

PARADIGMA SEHAT

Febri Endra*

Abstrak

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit. Untuk itu diterapkan konsep hidup sehat H.L. Blum. Yakni derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi faktor lingkungan, gaya hidup, pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Dengan tujuan mencapai derajat sehat yang optimal, sehingga perlu adanya suatu indikator untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, yang telah dirumuskan dalam keputusan menteri kesehatan Nomor 1202/MENKES/SK/VIII/2003.

Kata kunci : konsep HL. Blum, kuratif dan rehabilitatif, paradigma sehat, pembangunan kesehatan 2010, preventif, upaya promotif.

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah kondisi dinamik keadaan kesempurnaan jasmani, mental dan sosial dan bukan semata-mata bebas dari rasa sakit, cedera dan kelemahan saja, yang memungkinkan setiap orang mampu mencapai derajat kesehatan yang optimal secara sosial dan ekonomi (UU RI,1992).

Selama ini kesehatan lebih dipandang sebagai investasi sosial yang dianggap sebagai beban pembangunan yang kurang memberikan dampak langsung dan riil pada masyarakat. Makna kesehatan kini lebih identik dengan penyakit, obat, puskesmas, rumah sakit, dan dokter yang memberikan sifat histeria massa sehingga sering ketika terjadi masalah kesehatan sangat jarang berpikir bahwa aspek pencegahan menjadi preferensi utama. Padahal, berdasarkan penelitian lebih dari 50 persen masalah kesehatan (penyakit) dapat dicegah dengan upaya preventif (Setiawan,2008).

Masalah kesehatan tidak hanya ditandai dengan keberadaan penyakit, tetapi gangguan kesehatan yang ditandai dengan adanya perasaan terganggu fisik, mental dan spiritual. Gangguan pada lingkungan juga merupakan masalah kesehatan karena dapat memberikan gangguan kesehatan atau sakit. Di negara kita mereka yang mempunyai penyakit diperkirakan 15% sedangkan yang merasa sehat atau tidak sakit adalah selebihnya atau 85%. Selama ini tampak bahwa perhatian yang lebih besar ditujukan kepada mereka yang sakit. Sedangkan mereka yang berada di antara sehat

dan sakit tidak banyak mendapat upaya promosi. Untuk itu, dalam penyusunan prioritas anggaran, peletakan perhatian dan biaya sebesar 85 % seharusnya diberikan kepada 85% masyarakat sehat yang perlu mendapatkan upaya promosi kesehatan. Dengan adanya tantangan seperti tersebut di atas maka diperlukan suatu perubahan paradigma dan konsep pembangunan kesehatan (Ridwan,2007).

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Soeji,2005).

Upaya besar bangsa Indonesia dalam meluruskan kembali arah pembangunan nasional yang telah dilaksanakan dalam tiga dasawarsa terakhir ini, menuntut reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Untuk bidang kesehatan, tuntutan reformasi total tersebut muncul karena masih adanya ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah dan antar golongan, derajat masyarakat yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara-negara tetangga, dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan (RSSA, 2002).

Membicarakan perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia, mungkin sama sedihnya dengan melihat krisis ekonomi yang tidak berkesudahan. Bagaimana tidak prihatin kalau usaha peningkatan status kesehatan masyarakat melalui upaya pelayanan kuratif kini terasa amat mahal untuk dibayar oleh rakyat atau masyarakat yang memerlukan. Sementara semua negara sudah berlomba untuk meningkatkan derajat kesehatan

* Staff Akademik Pada Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Malang

masyarakatnya. Konsep pelayanan kuratif, seolah melihat masalah kesehatan di Indonesia di masa depan hanya didominasi oleh pelayanan medik/pengobatan tanpa memperhatikan proses evolusi dan percepatan sejalan perubahan-perubahan teknologi dan informasi, sosial dan ekonomi masyarakat, yang diperkirakan akan terjadi di tahun 2020.

Aktualisasinya, hampir seluruh daya dan alokasi dana dicurahkan ke upaya kuratif. Penyediaan Puskesmas lengkap dengan obat-obatan gratis, pendirian Rumah Sakit serta penyebaran Dokter dan Bidan di Desa dan bahkan karena keterbatasan biaya pemerintah untuk pelayanan kesehatan, melalui Proyek Kesehatan Provinsi (PHP), Pemerintah meminjam Dana Bank Dunia sebesar 102,57 juta dollar AS dengan nilai kurs Rp 10.000 per dollar AS yang digunakan untuk memfasilitasi pelaksanaan Desentralisasi kesehatan di tiga provinsi, yaitu Sumatera Utara, Jawa Barat, dan Banten, menjadi contoh.

Harus disadari, upaya lain yang cukup menonjol hanya preventif berupa imunisasi dan pemberian suplemen Vitamin dan Mineral. Akibatnya, masyarakat berpikir bahwa upaya kesehatan yang terdiri dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif identik dengan pelayanan kesehatan medik (kuratif) saja (Naim,2000).

Pentingnya penerapan paradigma pembangunan kesehatan baru, yaitu PARADIGMA SEHAT merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan bangsa yang bersifat proaktif. Paradigma sehat tersebut merupakan model pembangunan kesehatan yang dalam jangka panjang mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Dengan memberikan prioritas kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit di samping penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata (RSSA,2002).

Paradigma sehat selanjutnya dikonversikan dalam visi atau pembangunan kesehatan Indonesia sehat 2010. Pembangunan yang tidak ditandai dengan semua penduduk Indonesia, sehat dan tidak ada yang sakit, melainkan sebagai gambaran masyarakat yang dicita-citakan. Masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki akses untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil (equity) dan merata (equality). Paradigma sehat secara mikro sebenarnya pembangunan kesehatan yang lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Harus diakui pula, era desentralisasi kesehatan berangkat dari kesulitan pemerintah Indonesia untuk mensubsidi biaya pelayanan kesehatan bukan upaya kesehatan masyarakat. Saat ini, pelayanan kesehatan tidak lagi bergantung pada subsidi pemerintah dan pembiayaan publik, melainkan subsidi yang didukung pembayaran masyarakat serta pembiayaan oleh negara dan swasta. Artinya, masyarakat perlu sadar bahwa nilai sehat di satu pihak adalah mahal dan murah di sisi lain. Dengan kata lain, mungkinkah pembangunan Indonesia Sehat 2010 tercapai tanpa menilai, bahwa sehat sebagai modal masa depan bagi masyarakat Indonesia adalah suatu hal yang mahal, tidak bisa diperoleh oleh orang-orang yang tidak berduit.

Upaya kesehatan tidak hanya kuratif, tetapi juga promotif dan preventif. Desentralisasi kesehatan masa kini harus mengembangkan dialog antar semua pihak yang terlibat, baik langsung maupun tidak langsung.

Namun, lebih dari itu, tujuan sistem kesehatan nasional harus dikembalikan ke sasaran awal, yang dulu hanya ditujukan untuk memelihara kesehatan fisik dan mental, kini bergeser untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (goodness) dan tidak lagi sebagai *Health for Survival*, tetapi sebagai *Health for Human Development* (Naim,2000).

TINJAUAN PUSTAKA

a. Pengertian Paradigma Sehat

Paradigma sehat merupakan model pembangunan kesehatan yang jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri (Anonymous, 2002).

Paradigma sehat didefinisikan sebagai cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit.

Pada intinya paradigma sehat memberikan perhatian utama terhadap kebijakan yang bersifat pencegahan dan promosi kesehatan, memberikan dukungan dan alokasi sumber daya untuk menjaga agar yang sehat tetap sehat namun tetap mengupayakan yang sakit segera sehat. Pada prinsipnya kebijakan tersebut menekankan pada masyarakat untuk mengutamakan kegiatan kesehatan dari pada menobati penyakit (Soejoeti, 2005).

