadi dapat mempengaruhi penyelesaian tugas dan kemajuan menuju perubahan. Berikut penjelasan untuk setiap tahapan didalamnya, yaitu;

1. Tahapan Perubahan/ Stage of Change

a. Tahapan Prakontemplasi.

Prakontemplasi mewakili status quo. Seseorang yang berada dalam tahap Prakontemplasi cenderung merasa mudah puas dengan, atau setidaknya tidak ingin mengganggu, pola perilaku saat ini. Merasa merasa tidak ada hal yang mengganggu kehidupan mereka dari perilaku adiksi yang mereka lakukan selama ini. Dalam tahapan ini individu cenderung tidak mempertimbangkan perubahan dalam masa depannya yang akan terjadi selama 6 bulan atau hingga 1 tahun. Hal ini berlaku apakah perubahan berarti mengadopsi, memodifikasi, atau menghentikan perilaku. Perubahan dianggap sebagai hal yang tidak relevan, tidak diinginkan, tidak dibutuhkan, atau tidak mungkin dicapai. Bagi para pelaku perilaku adiksi mereka cenderung menjadi kurang memperhatikan permasalahan dan dampak negatif yang akan ditimbulkan kedepan. Selama pola perilaku tersebut tampak fungsional bagi individu atau tidak ada alasan kuat yang muncul untuk mengganggu pola ini, seseorang dapat tetap berada dalam perenungan untuk waktu yang lama, bahkan seumur hidup. Hanya saja, selama masa tekanan sosial seumur hidup, penuaan, penyakit, masalah pribadi, perkembangan manusia, pergeseran nilai, dan jenis pengaruh lainnya menggerakkan mereka untuk mempertimbangkan perubahan untuk sejumlah pola perilaku yang terbatas. Dalam tahapan ini, penting individu untuk menjadi sadar dan peduli tentang pola perilaku lama dan/atau tertarik memperbarui perilakunya.

b. *Contemplation*

Pada tahapan ini, seringkali individu melakukan pertimbangan antara nilai dan kebutuhan akan perubahan. Biasanya individu yang masuk pada tahap ini, seringkali mengalami ketidakstabilan. Mereka akan melakukan pertimbangan untuk melakukan perubahan, karena memerlukan perjuangan dengan ambivalensi untuk meninggalkan pola perilaku yang lama dan berubah dengan pola perilaku yang baru. Oleh karena itu, mereka membutuhkan alasan yang kuat untuk meninggalkan status quo. Pada tahapan ini, melibatkan proses mengevaluasi resiko dan manfaat, pro dan kontra dari kedua dan membandingkan pola perilaku saat ini dan pola perilaku baru yang lebih potensial. Dalam proses evaluasi ini, melibatkan proses rasional dan emosional. Jika proses perubahan ingin dilanjutkan akan menghasilkan keseimbangan keputusan yang mendukung perubahan. Tugas pada tahapan ini, adalah membantu individu menyelesaikan pertimbangan keseimbangan keputusan untuk melakukan perubahan. Keputusan untuk berubah, menunjukkan transisi keluar dari tahapan perenungan atau *contemplation*.

c. Tahapan *Preparation*/pesiapan

Pada tahapan ini, meliputi proses pengembangan rencana tindakan dan pembuatan penciptaan komitmen yang diperlukan untuk mengimplementasikan rencana tersebut. Untuk mengubah perilakunya, seseorang perlu memusatkan perhatian dan energi untuk menghentikan pola perilaku lama dan menciptakan pola perilaku baru. Oleh karena itu, penting membuat perencanaan baik dalam mengorganisir lingkungan dan mengembangkan strategi untuk membuat perubahan. Oleh karena itu, perlunya

pilihan tegas dan komitmen terhadap rencana dan menerapkan pola perilaku yang baru. Pada tahapan ini, individu diminta untuk mengumpulkan keberanian dan kompetensi untuk mencapai perubahan.

d. Tahapan *Action/Tindakan*

Pada tahapan ini merupakan implemementasi dari rencana yang telah dibuat. Bertindak untuk berhenti dari pola perilaku yang lama dan memulai untuk memulai dengan pola perilaku yang baru, merupakan wujudan dari tahapan tindakan. Dalam tahapan ini tampak jelas perbedaan pola perilaku yang sebelumnya dan pola perilaku yang baru. Tindakan adalah langkah perilaku awal di jalan untuk menciptakan pola perilaku yang baru. Oleh karena itu pola perilaku yang baru itu harus dipertahankan untuk menciptakan kebiasaan yang baru, sehingga bersifat lebih otomatis dan lebih menetap. Untuk menetapkan pola perilaku baru menjadi kebiasaan, biasanya dibutuhkan waktu 3 sampai 6 bulan. Tahapan tindakan mungkin membutuhkan waktu yang lebih lama untuk pola perilakunya yang lebih jarang terjadi. Dalam hal ini tugas dari individu di tahapan ini, ialah memulai tindakan yang efektif yang dilanjutkan dalam menghadapi hambatan dan tantangan untuk melakukan perubahan. Setelah pola perilaku baru terbentuk dalam rutinitas individu, maka tugas perubahan perilaku bergeser menjadi tugas untuk melanjutkan perubahan dalam jangka panjang atau sering disebut *maintance*.

e. Tahapan *maintance*

Pada tugas ini, penting sekali kebiasaan dari perilaku yang baru diintegrasikan dalam gaya hidup. Dalam tahapan ini pola perilaku baru menjadikan otomatis. Tugas individu dalam tahapan ini, ialah

mempertahankan dan mengintegrasikan perubahan perilaku ke dalam konteks kehidupan secara keseluruhan sehingga menjadi sesuatu yang normatif, familiar dan terintegrasi. Dalam tahapan ini juga memungkinkan seseorang kembali ke pola perilaku yang lama. Pada kenyataannya pola perilaku yang baru akan benar-benar terjaga hanya saja kita perlu sedikit atau sama sekali tidak memerlukan upaya untuk melanjutkan dan individu tersebut dapat mengakhiri siklus perubahan.

2. Proses Perubahan/*Proses of Change*

Proses perubahan ini mewakili dari pengalaman individu baik secara internal dan eksternal dan kegiatan yang memungkinkan individu untuk bergerak dari satu tahap ke tahap lainnya. Proses perubahan adalah wilayah dan tanggung jawab individu untuk melakukan perubahan, memulai memodifikasi atau menghentikan perilaku. Oleh karena itu, terdapat perbedaan penting antara proses perubahan dengan teknik pencegahan, konseling dan terapis yang terkait dengan intervensi dan treatment dari spesialis yang profesional. Proses perubahan adalah sesuatu yang dimunculkan dari kesadaran klien sendiri. Sedangkan teknik yang dikembangkan oleh konselor adalah untuk menguatkan proses-proses perubahan di dalam diri individu itu sendiri.

a. Kognitif/Ekspresional.

Terdapat 2 tipe perubahan dalam perubahan tingkah laku. Tipe pertama merupakan perwakilan dari kognitif dan pengalaman, yang melibatkan pikiran dan perasaan. Sedangkan tipe kedua melibatkan proses yang mengarah pada pengambilan tindakan, yang termasuk didalamnya adalah perilaku yang menunjukkan komitmen

dan tindakan untuk membentuk atau memutuskan kebiasaan.

b. Perilaku

Proses perubahan perilaku yang meliputi self liberation, generalisasi stimulus atau control dan helping relationship. Self liberation merupakan pembuatan pilihan dan komitmen untuk memodifikasi perilaku saat ini dan untuk menampilkan perilaku yang baru. Dari dua proses perilaku tersebut membentuk dan memodifikasi hubungan antara tanda dan stimulus dari lingkungan dengan perilaku yang lebih spesifik. Proses perilaku yang lain, adalah pengelolaan reinforcement, pemahaman keterlibatan, pembentukan atau perubahan lingkungan. Dalam hal ini pengelolaan penguatan ini biasanya menggunakan reward yang kuat untuk perilaku baik perilaku secara biologis, psikologis maupun sosial.

3. Tanda Perubahan/*Marker of Change*

Dalam hal ini proses perubahan, ditandai dengan adanya keseimbangan pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pro dan kontra yang dihadapi dalam menjalani perubahan. Pada self efficacy, menunjukan keyakinan diri individu untuk menampilkan perilaku tertentu yang menjadi prediksi penting bagi tindakan dan pencapaian kesuksesan jangka panjang. Berikut beberapa tanda perubahan perilaku, seperti adanya Motivasi intrinsik dan ekstrinsik, rasional, harm minimization, keyakinan dan hambatan terhadap perubahan.

a. *Decisional Balance*

Pada tahapan awal seseorang ingin mengubah perilakunya, maka ia perlu alasan yang bersifat personal, mengapa ia ingin mengubah perilakunya. Oleh

karena itu, penting sekali adanya keseimbangan dalam pengambilan keputusan, mengingat selalu ada pro dan kontra di setiap keputusan. Pro dan kontra mengenai perubahan yang terjadi akan menjadi tanda penting yang digunakan untuk mengevaluasi perubahan yang dilakukan oleh individu. Pada tahapan selanjutnya, pengambilan keputusan diperlukan untuk mendukung perubahan yang telah dilakukan.

b. *Self Efficacy*

Menjelaskan keyakinan diri seseorang untuk menampilkan suatu perilaku tertentu. Dalam hal ini penting sekali seseorang untuk mengevaluasi dirinya sendiri dalam memprediksi tampilan perilakunya dan mengidentifikasi secara individual siapa yang mampu dan tidak mampu mempertahankan perilaku yang ia tampilkan. Evaluasi efikasi dapat ditujukan dengan ungkapan diri individu mengenai keyakinannya untuk meninggalkan perilaku yang bermasalah dan menampilkan perilaku yang lebih diharapkan. Kemampuan dalam mengevaluasi merupakan interaksi minat dan logika yang secara konsisten ada di dalam pengalaman dan proses perubahan yang terjadi. Pada tahapan tindakan dan pemeliharaan seseorang akan menjadi percaya diri dalam menampilkan perilakunya.

c. *Temptation*

Temptation atau kuatnya keinginan atau kecenderungan untuk menampilkan perilaku adiksi pada situasi tertentu. Biasanya kelemahan diri menghadapi godaan berkorelasi negatif dengan kepercayaan diri seseorang untuk menghentikan perilaku adiksi.

4. Konteks Perubahan/*The Context of Change*

Dalam memahami perubahan, kita perlu memiliki perspektif secara holistik. Berdasarkan model transtheoretical dijelaskan ada lima area, yaitu;

Situasi kehidupan saat ini, keyakinan dan sikap, relasi interpersonal, sistem sosial, karakteristik personal yang menetap. Area-area tersebut memiliki penekanan masing-masing tergantung pada pendekatan teori dan psikoterapi yang digunakan. Konteks perubahan akan selalu berinteraksi dengan perubahan pola perilaku individu. Kelima area konteks perubahan dapat diorganisasikan dengan cara yang berbeda. Perbedaan antara perubahan perilaku individu dan area konteks perubahan perilaku dapat ditetapkan salah satu mana yang menjadi fokus dan mana yang menjadi latar belakang. Kelima area umum yang berfungsi dalam perubahan perilaku, adalah sebagai berikut;

1) Situasi kehidupan saat ini.

Area ini meliputi lingkungan internal dan eksternal dimana perilaku tersebut terjadi. Perilaku adiksi merupakan gejala masalah yang terjadi di dalam situasi kehidupan yang sedang terjadi.

2) Keyakinan dan Sikap.

Dalam sistem keyakinan dan nilai-nilai berpengaruh terhadap kerangka berpikir individu. Keyakinan dasar ini meliputi perubahan yang seharusnya terjadi, hal yang diperlukan untuk berhasil dalam perubahan, mengenai diri sendiri, dunia, agama, Tuhan, keluarga dan bagaimana interaksi akan perubahan

3) Relasi interpersonal.

Pada relasi interpersonal ini meliputi interaksi dalam kehidupan seseorang, baik dengan pasangan,

teman ataupun orang yang di cintai. Interaksi dapat mempercepat atau menghambat proses perubahan.

4) Sistem Sosial.

Sistem sosial ini dapat memberikan dukungan atau memberikan intervensi terhadap perubahan. Sistem sosial memberikan pengaruh melalui persuasi, modelling, norma sosial dan referensi sosial. Hal ini dapat menjadi faktor yang mendorong atau menghambat perubahan seseorang

5) Karakteristik kepribadian yang menetap.

Pada area ini, meliputi karakteristik kepribadian yang mendasar dan konflik-konflik yang dialami oleh individu yang dapat mempengaruhi proses perubahan.

6.7 Jenis Perilaku Adiktif

Berikut merupakan jenis-jenis perilaku adiktif,

A. Napza

Kecanduan napza adalah suatu keadaan atau kondisi yang diakibatkan pengalagunaan napza yang disertai dengan adanya toleransi zat dan gejala putus zat. Sedangkan pecandu narkoba, merupakan seseorang yang menyalahgunakan narkoba yang telah mengalami ketergantungan terhadap satu atau lebih narkotik, psikotropika dan bahan adiktif lainnya, baik secara fisik maupun psikis. Napza (Narkotika, Psikotropika, dan zat adiktif), adalah bahan atau zat yang jika dimasukkan kedalam tubuh baik secara oral maupun diminum, dihirup, dan disuntikan dapat meububah pikiran, sausa hati dan perilaku seseorang. Berikut beberapa jenis Napza, yaitu;

1. Narkotika.

Adalah zat ataupun obat yang berasal dari sejenis tanaman atau bukan tanaman, baik berbentuk sintesis

maupun semi sintesis, seperti ganja, morfin, heroin, kokain

2. Psikotropika

Obat-obatan yang bukan narkotika, tidak memiliki efek yang sama dengan narkotika. Pemakaian narkotika dalam menyebabkan perubahan yang khas pada aktifitas mental dan perilaku, seperti sabu, ekstasi.

Dampak Napza

Ada 3 efek dampak Napza dalam tubuh, yaitu:

- a. Depresen, yang berfungsi untuk menekan system saraf pusat dan mengurangi aktivitas fungsional tubuh, sehingga pemakai akan mendapatkan sensasi perasaan tenang bahkan bisa menjadikan pemakai tidur dan tidak sadarkan diri.
- b. Stimulan, yang berfungsi untuk merangsang tubuh dan meningkatkan kegairahan serta kesadaran.
- c. Halusinogen berdampak pada mengubah daya persepsi atau mengakibatkan halusinasi.

B. Rokok

Perilaku merokok dapat menjadi terbentunya perilaku adiktif. Awalnya pecandu rokok, biasanya memiliki sikap positif terhadap rokok, kemudian bereksperiment untuk mencoba, kemudian melakukan secara teratur, dan menjadi berlebihan, dan pada akhirnya mereka mengalami ketergantungan secara fisik. Keinginan untuk menurunkan ketegangan, dijadikan alasan untuk menggunakan rokok. Zat nikotin yang terkandung dalam rokok mengubah tingkat dopamin dan noradalin sehingga mempengaruhi mood dan tingkat konsentrasi seseorang. Hal inilah yang membuat seseorang yang menghisap rokok, menjadi

perasaan nyaman, mengurangi stres, dan menurunkan kecemasan.

C. Kafein

Kafein yang biasanya terdapat pada kopi, juga dapat menyebabkan perilaku adiktif pada seseorang. Dalam beberapa penelitian, mengkonsumsi kafein dalam merubah mood pada diri seseorang. Pada dosis yang ringan, kafein dapat memunculkan perasaan bahagia, bersemangat, waspada dan kesedian untuk bersosialisasi. Pada seseorang yang mengalami ketiadaan zat kafein, mereka akan mengalami sakit kepala, kelelahan, mengantuk, sulit konsentrasi, sulit mengerjakan sesuatu, menjadi malas, mudah tersinggung, depresi, cemas, gangguan psikomotor.

D. Minuman Alkohol

Minuman alkohol, adalah minuman yang etanol, dimana merupakan bahan psikoaktif apabila dikonsumsi menurunkan kesadaran, sehingga dapat memperlambat kegiatan otak. Tanda-tanda mental penyalahgunaan alkohol, antara lain; mudah tersinggung, marah, gelisah, menghindari dari kegiatan yang tidak memberikan kesempatan untuk minum, kesulitan membuat keputusan, oversleeping, berlebihan menampilkan tangisan dan emosional.