Promosi kesehatan masyarakat menjadi tujuan kesehatan masyarakat dapat dicapai dengan jasa kesehatan yang efektif dan *Equitable* di departemen kesehatan. Bagaimanapun untuk mencapai tujuan ini diperlukan banyak faktor kebijakan dalam negeri.

Untuk mewujudkan paradigma baru pembangunan kesehatan tersebut, pemerintah telah menetapkan visi pembangunan kesehatan yakni "Indonesia Sehat 2010". Untuk mewujudkannya dilaksanakan melalui empat misi pembangunan kesehatan. Pertama, menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan yakni keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan. Melainkan dipengaruhi hasil kerja keras serta kontribusi sektor positif berbagai sektor lainnya. Kedua, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Dalam hal ini, harus menyadari kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Ketiga, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Keempat, memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya (Pangkalan, 2002).

b. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Soejoeti, 2005).

Istilah pembangunan pada dasarnya mempunyai pengertian memperbaiki mutu hidup (kesejahteraan) saat ini menjadi lebih baik dimasa mendatang. Dengan demikian maka melaksanakan PEMBANGUNAN KESEHATAN mempunyai makna yang meliputi kegiatan :

1. Mengkaji derajat kesehatan penduduk saat ini, dengan mengukur indikator keadaan kesehatan saat ini.
2. Mengidentifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan penduduk (*Determinant factors of population health*).
3. Mencari alternatif solusi dengan meminimalkan pengaruh faktor determinan derajat kesehatan yang efektif dan efisien.
4. Menyusun program kegiatan berdasarkan konsep alternatif solusi yang terpilih.
5. Menilai kembali (*Live/late*) derajat kesehatan penduduk pada akhir program, dengan mengukur indikator keadaan kesehatan untuk dibandingkan dengan kondisi sebelum program dijalankan.

Untuk mampu menjalankan pembangunan kesehatan seperti di atas, mutlak diperlukan :

1. Sistem Informasi Kesehatan yang mampu mendukung setiap langkah pengambilan keputusan dalam pembangunan kesehatan
2. Penguasaan konsep tentang determinan (faktor penentu) masalah kesehatan masyarakat dan konsep patososiologinya (proses timbulnya masalah dipandang dari aspek sosio budaya)
3. Penguasaan ilmu manajemen organisasi publik (organisasi yang memberikan pelayanan kepada khalayak luas yang tidak semata-mata berorientasi mencari keuntungan finansial)

Dalam merubah derajat kesehatan melalui pembangunan kesehatan, seluruh penduduk harus menjadi sasaran pembangunan kesehatan. Artinya, setiap penduduk atau warga masyarakat dimanapun berada dan siapapun mereka, harus terjangkau oleh pembangunan kesehatan dan dapat dirasakan hasil upayanya oleh seluruh lapisan masyarakat.

Didalam setiap melaksanakan pembangunan kesehatan, diharapkan mampu memberdayakan masyarakat luas, sehingga setiap warga masyarakat bias berpartisipasi penuh dalam pelaksanaan pembangunannya. Tanpa partisipasi yang luas dari masyarakat sasaran pembangunan kesehatan, maka hasil pemabngunan tidak mungkin dapat dirasakan oleh masyarakat.

Pada masa pembangunan jangka panjang pertama (1966–2000) prinsip dasar pembangunan ini kurang mendapat perhatian. Saat itu hampir semua bidang pembangunan (termasuk kesehatan) didominasi oleh pemerintah pusat dan kurang memberdayakan potensi masyarakat, sehingga ketergantungan masyarakat terhadap pemerintah terutama pemerintah pusat semakin tinggi. Barulah pada era reformasi yang berkembang mulai tahun 1998–2000 kekhilafan itu disadari sepenuhnya, sehingga untuk program pembangua kesehatan sampai tahun 2015, pemerintah pusat di Indonesia mulai mengembangkan motto Pembangunan Nasional Berwawasan Kependudukan dan Paradigma Sehat (model pembangunan kesehatan) yang baru yang lebih memberdayakan dan mengembangkan partisipasi penuh masyarakat. Dalam paradigma pembangunan yang baru ini, masyarakat dan organisasi non pemerintahan diberikan kesempatan penuh untuk ikut serta bahkan didorong untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan (Endra, 2008).

c. Konsep Sehat- Konsep Sakit

Pengertian sehat sakit

Konsep sehat-sakit senantiasa berubah sejalan dengan pemahaman kita tentang nilai, peran, penghargaan dan pemahaman kita terhadap kesehatan. Konsep sehat dan sakit sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal karena ada faktor – faktor lain diluar kenyataan klinis yang mempengaruhinya terutama faktor sosial budaya. Kedua pengertian saling mempengaruhi dan pengertian yang satu hanya dapat dipahami dalam konteks pengertian yang lain. Banyak ahli filsafat, antropologi, sosiologi, kedokteran dan lain-lain bidang ilmu pengetahuan telah mencoba memberikan pengertian tentang konsep sehat dan sakit ditinjau dari masing – masing disiplin ilmu. Masalah sehat dan sakit merupakan proses yang berkaitan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia beradaptasi dengan lingkungan baik secara biologis, psikologis maupun sosiobudaya.

Kesehatan atau sehat dalam Undang – Undang Republik Indonesia No.23 tahun 1992 merupakan keadaan kesempurnaan jasmani, mental dan sosial dan bukan semata-mata bebas dari rasa sakit, cedera dan kelemahan saja, yang memungkinkan setiap orang mampu mencapai derajat kesehatan yang optimal secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur – unsure fisik/ jasmani, mental dan social dan didalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan (Soejoeti, 2005).

Istilah kesempurnaan dalam batasan kesehatan diatas, menunjukkan batas keadaan sesuatu yang bergerak dinamis dalam suatu skala ukur yang terentang mulai dari skala terendah (sangat tidak sempurna) sampai ke nilai skala tertinggi (sempurna). Istilah kesempurnaan yang kurang jelas tingkatannya ini, didalam UU No. 23 tahun 1992, diperjelas dengan batas yang lebih nyata dan terukur walaupun masih ada yang berskala kualitatif produktif secara sosial dan ekonomi (kualitatif karena juga tidak tegas seberapa tingkat produktifitasnya) (Endra, 2008).

Sedangkan sakit adalah persepsi seseorang terhadap perasaan adanya gangguan aktifitas sehari – hari akibat adanya kelainan atau penyimpangan fungsi dan struktur (bentuk dan susunan) jasmani mental sosial yang sedang dialami dari keadaan normalnya. Sakit ditunjukkan oleh adanya keluhan subyektif (sign) dan gejala obyektif (simptom). Karena persepsi seseorang terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya tidak bisa dirasakan langsung oleh orang lain, maka sakit lebih banyak bersifat subyektif. Seseorang menganggap sakitnya berat apabila derajat penyimpangan fungsi dan struktur yang dialaminya semakin jauh dari keadaan normalnya. Umumnya orang

menganggap sehat apabila orang tersebut tidak merasakan adanya gangguan atau penyimpangan fungsi dan struktur pada dirinya. Persepsi ini sangat berbeda dengan pandangan seorang dokter. Seorang dokter yang sedang memeriksa kesehatan seseorang dalam pemeriksaan medik berkala bisa menemukan adanya penyimpangan tekanan darah atau gangguan fungsi ginjal, tanpa menimbulkan gangguan aktifitas yang dirasakan oleh penderitanya. Penemuan ini akibat penggunaan alat bantu teknologi yang mampu mendeteksi adanya gangguan fungsi atau struktur mental jasmani seseorang sebelum orang tersebut merasakan adanya keganjilan pada dirinya. Dampak dari perbedaan ini menimbulkan seringnya terjadi perbedaan pendapat antara dokter yang mungkin menganjurkan pengobatan kerumah sakit, dengan penolakan pasien karena merasa tidak mempunyai gangguan yang berarti.

Penyakit adalah abstraksi atau kesimpulan seseorang terhadap semua keluhan dan gejala penyimpangan fungsi dan struktur jasmani mental sosial pada diri seseorang. Kebenaran abstraksi ini tentu saja sangat tergantung pada penguasaan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi yang dimiliki dan digunakan. Oleh karena itu untuk menyelaraskan hasil abstraksi, ilmu kedokteran mengembangkan proses penarikan kesimpulan (diagnosis) yang metodenya sistemik dan standar (sistemik artinya terpolo dan konsisten) untuk memperkecil perbedaan hasil diagnosis penyakit yang diderita oleh seseorang.

Adanya perbedaan latar belakang penguasaan ilmu dan teknologi kesehatan antara orang awam dengan profesi kesehatan ini menyebabkan seringnya terjadi perbedaan cara memandang penyebab penyakit dan cara mengatasi penyakit yang sedang berjangkit. Sakit panas pada bayi, sering dianggap “ngenteng- ngentengi” (perubahan ketrampilan motorik bayi seperti : mulai belajar tengkurap, belajar duduk, berjalan atau disapil) sehingga banyak orang awam memilih membawa bayinya ke dukun pijat, karena dengan pijat yang tepat diharapkan demam si bayi akan hilang. Sementara itu para perawat atau dokter memandang gejala demam sebagai indikator tanda awal adanya infeksi pada bayi, yang perlu pengobatan antibiotika. Banyaknya penderita atau keluarga penderita menolak metode pengobatan oleh dokter dan memilih pengobatan alternatif, membuktikan banyaknya perbedaan persepsi tentang sakit dan penyakit antara petugas kesehatan dan masyarakat awam.

Dari tiga konsep kesehatan, sakit dan penyakit diatas, maka dapat disimpulkan bahwa ketiga konsep tersebut memiliki kata kunci yang sama. Adanya penyimpangan fungsi atau struktur jasmani mental sosial dari keadaan normalnya. Penyimpangan yang terjadi bisa bersifat subyektif (berbeda dari orang ke orang lain), dan bisa

bersifat obyektif (dinyatakan adanya penyimpangan oleh banyak orang) tergantung latar belakang penguasaan IPTEK yang dimilikinya. Besarnya penyimpangan sedikit sampai besar (bergerak dinamis dan penyimpangan sedikit sampai jauh dari keadaan normalnya) yang bergerak dalam rentang nilai skala dari normal sampai saat tidak normal.

Dengan demikian sebenarnya SEHAT dan SAKIT bukanlah suatu yang kondisi dikotomi seperti dua hal yang berbeda. Berdasarkan konsep diatas, ternyata sehat dan sakit merupakan keadaan fungsi dan struktur jasmani mental sosial seseorang pada skala ukur yang disebut DERAJAT KESEHATAN atau TINGKAT KESEHATAN atau STATUS KESEHATAN.

Orang dalam keadaan sempurna jasmani mental social disebut SEHAT PRIMA. Sedang orang yang kondisi jasmani mental sosialnya sedang mengalami penyimpangan jauh dari kondisi normalnya, disebut sedang sakit ringan sampai berat.

Perubahan kondisi jasmani mental sosial tidak pernah tetap sepanjang masa, melainkan selalu bergerak dalam skala derajat kesehatan dari yang sempurna sampai terburuk atau sebaliknya.

Konsep Sehat Sakit Menurut Budaya Masyarakat

Istilah sehat mengandung banyak muatan kultural, sosial dan pengertian professional yang beragam. Dulu dari sudut pandang kedokteran, sehat sangat erat kaitannya dengan kesakitan dan penyakit. Dalam kenyataannya tidaklah sesederhana itu, sehat harus dilihat dari berbagai aspek.

Oleh para ahli kesehatan, antropologi kesehatan dipandang sebagai suatu disiplin biobudaya yang member perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit. Penyakit sendiri ditentukan oleh budaya: hal ini karena penyakit merupakan pengakuan sosial bahwa seseorang tidak dapat menjalankan peran normalnya secara wajar .

Cara hidup dan gaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit, selain itu hasil berbagai kebudayaan juga dapat menimbulkan penyakit.

Masyarakat dan pengobat tradisional menganut dua konsep penyebab sakit, yaitu: Naturalistik dan Personalistik. Penyebab bersifat Naturalistik yaitu seseorang

menderita sakit akibat pengaruh lingkungan, makanan (salah makan), kebiasaan hidup, ketidak seimbangan dalam tubuh, termasuk juga kepercayaan panas dingin seperti masuk angin dan penyakit bawaan. Konsep sehat sakit yang dianut pengobat tradisional (Battra) sama dengan yang dianut masyarakat setempat, yakni suatu keadaan yang berhubungan dengan keadaan badan atau kondisi tubuh kelainan-kelainan serta gejala yang dirasakan. Sehat bagi seseorang berarti suatu keadaan yang normal, wajar, nyaman, dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan gairah. Sedangkan sakit dianggap sebagai suatu keadaan badan yang kurang menyenangkan, bahkan dirasakan sebagai siksaan sehingga menyebabkan seseorang tidak dapat menjalankan aktivitas sehari-hari seperti halnya orang yang sehat.

Sedangkan konsep Personalistik menganggap munculnya penyakit (*illness*) disebabkan oleh intervensi suatu agen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia (hantu, roh, leluhur atau roh jahat), atau makhluk manusia (tukang sihir, tukang tenung). Menelusuri nilai budaya, misalnya mengenai pengenalan kusta dan cara perawatannya. Kusta telah dikenal oleh etnik Makasar sejak lama. Adanya istilah *kaddala sikinyu* (kusta kepiting) dan *kaddala massolong* (kusta yang lumer), merupakan ungkapan yang mendukung bahwa kusta secara endemik telah berada dalam waktu yang lama di tengah-tengah masyarakat tersebut.

Hasil penelitian kualitatif dan kuantitatif atas nilai - nilai budaya di Kabupaten Soppeng, dalam kaitannya dengan penyakit kusta (*Kaddala, Bgs.*) di masyarakat Bugis menunjukkan bahwa timbul dan diamalkannya *leprophobia* secara ketat karena menurut salah seorang tokoh budaya, dalam nasehat perkawinan orang-orang tua di sana, kata *kaddala* ikut tercakup di dalamnya. Disebutkan bahwa bila terjadi pelanggaran melakukan hubungan intim saat istri sedang haid, mereka (kedua mempelai) akan terkutuk dan menderita kusta/*kaddala*. Ide yang bertujuan guna terciptanya moral yang agung di keluarga baru, berkembang menurut proses komunikasi dalam masyarakat dan menjadi konsep penderita kusta sebagai penanggung dosa. Pengertian penderita sebagai akibat dosa dari ibu-bapak merupakan awal derita akibat *leprophobia*. Rasa rendah diri penderita dimulai dari rasa rendah diri keluarga yang merasa tercemar bila salah seorang anggota keluarganya menderita kusta. Dituduh berbuat dosa melakukan hubungan intim saat istri sedang haid bagi seorang fanatik Islam dirasakan sebagai beban trauma psikosomatik yang sangat berat. Orang tua, keluarga sangat menolak anaknya didiagnosis kusta.