Selain itu, Alkohol juga memberikan dampak pada hubungan sosial, seperti

1. Membuat kerusakan
2. Melanggar huku
3. Pekerjaan terbengkalai

E. Seks

Adiksi pada seks, merupakan upaya seseorang untuk melakukan pengontrol pada pasangan, ketakutan dan dorongan dalam diri untuk mengulangi perilaku terus menerus, dengan berharap hasil yang berbeda. Seseorang yang mengalami kecanduan seks, adalah orang yang memiliki kelainan dorongan seksual dan tidak bisa mengendalikan hasrat tersebut. Berikut Dampak dari adiksi seks antara lain,

1. Pada aspek fisiologis lebih beresiko terkena penyakit seksual,
2. Aspek sosiologis membuat seseorang menjadi bermasalah dalam hal rekasinya dengan lingkungan.
3. Aspek psikologis, membuat orang memiliki perasaan malu, tidak mampu, dan tekanan emosional, yang memicu terjadinya kecemasan, depresi, penyalahgunaan zat, masalah control impuls dan emosi disregulasi.

F. Makan/*Binge Eating*

Dalam perilaku adiktif ini, seseorang cenderung mengalami perilaku makan yang berlebihan dan bersifat kompulsif atau mengonsumsi makanan dalam jumlah yang sangat banyak dan tidak dapat mengontrol perilaku tersebut. Individu yang mengalami perilaku ini, seringkali mengalami berbagai akibat baik secara fisik, sosial maupun emosional.

6.8 Intervensi Psikologis pada Perilaku Adiktif.

Berikut beberapa upaya intervensi dalam perilaku adiktif, yaitu;

A. Intervensi Preventif, meliputi;

1. Peningkatan resiliensi individu, dimana diperlukan dalam upaya perawatan atau pengobatan akibat

penggunaan zat atau perilaku adiktif yang dilakukan seseorang. Resiliensi adalah upaya seseorang untuk bangkit, bertahan dan menyesuaikan dengan kondisi yang sulit. Selain resiliensi, adalah kapasitas untuk menyerap dan pulih dari dampak peristiwa berbahaya yang di dorong dengan membantu orang untuk menangani keadaan darurat dengan lebih baik, dengan menggunakan pengalaman dan kapasitas sumber daya dirinya sendiri.

2. Meminimalisasi Bahaya. Dimana hal ini berfokus pada hal-hal yang berhubungan dengan dampak dari konsekuensi negative dari perilaku adiktif.

B. Promotif (psikoedukasi)

Psikoedukasi dapat dilakukan baik dalam ranah individual, kelompok dan komunitas.

Dalam ranah Individual, dapat dilakukan antara lain dengan Pendidikan ke diri sendiri dan anggota keluarga, seperti pendidikan tentang penyalahgunaan narkoba. Perlunya ada pemahaman yang konkret untuk memastikan informasi yang didapatkan dapat menjauhkan diri dari perilaku adiktif.

Pada ranah kelompok, dalam hal ini perlunya keterlibatan keluarga untuk mencegah dan mengobati akibat ketergantungan perilaku adiktif, sehingga setiap anggota keluarga memiliki pengetahuan terkait perilaku adiktif dan membantu keluarga untuk memiliki harapan yang lebih realistis dan tujuan dalam pengobatan.

C. Kuratif.

Pada intervensi kuratif ini, dapat dilakukan dengan pendekatan psikoanalitik, jung dan lain-lain yang mampu mengeksplorasi permasalahan individu, dan membantu perubahan dalam kesadarannya. Berikut beberapa jenis psikoterapi yang dapat digunakan.

1. *Supportive expressive and interpersonal psychotherapy*, Pada terapi ini berorientasi pada psikoanalistik, dimana ketergantungan obat dipandang sebagai gangguan fungsi interpersonal sehingga memerlukan perhatian khusus.
2. *Grup Psychotherapy*. Merupakan terapi kelompok dimana dilakukan secara teratur. Tujuan dari terapi ini untuk mengontrol perilaku sosial anggota kelompok, serta dapat mengamati perilakunya sendiri dan menginterpretasikan dampak perilaku bagi orang lain
3. *Family Therapy*, digunakan untuk membantu keluarga menciptakan system yang relative stabil dan membantu dalam mendorong perilaku baru dan lebih sehat
4. *Drug Counseling*, merupakan konseling narkoba yang berbentuk sederhana, dimana konselor mengarahkan klien untuk memahami kebutuhannya, dan mendengarkan permasalahan yang dihadapi oleh klien.
5. Pelatihan Kontrol Diri adalah pengajaran strategi dan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengontrol perilaku. Pada intervensi ini dimulai dengan pemantuan diri, kemudian klien belajar mencari faktor yang terkait dengan minum atau narkoba, suasana hati,, waktu, tempat dan orang-orang yang terlibat. Pemantuan diri mengarahkan pada penetapan tujuan, dimana klien menetapkan batas minum atau obat yang digunakan.
6. *Cognitive Behavior*, merupakan terapi yang berfokus pada perilaku dan keyakinan yang mungkin diubah untuk mempertahankan penggunaan narkoba, untuk

memutuskan apa perubahan yang diinginkan dan merancang dampak perubahan.

7. Pelatihan keterampilan sosial dan masalah, diperlukan untuk melatih komunikasi orang lain baik secara verbal maupun non verbal. Selain itu juga diajarkan keterampilan sosial, seperti bermain peran, modeling, covert modeling
8. *Relapse Prevention*, dimana terapi ini mengajarkan klien untuk mengidentifikasi situasi yang menimbulkan resiko untuk kambuh
9. Modifikasi Gaya hidup, merupakan terapi dengan cara mengubah perilaku adiktif tanpa bantuan dengan cara mengelola perubahan dalam jangka panjang dan menciptakan gaya hidup baru, lebih sehat.
10. Terapi Aversif, adalah pemasangan rangsangan yang berkaitan dengan penggunaan zat,
11. *Covert Sensitization*, adalah terapi aversif dengan fokus permusuhan imajiner, terkait perilaku adiktif
12. Terapi komunitas yang melibatkan struktur kehidupan bermasyarakat ke dalam kehidupan pecandu, baik aktivitas kerja dan kelompok
13. Rehabilitasi, merupakan proses pengintegrasian peminum atau obat pengguna ke dalam masyarakat sehingga pengguna dapat mengatasi tanpa obat dan dapat dikembalikan ke tingkat kemungkinan terbaik dari fungsi kehidupan yang dimiliki. Berikut beberapa jenis metode rehabilitasi, seperti
 - *Therapeutic Community*
 - Model Medik
 - Model Minnesota
 - Model eklektik
 - Model Multi Disiplin

- Model Tradisional

Intervensi Non Psikologi

Berikut beberapa intervensi non psikologi, yaitu

- a. Detoksifikasi, merupakan proses menghentikan penggunaan obat-obatan. Intervensi ini dilakukan secara bertahap dibawah pengawasan medis atau perawat
- b. Farmakologi, dimana ada tiga jenis terapi obat untuk mengatasi masalah kecanduan, yaitu
 1. Penggunaan obat yang mengubah efek dari obat kecanduan
 2. Perawatan resep, dimana biasanya diberikan obat opiat, metadon untuk mencegah keinginan dan penarikan, sehingga memungkinkan klien untuk hidup normal.
- c. Intervensi Religius, membantu seseorang untuk memiliki motivasi, dan visi psikologis yang berkenaan dengan kehidupan beragama seseorang.

DAFTAR PUSTAKA

- APA. 2015. DSM IV/V TR. New York: APA Publications.
- Ascher, M. S., & Levounis, P. 1980 . *The behavioral addictions*. USA; American Psychiatric Publishing (APP).
- Brannon, L, Feist. J, and Updegraff, J. 2014. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health, Eighth Edition*. USA; Wadsworth, Cengage Learning.
- Dclemente, C.C. 2003. *Addiction and Change. How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York: The Guilford Press.
- Fitri, Ahyani R. & Widiningsih, Yuli. 2016. *Psikologi Adiktif*. Pekanbaru; Al-Mujthadah Press.
- Ghodse, H. 2022. *Drugs and Addictive Behavior. A Guide to Theratment*. Third Edition. Cambridge; Cambridge University Press.
- Miller, William R. 2011. *Treating addiction: a guide for professionals* New York: The Guilford Press.

BAB 7

ACUTE AND CHRONIC ILLNESS

Oleh Elna Sari

7.1 Pendahuluan

Penyakit menular merupakan penyebab kematian utama secara global. Perhatian dalam bentuk deteksi dini, pengobatan, kontrol dan pencegahan sangat diperhatikan untuk mengatasi penyakit ini. Walaupun penyakit menular bertanggung jawab atas beban penyakit terbesar pada sebagian besar negara berkembang (memiliki penghasilan rendah), namun penyakit tidak menular (PTM) juga menjadi beban yang sangat signifikan pada negara berkembang berpenghasilan menengah (Nasry,N & Arsunan. 2022).

Saat ini berbagai penyakit menular sudah biasa diatasi terutama pada negara maju, namun sebagian besar penduduk didunia yang mendiami belahan dunia yang sedang berkembang, masih terancam dengan berbagai penyakit menular tertentu. Dalam hal ini penyakit menular tersebut dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu (1) penyakit yang sangat berbahaya karena kematiannya cukup tinggi, (2) penyakit menular yang dapat menimbulkan kematian atau cacat, namun akibatnya masih ringan dibandingmg dengan yang pertama, dan ke (3) penyakit menular yang jarang menimbulkan kematian atau cacat, tapi dapat mewabah sehingga dapat menimbulkan kerugian waktu maupun materi (Nasry Noor. 2006)

Perhatian pada penyakit tidak menular makin hari makin meningkat karena meningkatnya frekuensi kejadian penyakit pada masyarakat. Pengetahuan tentang penyakit tidak menular atau penyakit kronis dilatarbelakangi adanya kecenderungan semakin meningkatnya prevalensi penyakit kronis dalam masyarakat, termasuk masyarakat yang ada diindonesia. Dari sepuluh penyebab utama dari penyakit kronis ada dua diantaranya yang sangat tinggi prevalensinya yaitu penyakit jantung dan Stroke. Selengkapny dapat dilihat pada Tabel 7.1 dimana penyakit jantung dan stroke menduduki peringkat pertama baik dinegara maju maupun negara berkembang (Bustan,M,N.2007).

Tabel 7.1 Sepuluh Penyakit Penyebab Utama Kematian di Dunia

Negara Maju/Ekonomi Tinggi	Negara Berkembang/ Ekonomi Rendah- Menengah
1. <i>Heart disease</i>	1. <i>Heart disease</i>
2. <i>Stroke</i>	2. <i>Stroke</i>
3. <i>Lung Cancer</i>	3. <i>Lower respiratory infections</i>
4. <i>Lower respiratory infections</i>	4. <i>HIV/AIDS</i>
5. <i>Chronic Obstructive pulmonary disease (COPD)</i>	5. <i>Fetus/newborn(perinatal conditions</i>
6. <i>Colon dan rectum cancers</i>	6. <i>Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)</i>
7. <i>Alzheimer disease and other dementians</i>	7. <i>Diarrhea</i>
8. <i>Type 2 diabetes</i>	8. <i>Tuberculosis</i>
9. <i>Breast cancer</i>	9. <i>Malaria</i>
10. <i>Stomach cancer</i>	10. <i>Road traffic accidents</i>

Sumber: *MedicineNet website, Leading Causes Of Death Worldwide*

7.2 Penyakit Kronis

Menurut WHO (*World Health Organization*), penyakit kronis adalah salah satu penyakit yang memiliki durasi yang panjang dan pada umumnya berkembang secara lambat, penyakit ini disebabkan oleh faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku. Pada tahun 2030 penyakit kronis diproyeksikan akan terjadi transisi epidemiologi dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular (WHO.2020).

Penyakit kronis juga bisa diderita oleh orang yang berusia masih muda (Sonu et al,2019). Beberapa jenis penyakit kronis seperti hipertensi,stroke,diabetes melitus, asma, gagal jantung,gagal ginjal dan juga kanker (Rikjen et al,2018). Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2018 didapatkan prevalensi hipertensi sebesar 34,11%, Diabetes Melitus sebesar 8,5 %, kanker 1,8%, stroke 10,9% dan Gagal Ginjal Kronik sebesar 3,8 % (Kementerian Kesehatan RI,2018)

Indonesia menduduki peringkat keempat kasus diabetes melitus tipe 2 dengan prevalensi 8,6% dari total populasi, diperkirakan meningkat dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis pada tahun 2018, penderita terbesar berada pada kategori usia 55 sampai 64 tahun yaitu 6,3% dan 65 sampai 74 tahun yaitu 6,03% (Kementrian Kesehatan, 2018).

Kecenderungan peningkatan angka kejadian dan kematian akibat penyakit kronis pada berbagai negara dari berbagai hasil penelitian, perubahan gaya hidup merupakan faktor risiko utama terhadap kejadian penyakit kronis. Perubahan gaya hidup seperti mengubah pola makan yang mengakibatkan kelebihan berat badan(Obesitas), penurunan aktivitas fisik, merokok dan minuman keras/alkohol. Dari berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa dinegara berkembang untuk penyakit kardiovaskuler,diabetes, kanker

dan penyakit pernapasan kronis umumnya disebabkan karena merokok, mengonsumsi alkohol, tekanan darah tinggi, diet dan aktivitas fisik ditempat dan tingkat yang berbeda. Pada tabel 7.2 menjelaskan menyebutkan berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kronis (Nasry, N & Arsunan. 2022).

Tabel 7.2 Berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit kronis

Dibawah garis penentu	Faktor risiko umum dapat dimodifikasi	Faktor risiko menengah	Penyakit kronis utama
• Globalisasi • Urbanisasi • Penuaan populasi • Kebijakan lingkungan	• Pola makan tidak sehat • Kurang aktivitas fisik • Penggunaan tembakau	• Tekanan darah meningkat • Glukosa darah tidak normal • Berat badan lebih/obesitas • endokrinopati	• Penyakit jantung • Stroke • Kanker • Penyakit pernapasan kronik • Osteoporosis • Diabetes dan penyakit endokrin dan metabolik

Sumber : *Non-communicable disease (NCD) in devekoping coutries*, Nova Science Publisher, 2011

Semua kelompok umur pada wilayah dan negara yang mengakibatkan penyakit kronis seringkali dikaitkan dengan kelompok usia yang lebih tua atau lansia, tetapi banyak

penelitian membuktikan bahwa lebih dari 15 juta dari semua kematian yang disebabkan oleh penyakit kronis terjadi dari usia 30 sampai 69 tahun. Anak-anak, orang dewasa, dan orang tua semuanya rentan terhadap faktor risiko untuk menderita penyakit kronis, baik dari pola makan yang tidak sehat, aktivitas fisik, paparan asap tembakau ataupun penggunaan alkohol yang berbahaya (Nasry,N & Arsunan, 2022).

7.2.1 Faktor Risiko Perilaku yang dapat dimodifikasi

Perilaku yang dapat dimodifikasi seperti merokok, aktivitas fisik yang kurang, diet yang tidak sehat dan minuman keras/alkohol. Semua faktor risiko ini dapat meningkatkan risiko kejadian penyakit kronis. Lebih dari 7,2 juta kematian tiap tahun diakibatkan karena mengkonsumsi rokok dan diproyeksikan dapat meningkat pada tiap tahunnya. Angka kematian tiap tahunnya untuk penyakit kronis diakibatkan kelebihan asupan garam atau natrium yaitu sekitar 4,1 juta kematian tiap tahunnya. Selain itu, kurang lebih 3,3 juta kematian tiap tahunnya diakibatkan mengkonsumsi alkohol dan sekitar 1,6 juta kematian tiap tahun diakibatkan kurangnya aktifitas fisik (Nasry,N & Arsunan. 2022).

7.2.2 Faktor Risiko Metabolik

Faktor risiko metabolik berkontribusi pada empat jenis perubahan yang dapat meningkatkan risiko penyakit kronis yaitu Nasry,N & Arsunan. 2022:

- a. Peningkatan tekanan darah
- b. Kelebihan berat badan/obesitas
- c. Hiperglikemia(kadar glukosa darah tinggi)dan;
- d. Hiperlipidemia(tingginya kadar lemak dalam darah)

Secara global kematian yang disebabkan oleh faktor risiko metabolik adalah peningkatan tekanan darah (19% kematian global), yang diikuti oleh berat badan (obesitas) dan peningkatan glukosa darah (Nasry,N & Arsunan. 2022).

7.2.3 Faktor Budaya

Secara global, ketidaksetaraan, kemiskinan, gender, dan akses yang tidak baik pada fasilitas kesehatan, termasuk perawatan kesehatan, dapat mengakibatkan beban penyakit kronis yang tinggi terutama pada penduduk yang memiliki ekonomi rendah. Hal ini diperburuk oleh hambatan seperti biaya pengguna fasilitas kesehatan, kurangnya pendapatan, beban kerja dan peran pengasuhan ketika anggota keluarga lainnya sakit (Nasry,N & Arsunan. 2022).