Pada penelitian Penggunaan Pelayanan Kesehatan Di Propinsi Kalimantan Timur dan Nusa Tenggara Barat (1990), hasil diskusi kelompok di Kalimantan Timur

menunjukkan bahwa anak dinyatakan sakit jika menangis terus, badan berkeringat, tidak mau makan, tidak mau tidur, rewel, kurus kering. Bagi orang dewasa, seseorang dinyatakan sakit kalau sudah tidak bisa bekerja, tidak bisa berjalan, tidak enak badan, panas dingin, pusing, lemas, kurang darah, batuk-batuk, mual, diare. Sedangkan hasil diskusi kelompok di Nusa Tenggara Barat menunjukkan bahwa anak sakit dilihat dari keadaan fisik tubuh dan tingkah lakunya yaitu jika menunjukkan gejala misalnya panas, batuk pilek, muncet, muntah-muntah, gatal, luka, gigi bengkok, badan kuning, kaki dan perut bengkok.

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

Sudarti (1987) menggambarkan secara deskriptif persepsi masyarakat beberapa daerah di Indonesia mengenai sakit dan penyakit; masyarakat menganggap bahwa sakit adalah keadaan individu mengalami serangkaian gangguan fisik yang menimbulkan rasa tidak nyaman. Anak yang sakit ditandai dengan tingkah laku rewel, sering menangis dan tidak nafsu makan. Orang dewasa dianggap sakit jika lesu, tidak dapat bekerja, kehilangan nafsu makan, atau “kantong kering” (tidak punya uang). Selanjutnya masyarakat menggolongkan penyebab sakit ke dalam 3 bagian yaitu :

1. Karena pengaruh gejala alam (panas, dingin) terhadap tubuh manusia
2. Makanan yang diklasifikasikan ke dalam makanan panas dan dingin.
3. Supranatural (roh, guna-guna, setan dan lain-lain).

Untuk mengobati sakit yang termasuk dalam golongan pertama dan ke dua, dapat digunakan obat-obatan, ramuan-ramuan, pijat, kerok, pantanganmakan, dan bantuan tenaga kesehatan. Untuk penyebab sakit yang ke tiga harus dimintakan bantuan dukun, kyai dan lain-lain. Dengan demikian upaya penanggulangannya tergantung kepada kepercayaan mereka terhadap penyebab sakit. Beberapa contoh penyakit pada bayi dan anak sebagai berikut :

- a. Sakit demam dan panas.

Penyebabnya adalah perubahan cuaca, kena hujan, salah makan, atau masuk angin. Pengobatannya adalah dengan cara mengompres dengan es, oyong, labu putih yang dingin atau beli obat influenza. Di Indramayu dikatakan penyakit adem meskipun gejalanya panas tinggi, supaya panasnya turun. Penyakit tampek (campak) disebut juga sakit adem karena gejalanya badan panas.

- b. Sakit muncet (diare).

Penyebabnya adalah salah makan, makan kacang terlalu banyak, makan makanan pedas, makan udang, ikan, anak meningkat kepandaianya, susu ibu basi, encer, dan lain-lain. Penanggulangannya dengan obat tradisional misalkan dengan pucuk daun jambu dikunyah ibunya lalu diberikan kepada anaknya (Bima Nusa Tenggara Barat) obat lainnya adalah Larutan Gula Garam (LGG), Oralit, pil Ciba dan lain-lain. Larutan Gula Garam sudah dikenal hanya proporsi campurannya tidak tepat.

- c. Sakit kejang-kejang

Masyarakat pada umumnya menyatakan bahwa sakit panas dan kejang-kejang disebabkan oleh hantu. Di Sukabumi disebut *hantu gecep*, sedangkan di Sumatra Barat disebabkan hantu jahat. Di Indramayu pengobatannya adalah dengan pergi ke dukun atau memasukkan bayi ke bawah tempat tidur yang ditutupi jaring.

- d. Sakit tampek (campak)

Penyebabnya adalah karena anak terkena panas dalam, anak dimandikan saat panas terik, atau kesambet. Di Indramayu ibu-ibu mengobatinya dengan membalur anak dengan asam kawak, meminumkan madu dan jeruk nipis atau memberikan daun suwuk, yang menurut kepercayaan dapat mengisap penyakit (Soejoeti, 2005).

Perilaku Sehat dan Perilaku Sakit

Penelitian-penelitian dan teori-teori yang dikembangkan oleh para antropolog seperti perilaku sehat (*health behavior*), perilaku sakit (*illness behavior*) perbedaan antara *illness* dan *disease*, model penjelasan penyakit (*explanatory model*), peran dan karir seorang yang sakit (*sick role*), interaksi dokter- perawat, dokter-pasien, perawat-pasien, penyakit dilihat dari sudut pasien, membuka mata para dokter bahwa kebenaran ilmu kedokteran modern tidak lagi dapat dianggap kebenaran absolut dalam proses penyembuhan.

Perilaku sakit diartikan sebagai segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan

penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olah raga dan makanan bergizi.

Perilaku sehat diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat. Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subyektif sifatnya. Persepsi masyarakat tentang sehat-sakit ini sangatlah dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu di samping unsur sosial budaya. Sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif berdasarkan gejala yang tampak guna mendiagnosis kondisi fisik individu (Socjoeti, 2005).

Sesuai dengan persepsi tentang sakit dan penyakit maka perilaku sakit dan perilaku sehat pun subyektif sifatnya. Penilaian tentang kondisi kesehatan individu dapat dibedakan dalam 8 golongan sebagai berikut:

Tabel 1. Status Kesehatan Individu

Tingkat	Dimensi sehat		
	Psikologis	Medis	Sosial
Normally well	Baik	Baik	Baik
Pessimistic	Sakit	Baik	Baik
Socially ill	Baik	Baik	Sakit
Hypochondriacal	Sakit	Baik	Sakit
Medically	Baik	Sakit	Baik
Martyr	Sakit	Sakit	Baik
Optimistic	Baik	Sakit	Sakit
Seriously ill	Sakit	Sakit	Sakit

Penggolongan status kesehatan di atas menunjukkan bahwa penilaian medis bukanlah merupakan satu – satunya kriteria yang menentukan tingkat kesehatan seseorang. Banyak keadaan dimana individu dapat melakukan fungsi sosialnya secara normal padahal secara medis menderita penyakit. Sebaliknya, tidak jarang pula individu merasa terganggu secara sosialpsikologis padahal secara medis mereka tergolong sehat. Penilaian individu terhadap status kesehatannya ini merupakan salah satu faktor yang menentukan perilakunya, perilaku sehat jika menganggap dirinya sehat dan perilaku sakit jika menganggap sakit (sarwono, 1993).

Indikator Kesehatan Penduduk

Dari penjelasan sebelumnya dapat dipahami bahwa kesehatan dan sakit merupakan posisi seseorang dalam skala penyimpangan fungsi struktur jasmani mental sosial. Semakin kecil penyimpangannya, dikatakan semakin tinggi derajat kesehatannya. Artinya derajat kesehatan pada dasarnya merupakan suatu proses kontinum (suatu proses perubahan berkelanjutan). Namun demikian, secara teoritik dan praktis, rentang skala derajat kesehatan ini, dapat diklasifikasikan menjadi beberapa kelompok kondisi :

1. Sehat sempurna (penyimpangan fungsi struktur jasmani mental social sangat minim, aktifitas sehari-hari tidak terganggu).

2. Sakit subklinis (sudah ada penyimpangan dari normalnya, tetapi masih dibawah *clinical horizon*, aktifitas sehari – hari tidak terlalu terganggu)
3. Sakit ringan sampai berat (Adanya penyimpangan dari normal dan sudah mengganggu aktifitas hariannya)
4. Cacat ringan sampai berat (Ada penyimpangan menetap untuk jangka waktu lama),
5. Sekarat dan Mati (proses berhentinya fungsi organ–organ vital akibat penyimpangan fungsi dan struktur organ vital yang sangat jauh diatas point of no return)

Dari konsep di atas, maka derajat kesehatan seseorang dapat diukur secara praktis walaupun kasar, dengan melihat kondisi praktis keadaan jasmani mental sosialnya dan mengelompokkan kedalam klasifikasi derajat kesehatan diatas. Orang cacat jasmani memiliki derajat kesehatan lebih rendah disbanding sakit influenza.