Penyakit kronis sering dikaitkan dengan urbanisasi, industrialisasi, dan gaya hidup. Tindakan kesehatan masyarakat yang tepat untuk mengatasi masalah budaya dan ketidaksetaraan karena faktor umur dan jenis kelamin. Terdapat bukti global bahwa kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh program dan kebijakan yang meluas melampaui sektor perawatan kesehatan (Nasry,N & Arsunan. 2022).

Kondisi sosial dan ekonomi seperti kemiskinan, pengucilan, pengangguran, dan perumahan kumuh/miskin juga sangat memengaruhi kesehatan populasi. Hal ini memiliki kontribusi pada ketidakadilan dalam kesehatan sehingga dengan hal ini mengapa orang yang hidup dalam kemiskinan meninggal lebih cepat dan lebih sering sakit dibandingkan mereka yang hidup dalam kondisi yang lebih baik. Dengan demikian, ada kebutuhan mendesak untuk fokus pada penyebab hulu dari kesehatan yang buruk, dan mengatasi 'penyebab dari penyebab' yang mungkin adalah bentuk paling

penting dan yang efisien untuk pencegahan penyakit kronis (Nasry,N & Arsunan. 2022).

7.3 Penyakit Akut

Penyakit akut mengacu pada kondisi medis yang berlangsung dalam waktu yang relatif singkat, tetapi ketika muncul menimbulkan serangan dalam waktu cepat dan berbahaya. Penyakit akut juga dapat diartikan dengan penyakit yang terjadi secara mendadak, dalam waktu singkat, dan biasanya merupakan indikasi penyakit yang serius (Masriadi, H.,2017).

Penyakit akut atau menular timbul akibat berbagai faktor baik dari agen, induk semang atau lingkungan. Bentuk ini tergambar didalam istilah yang dikenal luas dewasa ini yaitu penyebab tunggal (single causation). Didalam usaha para ahli untuk mengumpulkan pengetahuan mengenai timbulnya penyakit, mereka telah melakukan eksperimen terkendali untuk menguji sampai dimana penyakit itu bisa di cegah sehinga dapat meningkat taraf hidup penderita. (Masriadi, H.,2017).

Dalam epidemiologi ada tiga faktor yang dapat menerangkan penyebaran (distribusi) penyakit atau masalah kesehatan yaitu orang (*person*), tempat (*place*), dan waktu (*time*). Informasi ini dapat digunakan untuk menggambarkan adanya perbedaan keterpaparan dan kerentanan. Perbedaan ini bisa digunakan sebagai petunjuk tentang sumber, agen yang bertanggung jawab, transisi, dan penyebaran suatu penyakit (Najmah, 2016)

- 1) Faktor Orang (*Person*) Faktor orang atau person adalah karakteristik dari individu yang mempengaruhi keterpaparan atau kepekaan mereka terhadap penyakit. Orang yang karakteristiaknya mudah terpapar atau peka terhadap penyakit akan mudah terkena sakit.

Karakteristik orang bisa berupa faktor genetik, umur, jenis kelamin, pekerjaan, kebiasaan dan status sosial ekonomi. Seorang individu yang mempunyai faktor genetik pembawa penyakit akan mudah terpapar faktor genetic tersebut dan peka untuk sakit. Perbedaan berdasarkan umur, terdapat kemungkinan dalam mendapat keterpaparan berdasarkan perjalanan hidup. Demikian pula dengan karakteristik lain yang akan membedakan dalam kemungkinan mendapat keterpaparan.

- 2) Faktor Tempat (*place*) Faktor tempat berkaitan dengan karakteristik geografis. Informasi ini dapat batas alamiah seperti sungai, gunung, atau bisa dengan batas administrasi dan histori. Perbedaan distribusi menurut tempat ini memberikan petunjuk pola perbedaan penyakit yang dapat menjadi pegangan dalam mencari faktor-faktor lain yang belum diketahui.
- 3) Faktor Waktu (*Time*) Waktu kejadian penyakit dapat dinyatakan dalam jam, hari, bulan, atau tahun. Informasi ini bisa dijadikan pedoman tentang kejadian yang timbul dalam masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bustan,M,N. 2007. *Penyakit Tidak Menular Cetakan ke 2* .
Jakarta : Rineka Cipta
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Riskesdas 2018.Laporan Nasional Riskesdas 2018.
- Masriadi, H. 2017. Epidemiologi Penyakit Menular. Depok: Rajawali Pers
- Najmah. 2016. Epidemiologi Penyakit Menular. Jakarta: Buku Kesehatan,
- Nasry,N & Arsunan.2022. Epidemiologi Dasar Disiplin Ilmu Dalam Kesehatan Masyarakat. Makassar : Unhas Press
- Nasry,Noor.2006. Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular. Jakarta : Rineka Cipta
- Rijken, M., Hujala, A., van Ginneken, E., Melchiorre, M. G., Groenewegen, P., & Schellevis, F. (2018). Managing multimorbidity: Profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy*.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.10.002>
- Sonu, S., Post, S., & Feinglass,J. (2019). Adverse childhood experiences and the onset of chronic disease in young adulthood. *Preventive Medicine*.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.03.032>
- World Health Organization. (2020). Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2020.

BAB 8

STRESS AND MANAGEMENT

STRESS

Oleh Nurul Qamarya

8.1 Pendahuluan

Manusia adalah makhluk biopsikososiokultural dengan sifat dan karakteristik yang berbeda-beda. Setiap manusia diciptakan dengan karakter masing-masing yang membedakannya dengan orang lain. Saat menghadapi kondisi tertekan, dengan spontan manusia akan melakukan penilaian menggunakan analisis mental yang dimulai dari persepsi untuk menyatakan situasi tersebut memiliki makna yang negatif atau positif, bagaimana cara mengatasinya, dan kemampuan seperti apa yang dapat digunakan dalam menjalaninya. Jika manusia melihat kondisi itu sangat sulit untuk diterima olehnya, dan ia merasa tidak mampu menyelesaikan atau menjalaninya maka dapat dikatakan orang tersebut sedang dalam keadaan *stressful* dan akan menampilkan reaksi/respon terhadap stres. Namun, bila seseorang merasa dirinya mampu untuk menyelesaikan dan menjalani masalah tersebut, maka hal tersebut bukan sebagai sesuatu yang *stressful*.

Stres merupakan reaksi dari tubuh yang bersifat nonspesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya. Jika seseorang telah mengalami stres maka dia sedang mengalami gangguan pada salah satu organ tubuhnya sehingga akan mengganggu orang tersebut dalam melakukan aktifitasnya, maka ia dapat dikatakan mengalami distress. Saat seseorang

sedang dalam tahap mengalami stres, maka penderita akan mendapatkan berbagai macam keluhan fisik dan psikis.

Setiap individu yang sedang mengalami stres akan memberikan reaksi yang berbeda-beda, dapat berupa keluhan fisik (seperti pusing, nyeri dada, serangan jantung, kaku otot dll) maupun efek psikologis (bersedih, melamun, berdiam diri, emosi yang tidak dapat dikontrol, dll). Berat atau ringannya efek dari kondisi stres ini bergantung kepada pribadi masing-masing orang dalam mengontrol stres tersebut.

8.2 Pengertian Stress

Cofer & Appley (1964) mengatakan bahwa stress ialah keadaan organik seseorang ketika ia sadar bahwa keberadaan atau integritas diri dalam keadaan bahaya, dan ia harus meningkatkan seluruh energi untuk melindungi diri (Jenita DT Donsu, 2017).

Menurut Goldenson (dalam, Saam & Wahyuni, 2014) stres merupakan kondisi atau situasi intern atau lingkungan yang menuntut penyesuaian terhadap orang yang bersangkutan. Keadaan stres dapat menimbulkan usaha lebih maksimal dan menyesuaikan dengan kondisi yang baru, namun dalam waktu yang panjang akan membuat lemah pertahanan individu dan menyebabkan rasa tidak puas.

Stres juga secara umum diartikan sebagai rasa tidak mampu dalam mengatasi ancaman yang dialami oleh psikis, fisik, emosi, dan spiritual manusia karena hal tersebut dapat mempengaruhi kesehatan fisik bagi orang yang mengalami stres, biasanya ia akan mengalami rasa takut, cemas, frustrasi, bimbang, rasa bersalah, khawatir dan lainnya (Sarastika, 2014)

Stres adalah kondisi yang dinamis saat manusia dihadapkan pada peluang dan tuntutan, stres merupakan

beban rohani yang melampaui kemampuan maksimal rohani itu sendiri, (Novia Efrita, 2014).

Stres juga merupakan reaksi yang timbul akibat tingginya tuntutan yang didapatkan seseorang dari lingkungannya, karena keseimbangan antara *power and capability* yang dimiliki terganggu, (Wangsa, 2010)

Berdasarkan beberapa pengertian tentang stress tersebut maka dapat disimpulkan bahwa stres merupakan suatu kondisi ataupun situasi yang dialami seseorang bersumber dari internal maupun eksternal yang memberikan efek positif dan atau negatif pada kehidupannya sehingga mempengaruhi kondisi fisik dan psikis sebagai sesuatu yang dapat mengancam atau membahayakan dirinya.

8.3 Macam-Macam Stress

Menurut Jenita DT Donsu (2017) stres dibagi menjadi dua:

A. Stres “akut”

Biasa disebut dengan *flight or flight response*, stres akut ialah reaksi yang ditampakkan oleh tubuh atas suatu gangguan tertentu yang terjadi, *challenge or fright*. Respons stres akut yang cepat dan intensif di beberapa situasi dapat menyebabkan orang gemetar atau jantung berdebar lebih cepat.

Stres akut merupakan jenis stres jangka pendek yang sangat umum dan sering terjadi. Stres ini bisa terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung singkat. Misalnya bertengkar dengan seseorang di jalan atau bertemu dengan seseorang yang dibenci di jalan.

B. Stres “kronis”

Stres kronis ialah stres yang lebih sulit diatasi, dan efeknya lebih panjang dan lebih buruk.

Stres kronis ialah stress yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama dan cenderung terjadi secara teratur. Jika terus dibiarkan tanpa adanya penanganan dan manajemen stress yang baik maka stres ini dapat membuat orang yang mengalaminya merasa sangat lelah dan tentunya muncul reaksi negatif yang berlebihan. Misalnya, stres karena kehidupan rumah tangga yang buruk atau pekerjaan yang melelahkan namun tidak dapat dilepaskan.

Menurut gejalanya stres diuraikan dalam tiga jenis yaitu: (Priyoto, 2014).

A. Stres Ringan

Stres ringan yaitu stressor yang dialami oleh semua orang secara teratur, contohnya; sering tidur, macetnya lalu lintas, kritikan dan teguran dari pimpinan. Kondisi stres ini hanya terjadi sebentar saja. Ciri-ciri orang yang mengalaminya yaitu semangatnya bertambah, menjadi lebih fokus, energi meningkat namun cadangan energinya menurun, sering merasa lelah tanpa sebab, bisa mengalami gangguan pencernaan, perasaan gelisah. Stres ringan merupakan jenis stres positif. Bermanfaat karena dapat memacu seseorang untuk berpikir dan berusaha lebih kuat menghadapi tantangan kehidupan.

B. Stres Sedang

Stres sedang berlangsung sedikit lebih lama daripada stres ringan. Penyebab stres sedang biasanya kondisi yang tidak dapat terselesaikan baik dengan rekan, kerabat, anak sakit dll. Ciri-ciri yang sering dirasakan saat seseorang mengalami stres sedang yaitu sakit perut, mules, otot kaku

dan tegang, pola tidur yang terganggu, tubuh lemas dan ringan tak bertenaga.

C. Stres Berat

Stres berat yaitu stress yang berlangsung lama. Biasanya dialami hingga berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan, seperti konflik dalam pernikahan secara terus menerus, kesulitan ekonomi yang tidak ada perbaikan, berpisah dengan keluarga, mengidap penyakit kronis, perubahan fisik karena penyakit atau kecelakaan. Ciri-ciri stres berat seperti; kesulitan dalam melakukan aktivitas, interaksi sosial yang bermasalah, susah tidur, negatific, kurang fokus dan tidak dapat berkonsentrasi, perasaan takut yang tidak jelas, meningkatnya perasaan lelah, tidak mampu melakukan hal-hal sederhana.

8.4 Faktor-faktor yang Menyebabkan Stres

Faktor yang dapat menimbulkan stres disebut stresor. Stresor dibedakan menjadi tiga golongan yaitu :

- A. Stresor “fisikobiologis”. contohnya, sakit yang berkepanjangan dan susah disembuhkan, cacat fisik akibat penyakit yang diderita atau kecelakaan, ketidakmampuan salah satu anggota tubuh untuk beraktifitas, dan postur tubuh yang dianggap tidak ideal dan sebagainya.
- B. Stresor “psikologis”. contohnya, berfikir negative terhadap sesuatu yang terjadi, ketidakmampuan mendapatkan apa yang diharapkan, sikap iri, peristiwa traumatik, dengki, permusuhan, cemburu, dan besarnya harapan daripada kemampuan.
- C. Stresor “sosial”. contohnya, interaksi antara keluarga dan orang lain yang bermasalah, *divorce*, PHK, meninggalnya sanak famili, kriminalitas, dan sebagainya (Siswanto,2007).

8.5 Tahapan terjadinya stress

Amberg (dalam Sary, 2015) membagi tahapan stres sebagai berikut:

A. Stres tahap I

Adalah stress yang ditandai dengan perasaan semangat yang berlebihan, nafsu bekerja yang meningkat, Penglihatan “tajam” dan semakin fokus tidak seperti biasanya, sanggup melakukan pekerjaan lebih ekstra dari biasanya, sedangkan cadangan energi dalam tubuhnya makin berkurang.

B. Stres tahap II

Orang yang mengalami stress tahap II akan mengeluh lemas saat bangun tidur di pagi hari dimana sebelumnya tubuhnya selalu terasa lebih *fresh*, rasa lesu saat memasuki waktu sore, mengalami gangguan lambung, degup jantung lebih kencang dan cepat, kaku otot dan tegang, serta gelisah.

C. Stres tahap III

Muncul keluhan seperti konstipasi, otot kaku, emosi tidak stabil, gangguan pola tidur, sistem tubuh yang tidak stabil dan bisa sampai jatuh pingsan.

D. Stres tahap IV

Pada tahap ini muncul keluhan seperti tidak mampu melakukan pekerjaan, kegiatan yang biasa dilakukan menjadi membosankan dan sulit, tidak mampu untuk melakukan kegiatan rutin seperti biasanya. Gangguan pola istirahat, mendapatkan mimpi-mimpi yang kurang menyenangkan, tidak fokus dan sering lupa, adanya rasa takut dan cemas tanpa sebab yang jelas.

E. Stres tahap V

Pada tahap ini seseorang akan mengalami beberapa tanda seperti berkurangnya tenaga dan psikis yang tidak *rileks*, gangguan pencernaan semakin berat, muncul perasaan

takut dan cemas yang semakin meningkat hingga mengganggu psikis, pusing, linglung.

F. Stres tahap VI

Stres tahap ini muncul dengan ciri jantung berdebar kencang, napas sesak, gemetaran, keringat dingin, hilang semangat, tidak ada tenaga dan pingsan.

8.6 Ciri-Ciri Orang yang Mengalami Stres

1. Gelisah, frustrasi, dan kerap kali terlihat murung dan berdiam diri
2. Mudah tersinggung
3. Menganggap diri sendiri tidak baik, tidak bermanfaat, tidak berharga, serta merasa sangat tertekan
4. Pikiran terganggu, Tidak dapat berpikir dengan tenang
5. Tidak berenergi atau bergairah.
6. Pola tidur terganggu atau mengalami insomnia
7. Rentan sakit
8. Sering mengalami sakit kepala
9. Mengalami gangguan pencernaan, seperti kembung, diare, dan sembelit.
10. Nafsu makan yang menurun bahkan *anoreksia*.

8.7 Dampak Stress

Stres pada tingkat yang ringan akan memberikan efek positif bagi setiap orang yang mengalaminya, sehingga dapat membangkitkan semangat dalam menjalaninya. Berbeda dengan stres tingkat tinggi yang sebaliknya dapat mengakibatkan orang mengalami depresi, penyakit jantung, penurunan respon imun, dan kanker (Jenita DT Donsu, 2017).