Indikator yang digunakan dalam mengukur derajat kesehatan komunitas. Bila diperhatikan pembagian derajat kesehatan secara praktis di atas, proporsi kematian penduduk atau proporsi orang sakit atau proporsi orang cacat lebih mudah diukur. Dengan konsep dasar ini, maka derajat kesehatan komunitas dapat di ukur dengan menghitung :

1. Tingkat Morbiditas (Rasio jumlah penduduk yang sakit dibagi jumlah penduduk)
2. Tingkat Mortalitas (Rasio jumlah kejadian kematian penduduk dibagi jumlah penduduk).
3. Tingkat Kecacatan (Disability Rate = Rasio jumlah penduduk cacat dibagi jumlah penduduk)

Indikator–indikator di atas merupakan indikator negatif, artinya bila indikator ini menurun nilainya, menunjukkan bahwa derajat kesehatan meningkat dan sebaliknya (Endra, 2008).

Sementara itu masyarakat mulai mempertanyakan apakah indikator-indikator kesehatan yang digunakan dewasa ini yaitu IMR, CDR, Life expectancy masih cocok disebut sebagai indikator kesehatan penduduk.

Untuk dapat menilai berapa banyak penduduk yang sehat tidak mungkin digunakan angka kematian dan angka kesakitan penduduk. Untuk dapat mengukur status kesehatan penduduk yang tepat perlu digunakan indikator positif (sehat), dan bukan hanya indikator negatif (sakit, mati) yang dewasa ini masih dipakai. WHO menyarankan agar sebagai indikator kesehatan penduduk harus mengacu pada 4 hal sebagai berikut:

1. Melihat ada tidaknya kelainan pathofisiologis pada seseorang,
2. Mengukur kemampuan fisik seseorang seperti kemampuan aerobik, ketahanan, kekuatan dan

kelenturan sesuai dengan umur.

3. Penilaian atas kesehatan sendiri dan
4. Indeks Massa Tubuh (BMI): $BB.(kg) / TB.(cm)$

Dewasa ini mulai dipertanyakan keterkaitan antara IMR yang rendah dengan bayi sehat Penelitian di Afrika menemukan bahwa 26% dari bayi yang dapat diselamatkan (tidak mati) ternyata cacat.

Demikian halnya dengan peningkatan umur harapan hidup waktu lahir. WHO menegaskan bahwa peningkatan umur harapan hidup itu harus diartikan sebagai bertambahnya produktivitas dan bukan sekedar bertambah umur tapi sakit-sakitan. WHO menyebutkan bahwa perpanjangan umur harus diartikan sebagai *"add life to years rather than merely add years to life"* Di samping itu penambahan umur harus pula diartikan sebagai penambahan *"years of disability free life"* dan bukan penambahan *"years of disabled life"* (Sampoerno, 1998).

Untuk mempertegas rumusan visi Indonesia sehat 2010 telah ditetapkan indikator-indikator secara lebih rinci dalam Keputusan Menteri kesehatan Nomor 1202/ MENKES/SK/VIII/2003. Yang dikelompokkan kedalam :

1. Indikator derajat kesehatan yang merupakan hasil akhir, yang terdiri atas indikator – indikator mortalitas, morbiditas dan status gizi.
2. Indikator hasil antara, yang terdiri atas indikator keadaan lingkungan, perilaku hidup masyarakat serta indikator akses dan pelayanan kesehatan.
3. Indikator proses dan masukan, yang terdiri dari indikator pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen kesehatan dan indikator kontribusi sector terkait.

Determinan Derajat Kesehatan

Konsep hidup sehat H. L. Blum sampai saat ini masih relevan untuk diterapkan. Kondisi sehat secara holistik bukan saja kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial dalam bermasyarakat. Untuk menciptakan kondisi sehat seperti ini diperlukan suatu keharmonisan dalam menjaga kesehatan tubuh. H.L Blum menjelaskan ada empat faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keempat faktor tersebut merupakan faktor determinan timbulnya masalah kesehatan. Keempat faktor tersebut terdiri dari faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya), faktor perilaku/gaya hidup (life style), faktor pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya) dan faktor genetik (keturunan). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi yang mempengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat (Purnama, 2007).

Semua ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan mengacu kepada H.L. Blum. Dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat sebagai salah satu negara yang sudah maju, Blum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan.

Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku mempunyai andil nomor 2, pelayanan kesehatan dan keturunan mempunyai andil yang paling kecil terhadap status kesehatan. Bagaimana proporsi pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap status kesehatan di negara-negara berkembang, terutama di Indonesia belum ada penelitian (Anonymous, 2006)

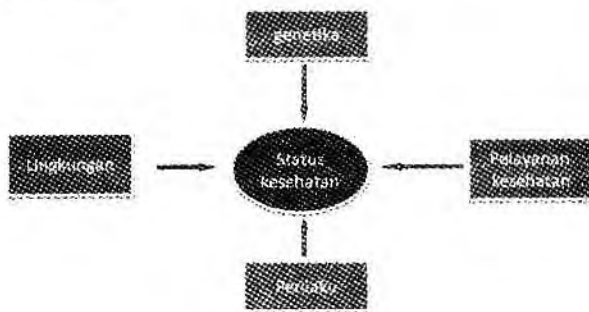
Dengan demikian konsep paradigma sehat H. L. Blum memandang pola hidup sehat seseorang secara holistik dan komprehensif. Masyarakat yang sehat tidak dilihat dari sudut pandang tindakan penyembuhan penyakit melainkan upaya yang berkesinambungan dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Peranan Sarjana Kesehatan Masyarakat dalam hal ini memegang kendali dominan dibandingkan peranan dokter. Sebab hubungan dokter dengan pasien hanya sebatas individu dengan individu tidak secara langsung menyentuh masyarakat luas. Ditambah lagi kompetensi dalam manajemen program lebih dikuasai lulusan SKM sehingga dalam perkembangannya SKM menjadi ujung tombak program kesehatan di negara-negara maju.

Untuk negara berkembang seperti Indonesia justru, paradigma sakit yang digunakan. Dimana kebijakan pemerintah berorientasi pada penyembuhan pasien sehingga terlihat jelas peranan dokter, perawat dan bidan sebagai tenaga medis dan paramedis mendominasi. Padahal upaya semacam itu sudah lama ditinggalkan karena secara finansial justru merugikan Negara. Anggaran APBN untuk pendanaan kesehatan di Indonesia semakin tinggi dan sebagian besar digunakan untuk upaya pengobatan seperti pembelian obat, sarana kesehatan dan pembangunan gedung. Seharusnya untuk meningkatkan derajat kesehatan kita harus menaruh perhatian besar pada akar masalahnya dan selanjutnya melakukan upaya pencegahannya. Untuk itulah maka upaya kesehatan harus fokus pada upaya preventif (pencegahan) bukannya curative (pengobatan).

Namun yang terjadi anggaran untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui program promosi dan preventif dikurangi secara signifikan. Akibat yang ditimbulkan adalah banyaknya masyarakat yang kekurangan gizi, biaya obat untuk puskesmas meningkat, pencemaran lingkungan tidak terkendali dan korupsi penggunaan askeskin. Dampak sampingan yang terjadi tersebut dapat timbul karena kebijakan kita yang keliru.