Menurut Priyoto (2014) dampak stres dibedakan dalam tiga kategori, yaitu :

A. Dampak fisiologik

1. Gangguan pada organ tubuh hiperaktif dalam salah satu system tertentu
 - a) "*Muscle myopath*" : salah satu atau beberapa otot menegang/lemah.
 - b) Meningkatnya tekanan darah: penyakit jantung dan pembuluh darah.
 - c) Gangguan pencernaan : maagh, mencret.
2. Gangguan system reproduksi
 - a) "*Amenorrhea*" : tidak haid.
 - b) Gangguan ovulasi, impoten pada laki-laki, produksi semen pria yang menurun.
 - c) Menurunnya nafsu seksual.
3. Gangguan lainnya, seperti sakit kepala, pusing, kaku otot, perasaan jenuh, gelisah, takut, dll.

B. Dampak psikologis

- 1) Emosi tidak stabil, malas, bosan, hal ini merupakan ciri awal terjadinya "*burn-out*".
- 2) Tidak mampu/ emosi menurun
- 3) Rasa percaya diri berkurang, dan menyebabkan rasa minder dan merasa tidak mampu dalam melakukan suatu pekerjaan atau kegiatan.

C. Dampak perilaku

- 1) Bersikap kasar, tidak dapat berinteraksi yang baik dengan orang lain dan bersikap asosial atau menarik diri dari lingkungannya

- 2) Level stres yang tinggi berdampak negatif pada kemampuan otak yang menurun, pengambilan keputusan yang tidak jelas dan tanpa alasan.
- 3) Stres yang berat biasanya membuat orang menarik diri dari lingkungan dan melakukan hal-hal buruk yang dapat melukai atau merugikan dirinya.

8.8 Manajemen Stres

Manajemen stres yaitu bagaimana seseorang melakukan suatu cara atau tindakan yang melibatkan pikiran, emosi, rencana atau jadwal pelaksanaan, dan cara penyelesaian masalah. Manajemen stres diawali dengan melakukan identifikasi terhadap sumber-sumber stres yang terjadi dalam kehidupan. Langkah ini tidaklah mudah, karena kadang-kadang stres yang dialami seseorang sifatnya tidak jelas sebabnya, dan terjadi tanpa disadari. Bahkan kita tidak memposisikan stres itu sebagai langkah untuk mengurangi beban pikiran, perasaan, dan perilaku. Contohnya saja, kita telah menyadari bahwa sesuatu yang dikerjakan dengan buru-buru karena *deadline* selalu menimbulkan ketidaknyamanan, namun karena tidak memperdulikan efeknya, kita tetap melakukan hal tersebut sehingga menjadi terbiasa untuk selalu dilakukan.

Dibawah ini akan diuraikan beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi dan menghindari stress.

A. Melakukan perencanaan untuk setiap kegiatan

1. Tertawa; untuk meningkatkan gairah dan mengeluarkan hormon kebahagiaan
2. Beristirahat untuk memulihkan energi dan melemaskan otot-otot.
3. Latihan relaksasi pada lingkungan yang tenang dan damai.

B. Tips Manajemen stres

Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam mempelajari teknik manajemen stress. Ada 7 tips yang diadaptasi dari *The American Psychological Association* ("Check Out the Stress Tip Sheet," 2018) untuk mendukung individu dengan rencana manajemen stres.

1. Memahami kondisi stres

Individu yang mengalami stres, harus mampu memahami kondisi berat ringannya stres tersebut bagi dirinya. Dengan demikian ia akan lebih siap dalam mengontrol diri untuk meminimalisir efek buruk yang berlebihan terhadap kondisi psikis dan fisiknya.

2. Identifikasi sumber stres

Mengetahui penyebab stres. Apakah karena pekerjaan, keluarga, asmara, keuangan, dll.

3. Mengenali sinyal stres

Setiap orang memproses stres secara berbeda-beda, maka sangat perlu untuk menyadari gejala stres yang terjadi pada diri sendiri sehingga dapat diketahui hal-hal negatif yang terjadi pada dirinya dan dapat dengan segera mencari solusinya.

4. Kenali strategi stres

Ada berbagai macam cara seseorang untuk menghilangkan stres, dan ini bisa menjadi hal yang menjadi kebiasaan, namun upayakan strategi mengurangi stres ini berada dalam ruang lingkup yang positif. Hindari strategi stres yang merugikan seperti; (mengonsumsi alkohol, melukai diri, menyalahgunakan narkoba, makan makanan secara berlebihan, dll).

5. Strategi manajemen stres yang sehat

Merubah kebiasaan buruk dengan hal-hal positif, misalnya, jika makan yang berlebihan adalah pilihan, maka dapat dialihkan dengan bercerita dan mengobrol

dengan teman. Dan upayakan teman bergaul adalah orang yang mampu menenangkan dan memberikan efek positif.

6. Perawatan diri

Luangkan waktu untuk " *me time*" yang cukup, seperti refleksi, istirahat tidur yang cukup, massage, olahraga.

7. Dukungan

Interaksi dengan sahabat atau kerabat yang dapat diajak bicara dan menjadi pendengar yang baik. Konsultasi dengan tenaga profesional kesehatan juga mampu mengurangi stres, dan membantu kita mempelajari strategi koping yang lebih sehat.

C. Teknik manajemen stres

1. Mengubah situasi dan reaksi terhadap stres

Menghindari situasi yang meningkatkan kondisi stres. Dan melihat nilai positif dari masalah yang sedang dialami. Walaupun tidak mudah, namun ketika seseorang berupaya untuk menerima situasi yang tidak menyenangkan dan tidak dapat diubah tersebut berarti dia sudah melihat sisi positif dari masalah yang dialaminya.

2. Melakukan aktifitas menyenangkan

Memilih aktifitas yang dapat menenangkan kondisi stres, interaksi dengan teman dan atau keluarga, melakukan hobi yang disukai, jalan-jalan, mengunjungi tempat baru dan sebagainya.

3. Membiasakan gaya hidup sehat

Melakukan olah raga ringan secara teratur, makan makanan bergizi dan sehat, menghindari alkohol, rokok dan obat-obatan terlarang serta mengurangi kandungan gula dan kafein.

4. Teknik relaksasi

Tidak dapat dipungkiri bahwa kondisi stres dapat mempengaruhi kondisi tubuh manusia misalnya; menjadi cepat lelah, badan gemetar, mual, dan lain sebagainya. Setelah menyadari adanya efek negatif terhadap tubuh, langkah yang perlu dilakukan yaitu berupaya menenangkannya. Hal ini disebut sebagai relaksasi. Relaksasi bertujuan agar denyut jantung, nadi dan tekanan darah menjadi stabil, dan juga mengatur pernafasan. Relaksasi dapat dilakukan saat otot terasa tegang, cemas, susah tidur, lelah, kram otot, nyeri pada leher dan punggung, juga hipertensi. Lakukan relaksasi dalam sehari minimal 15 menit atau sesuai kebutuhan. Relaksasi dapat dilakukan sendiri tanpa bantuan orang lain atau tenaga profesional, kuncinya yaitu dapat merasakan ketegangan dan membuatnya rileks kembali.

DAFTAR PUSTAKA

- Donsu, Jenita DT. 2017. Psikologi Keperawatan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Zulfan Saam dan Sri Wahyuni. 2014. Psikologi Keperawatan. Jakarta : Raja Grafindo Persada
- Sarastika. 2014. Manajemen Pikiran Untuk Mengatasi Stres Depresi Kemarahan & Kecemasan. Yogyakarta; Araska.
- Novia Efrita. 2014. Tips-Tips Dahsyat Kelola Stres dan Emosi untuk Hidup Lebih Bahagia. Yogyakarta: Araska
- Wangsa, Teguh G.H.W. 2010. Menghadapi Stres dan Depresi. Yogyakarta: Oryza.
- Priyoto. 2014. Konsep Manajemen Stress. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Siswanto. 2007. Kesehatan Mental Konsep, Cakupan dan Perkembangannya. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Sary, Yessy N. E. 2015. Psikologi Pendidikan (Untuk Mahasiswa Umum dan Kesehatan). Yogyakarta: Parama Publishing.
- ALODOKTER. 2019. Mengenali Ciri-Ciri Stres dan Cara Mengatasinya. <https://Www.Alodokter.Com/Mengenali-Ciri-Ciri-Stres-Berat-Dan-Cara-Mengatasinya> (diakses 20 Januari 2023)
- M.Hardi. 2022. Manajemen Stres; Pengertian, Fakta, Tips dan, Strategi Menghadapinya. <https://www.gramedia.com/best-seller/manajemen-stres/> (diakses 19 januari 2023)
- RS JIWA GRHASIA. 2020. Manajemen Stress. <https://grhasia.jogjaprovo.go.id/berita/371/manajemen-stress.html>. (diakses 19 januari 2023)

BAB 9

SOCIAL EPIDEMIOLOGY AND HEALTH POLICY

Oleh Sri Nurcahyati

9.1 Pendahuluan

Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani yaitu *demos* yang berarti populasi, *epi* yang berarti pada atau tentang, dan *logia* yang berarti pengetahuan yang berarti ilmu. Untuk menafsirkan epidemiologi: investigasi kejadian di populasi atau masyarakat (Nurcahyati, 2021).

Epidemiologi saat ini diartikan sebagai ilmu yang mempelajari distribusi (penyebaran masalah kesehatan), frekuensi (besar masalah kesehatan) dan determinan (faktor penyebab atau faktor yang mempengaruhinya) masalah kesehatan yang menimpa pada sekelompok penduduk atau masyarakat dan penerapannya serta bagaimana mengendalikan masalah kesehatan tersebut (Hidayani, 2020).

Epidemiologi baru-baru ini menunjukkan kemanjurannya dalam membangun hubungan sebab akibat pada penyakit tidak menular seperti risiko obat, bunuh diri, kecelakaan mobil, keracunan bahan kimia, kanker, dan penyakit jantung. Cabang epidemiologi yang paling cepat berkembang adalah epidemiologi penyakit kronis dan epidemiologi penyakit perilaku. Epidemiologi adalah teknik investigasi utama dalam bidang pengobatan dan pencegahan kesehatan masyarakat. Epidemiologi digunakan untuk menetapkan pola penyakit endemik, epidemi, dan pandemi, untuk membangun program

pencegahan dan kegiatan perencanaan perawatan kesehatan, dan untuk menilai perlunya inisiatif pengendalian penyakit (Nurchayati, 2021).

Baik dalam dunia nyata kedokteran maupun dalam program kuasi medis, setiap fasilitas kesehatan wajib mematuhi undang-undang atau kebijakan resmi yang telah digariskan oleh konstitusi. Setiap kebijakan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah atau organisasi kesehatan lainnya bertujuan untuk kepentingan umum dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat. Untuk membantu perencanaan dan pengambilan keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, kebijakan dibuat oleh pembuat keputusan dengan menggunakan data yang tinjau (Marniati, 2021).

9.2 Sosial Epidemiologi

Epidemiologi meneliti bagaimana penyakit (dan efeknya) didistribusikan di antara komunitas serta bahaya atau akar penyebab gangguan ini. Dengan memahami penyebab penyakit, menilai kesehatan penduduk, dan menetapkan tujuan intervensi kesehatan masyarakat, temuan studi epidemiologi dapat digunakan untuk pengembangan kebijakan dan penciptaan intervensi kesehatan masyarakat berdasarkan bukti ilmiah (Berkmen, 2015).

Teori yang berkembang saat ini adalah bahwa terjadinya sehat dan sakit disebabkan oleh sejumlah mekanisme sebab akibat yang rumit, melibatkan banyak unsur penyebab, yang berfungsi pada berbagai tingkatan dan terjadi pada berbagai waktu kehidupan. Susser dan Susser mengajukan konsep “eko-epidemiologi” pada tahun 1996. Gagasan eko-epidemiologi menawarkan kerangka teoritis yang memadukan unsur-unsur dari berbagai lapisan sebab-akibat, termasuk dampak genetik, epigenetik, pribadi, familial, sosial, dan lingkungan. . Memahami keterkaitan, saling ketergantungan, dan interaksi antara tingkat

yang berbeda, perkembangan paparan selama hidup seseorang dan lingkungan sosio-temporal yang mempengaruhi risiko penyakit merupakan komponen kunci dari pendekatan eko-epidemiologi. Kerangka konseptual untuk menguji hipotesis kausal kompleks secara empiris yang tidak dibatasi oleh penyakit biologis semata-mata disediakan oleh eko-epidemiologi. (ICPH, 2023).

Model multilevel, juga dikenal sebagai model hierarkis dan model efek campuran, telah mengalami peningkatan popularitas yang tajam selama 20 tahun terakhir sebagai alat untuk mempelajari masalah kesehatan masyarakat, khususnya yang terkait dengan penyebab penyakit dan kesehatan. Gagasan bahwa faktor tingkat kelompok, atau struktur hubungan individu dalam kelompok, dapat menjelaskan dengan lebih baik distribusi kesehatan dan penyakit dalam populasi, telah memicu minat baru pada penentu potensial kesehatan di tingkat ekologi, makro, atau kelompok. Pertumbuhan teknik statistik dan kecanggihan perangkat lunak komputer, yang dapat digunakan untuk memecahkan berbagai masalah penelitian yang membutuhkan data yang dikelompokkan, menjadi faktor lain yang mendorong maraknya penggunaan mode bertingkat 1 (ICPH, 2023).

Epidemiologi sosial, epidemiologi seumur hidup, epidemiologi faktor risiko, dan epidemiologi molekuler adalah beberapa bidang epidemiologi yang diakui sebelumnya yang digabungkan dalam eko-epidemiologi (ICPH, 2023).

9.2.1 Pengertian

Epidemiologi sosial adalah studi tentang kekhususan situasi sosial dan cara mereka mempengaruhi kesehatan. Selain mengkaji pengaruh faktor sosial seperti preferensi pendapatan, tempat tinggal, ketersediaan pangan, isolasi sosial, dan kebijakan kesehatan yang mempertahankan pemberian

layanan kesehatan seperti akses ke layanan kesehatan dan pembiayaan, epidemiologi sosial juga mengkaji peran individu-faktor tingkat seperti usia, pendidikan, jenis kelamin, dan pekerjaan serta pelayanan kesehatan (Amraeni, 2021).

Cabang epidemiologi yang disebut epidemiologi sosial lebih memperhatikan bagaimana kesehatan, penyakit, dan kesejahteraan didistribusikan dalam suatu populasi serta faktor sosialnya. Alih-alih mengobati penyakit yang disebabkan oleh variabel-variabel ini, epidemiologi sosial lebih cenderung memeriksa determinan sosial kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan sosial dalam suatu populasi akan membantu epidemiologi sosial ini lebih menekankan pada pencegahan (Nugraheni, 2018).

Distribusi sosial, penentu sosial kesehatan, dan metode dimana faktor sosial dapat mempengaruhi kesehatan semuanya dipelajari oleh epidemiologi sosial (epidemiologi sosial). Premis epidemiologi sosial adalah bahwa kesenjangan sosial ekonomi yang menguntungkan beberapa kelompok sementara merugikan kelompok lain dalam suatu masyarakat tercermin dalam distribusi kesehatan dan penyakit dalam masyarakat tersebut. Model multilevel digunakan dalam penyelidikan epidemiologi sosial untuk memperhitungkan faktor penentu proses penyebab penyakit di banyak tingkatan (ICPH, 2023).

Epidemiologi sosial adalah cabang epidemiologi yang berfokus terutama pada efek faktor sosial-struktural pada keadaan kesehatan. Epidemiologi sosial mengasumsikan bahwa distribusi keuntungan dan kerugian dalam suatu masyarakat mencerminkan distribusi kesehatan dan penyakit. Hal ini mengidentifikasi karakteristik masyarakat yang mempengaruhi pola penyakit dan distribusi kesehatan dalam masyarakat dan untuk memahami mekanismenya (Hanjo, 2004).

9.2.2 Konsep Epidemiologi Sosial

Kesehatan setiap individu dengan sifat yang sama tetapi lingkungan hidup, budaya, ekonomi, sistem politik, dan faktor geografis yang berbeda, yang mengakibatkan perbedaan status kesehatan, merupakan bagian penting dari epidemiologi sosial. Akses ke layanan kesehatan dipengaruhi oleh variasi indikator geografis dan lingkungan. Elemen lain yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan suatu populasi adalah budaya yang muncul di sana (Nugraheni, 2018).

Pendidikan yang tidak memadai, pemicu, kemiskinan, kondisi kehidupan yang tidak menguntungkan, dan lingkungan kerja yang tidak menguntungkan hanyalah beberapa faktor sosial ekonomi dan material yang berpengaruh pada penyebaran penyakit dalam populasi. Faktor lain termasuk pengeluaran pemerintah yang rendah untuk pembangunan dan layanan sosial, distribusi pendapatan dan sumber daya lain yang tidak merata di masyarakat, akses yang buruk ke layanan kesehatan, kurangnya perlindungan keuangan terhadap penggunaan layanan kesehatan, dan akses yang buruk ke layanan kesehatan. Epidemiologi sosial berfungsi sebagai pengingat akan hal ini. Ketegangan kesehatan dan ketegangan kesehatan di dalam dan di antara kelompok demografis dipengaruhi oleh struktur sosial, politik, dan ekonomi suatu negara.