Semua Negara di dunia menggunakan konsep Blum dalam menjaga kesehatan warga negaranya. Untuk Negara maju saat ini sudah fokus pada peningkatan kualitas sumber daya manusia. Sehingga asupan makanan anak-anak mereka begitu dijaga dari segi gizi sehingga akan melahirkan keturunan yang berbobot. Kondisi yang berseberangan dialami Indonesia sebagai Negara agraris, segala regulasi pemerintah tentang kesehatan malah fokus pada penanggulangan kekurangan gizi masyarakatnya. Bahkan dilematismya banyak masyarakat kota yang mengalami kekurangan gizi. Padahal dari hasil penelitian membuktikan wilayah Indonesia potensial sebagai lahan pangan dan peternakan karena wilayahnya yang luas dengan topografi yang mendukung. Ada apa dengan pemerintah?. Satu jawaban yang pasti seringkali dalam analisis kesehatan pemerintah kurang mempertimbangkan pendapat ahli kesehatan masyarakat (public health) sehingga kebijakan yang dibuat cuma dari sudut pandang kejadian sehat-sakit.

Dalam konsep Blum ada 4 faktor determinan yang dikaji, masing-masing faktor saling keterkaitan berikut penjelasannya



Gambar 1. Konsep Blum

1. Lingkungan

Berbicara mengenai lingkungan sering kali kita meninjau dari kondisi fisik. Lingkungan yang memiliki kondisi sanitasi buruk dapat menjadi sumber berkembangnya penyakit. Hal ini jelas membahayakan kesehatan masyarakat kita. Terjadinya penumpukan sampah yang tidak dapat dikelola dengan baik, polusi udara, air dan tanah juga dapat menjadi penyebab. Upaya menjaga lingkungan menjadi tanggung jawab semua pihak untuk itulah perlu kesadaran semua pihak.

Puskesmas sendiri memiliki program kesehatan lingkungan dimana berperan besar dalam mengukur, mengawasi, dan menjaga kesehatan lingkungan masyarakat. namun dilematismya di puskesmas jumlah tenaga kesehatan lingkungan sangat terbatas padahal banyak penyakit yang berasal dari lingkungan kita seperti diare, demam berdarah, malaria, TBC, cacar dan sebagainya.

Disamping lingkungan fisik juga ada lingkungan sosial yang berperan. Sebagai makhluk sosial kita membutuhkan bantuan orang lain, sehingga interaksi individu satu dengan yang lainnya harus terjalin dengan baik. Kondisi lingkungan sosial yang buruk dapat menimbulkan masalah kejiwaan.

2. Perilaku masyarakat

Perilaku masyarakat dalam menjaga kesehatan sangat memegang peranan penting untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Hal ini dikarenakan budaya hidup bersih dan sehat harus dapat dimunculkan dari dalam diri masyarakat untuk menjaga kesehatannya. Diperlukan suatu program untuk menggerakkan masyarakat menuju satu misi Indonesia Sehat 2010. Sebagai tenaga motorik tersebut adalah orang yang memiliki kompetensi dalam menggerakkan masyarakat dan paham akan nilai kesehatan masyarakat. Masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat akan menghasilkan budaya menjaga lingkungan yang bersih dan sehat.

Pembuatan peraturan tentang berperilaku sehat juga harus dibarengi dengan pembinaan untuk menumbuhkan kesadaran pada masyarakat. Sebab, apabila upaya dengan menjatuhkan sanksi hanya bersifat jangka pendek. Pembinaan dapat dimulai dari lingkungan keluarga, sekolah, dan masyarakat. Tokoh-tokoh masyarakat sebagai role model harus diajak turut serta dalam menyelesaikan program-program kesehatan

3. Pelayanan kesehatan

Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga mesti ditingkatkan.

Puskesmas sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat sangat besar perannya. sebab di puskesmaslah akan ditangani masyarakat yang membutuhkan edukasi dan perawatan primer. Peranan Sarjana Kesehatan Masyarakat sebagai manager yang memiliki kompetensi di bidang manajemen kesehatan dibutuhkan dalam menyusun program-program kesehatan. Utamanya program-program pencegahan penyakit yang bersifat preventif sehingga masyarakat tidak banyak yang jatuh sakit.

Banyak kejadian kematian yang seharusnya dapat dicegah seperti diare, demam berdarah, malaria, dan penyakit

degeneratif yang berkembang saat ini seperti jantung koroner, stroke, diabetes melitus dan lainnya. Penyakit itu dapat dengan mudah dicegah asalkan masyarakat paham dan melakukan nasehat dalam menjaga kondisi lingkungan dan kesehatannya.

4. Genetik

Nasib suatu bangsa ditentukan oleh kualitas generasi mudanya. Oleh sebab itu kita harus terus meningkatkan kualitas generasi muda kita agar mereka mampu berkompetisi dan memiliki kreatifitas tinggi dalam membangun bangsanya.

Dalam hal ini kita harus memperhatikan status gizi balita sebab pada masa inilah perkembangan otak anak yang menjadi asset kita dimasa mendatang. Namun masih banyak saja anak Indonesia yang status gizinya kurang bahkan buruk. Padahal potensi alam Indonesia cukup mendukung. Oleh sebab itulah program penanggulangan kekurangan gizi dan peningkatan status gizi masyarakat masih tetap diperlukan. Utamanya program Posyandu yang biasanya dilaksanakan di tingkat RT/RW. Dengan berjalannya program ini maka akan terdeteksi secara dini status gizi masyarakat dan cepat dapat tertangani.

Program pemberian makanan tambahan di posyandu masih perlu terus dijalankan, terutamanya daerah yang miskin dan tingkat pendidikan masyarakatnya rendah. Pengukuran berat badan balita sesuai dengan kms harus rutin dilakukan. Hal ini untuk mendeteksi secara dini status gizi balita. Bukan saja pada gizi kurang kondisi obesitas juga perlu dihindari. Bagaimana kualitas generasi mendatang sangat menentukan kualitas bangsa Indonesia mendatang (Purnama, 2007).

d. Upaya Kesehatan Pencegahan

Berdasarkan pada perubahan paradigma kesehatan yang kini lebih menekankan pada upaya promotif-preventif dibandingkan dengan upaya kuratif dan rehabilitatif diharapkan merupakan titik balik kebijakan Depkes dalam menangani kesehatan penduduk yang berarti program kesehatan yang menitik beratkan pada pembinaan kesehatan bangsa bukan sekedar penyembuhan penyakit.

Paradigma sehat mempunyai orientasi dimana upaya peningkatan kesehatan masyarakat dititik beratkan pada:

1. Promosi kesehatan, peningkatan vitalitas penduduk yang tidak sakit (85%) agar lebih tahan terhadap penyakit melalui olah raga, fitness dan vitamin.
2. Pencegahan penyakit melalui imunisasi pada ibu hamil, bayi dan anak.
2. Pencegahan pengendalian penanggulangan, pencemaran lingkungan serta perlindungan masyarakat terhadap pengaruh buruk (melalui perubahan

perilaku).

3. Memberi pengobatan bagi penduduk yang sakit, (15%) melalui pelayanan medis.

Paradigma sehat merupakan strategi pembangunan kesehatan untuk semua sehat di tahun 2010, dimana mengarah kepada mempertahankan kondisi sehat dan tidak sakit dan produktif yang dikenal dengan upaya promotif dan preventif ketimbang upaya kuratif yang hanya menekankan pada upaya penanganan orang-orang sakit.

Upaya pencegahan penyakit berupa upaya pencegahan

1. Primer, Sekunder & Tertier
2. *Five Level Of Prevention*:
 - a) *Health promotion*(Upaya promosi Kesehatan) Menghindari kemunculan dari/ adanya faktor resiko.
 - b) *Specific protection*(Upaya proteksi Kesehatan) Upaya Proteksi Kesehatan bertujuan mengurangi / menurunkan pengaruh penyebab serendah mungkin
 - c) *Early diagnosis and pront treatment* (Upaya diagnosis dini & tindakan segera). Ditujukan pada penderita/ dianggap menderia (suspect)/ terancam akan menderita.
 - d) *Disability limitation*(Upaya pemberantasan akibat buruk) Mencegah meluasnya penyakit/ timbulnya wabah & proses penyakit lebih lanjut.
 - e) *Rehabilitation*(Upaya pemulihan Kesehatan) Usaha untuk mencegah terjadinya akibat samping dari penyembuhan penyakit & pengembalian fungsi fisik, psikologik dan sosial.