"Kebijakan beracun", atau kebijakan politik, ekonomi, dan sosial yang mengerikan, di tingkat internasional, nasional, dan lokal, meningkatkan efek negatif dari institusi politik, sosial, dan ekonomi yang tidak adil terhadap ketidakadilan kesehatan.

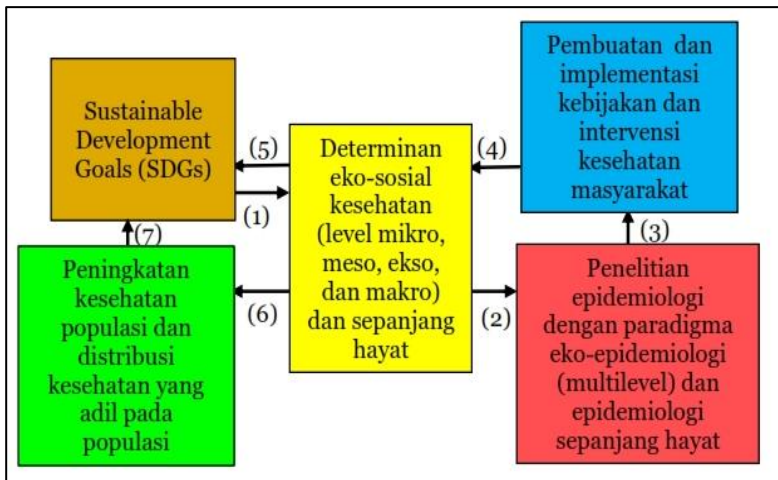
Menurut epidemiologi sosial, level meso (komunitas) dan makro (struktur sosial, kebijakan, dan lingkungan) serta level mikro (level molekul/sel dan orang) adalah tempat penentu kesehatan, atau elemen yang memengaruhi kesehatan, berada. terletak. Tingkat kesehatan dan kejadian penyakit pada

penduduk dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi seperti rendahnya pengeluaran pemerintah untuk pembangunan dan pelayanan sosial, distribusi pendapatan yang tidak merata, perbedaan dalam alokasi sumber daya lain dalam masyarakat, akses yang buruk terhadap pelayanan kesehatan, kurangnya perlindungan finansial terhadap penggunaan layanan kesehatan, pendidikan yang buruk, kemiskinan, kemiskinan, kondisi hidup yang buruk, dan kondisi kerja yang buruk.

Ada beberapa konsep penting dalam bidang epidemiologi sosial: 1) paradigma bio-psikososial, 2) perspektif populasi, 3) penggunaan pendekatan statistik baru seperti analisis multilevel, dan 4) signifikansi teori.

Terdapat tiga konsep dalam epidemiologi sosial, yaitu :

1. Paradigma biopsikososial, yaitu suatu penyakit di asumsikan sebagai produk dari hasil interaksi timbal balik antara faktor sosial, faktor individu serta faktor biologis.
2. Paradigma bio-psikososial, diasumsikan bahwa suatu populasi bukan hanya jumlah dari individu tersebut, tetapi setiap penduduk memiliki sejarah dan budaya yang dapat menentukan bagaimana dan mengapa orang yang terkena dapat terkena faktor risiko dari penyakit. Hal ini yang menjadikan penyakit dapat menyerang suatu populasi dengan populasi lain yang berbeda tergantung dari budaya dalam populasi tersebut.
3. Faktor sosial, faktor ini menjadi faktor risiko yang dapat menentukan tingkat kesehatan dalam seseorang. Seperti halnya perbedaan antara masyarakat yang tinggal dalam wilayah dengan sosial ekonomi tinggi, atau tinggal di kota-kota besar yang mempengaruhi terhadap akses pemenuhan kebutuhan sehingga akan mempengaruhi kondisi psikologis dan individu tersebut.



Gambar 9.1 Kerangka Konsep
(Peran epidemiologi dalam pencapaian SDGs)
(Sumber : ICPH, 2023)

9.3 Kebijakan Kesehatan

Semua program medis atau kesehatan, termasuk yang dilaksanakan oleh rumah sakit, harus mengikuti aturan formal yang telah ditetapkan oleh konstitusi dan disebut sebagai kebijakan. Kepentingan publik dan kemampuan berkelanjutan masyarakat untuk menjalani hidup sehat adalah tujuan dari setiap kebijakan kesehatan yang dibuat oleh pemerintah atau organisasi kesehatan lainnya (Anggreni, 2015).

Kebijakan, atau biasa disebut kebijakan, umumnya digunakan untuk menunjukkan bagaimana seorang aktor, seperti pejabat, kelompok, atau lembaga tertentu, harus bersikap untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Suatu kebijakan tidak bisa hanya dipahami dari perspektif yang diuraikan di atas, yaitu sebagai cara untuk mengatasi masalah. Namun, dalam pengertian yang lebih luas, istilah “kebijakan”

mengacu pada segala sesuatu yang diputuskan (Marniati, 2021).

Lebih dari itu, dapat dijelaskan bahwa kebijakan sebagai sesuatu yang dikerjakan atau dilaksanakan oleh setiap lembaga atau organisasi termasuk peraturan-peraturan yang berlaku dalam bernegara dan untuk menjalankan konstitusi. Di level mikro pun misalnya masyarakat atau pemerintahan desa, dalam menjalankan pemerintahan berdasarkan kebijakan yang ditetapkan baik pemerintah di atasnya maupun suatu kebijakan yang dibuat oleh level pemerintahan yang bersangkutan (Marniati, 2021).

9.2.1 Pengertian

Kebijakan kesehatan dapat didefinisikan secara luas sebagai segala sesuatu yang berkaitan dengan kesehatan, termasuk undang-undang, inisiatif, dan hal-hal lain yang relevan. Kebijakan kesehatan mengatur dan mengikat bagaimana semua pelaku atau individu yang terlibat dalam bidang kesehatan, termasuk tenaga kesehatan, melaksanakan peraturan atau program (Marniati, 2021).

Kebijakan kesehatan merupakan salah satu komponen kebijakan publik karena kebijakan publik bersifat multidisiplin, yang meliputi sektor kesehatan. Konsep dan kerangka umum rencana pemerintah untuk mengendalikan atau mengawasi pelaksanaan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi seluruh warganya dapat disimpulkan dari uraian di atas. (Marniati, 2021).

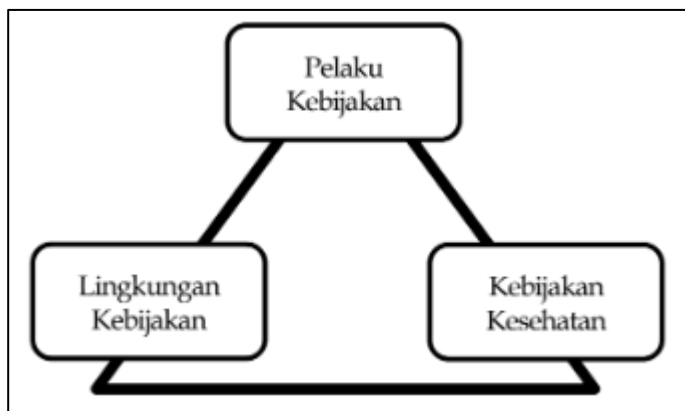
Kebijakan kesehatan adalah suatu rangkaian keputusan, perencanaan dan tindakan untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan dapat membantu menentukan target dan menjadi acuan baik jangka panjang maupun pendek serta meningkatkan kebijakan dalam bertindak, proses pengambilan keputusan, kepemimpinan yang

bijak, penggerakan peran serta masyarakat dalam mengelola program kesehatan (Wardani, 2022).

Kebijakan kesehatan adalah suatu pedoman yang dapat digunakan oleh semua pelaku pembangunan kesehatan, baik di sektor publik, korporasi, maupun masyarakat untuk melaksanakan pembangunan kesehatan dengan tetap memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah. Kebijakan publik digunakan ketika tujuannya adalah untuk meningkatkan keadaan kesehatan masyarakat. Status kesehatan penduduk suatu negara ditingkatkan melalui kebijakan kesehatan nasional (Marniati, 2021).

9.2.2 Komponen Kebijakan

Proses kebijakan merupakan hasil interaksi antara pembuat kebijakan dengan lingkungannya dan setiap komponen dalam proses kebijakan memiliki pengaruh yang berbeda-beda. Komponen kebijakan meliputi pelaku atau aktor kebijakan, kebijakan kesehatan dan lingkungan kebijakan.



Gambar 9.2. Keterkaitan Komponen Kebijakan
(Sumber : Wardani, 2022)

1. Pelaku atau aktor kebijakan

Pelaku atau aktor kebijakan merupakan orang-orang yang berkepentingan dalam merumuskan dan menentukan kebijakan. Berdasarkan perannya pelaku kebijakan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu pelaku resmi dan tidak resmi. Pelaku resmi merupakan pemerintah yang berwenang dalam memutuskan kebijakan publik (legislatif, eksekutif, yudikatif). Sedangkan pelaku yang tidak resmi yaitu pihak luar pemerintahan seperti organisasi, lembaga atau swasta yang memberikan saran kepada pemerintah tentang kebijakan. Aktor mempunyai peran sebagai pengambil keputusan.

2. Lingkungan kebijakan

Lingkungan kebijakan yaitu seperti faktor struktural, kesehatan, sosial, politik, dan ekonomi yang saling terkait dan berpengaruh dalam menentukan kebijakan. Lingkungan bisa merupakan masyarakat yang menuntut kebijakan atau lingkungan dimana kebijakan tersebut dibuat dan diimplementasikan sangat berpengaruh terhadap proses pembuatan kebijakan.

3. Kebijakan kesehatan

Kebijakan akan dipengaruhi oleh adanya isu di masyarakat. Isu akan selalu mengalami perubahan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Isu publik dibedakan menjadi dua yaitu isu substantif dan isu simbolik. Isu substantif merupakan isu yang sangat konvensional karena dapat mempengaruhi masyarakat dan dampaknya dapat sulit diatasi. Isu simbolik hanyalah berupa masalah pada masyarakat yang perlu penanganan cepat, misalnya kasus pandemi covid-19.

9.2.3 Bentuk kebijakan kesehatan

Menurut (Wardani, 2022) bahwa bentuk kebijakan kesehatan meliputi :

1. Kebijakan pelayanan kesehatan
Yaitu kebijakan berfokus pada pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakit. Upaya kesehatan dilakukan dengan mengatur keberadaan tenaga kesehatan yang profesional, pembiayaan sistem kesehatan dan akses terhadap fasilitas kesehatan.
2. Kebijakan tenaga kesehatan
Yaitu kebijakan yang mencakup cara untuk mencapai kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan dalam mencapai tujuan kesehatan.
3. Kebijakan kesehatan global
Yaitu kebijakan yang berfokus pada masalah kesehatan dunia.
4. Kebijakan dalam kebijakan luar negeri
Yaitu kebijakan untuk mengatur hubungan aktivitas antara satu negara dengan negara lain. Kebijakan ini digunakan sebagai strategi pemerintah untuk berurusan dengan negara lain.
5. Kebijakan kesehatan mental
Yaitu kebijakan pada emosi, psikologi maupun kesejahteraan sosial. Kesehatan mental dapat berpengaruh pada kesehatan fisik.
6. Kebijakan asuransi kesehatan
Yaitu kebijakan pada biaya pengobatan yang perlu dikeluarkan seseorang sesuai dengan penyedia asuransi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amraeni, Yunita., M. Nirwan. 2021. *Sosial Budaya Kesehatan dan Lingkungan Masyarakat Pesisir dan Tambang*. Pekalongan : PT Nasya Expanding Management.
- Anggreni, Elsie. 2022. *Administrasi dan Kebijakan Kesehatan : Dasar-dasar Kebijakan Kesehatan*. Bandung : Penerbit Media Sains Indonesia.
- Berkmen, Lisa F., Ichoro Kawaci.2015. *Social Epidemiology Second Edition (A Historical Framework For Social Epidemiology)*. United State of America : Oxpord University Press.
- Hanjo, Kaori. 2004. Social Epidemiology : Definition, history, and research examples. *Enviromental Health and Preventive Medicine* Sep 9(5) : 193-199.
<https://environhealthprevmed.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1007/BF02898100.pdf>
- Hidayani, Ratna Wuri. 2020. *Epidemiologi*. Yogyakarta : Penerbit Deepublish.
- International Conference on Public Health (ICPH). 2023. *Peran Epidemiologi*.
http://theicph.com/id_ID/id_ID/icph/peran-epidemiologi/
- Nugraheni, Hermien., Tri Wiyatini.m Irmanita Wiradona. 2018. *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya*. Sleman : Penerbit Deepbulish
- Nurcahyati, Sri., Sri Tanti Rahmayani. 2021. *Dasar Epidemiologi*. Lampung : CV Laduny Alifatama.
- Marniati. 2021. *Pengantar Kebijakan Kesehatan*. Depok : PT RajaGrafindo Persada.
- Manurung, Jasmen., dkk. 2021. *Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Medan : Yayasan Kita Menulis.

- Siyoto, Sandu., S. Supriyanto. 2015. *Kebijakan dan Manajemen Kesehatan*. Yogyakarta : CV. Andi Offset.
- Wardani, Novita Ika. 2022. *Kebijakan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia : Konsep Kebijakan Kesehatan Masyarakat*. Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Westin, Steinar. 2015. Epidemiology and Health Policy : How to avoid becoming prisoners of the proximate. *Norsk Epidemiology* 25 (1-2): 39-45.
<https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1888>

BAB 10

TUGAS DAN RUANG LINGKUP PSIKOLOGI KLINIS KESEHATAN

Oleh Reza Fahlevi

10.1 Pendahuluan

Pada waktu yang hampir bersamaan dengan kemunculan pengobatan perilaku, satuan tugas dari American Psychological Association (APA) mengungkapkan bahwa hanya sedikit psikolog yang melakukan penelitian kesehatan (APA Task Force, 1976). Laporan tersebut membayangkan masa depan di mana para psikolog akan berkontribusi pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Pada tahun 1978, dengan berdirinya Divisi 38 dari *American Psychological Association*, bidang psikologi kesehatan secara resmi dimulai. Empat tahun kemudian, volume pertama jurnal resminya, *Health Psychology*, diterbitkan. Dalam terbitan ini, Joseph Matarazzo (1982), presiden pertama divisi tersebut, menetapkan empat tujuan bidang baru tersebut:

- Mempelajari secara ilmiah penyebab atau asal mula penyakit tertentu, yaitu etiologinya
Psikolog kesehatan terutama tertarik pada asal-usul penyakit psikologis, perilaku, dan sosial. Mereka menyelidiki mengapa orang terlibat dalam perilaku yang membahayakan kesehatan, seperti merokok atau seks yang tidak aman.
- Untuk mempromosikan kesehatan
Psikolog kesehatan mempertimbangkan cara untuk membuat orang terlibat dalam perilaku yang

meningkatkan kesehatan, seperti berolahraga secara teratur dan makan makanan bergizi.

- Untuk mencegah dan mengobati penyakit
Psikolog kesehatan merancang program untuk membantu orang berhenti merokok, menurunkan berat badan, mengelola stres, dan meminimalkan faktor risiko lain untuk kesehatan yang buruk. Psikolog klinis kesehatan juga membantu mereka yang sudah sakit dalam usahanya untuk menyesuaikan diri dengan penyakitnya atau mematuhi dosis pemakaian obat.
- Untuk mempromosikan kebijakan kesehatan masyarakat dan perbaikan sistem perawatan kesehatan
Psikolog klinis kesehatan sangat aktif dalam semua aspek pendidikan kesehatan, dan aktif dalam berkonsultasi dengan pimpinan pemerintah yang merumuskan kebijakan publik dalam upaya untuk meningkatkan pemberian pelayanan kesehatan kepada semua orang.

Psikologi kesehatan adalah subdisiplin kedokteran perilaku yang secara khusus membahas bagaimana proses mental (misalnya: kognisi, suasana hati, jaringan sosial) berinteraksi dengan kesehatan dan penyakit. Tanggung jawab utama psikolog kesehatan adalah pengembangan, penilaian, dan penerapan program yang dirancang untuk mempromosikan kesehatan; karena itu, mereka sering bekerja di rumah sakit atau klinik khusus untuk masalah seperti manajemen berat badan, berhenti merokok, kecanduan atau mengontrol rasa sakit (Emery, Anderson, & Andersen, 2011; Lewis, Statt, & Marcus, 2011).

Psikolog kesehatan sering bekerja dalam tim perawatan primer, bersama dokter, perawat, ahli gizi, terapis fisik, terapis okupasi, dan profesional kesehatan lainnya (Goodheart & Rozensky, 2011; Kaholokula & Haynes, 2015).

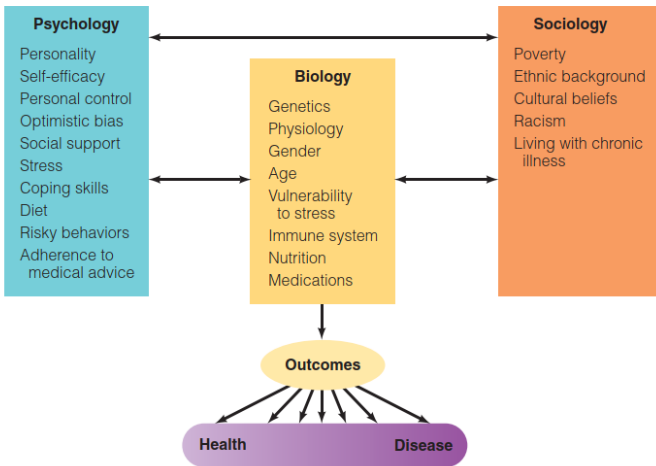
Psikolog kesehatan mengajukan pertanyaan seperti, “Mengapa siswa cenderung lebih sering sakit di sekitar minggu ujian?” dan “Apakah membuat buku harian makanan membantu klien saya menurunkan berat badan?” Psikolog kesehatan mungkin menghabiskan hari-hari mereka terlibat dalam penelitian atau penerapan kegiatan seperti mempromosikan perilaku sehat (seperti pengurangan atau penghentian merokok, pantang dari *tanning bed*, atau penggabungan lebih banyak buah dan sayuran ke dalam makanan sehari-hari) dan/atau mencegah penyakit melalui cara-cara seperti mengajarkan relaksasi atau keterampilan mengatasi masalah.

Psikologi kesehatan adalah cabang psikologi yang mempertimbangkan bagaimana perilaku dan gaya hidup individu mempengaruhi kesehatan fisik seseorang. Psikologi kesehatan juga mencakup kontribusi psikologi untuk peningkatan kesehatan, pencegahan dan pengobatan penyakit, identifikasi faktor risiko kesehatan, perbaikan sistem perawatan kesehatan, dan pembentukan opini publik mengenai kesehatan. Lebih khusus lagi, ini melibatkan penerapan prinsip-prinsip psikologis untuk bidang kesehatan fisik seperti mengendalikan kolesterol, mengelola stres, mengurangi rasa sakit, berhenti merokok, dan memoderasi perilaku risiko lainnya, serta mendorong olahraga teratur, pemeriksaan medis dan gigi, dan perilaku yang lebih aman. Selain itu, psikologi klinis kesehatan membantu mengidentifikasi kondisi yang memengaruhi kesehatan, mendiagnosis dan mengobati penyakit kronis tertentu, serta mengubah faktor perilaku yang terlibat dalam rehabilitasi fisiologis dan psikologis. Dengan demikian, psikologi kesehatan berinteraksi dengan biologi dan sosiologi untuk menghasilkan hasil yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit (lihat Gambar 12.1). Perhatikan bahwa baik psikologi maupun sosiologi tidak memberikan kontribusi

langsung terhadap hasil; hanya faktor biologis yang berkontribusi langsung terhadap kesehatan fisik dan penyakit. Dengan demikian, faktor psikologis dan sosiologis yang memengaruhi kesehatan harus memengaruhi proses biologis. Salah satu tujuan psikologi klinis kesehatan adalah untuk mengidentifikasi jalur tersebut.

10.2 Model Biopsikososial

Dengan promosi model biopsikososial, bidang psikologi kesehatan terus berkembang. Salah satu cabang bidang ini yaitu, psikologi klinis kesehatan terus mendapatkan pengakuan dalam memberikan perawatan kesehatan sebagai bagian dari tim multidisiplin. Peneliti psikologi klinis kesehatan terus membangun basis pengetahuan yang akan memberikan informasi tentang interkoneksi antara faktor psikologis, sosial, dan biologis yang berhubungan dengan kesehatan.



Gambar 10.1 Model Biopsikososial: Biologis, Psikologis, dan Sosial berinteraksi untuk Menghasilkan Kesehatan dan Penyakit. Sumber: Brannon, Updegraff, dan Feist, 2022

Konteks Biologis

Semua perilaku, termasuk perilaku sehat dan sakit, terjadi dalam konteks biologis. Setiap pikiran, suasana hati, dan dorongan adalah peristiwa biologis yang dimungkinkan karena karakteristik struktur anatomi dan fungsi biologis tubuh seseorang. Psikologi kesehatan memperhatikan aspek-aspek tubuh kita yang memengaruhi kesehatan dan penyakit: susunan genetik kita dan sistem saraf, kekebalan, dan endokrin. Susunan genetik kita sangat berkaitan dengan seberapa sehat kita dan penyakit apa yang kita dapatkan. Misalnya, seseorang dapat mewarisi komponen genetik dari suatu penyakit seperti kanker payudara yang memiliki banyak penyebab. Sebagai contoh lain, kecenderungan untuk menyalahgunakan alkohol telah lama dikenal di beberapa keluarga.

Penelitian telah menunjukkan bahwa ketergantungan alkohol setidaknya sebagian bersifat genetik, meskipun tampaknya tidak terkait dengan satu gen tertentu. Sebaliknya, beberapa orang mungkin mewarisi kepekaan yang lebih besar terhadap efek fisik alkohol, mengalami keracunan sebagai hal yang menyenangkan dan setelah mabuk sebagai hal kecil. Orang-orang seperti itu mungkin lebih suka minum, terutama dalam konteks psikologis dan sosial tertentu.

kumpulan instruksi genetik yang membuat organisme hidup disebut genom. Kemajuan pesat di bidang genomik (studi tentang genom) mencerminkan semakin banyaknya bukti ilmiah yang mendukung manfaat penggunaan tes genetik dan riwayat keluarga untuk meningkatkan kesehatan. Misalnya, wanita dengan pola riwayat kesehatan keluarga berisiko tinggi untuk kanker payudara mungkin mendapat manfaat dari pengujian genetik untuk mutasi tertentu, seperti pada gen BRCA1 dan BRCA2; pengujian semacam itu akan memungkinkan intervensi medis untuk mengurangi risiko

wanita terkena kanker. Saat bukti genom meningkat, manfaat ini telah dimasukkan sebagai area target baru yang muncul dalam laporan *Department of Health and Human Services' Healthy People 2020* (*Healthy People 2020*, 2013, 2014). Satu tujuan baru adalah untuk “meningkatkan kesehatan dan mencegah bahaya melalui alat genomik yang valid dan berguna dalam kesehatan klinis dan praktik masyarakat.

Konteks Psikologi

Pesan utama psikologi kesehatan tentu saja bahwa kesehatan dan penyakit tunduk pada pengaruh psikologis. Praktik dan perilaku kesehatan pribadi kita adalah penentu utama kesehatan kita. Ini, pada gilirannya, sangat dipengaruhi oleh keyakinan dan sikap kita. Pola makan, aktivitas seksual, dan penggunaan tembakau serta obat-obatan lain dapat berkontribusi pada perkembangan penyakit jantung, infeksi menular seksual, kanker, dan kondisi tidak sehat lainnya.

Faktor kunci dalam seberapa baik seseorang mengatasi pengalaman hidup yang penuh tekanan adalah bagaimana peristiwa itu dinilai atau ditafsirkan. Peristiwa yang dinilai luar biasa, meluas, dan di luar kendali kita berdampak jauh lebih besar pada kita secara fisik dan psikologis daripada peristiwa yang dinilai sebagai tantangan kecil yang bersifat sementara dan dapat diatasi. Memang, beberapa bukti menunjukkan bahwa, apakah peristiwa yang membuat stres benar-benar dialami atau hanya dibayangkan.

Psikolog klinis kesehatan berpikir bahwa beberapa orang mungkin lebih rentan terhadap masalah kesehatan tertentu karena mereka memutar ulang peristiwa stres berulang kali dalam pikiran mereka, yang secara fungsional setara dengan berulang kali menghadapi peristiwa yang sebenarnya. Bidang psikologi positif telah melahirkan banyak penelitian tentang pentingnya kesejahteraan subjektif atau perasaan bahagia dan

kepuasan hidup. Sepanjang buku ini, kita akan memeriksa implikasi kesehatan dari pemikiran, persepsi, motivasi, emosi, pembelajaran, perhatian, memori, dan topik lain yang sangat penting bagi psikologi.

Faktor psikologis juga memainkan peran penting dalam pengobatan dan pengelolaan kondisi kronis. Keefektifan semua intervensi perawatan kesehatan termasuk pengobatan dan pembedahan, serta akupunktur dan perawatan alternatif lainnya sangat dipengaruhi oleh sikap pasien.

Pasien yang percaya obat atau pengobatan lain hanya akan menyebabkan efek samping yang menyedihkan mungkin mengalami ketegangan yang cukup besar, yang sebenarnya dapat memperburuk respon fisik mereka terhadap pengobatan. Reaksi ini dapat membentuk lingkaran setan di mana kecemasan yang meningkat sebelum pengobatan diikuti oleh reaksi fisik yang semakin buruk seiring dengan berjalannya rejimen pengobatan. Di sisi lain, pasien yang yakin bahwa suatu pengobatan akan efektif sebenarnya dapat mengalami respons terapeutik yang lebih besar terhadap pengobatan itu. Intervensi psikologis dapat membantu pasien belajar untuk mengelola ketegangan, sehingga mengurangi reaksi negatif terhadap pengobatan. Pasien yang lebih rileks biasanya lebih mampu, dan lebih termotivasi, untuk mengikuti instruksi dokternya. Intervensi psikologis juga dapat membantu pasien dalam mengelola tekanan hidup sehari-hari, yang tampaknya memberikan efek kumulatif pada sistem kekebalan tubuh. Peristiwa hidup yang negatif seperti duka cita, perceraian, kehilangan pekerjaan, dan relokasi telah dikaitkan dengan penurunan fungsi kekebalan tubuh dan peningkatan kerentanan terhadap penyakit.

Dengan mengajari pasien cara yang lebih efektif untuk mengelola stres yang tidak dapat dihindari, psikolog klinis kesehatan dapat membantu sistem kekebalan pasien tersebut memerangi penyakit.

Konteks Sosial

Imigran Irlandia mengatasi kemiskinan dan prasangka di Amerika Serikat dengan mendirikan asosiasi Irlandia-Amerika yang sangat mencerminkan etika keluarga dan dukungan komunal. “Masing-masing untuk dirinya sendiri, tetapi semua untuk satu sama lain,” tulis imigran baru Patrick O’Callaghan kepada saudara perempuannya di kampung halaman (Miller & Miller, 2001), saat dia menjelaskan sistem perlindungan ini.

Dalam menempatkan perilaku kesehatan dalam konteks sosialnya, psikolog klinis kesehatan mempertimbangkan cara kita berpikir, mempengaruhi, dan berhubungan satu sama lain dan dengan lingkungan kita. Jenis kelamin Anda, misalnya, memerlukan peran tertentu yang ditentukan secara sosial yang mewakili perasaan Anda sebagai wanita atau pria.

Selain itu, Anda adalah anggota keluarga, komunitas, dan bangsa tertentu; Anda juga memiliki identitas ras, budaya, dan etnis tertentu, dan Anda hidup dalam kelas sosial ekonomi tertentu. Anda dipengaruhi oleh faktor sejarah dan sosial yang sama seperti orang lain dalam kelompok kelahiran Anda sekelompok orang yang lahir dalam beberapa tahun setelah kelahiran.

Masing-masing elemen dari konteks sosial Anda yang unik ini memengaruhi Anda mengalami dan memengaruhi keyakinan dan perilaku Anda termasuk yang berkaitan dengan kesehatan. Misalnya, orang yang hidup 100 tahun yang lalu lebih mungkin meninggal karena penyakit menular yang saat ini dianggap dapat dicegah di negara maju, seperti tuberkulosis dan difteri, dan angka kematian bayi di Indonesia telah turun

secara signifikan. Ini adalah gangguan akut yang disebabkan oleh infeksi dan menyebar dari orang ke orang. Namun sekarang, penyakit kronis yang berkembang perlahan, seperti penyakit jantung dan kanker, adalah penyebab utama kematian dan kecacatan. Banyak penyakit tidak menular yang tidak disebarkan oleh infeksi dan orang hidup dan mengelola dengan bantuan penyedia layanan kesehatan, selama bertahun-tahun. Beban penyakit terbesar sebagian besar akibat penyakit tidak menular di semua bagian dunia kecuali Afrika sub-Sahara (di mana penyakit menular tetap menjadi penyebab utama kematian).

Pertimbangkan konteks sosial di mana penyakit kronis seperti kanker terjadi. Pasangan, orang penting, atau teman dekat memberikan sumber dukungan sosial yang penting bagi banyak pasien kanker. Wanita dan pria yang merasa terhubung secara sosial dengan jaringan teman-teman yang peduli lebih kecil kemungkinannya untuk meninggal karena semua jenis kanker daripada rekan mereka yang terisolasi secara sosial (Merasa didukung oleh orang lain dapat berfungsi sebagai penyangga yang mengurangi pengeluaran hormon stres dan menjaga pertahanan kekebalan tubuh tetap kuat selama situasi traumatis. Ini juga dapat meningkatkan kebiasaan kesehatan yang lebih baik, pemeriksaan rutin, dan skrining dini gejala-gejala yang mengkhawatirkan yang semuanya dapat meningkatkan kemampuan pasien kanker peluang untuk bertahan hidup).

Perspektif Sosial Budaya

Dalam konteks sosial, perspektif sosiokultural mempertimbangkan bagaimana faktor sosial dan budaya berkontribusi terhadap kesehatan dan penyakit. Kapan Psikolog menggunakan istilah budaya, mereka merujuk pada perilaku, nilai, dan kebiasaan yang bertahan lama yang telah

dikembangkan sekelompok orang selama bertahun-tahun dan ditransmisikan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Dalam suatu budaya, mungkin terdapat dua atau lebih kelompok etnis kelompok besar orang yang cenderung memiliki nilai dan pengalaman yang sama karena mereka berbagi karakteristik tertentu.

Dalam budaya multietnis seperti di Amerika Serikat dan kebanyakan negara-negara besar, kesenjangan yang lebar masih ada antara harapan hidup dan status kesehatan kelompok etnis minoritas dan harapan hidup dan status kesehatan penduduk mayoritas. Kesenjangan ini bahkan lebih besar di antara kelompok sebelumnya, seperti kelompok etnis nenek buyut saya dan orang lain yang beremigrasi ke Amerika. Beberapa perbedaan ini tidak diragukan lagi mencerminkan variasi status sosial ekonomi (SES), yang merupakan ukuran dari beberapa variabel, termasuk pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. SES rendah merupakan faktor risiko kesehatan yang kuat, dan tingkat penyakit kronis tertinggi terjadi di antara orang-orang yang berada pada tingkat sosial ekonomi terendah. Sebaliknya, orang yang kesehatannya buruk sering mengalami kesulitan untuk bekerja dengan baik dalam pekerjaan dengan fungsi tinggi (atau, terkadang, pekerjaan apa pun), sehingga penyakit kronis dapat menjadi penyebab rendahnya pendapatan. Bukti juga menunjukkan bahwa bias, prasangka, dan stereotip di pihak penyedia layanan kesehatan mungkin menjadi faktor. Individu ras dan etnis minoritas cenderung menerima perawatan kesehatan berkualitas lebih rendah daripada orang kulit putih, bahkan ketika status asuransi, pendapatan, usia, dan tingkat keparahan kondisi sebanding (Schpero, dkk, 2017).