Tingkatan Pencegahan Secara Umum :

a. Pencegahan Primordial (*Primordial prevention*)

Pencegahan primordial bertujuan untuk menghindari kemunculan adanya faktor resiko, memerlukan peraturan yang tegas dari yang berwenang, tidak melakukan hal-hal yang beresiko timbulnya penyakit tertentu, Contoh : Melarang menebang pohon karena dapat menyebabkan banjir sehingga kejadian diare meningkat

b. Pencegahan tingkat pertama (*Primary prevention*)

Promosi kesehatan dan pencegahan khusus. Sasarannya adalah Faktor penyebab, Lingkungan & Pejamu. Menurunkan pengaruh serendah mungkin (desinfeksi, pasteurisasi, sterilisasi, penyemprotan insektisida) terhadap faktor penyebab untuk memutus rantai penularan. Bidang

Lingkungan melakukan perbaikan lingkungan fisik seperti air bersih, sanitasi lingkungan & perumahan, dll. Dari pejamu dilakukan perbaikan status gizi, status kesehatan, pemberian imunisasi

c. Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Diagnosis dini serta pengobatan tepat. Sasarannya adalah pada penderia /dianggap menderita (*suspect*) & terancam menderita Pencegahan tingkat kedua ini bertujuan untuk diagnosis dini & pengobatan tepat (mencegah meluasnya penyakit/ timbulnya wabah & proses penyakit lebih lanjut/ akibat samping & komplikasi) Usaha yang dapat dilakukan adalah pencarian penderita, pemeriksaan CPN, pemberian *chemoprophylaxis* (Prepatogenesis / patogenesis penyakit tertentu).

d. Pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*)

Pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi. Sasarannya adalah penderita penyakit tertentu. Tujuan pencegahan tingkat ketiga ini mencegah jangan sampai mengalami cacat & bertambah parahnya penyakit juga kematian dan rehabilitasi (pengembalian kondisi fisik/ medis, mental/psikologis & sosial) (Hestiningih, UGM).

Kompetensi Dokter Spesialis, Dokter, Bidan Dan Perawat Kompetensi tenaga kesehatan telah dibahas dalam UU No 29 tahun 2004. Menurut UU No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, IDI berperan membina etika bersama Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) melaporkan dokter pelanggar etika, memberi masukan standar pendidikan dokter spesialis, menyelenggarakan pendidikan kedokteran berkelanjutan dan terakreditasi, menerbitkan standar pendidikan kedokteran, menerbitkan rekomendasi izin praktik, mengawasi kendali mutu dan kendali biaya dokter praktek.

Materi yang diujikan harus sesuai dengan kompetensi atau standard profesi yang dibutuhkan oleh dokter Indonesia dengan tetap memperhatikan aspek – aspek lain sehingga dapat menjamin sifat komprehensifnya. Berkenaan tujuan dari ujian ini adalah untuk mengetahui atau menguji kompetensi seorang dokter, maka ujian akan menitikberatkan pada prinsip-prinsip ilmu kedokteran dasar dan klinik yang sangat penting di dalam praktek klinik di masyarakat maupun di dalam pendidikan kedokteran tahap pascasarjana, dengan mengutamakan penguasaan prinsip-prinsip dasar mekanisme timbulnya penyakit, "*Clinical Reasoning*", serta "*Critical Thinking*" dalam kerangka pemecahan masalah / Problem solving. Keseluruhan soal yang dikembangkan harus bersifat

terintegrasi dan menguji secara utuh kompetensi yang dibutuhkan seorang dokter dalam menghadapi berbagai permasalahan kesehatan dan klinis yang akan dihadapinya. Secara lebih rinci komposisi materi ujian disusun berdasarkan berbagai tinjauan yang akan menjamin sifat komprehensif dari ujian. Jenis atau tipe soal ujian Jenis atau tipe soal ujian adalah berupa soal pilihan berganda dengan lima pilihan jawaban soal. Soal terdiri "*stem*" soal yang berbentuk skenario ("*vignette*"), pertanyaan, dan lima pilihan jawaban dengan satu jawaban benar. Jumlah soal-soal ujian seluruhnya adalah 200 soal (Handri,2007).

Di era ini cita-cita mengangkat derajat kesehatan sesuai amanat Preamble UUD 1945, dokter disebut sebagai komponen utama untuk mewujudkannya sesuai ilmu pengetahuan, teknologi, dan kompetensinya. IDI adalah organisasi profesi yang menaungi dokter di seluruh Indonesia harus mampu meningkatkan harkat, martabat, dan kehormatan profesi. Agar peran dokter menjadi lebih optimal, berbagai kompetensi di atas hanya dapat dicapai melalui pendidikan dan pelatihan secara kontinyu. Oleh sebab itu diperlukan perencanaan tenaga dokter di bidang kesehatan, menuntaskan masalah pendidikan kedokteran, dan pemanfaatan dokter. Dokter dan sistem pelayanan kedokteran diciptakan oleh Negara untuk pembangunan kesehatan. Caranya mengatasi kebutuhan masalah kesehatan objektif di masyarakat (health needs). Tapi sejalan dengan kemajuan masyarakat, sistem pelayanan harus menjawab tuntutan kesehatan yang lebih subjektif sifatnya (health demands). Adanya tuntutan ini menimbulkan dilema dalam proses perencanaan tenaga dokter kepada masyarakat karena kondisi ini sangat terkait dengan rentang wilayah Indonesia yang luas dan penuh disparitas tuntutan berbeda.

Untuk dokter layanan primer tingkat pertama saja sistem menyatakan pengembangan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan, pemerintah tidak lagi menyelenggarakan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas. Tapi diganti dokter keluarga kecuali daerah terpencil, Kepmenkes: 131 / Menkes /SK /II /2004. Artinya, orientasi perencanaan tenaga dokter dijalankan sesuai konsep dokter keluarga. Untuk pemenuhan kebutuhan layanan dokter spesialis di Indonesia sangat tergantung objektifitas kesehatan nyata di lapangan. Pendidikan dokter spesialis diteruskan untuk memenuhi tuntutan subjektif masyarakat.

Halnya dengan perencanaan dokter layanan primer, orientasi perencanaan tenaga dokter layanan skunder (dan tersier/ subspecialis) juga harus ditujukan ke pemenuhan kualifikasi pemanfaatan layanan spesialis yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan masyarakat serta kualifikasi layanan spesialis yang berorientasi pada pemenuhan tuntutan masyarakat (sampai pada tahap internationally recognized).

Penjelasan-penjelasan di atas secara umum lebih kepada perencanaan kualifikasi tenaga dokter kaitannya dengan sistem pelayanan kedokteran yang sedang dan akan dikembangkan. Belum lagi persoalan dalam perencanaan jumlah, distribusi dan proyeksi kebutuhan dokter. Jumlah dokter yang terdaftar (ingin praktik) pada saat ini diketahui untuk dokter umum sebesar 56.750 orang, untuk dokter spesialis sebesar 15.499.* Artinya rasio dokter umum dengan jumlah penduduk adalah 1 untuk 35.000 sd 40.000 penduduk; rasio dokter spesialis adalah 1 untuk 120.000 sd 140.000. Artinya untuk mencapai target kebutuhan Indonesia Sehat 2010 yaitu 1 dokter umum untuk 2.500 penduduk dan 1 dokter spesialis untuk sekira 16.000 penduduk, membutuhkan kerja keras dari semua pihak. Belum lagi permasalahan maldistribusi dokter (tidak ada sistem yang dapat merentesi dokter menikmati praktiknya di kota kecil dan daerah perifer). Belum lagi jika dilakukan pendalaman atas proyeksi dan kualifikasi kebutuhan atas dokter-dokter yang diharapkan dapat mengembangkan ilmu dan pengetahuan serta teknologi kedokteran sebagai basis untuk menciptakan pelayanan kedokteran yang lebih bermutu.