Kekuatan sosiokultural juga memainkan peran penting dalam variasi keyakinan dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Misalnya, praktik perawatan kesehatan

penduduk asli Amerika bersifat holistik dan tidak membedakan model terpisah untuk penyakit mental dan fisik. Sebagai contoh lain, dahulu ilmuwan kristen secara tradisional menolak penggunaan obat karena percaya bahwa orang sakit hanya dapat disembuhkan melalui doa. dan hukum yahudi menetapkan bahwa Tuhan memberikan kesehatan, dan merupakan tanggung jawab setiap individu untuk melindunginya. Secara umum, psikolog kesehatan yang bekerja dari perspektif sosiokultural telah menemukan perbedaan yang luas tidak hanya di antara kelompok etnis, tetapi juga di dalam kelompok tersebut. Latin di Amerika Serikat, misalnya, jauh dari homogen. Tiga kebangsaan utama kelompok-Meksiko, Puerto Rico, dan Kuba berbeda dalam pendidikan, pendapatan, kesehatan secara keseluruhan, dan risiko penyakit dan kematian (Angel, Angel, & Hill, 2008). Pola sosial ekonomi, agama, dan budaya lainnya juga dapat menjelaskan mengapa variasi kesehatan tidak hanya terlihat di antara kelompok etnis, tetapi juga dari satu daerah ke daerah lain, dari negara bagian ke negara bagian, dan bahkan dari satu lingkungan ke lingkungan lain. Misalnya, dari setiap 1.000 kelahiran hidup, jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai ulang tahun pertamanya lebih besar di Mississippi (9,38) dan Delaware (8,71) daripada di Alaska (3,75) dan Iowa (4,74) (Kochanek dkk, 2015). Dalam hal kesehatan Anda secara keseluruhan, cara Anda menua tampaknya bergantung pada tempat tinggal Anda.

Perspektif Gender

Juga dalam konteks sosial, perspektif gender dalam psikologi kesehatan berfokus pada studi tentang perilaku kesehatan spesifik gender, masalah, dan hambatan dalam perawatan kesehatan. Dengan pengecualian masalah sistem reproduksi dan kekurangan gizi, laki-laki lebih rentan daripada

perempuan terhadap hampir setiap masalah kesehatan lainnya. Meskipun biologi pasti berperan dalam perbedaan gender dalam kesehatan, norma maskulinitas juga terlibat (Gough, 2013).

Dibandingkan dengan wanita, pria lebih cenderung

- membuat pilihan makanan yang tidak sehat,
- kelebihan berat badan
- melebihi batas untuk konsumsi alkohol dan terlibat dalam pesta minuman keras
- mengabaikan gejala penyakit dan menghindari menemui dokter
- terlibat dalam olahraga kompetitif yang berisiko di mana terdapat tingkat cedera yang lebih tinggi, dan
- berisiko lebih besar untuk hampir semua penyakit utama yang mempengaruhi keduanya

Gagasan bahwa maskulinitas buruk bagi kesehatan pria merupakan tema yang kuat dalam psikologi kesehatan. Efeknya bersifat kumulatif, sehingga pada usia 80 tahun, wanita melebihi jumlah pria 2 banding 1.

Sebagai contoh penelitian lain yang dipandu oleh perspektif gender, perhatikan bahwa profesi medis memiliki sejarah panjang dalam memperlakukan pria dan wanita secara berbeda. Misalnya, wanita yang dirawat karena penyakit jantung lebih cenderung salah didiagnosis (Chiaramonte & Friend, 2006); mereka lebih kecil kemungkinannya dibandingkan pria untuk menerima konseling tentang manfaat kesehatan jantung dari olahraga, nutrisi, dan penurunan berat badan (Stewart, Abbey, Shnek, Irvine, & Grace, 2004) atau untuk menerima dan menggunakan obat resep untuk pengobatan penyakit jantung mereka (Vittinghoff, dkk, 2003)

Secara historis, kesehatan wanita tampaknya dipandang terutama dalam hal kesehatan reproduksi (Chilet-Rosell, 2014). Akibatnya, pengetahuan seringkali terbatas, menyebabkan

kesalahan diagnosis dan penundaan pengobatan yang tidak perlu. Pertimbangkan endometriosis, kondisi kronis yang menyakitkan yang diderita oleh sekitar 6% hingga 10% wanita usia reproduksi di seluruh dunia, di mana jaringan yang biasanya melapisi rahim mulai tumbuh di tempat lain di tubuh (Rogers, dkk, 2013).

Kecuali seorang wanita sedang mencoba untuk hamil, penyakit ini sering diabaikan dan membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk didiagnosis. Satu penelitian di Inggris melaporkan bahwa dibutuhkan rata-rata 7,5 tahun setelah timbulnya gejala sebelum wanita menerima diagnosis formal endometriosis (North, 2011). Keterlambatan dalam diagnosis dan pengobatan yang akurat menyebabkan wanita menderita rasa sakit yang tidak perlu yang berdampak pada kehidupan hubungan mereka dan aspek lain dari kesehatan dan kesejahteraan.

Penelitian juga menunjukkan bahwa nyeri wanita umumnya ditanggapi kurang serius oleh profesional perawatan kesehatan, yang membutuhkan waktu lebih lama untuk mengatasinya dan mengobatinya dengan kurang cekatan, bahkan ketika gejalanya sama dengan pria (Fassler, 2015). Satu studi melaporkan bahwa, secara nasional di Amerika Serikat, wanita cenderung menerima analgesik, dan menunggu rata-rata 65 menit di ruang gawat darurat sebelum dirawat karena sakit perut akut dibandingkan dengan pria, yang hanya menunggu 49 menit (Chen, dkk, 2008).

Masalah seperti ini, dan kurangnya representasi perempuan sebagai peserta dalam uji coba penelitian medis, telah menimbulkan kritik terhadap bias gender dalam penelitian dan perawatan kesehatan. Secara historis, pemahaman komunitas medis tentang banyak penyakit kronis, seperti penyakit kardiovaskular, didasarkan pada fisiologi laki-laki dan telah gagal untuk mengenali bahwa perempuan

mungkin memiliki gejala yang sama sekali berbeda dari laki-laki untuk kondisi yang sama (Nabel, 2000). Menanggapi hal tersebut, National Institutes of Health (NIH) mengeluarkan pedoman rinci tentang penyertaan wanita dan kelompok minoritas dalam penelitian medis (U.S.Department of Health and Human Services [USDHHS], 2001). Selain itu, pada tahun 1991 NIH meluncurkan Women's Health Initiative (WHI), studi jangka panjang terhadap lebih dari 161.000 wanita pascamenopause, dengan fokus pada determinan dan pencegahan kecacatan dan kematian pada wanita yang lebih tua.

Di antara target penyelidikan dalam studi menyeluruh ini adalah osteoporosis, kanker payudara, dan penyakit jantung coroner. Uji klinis yang menjadi dasar WHI menguji efek terapi hormon, modifikasi diet dan suplemen kalsium dan vitamin D pada penyakit jantung, patah tulang, dan kanker payudara (Women's Health Initiative [WHI], 2010).

Terlepas dari pentingnya pengaruh sosiokultural dan gender seperti itu, akan menjadi kesalahan untuk berfokus secara eksklusif pada hal ini, atau salah satu konteks, secara terpisah. Perilaku kesehatan bukanlah konsekuensi otomatis dari konteks sosial, budaya, atau gender tertentu. Sebagai contoh, meskipun sebagai kelompok pasien kanker yang menikah cenderung bertahan hidup lebih lama daripada orang yang tidak menikah, pernikahan yang tidak bahagia dan merusak tidak memberikan keuntungan dalam hal ini dan bahkan dapat dikaitkan dengan kesehatan yang lebih buruk.

Sudut pandang bahwa kesehatan dan perilaku lain ditentukan oleh interaksi mekanisme biologis, proses psikologis, dan pengaruh sosial.

Tabel 12.1. Tren Abad Kedua Puluh yang Membentuk Psikologi Kesehatan

Trend	Result
Peningkatan harapan hidup	Kenali kebutuhan untuk merawat diri sendiri dengan lebih baik untuk meningkatkan vitalitas melalui kehidupan yang lebih panjang
Munculnya gangguan gaya hidup (misalnya, kanker, stroke, dan penyakit jantung)	Mendidik masyarakat untuk menghindari perilaku yang berkontribusi terhadap penyakit ini (misalnya, merokok dan mengonsumsi makanan tinggi lemak)
Meningkatnya biaya perawatan kesehatan	Fokuskan upaya pada cara-cara untuk mencegah penyakit dan menjaga kesehatan yang baik untuk menghindari biaya-biaya tersebut.
Memikirkan kembali model biomedis	Kembangkan model kesehatan dan penyakit yang lebih komprehensif pendekatan biopsikososial

Sumber: Straub, 2019

10.3 Perbedaan Psikologi Kesehatan dan Kedokteran Perilaku

Profesional perawatan kesehatan yang tertarik dengan pandangan bahwa cara pikiran kita memengaruhi tubuh kita cenderung tertarik pada bidang interdisipliner yang luas dalam kedokteran perilaku. Kedokteran perilaku melibatkan integrasi pengetahuan dari berbagai ilmu sosial, termasuk psikologi, sosiologi, dan antropologi, dengan pengetahuan dari disiplin ilmu medis.

Keterlibatan psikologi dalam kesehatan dimulai pada awal abad ke-20, tetapi pada saat itu hanya sedikit psikolog yang terlibat dalam kedokteran. Gerakan pengobatan

psikosomatik membawa faktor-faktor psikologis ke dalam pemahaman penyakit, dan pandangan itu membuka jalan bagi pendekatan biopsikososial terhadap kesehatan dan penyakit. Pada tahun 1970-an, para psikolog mulai mengembangkan penelitian dan pengobatan yang ditujukan untuk penyakit kronis dan promosi kesehatan; penelitian dan pengobatan ini mengarah pada pendirian dua bidang: kedokteran perilaku dan psikologi kesehatan.

Kedokteran perilaku menerapkan pengetahuan dan teknik penelitian perilaku untuk kesehatan fisik, termasuk pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi. Psikologi kesehatan tumpang tindih dengan pengobatan perilaku, dan kedua profesi tersebut memiliki banyak tujuan yang sama. Namun, kedokteran perilaku adalah bidang interdisipliner, sedangkan psikologi kesehatan adalah spesialisasi dalam disiplin psikologi. Psikologi kesehatan berusaha untuk meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, mengidentifikasi faktor risiko, meningkatkan sistem perawatan kesehatan, dan membentuk opini publik mengenai masalah kesehatan.

Psikologi kesehatan adalah subspesialisasi yang relatif baru dalam psikologi klinis. Kemunculannya sesuai dengan perubahan jenis penyakit yang menjadi ancaman terbesar dalam masyarakat kita.

Seabad yang lalu, penyakit-penyakit itu adalah pneumonia, TBC, dan influenza, tetapi saat ini adalah penyakit seperti penyakit jantung, kanker, dan stroke. Pembunuh yang lebih baru memiliki komponen perilaku yang jelas; mereka diperburuk oleh perilaku merokok, kebiasaan makan yang buruk, dan kurangnya aktivitas olahraga. Jadi tidak mengherankan bahwa bidang psikologi kesehatan telah muncul dalam beberapa dekade terakhir dan dengan cepat menjadi

populer dikalangan dokter dan peneliti (LT Benjamin, 2005; TW Smith, Williams, & Ruiz, 2016).

Dalam kenyataan sehari-hari, penelitian dan konten klinis yang tercakup dalam area ini sebagian besar tumpang tindih; banyak dari peneliti yang sama menjadi dewan editorial jurnal dan menjadi kontributor artikel. Di mana ada perbedaan penelitian bahwa Psikologi Kesehatan mencakup penelitian tentang fungsi yang sehat lebih dominan daripada domain kedokteran perilaku, yang agak lebih mungkin untuk mencakup masalah aplikasi klinis.

Memiliki bab terpisah tentang psikologi kesehatan memberikan kesempatan untuk menyoroti persamaan dan perbedaan antara psikologi klinis sebagai tradisional profesi kesehatan jiwa dan psikologi klinis sebagai definisi yang luas terhadap profesi kesehatan. Tujuan bab ini adalah untuk memberikan latar belakang konseptual dan penelitian untuk lebih memahami pekerjaan psikolog klinis dalam perawatan primer dan pengaturan rehabilitasi. Bab ini diatur di sekitar area praktik tertentu di mana psikolog klinis memberikan kontribusi untuk perawatan kesehatan. Kami juga menekankan bahwa pengetahuan yang dikumpulkan oleh peneliti psikologi yang bukan psikolog klinis masih dapat diterapkan untuk meningkatkan perawatan pasien (Brody, 2003)

10.4 Ruang Lingkup Psikologi Kesehatan

Psikologi kesehatan saat ini memiliki banyak pilihan bidang di mana mereka dapat berlatih, tetapi tidak selalu demikian. Aplikasi pertama dari bidang psikologi kesehatan hanya membahas topik yang menekankan pada respons psikologis dan/atau fisiologis terhadap keadaan internal atau eksternal yang sulit (VandenBos, 2007). Meskipun istilah psikologi kesehatan dan kedokteran perilaku tidak diciptakan sampai tahun 1970-an, gagasan bahwa stres dapat berdampak

negatif pada tubuh muncul sejak lama. Pada tahun 1932, Walter Cannon menggambarkan respon *fight-or-flight*: Ketika suatu organisme merasakan ancaman, tubuh dengan cepat memobilisasi cadangan energi melalui sistem saraf simpatik dan sistem endokrin untuk melawan (*fight*) atau melarikan diri (*flight*). Untuk manusia primitif, respons perilaku tubuh mungkin sebenarnya melawan atau melarikan diri, tetapi "berkelahi" dan "melarikan diri" hal ini terlihat sedikit berbeda. Durasi stres dapat sangat bervariasi. Stres kronis mengacu pada sindrom yang terlalu umum yang didefinisikan oleh tingkat stres yang secara konsisten tinggi dan tak henti-hentinya, seringkali karena gaya hidup yang terlalu sibuk dan serba cepat. Banyak dari kita memiliki pengalaman langsung tentang stres kronis: Hamermesh dan Lee (2007) menemukan bahwa 55% wanita dewasa Amerika dan 43% pria dewasa Amerika melaporkan merasa stres dengan frekuensi "selalu" atau "sering". Sayangnya, tubuh kita tidak diatur untuk menangani paparan stres jangka panjang, dan dalam jangka waktu yang cukup lama, kita menjadi lelah dan rentan terhadap penyakit. Proses ini dijelaskan oleh Hans Selye (1956) tentang stres yang memuncak, ketika dihadapkan dengan stresor jangka pendek, sistem *fight-or-flight* kita sering bekerja sangat efektif, tetapi dengan paparan stres yang berulang atau berkepanjangan, tubuh kita akhirnya lelah dan rusak.

DAFTAR PUSTAKA

- Angel, R, Angel, J, & Hill, T 2008, A comparison of the health of older Hispanics in the United States and Mexico, *Journal of Aging and Health*, vol. 20, pp. 3–31.
- Benjamin, LT 2005, 'A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse at its future)', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 1, pp.1–30.
- Brannon, L, Updegraff, JA, Feist, J 2022, *Health psychology an introduction to behavior and health*, Cengage, USA.
- Chiaramonte, G. R., & Friend, R 2006, Medical students' and residents gender bias in the diagnosis, treatment, and interpretation of coronary heart disease symptoms, *Health Psychology*, vol. 25(3), pp. 255–266.
- Chen, X, Beydoun, MA, & Wang, Y 2008, Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis, *Obesity*, vol. 16, pp.265–274.
- Chilet-Rosell, E 2014, Gender bias in clinical research, pharmaceutical marketing, and the prescription of drugs, *Global Health Action*, vol. 7, 10.3402.
- Emery, CF, Anderson, DR, & Andersen, BL 2011, *Psychological interventions in health-care settings. In D. H. Barlow (Ed.), The Oxford handbook of clinical psychology*, Oxford University Press, New York.
- Fassler, J 2015, October 15, How doctors take women's pain less seriously. The Atlantic. Retrieved from <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/10/emergency-room-wait-times-sexism/410515/>
- Goodheart, CD, & Rozensky, RH 2011, *Psychotherapy patients: Health and medical conditions. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), History of psychotherapy: Continuity and change, 2nd ed*, American Psychological Association, Washington.