Untuk memenuhi kebutuhan ini (rasio) dan akhirnya pendistribusiannya, membutuhkan koordinasi yang sungguh-sungguh antara sektor pendidikan dan sektor kesehatan. Terkecuali nanti, dengan segala resikonya, pemenuhan tersebut diambil alih oleh proses globalisasi: AFAS/WTO (pandangan IDI tentang antisipasi AFAS/WTO dilampirkan dalam tulisan terlampir; menggambarkan antisipasi pengembangan sistem pelayanan kedokteran terutama di kota-kota besar yang menjadi dokter-dokter asing). Belum lagi keberadaan desentralisasi dengan segala dampak positif dan negatifnya yang juga sangat berpengaruh dalam pemanfaatan dan pemenuhan tuntutan serta kebutuhan masyarakat atas pelayanan kedokteran (Anonymous, 2008).

Kompetensi untuk perawat dengan OSCA (Objective Structured Clinical Assessment) Nama lain: Objective Structured Clinical Examination.

1. Objektif: karena jawaban sudah tersedia dan baku dalam bentuk checklist, MCQ, B/S, butir-butir singkat jumlah tertentu, soal sesuai dengan kondisi nyata dalam praktek.
2. Terstruktur: Terdapat struktur tertentu yang secara konsisten harus diikuti dalam menyusun soal OSCA. (Misal stasi prosedur struktur evaluasi mencakup ketrampilan pengetahuan dan perilaku, sementara stasi pengetahuan strukturnya adalah dalam rangka memecahkan masalah pasien)
3. Evaluasi Klinik: yang dilakukan test adalah ketrampilan yang terkait dengan pasien.

Mengadopsi dari standar kompetensi dari International Council of Nurs (ICN): Kemampuan Pengetahuan (Ilmu dasar, Penunjang, Hukum), manajemen/pengelolaan, etik profesi, peka budaya, pengembangan profesi (PPNI).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Paradigma sehat adalah pembangunan Indonesia Sehat 2010 didefinisikan sebagai cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit. Paradigma sehat merupakan strategi pembangunan kesehatan untuk semua sehat di tahun 2010, di mana mengarah kepada mempertahankan kondisi sehat dan tidak sakit dan produktif yang dikenal dengan upaya promotif dan preventif ketimbang upaya kuratif yang hanya menekankan pada upaya penanganan orang-orang sakit, dengan penerapan konsep hidup sehat H.L. Blum.

Fakta menunjukkan bahwa paradigma sehat belum bisa dilaksanakan sepenuhnya di masyarakat Indonesia, karena ada beberapa faktor yang menghambat realisasi paradigma sehat di Indonesia, baik itu dari pihak pemerintah, sumber daya manusia dan masyarakatnya. Sehingga perlu adanya intervensi di berbagai pihak.

Intervensi yang dapat dilakukan diantaranya adalah dengan membuat program dan strategi pembangun kesehatan "paradigma sehat". Desentralisasi kesehatan. Menyebarluaskan paradigma sehat melalui internet, media masa, media cetak, seminar maupun diskusi. Penambahan alokasi dana pada pembangunan kesehatan. Menambah tenaga kesehatan. Peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan pemberdayaan masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dengan memberdayakan akan dapat diciptakan masyarakat yang sehat. Pendidikan dan penyuluhan kesehatan.

Keberhasilan visi pembangunan Indonesia sehat 2010, dinilai berdasarkan indikator kesehatan berdasarkan keputusan menteri kesehatan Nomor 1202/ MENKES/SK/VIII/2003.

Saran

1. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
2. Komitmen dan kerjasama antara Negara berkembang dengan Negara maju.
3. Penyebarluasan paradigma sehat melalui mediamasa, media cetak, seminar dan diskusi.
4. Pembinaan tenaga kesehatan yang berorientasi pada paradigma sehat.
5. Meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan karenan merupakan salah satu faktor penting dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan penduduk dalam upaya pembangunan kesehatan khususnya di indonesia.
6. Pendidikan kesehatan pada lapisan masyarakat, salah satunya dengan penyuluhan.
7. Peningkatan pemberdayaan masyarakat, kerjasama dengan semua pelaku pembangunan kesehatan, khususnya dengan Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (TP-PKK) di semua jenjang administrasi pemerintahan dalam pembangunan kesehatan.
8. Adanya evaluasi pada upaya pelayanan kesehatan secara berkala

DAFTAR PUSTAKA

- Amirudin Ridwan, 2007. A new paradigm public health. <http://ridwanamiruddin.wordpress.com/2007/05/05/konsep-baru-paradigma-kesehatan-bab-3-epid-perencanaan-edited/>
- Amirudin Ridwan . Social and Behavior Determinant of Health.
- Anonymous, 2006, Pendidikan Perilaku. <http://www.gcocities.com/klinikikm/pendidikan-perilaku/prinsip.htm>
- Anonymous, 2002. Pembangunan Kesehatan Pakai Paradigma Sehat. Pangkalan Bun, Bpost
- Anonymous, 2008. Ancaman Serius Dunia Kedokteran. Cendana Pos. Jember
- Dainur, 1995, Materi – Materi Pokok Ilmu Kesehatan Masyarakat, Widya Medika. Jakarta.
- Endra Febri .B.S, 2008, Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Malang, Malang.
- Handri, 2007. Uji Kompetensi Dokter Indonesia. [drhandri_wordpress_com](http://drhandri.wordpress.com) - [www_drhandri_co_cc.htm](http://www.drhandri.co_cc.htm)
- Hestiningih Retno, Martini, Ginanjar Praba, Epidemiologi Dasar, UGM. Yogyakarta.
- Naim nasrullah, 2000, Menempatkan Diri di Era Desentralisasi Kesehatan, http://members.tripod.com/nasrullah_naim/spatial.html
- Notoatmodj Soekidjo, 2003, Prinsip – Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Rineka cipta, Jakarta
- PPNI Pengurus Jawa Tengah, Soal OSCA dalam Uji Kompetensi Perawat DI Jawa Tengah.
- Purnama Sang Gede, 2007. Membedah Konsep Blur Dan Paradigma Sehat Persatuan Kesehatan Masyarakat Indonesia. <http://persakm.online.web.id/cetak.php?id=119>
- Rivin BETH E. 2005. Why Health and Human Rig' Are Important. Uplift International- University Washington.
- RSUD DR Saiful Anwar, 2002. Paradigma Sehat. RS Malang – Jawa Timur.
- Sampoerno Does, 1998. Paradigma Sehat dan Prom Kesehatan di saat Kritis.
- Sarwono Solita, 1993, Sosiologi Kesehatan. Gajah M University Press. Yogyakarta.
- Setiawan Oryz, 2008. Konsep Paradigma Sehat. http://202.155.15.202/koran_detail.asp?id=330352&kat_id=16&kat_id1=&kat_id
- Socjoeti Sunanti Z. 2005, Konsep Sehat, Sakit dan Peny dalam Konteks Sosial Budaya. http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/14_149_Sehatsakit.pdf/14_149_Sehatsakit.html
- Sujudi Achmad. 2003. Indikator Indonesia Sehat 20 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Se dan Kabupaten/ Kota Sehat. Departemen Keseh RI. Jakarta
- Supari Siti Fadilah, 2006. Prevensi Kesehatan c Pemberdayaan Masyarakat Sinar Harapan.