- Gough, B 2013, The psychology of men's health: Maximizing masculine capital, *Health Psychology*, vol.32(1), pp.1–4.
- Hamermesh, DS, & Lee, J 2007, 'Stressed out on four continents: Time crunch or yup-pie kvetch?', *Review of Economics and Statistics*, vol. 89, pp. 374–383.
- Kaholokula, JK, & Haynes, SN 2015, *Behavioral medicine/Health psychology*. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology*, Chichester, UK: Wiley Blackwell, Chichester, pp. 310–319.
- Kochanek, KD, Murphy, SL, & Xu, J 2015, Deaths: Final data for 2011, *National Vital Statistics Reports*, 63(3). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Miller, K, & Miller, PM 2001, *Journey of hope: The story of Irishimmigration to America*, Chronicle Books, New York.
- Nabel, EG 2000, Coronary heart disease in women An ounce of prevention. *New England Journal of Medicine*, 343, 572–574.
- North, H 2011, Endometriosis Diagnosis Survey 2011. EndometriosisUK. Retrieved from <https://www.endometriosis-uk.org/sites/default/files/files/Endometriosis%20Diagnosis%20Survey%20Feb2011%20Report%20final.pdf>
- Rogers, PAW, D'Hooghe, TM, Fazleabas, A, Giudice, LC, Montgomery, GW, Petraglia, F, & Taylor, RN 2013, Defining future directions for endometriosis research: Workshop report from the 2011 World Congress of Endometriosis in Montpellier, France, *Reproductive Sciences*, 20(5), 483–499.
- Schpero, WL, Morden, NE, Sequest, TD, Rosenthal, MB, Gottlieb, D J, & Colla, CH 2017, For selected services, Blacks and Hispanics more likely to receive low-value care than Whites, *Health Affairs*, 36(6), 1065–1069.
- Selye, H 1956, *The stress of life*, McGraw-Hill, New York.

- Smith, TW, & MacKenzie, J 2006, 'Personality and risk of physical illness', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 2, pp. 435–467.
- Stewart, DE, Abbey, SE, Shnek, ZM, Irvine, J, & Grace, SL 2004, Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event, *Psychosomatic Medicine*, 66, 42–48.
- Straub, RO 2019, *Health psychology* 6th edition, Worth Publisher McMillan Learning, New York.
- VandenBos, GR 2007, *APA dictionary of psychology*, American Psychological Association, Washington.
- Vittinghoff, E., Shlipak, M. G., Varosy, P. D., Furberg, C. D., Ireland, C. prevention in women with heart disease: The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Annals of Internal Medicine*, 138, 81–89. C., Khan, S. S., Hulley, S. (2003). Risk factors and secondary.
- Women's Health Initiative (WHI). (2010). Women's health initiative update. Retrieved from <http://www.nhlbi.nih.gov/whi/update.html>.

BAB 11

SISTEM RUMAH SAKIT, HAK PASIEN DAN KELUARGA

Oleh Faridah Hariyani

11.1 Pendahuluan

Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. (Mantiri et al., 2020). Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, memberikan kepastian hukum serta perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat dan sumber daya manusia rumah sakit (UU No. 44 Tahun 2009 Tentang RS, n.d.)

Setiap Rumah Sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan yang aman dan efektif dilaksanakan paling sedikit sesuai dengan sasaran keselamatan pasien Rumah Sakit meliputi ketepatan identifikasi pasien, komunikasi yang efektif, keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko

infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh. Pelayanan kesehatan yang antidiskriminasi diwujudkan dengan tidak membedakan pelayanan kepada pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan, baik menurut ras, agama, suku, gender, kemampuan ekonomi, orang dengan kebutuhan khusus (difable), latar belakang sosial politik dan antar golongan. (Permenkes RI No.69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban RS Dan Kewajiban Pasien, n.d.)

11.2 Kewajiban Rumah Sakit

Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban (Permenkes RI No.69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban RS Dan Kewajiban Pasien, n.d.)

1. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya melalui pembentukan tim tanggap darurat bencana untuk membuat dan melaksanakan manajemen penanggulangan bencana, memberikan pelayanan langsung kepada korban bencana di lokasi bencana atau di Rumah Sakit dan melakukan mitigasi dampak bencana melalui penyediaan pelayanan rehabilitasi psikososial dan rehabilitasi fisik.
2. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin dilaksanakan dengan menyediakan tempat tidur perawatan Kelas III untuk masyarakat tidak mampu atau miskin, dan/atau untuk peserta jaminan sosial kesehatan.
3. Melaksanakan fungsi sosial dilaksanakan melalui pemberian pelayanan kesehatan Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa meminta uang muka, penyediaan ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, bakti sosial bagi misi kemanusiaan dan/atau melakukan promosi kesehatan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi.

4. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia
5. Melaksanakan etika Rumah Sakit
6. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
7. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
8. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya
9. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit
10. Mengupayakan keamanan pasien, pengunjung dan petugas di Rumah Sakit
11. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok
12. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat berupa informasi umum tentang RS dan informasi yang berkaitan dengan pelayanan medis ke pasien. Informasi umum tentang Rumah Sakit meliputi status perizinan, klasifikasi dan akreditasi Rumah Sakit, jenis dan fasilitas pelayanan Rumah Sakit, jumlah, kualifikasi, dan jadwal praktik Tenaga Kesehatan, tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit, hak dan kewajiban Pasien, mekanisme pengaduan dan pembiayaan. Informasi yang berkaitan dengan pelayanan medis kepada Pasien meliputi pemberi pelayanan, diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, rehabilitatif, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan dan perkiraan pembiayaan.

13. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit
14. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya meliputi triase dan tindakan penyelamatan nyawa (*life saving*) atau pencegahan kecacatan
15. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
16. Menyelenggarakan rekam medis
17. Melaksanakan sistem rujukan dilaksanakan secara aktif dan berkoordinasi dengan pasien/keluarga berupa melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan, melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat dan membuat surat rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan.
18. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan antara lain permintaan untuk aborsi ilegal, eutanasia, keterangan palsu dan fraud. Kewajiban RS dalam menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika dilakukan dengan cara KIE, membuat peraturan internal RS dan memberdayakan komite etik dan hukum RS. Penolakan keinginan pasien dilakukan setelah diberikan penjelasan mengenai alasan penolakan tersebut dan dicatat dalam dokumen tertulis dalam rekam medis atau dokumen tersendiri.

19. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
20. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien, dilaksanakan dengan memberlakukan peraturan dan standar Rumah Sakit, melakukan pelayanan yang berorientasi pada hak dan kepentingan pasien, serta melakukan monitoring dan evaluasi penerapannya.
21. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas
22. Menjamin hak petugas yang bekerja di Rumah Sakit.

Selain kewajiban diatas, Rumah Sakit mempunyai kewajiban mengupayakan (Permenkes RI No.4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban RS Dan Kewajiban Pasien, 2018)

1. Keamanan dan pembatasan akses pada unit kerja tertentu yang memerlukan pengamanan khusus meliputi ruang bayi, ruang bersalin, ruang perawatan intensif, ruang pemulihan, ruang psikiatri, ruang informasi dan teknologi, ruang penyimpanan berkas rekam medis, ruang lain yang dibatasi aksesnya.
2. Keamanan Pasien, pengunjung, dan petugas di Rumah Sakit dilaksanakan dengan menyediakan petugas keamanan untuk meminimalisasi risiko kehilangan barang milik pribadi serta aksesibilitas pengunjung yang tidak memiliki kepentingan dengan Pasien atau pelayanan Rumah Sakit, memelihara kondisi gedung, halaman, dan peralatan Rumah Sakit untuk mengilangkan risiko bahaya bagi Pasien, Tenaga Kesehatan dan pengunjung Rumah Sakit dan menyusun rencana tertulis tentang perlindungan terhadap berbagai potensi bahaya atau risiko yang terjadi di Rumah Sakit

11.3 Kewajiban Pasien

Dalam menerima pelayanan dari Rumah Sakit, pasien mempunyai kewajiban (Permenkes RI No.69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban RS Dan Kewajiban Pasien, n.d.)

1. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
2. Menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggungjawab
3. Menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit
4. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya
5. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya
6. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
7. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya
8. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima atas konsultasi, pemeriksaan medis, tindakan medis, dan pelayanan lain yang diterima, yang didasarkan atas itikad baik Pasien sesuai dengan jasa yang diterima. Dalam hal Pasien belum dapat memenuhi kewajiban pembayaran pasien dapat diberikan tenggang waktu sesuai dengan perjanjian antara Pasien atau keluarganya dengan Rumah Sakit. Perjanjian paling sedikit memuat tenggang waktu, cara pelunasan kekurangan pembayaran, dan

ditandatangani oleh kedua belah pihak. Pasien dapat meninggalkan rumah sakit apabila Pasien atau keluarga telah menandatangani perjanjian.

11.4 Hak Pasien dan Keluarga

Hak-hak pasien dan keluarga (Permenkes RI No.4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban RS Dan Kewajiban Pasien, 2018)

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
5. Memperoleh pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
7. Memilih Dokter dan Dokter Gigi serta kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada Dokter dan Dokter Gigi lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya dan akses terhadap rekam medis
10. Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan

11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal tersebut tidak mengganggu pasien lainnya
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit
15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut
17. Mendapatkan perlindungan atas rahasia kedokteran termasuk kerahasiaan rekam medik
18. Mendapatkan akses terhadap isi rekam medis
19. Memberikan persetujuan atau menolak untuk menjadi bagian dalam suatu penelitian kesehatan
20. Menyampaikan keluhan atau pengaduan atas pelayanan yang diterima. Dalam rangka memenuhi hak pasien untuk menyampaikan keluhan atau pengaduan setiap Rumah Sakit menyediakan unit pelayanan pengaduan. Unit pelayanan pengaduan melakukan pengumpulan informasi, klarifikasi dan penyelesaian keluhan pasien atas ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan/atau prosedur pelayanan di Rumah Sakit. Keluhan atau pengaduan harus ditindaklanjuti secara cepat, adil dan objektif.
21. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

22. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana.

DAFTAR PUSTAKA

- Permenkes RI No.69 tahun 2014 tentang Kewajiban RS dan Kewajiban Pasien, 139.
- UU no. 44 tahun 2009 Tentang RS, Undang-Undang Republik Indonesia.
<https://peraturan.go.id/common/dokumen/ln/2009/uu0442009.pdf>
- Permenkes RI No.4 tahun 2018 tentang kewajiban RS dan kewajiban Pasien, 2 1 (2018).
- Mantiri, E. Z., Pinontoan, O. R., & Mandey, S. (2020). Faktor Psikologi Dan Perilaku Dengan Penerapan Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Public Health and Community Medicine*, 1(3), 19–27.
<https://ejournal.unsrata.ac.id/index.php/ijphcm/article/view/28882/28178>

BIODATA PENULIS



Arina Nuraliza Romas, SKM., MPH.

Dosen Jurusan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Penulis lahir di Kebumen tanggal 19 Agustus 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di Politeknik Rukun Abdi Luhur Kudus. Menyelesaikan pendidikan sarjana (S1) Kesehatan Masyarakat di STIKes Surya Global Yogyakarta pada tahun 2017 dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di FKMK Universitas Gadjah Mada.

BIODATA PENULIS



Christina Rony Nayoan, SKM., MPH., Ph.D.

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Luwuk tanggal 5 Desember 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana. Menyelesaikan pendidikan S1 pada FKM Undip Semarang dan melanjutkan S2 pada School of Population Health, the University of Melbourne serta menamatkan Pendidikan S-3 pada School of health and social development, Deakin University. Penulis memiliki keahlian di bidang promosi kesehatan dan kesehatan reproduksi serta kesehatan ibu dan anak.

BIODATA PENULIS**Yuli Arinta Dewi, S. P., M.Si**

Dosen Program Studi Teknologi Bank Darah
Politeknik Bina Trada Semarang

Penulis lahir di Pati tanggal 6 Juli 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Teknologi Bank Darah, Politeknik Bina Trada Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Sosial Ekonomi Pertanian Agribisnis IPB dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Psikologi UI. Penulis menekuni bidang Menulis. Beberapa publikasinya dapat diakses pada Google Scholar dengan ID l4PINLYAAAAJ atau tautan:

<https://scholar.google.com/citations?hl=id&user=l4PINLYAAAAJ>

Korespondensi melalui email yarintadewi82@gmail.com atau instagram @yuliarinta.

BIODATA PENULIS



Dian Jayantari Putri K. Hedo, S. Psi., M. Kes.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
(BKKBN)

Penulis lahir di Denpasar pada 20 Juli 1991. Pada tahun 2009 penulis menempuh pendidikan S1 di Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Kemudian pada tahun 2020 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Pendidikan, Perilaku, dan Promosi Kesehatan. Penulis berprofesi sebagai praktisi di BKKBN sejak tahun 2014 hingga sekarang. Penulis memulai ketertarikannya di bidang penulisan ilmiah pada tahun 2020. Penulis telah melakukan beberapa penulisan ilmiah yang berupa 17 jurnal penelitian dan 6 terbitan buku. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan ilmiah dan memperoleh penghargaan atas artikelnya sebagai makalah dan penyaji lisan terbaik pada *International Conference on Public Health* tahun 2021 di Universitas Sebelas Maret, Surakarta dan pada *Strada International Conference on Health* tahun 2021 di Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia. Tema riset yang penulis minati adalah di bidang Psikologi Positif, Psikologi Kesehatan, Psikologi Perkembangan, Perilaku Kesehatan, serta Promosi Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Natalia Sulistyo Veerman, M.Psi., Psikolog.

Seorang praktisi dalam bidang pendidikan dan psikologi. Selain itu, ia juga pernah menjadi dosen di beberapa universitas di Surabaya. Ia lahir di Surabaya pada tanggal 24 Desember 1984. Gelar Kesarjanaannya (S-1) diperoleh dari Fakultas Psikologi Universitas Hang Tuah Surabaya. Ia juga menyelesaikan program magister profesi Psikologi (S2), di Program Magister Profesi Psikologi Universitas Airlangga.

BIODATA PENULIS



Elna Sari, S.K.M.,M.Kes

Dosen Program Studi DIV Promosi Kesehatan

Fakultas Vokasi

Universitas Karya Persada Muna

Penulis lahir di sebuah desa kecil yang berada dikabupaten muna,yaitu di Desa Lupia Kecamatan Kabangka Provinsi Sulawesi Tenggara pada tanggal 19 November 1989.Tahun 2012 Lulus S1 (Strata-1) di Universitas Muslim Indonesia Jurusan Kesehatan Masyarakat peminatan Epidemiologi, dan kemudian melanjutkan Pendidikan S2 (Strata-2) Tahun 2013 di Universitas Hasanuddin dengan jurusan dan peminatan yang sama dan lulus pada Tahun 2015.

Saat ini penulis menjadi dosen di Universitas Karya Persada Muna Fakultas Vokasi Program Studi DIV Promosi Kesehatan. Pada Tahun 2022 penulis menerbitkan buku Konseling Perilaku Seks Berisiko Pada Remaja. Selain menjadi dosen, saat ini penulis juga diberi amanah sebagai ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Karya Persada Muna.

BIODATA PENULIS**Nurul Qamarya, S.ST.,M.Kes**

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Akademi Kebidanan Surya Mandiri Bima

Penulis yang lahir di Bima pada tanggal 9 September 1987 ini merupakan dosen tetap sekaligus menjabat sebagai Direktur pada Akademi Kebidanan Surya Mandiri Kota Bima. Mengabdikan sejak tahun 2009 dan aktif dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi, beberapa kali lolos dalam kompetisi dana hibah Penelitian dari Kemendikbudristek. Penulis aktif pada kegiatan organisasi IBI dan juga menjabat pada bidang Penelitian dan Pengembangan Organisasi di Ikatan Bidan Indonesia cabang Kota Bima Periode 2019-2024. Penulis menamatkan pendidikan DIII Kebidanan pada Poltekkes Kemenkes Mataram tahun 2008, DIV Bidan Pendidik di STIKES Ngudia Husada Madura tahun 2010, dan S2 Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia Jakarta tahun 2017, dan saat menyusun buku ini, penulis sedang menjalani pendidikan Profesi Bidan.

BIODATA PENULIS



Sri Nurcahyati, AMd. RMIK., SKM., M.Epid

Dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Mahardika Cirebon

Penulis lahir di Cirebon tanggal 28 November 1984. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Mahardika Cirebon. lulus pada tahun 2009 dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (Sarjana FIK UMS) Program Studi Kesehatan Masyarakat. Lulusan Program Studi Magister Epidemiologi Kesehatan Masyarakat (FKM UA) Universitas Airlangga tahun 2016.

BIODATA PENULIS



Reza Fahlevi, S.K.M., M.M., M.Psi., Psikolog
Dosen Tetap Program Studi Psikologi
dan praktisi Psikolog Klinis

Penulis lahir di Palembang pada tanggal 23 Desember 1991. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi Psikologi dan praktisi Psikolog Klinis dengan bidang minat terhadap Psikologi Kesehatan dan Psikologi Positif. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Profesi Psikologi Universitas Tarumanagara pada bidang Psikologi Klinis. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Manajemen Universitas Tridinanti bidang Sumber Daya Manusia serta S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Swijaya dan S1 Psikologi Universitas Bina Darma.

BIODATA PENULIS



Faridah Hariyani, SST., M.Keb

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis lahir di Balikpapan tanggal 13 Mei 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan D-IV dan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung.