

GAMBARAN PELAYANAN DAN PERILAKU KESEHATAN DI INDONESIA

Julismin dan Nasrullah Hidayat

Jurusan Pendidikan Geografi Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Medan
Jl. Willem Iskandar Psr V Medan Estate Medan, 20211 Indonesia
email : julismin_1957@yahoo.com

Abstrak

Kesehatan didefinisikan sebagai "keadaan lengkap fisik, mental, dan kesejahteraan sosial dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Hanya segelintir publikasi telah difokuskan secara khusus pada definisi kesehatan dan evolusi dalam 6 dekade pertama. Beberapa dari mereka menyoroti kurangnya nilai operasional dan masalah diciptakan dengan menggunakan kata "lengkap." WHO dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, mengatakan bahwa kesehatan adalah "sumber daya bagi kehidupan sehari-hari. Secara keseluruhan kesehatan dicapai melalui kombinasi dari fisik, mental, dan kesejahteraan sosial, yang, bersama-sama sering disebut sebagai "Segitiga Kesehatan".

Perilaku kesehatan secara garis besar dikelompokkan menjadi 2 yakni Perilaku sehat dan perilaku orang sakit. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Oleh karena itu perilaku ini disebut perilaku sehat (helathy behaviour) yang mencakup perilaku-perilaku (overt dan covert behaviour) dan mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit. Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan merupakan perilaku untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh karena itu perilaku ini juga disebut perilaku pencarian pelayanan pelayanann kesehatan (health seeking behaviour).

Kata Kunci : Pelayana kesehatann, perilaku kesehatan

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pada tahun 1986, WHO, dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, mengatakan bahwa pengertian kesehatan adalah "sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup Kesehatan adalah konsep positif menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik. Kondisi umum dari seseorang dalam semua aspek. Ini juga merupakan tingkat fungsional dan/ atau efisiensi metabolisme organisme, sering secara implisit manusia.

Pada saat berdirinya Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pada tahun

1948, kesehatan didefinisikan sebagai "keadaan lengkap fisik, mental, dan kesejahteraan sosial dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan.

Hanya segelintir publikasi telah difokuskan secara khusus pada definisi kesehatan dan evolusi dalam 6 dekade pertama. Beberapa dari mereka menyoroti kurangnya nilai operasional dan masalah diciptakan dengan menggunakan kata "lengkap." Lain menyatakan definisi, yang belum diubah sejak 1948, "hanya yang buruk. Pada 1986, WHO, dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan, mengatakan bahwa kesehatan adalah "sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan tujuan dari kehidupan.

Kesehatan adalah konsep yang positif menekankan sumber daya

sosial dan pribadi, serta kemampuan fisik." Klasifikasi sistem seperti WHO Keluarga Klasifikasi Internasional (WHO-FIC), yang terdiri dari Klasifikasi Internasional Berfungsi, cacat, dan Kesehatan (ICF) dan Klasifikasi Internasional Penyakit (ICD) juga menentukan kesehatan. Secara keseluruhan kesehatan dicapai melalui kombinasi dari fisik, mental, dan kesejahteraan sosial, yang bersama-sama sering disebut sebagai "Segitiga Kesehatan"

Perilaku Kesehatan

Dari aspek biologi perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari segi biologis, semua makhluk hidup mulai dari binatang sampai dengan manusia, mempunyai aktivitas masing-masing. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup yang mempunyai bentangan kegiatan, yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukan manusia tersebut antaralain: berjalan, berbicara, menulis, membaca, berfikir dan seterusnya. Secara singkat aktivitas, manusia tersebut dikelompokkan menjadi 2 yakni, a) aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain, misalnya : berfikir, berfantasi, bersikap, dan sebagainya.

Menurut Skinner, (dalam Sukino Notoadmojo,1938) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus, (rangsangan dari luar). Selanjutnya teori Skinner menjelaskan adanya dua jenis respon, yaitu *Respondent response* dan *Operant respons (instrumental response)*. *Respondent respon* atau *reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimulus*, karena

menimbulkan respon-respon yang relative tetap. Misalnya makanan besar akan menimbulkan nafsu untuk makan, cahaya terang akan selalu menimbulkan reaksi mata tertutup. Sedangkan *operant respons* atau *instrumental response*, yakni respon yang ditimbulkan dan berkembang kemudian didikuti stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsangan yang terakhir ini disebut *reinforcingstimuli* atau *reinforcer*, karena berfungsi untuk memperkuat respon. Misalnya: apabila seseorang petugas kesehatan melakukan tugasnya dengan baik adalah respon terhadap gaji yang cukup misalnya (stimulus). Kemudian karena kerja baik tersebut menjadi stimulus untuk memperoleh promosi pekerjaan. Jadi kerja baik tersebut sebagai *reiferorcer* untuk memperoleh promosi pekerjaan. Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner maka perilaku kesehatan (*health behaviour*). Respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan lain adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati (*observabel*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservabel*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan ini mencakup mencegah atau melindungi dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Oleh sebab itu perilaku kesehatan ini pada garis besar dikelompokkan menjadi 2 yakni Perilaku sehat dan perilaku orang sakit. Perilaku orang

yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Oleh karena itu perilaku ini disebut perilaku sehat (*helathy behaviour*) yang mencakup perilaku-perilaku (*overt dan covert behaviour*) dan mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif) Contoh: makan dengan gizi dengan seimbang, olahraga teratur , tidak merokok dan minum-minuman keras, menghindari gigitan nyamuk, menggosok gigi setelah makan,cuci tangan pakai sabun sebelum makan dan sebagainya.

Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan merupakan perilaku untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh karena itu perilaku ini juga disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behaviour*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepasnya dari masalah kesehatan tersebut. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan, baik fasilitas atau pelayan kesehatan tradisional (dukun, *sinshe* atau paranormal), maupun modern, atau profesional (Rumah sakit, Puskesmas, Poliklinik dan sebagainya. Becker (1979) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan dan membedakan menjadi 3 yaitu Perilaku Sehat (*Health Behaviour*), Perilaku Sakit (*illness behaviour*), dan Perilaku Peran Orang Sakit, (*The sick Role Behavior*).

Pemberdayaan Kesehatan

Bidang pelayanan kesehatan masyarakat merupakan bidang pelayanan yang kerap menggunakan pendekatan pemberdayaan dalam berbagai programnya. Penggunaan pendekatan ini dinilai tepat bilamana pemberdayaan sebagai landasan program menunjukkan ketiga aspek pada diri pihak yang diberdayakan (klien) yaitu keterlibatan klien dalam membangun akal, pikiran dan ikhtiarnya sehingga klien dapat mengambil keputusan dan bertindak untuk dirinya. Dalam banyak masalah kesehatan khususnya yang disebabkan oleh perilaku atau gaya hidup pendekatan pemberdayaan dinilai sangat tepat (Funnell, & Anderson, 2005) oleh karena pemberdayaan mampu meningkatkan efikasi diri dalam mengubah perilaku yang menetap dan mandiri. Pemberdayaan adalah pendekatan yang berpusat pada klien (*client centered*). Berpusat pada klien dicirikan oleh sejauhmana klien telah menyadari adanya suatu kebutuhan akan perubahan, memiliki cukup pengetahuan untuk kebutuhan perubahan tersebut serta memiliki rasa percaya diri yang tinggi. Ada 3 C yang harus terbangun dalam diri klien yaitu kesadaran akan perubahan (*conciusness*); tahu dan terampil dalam bertindak (*competence*) serta percaya diri (*confidence*). Kondisi ini menjadi sangat penting oleh karena perubahan perilaku yang mandiri dan menetap hanya dapat dibangun bila klien menjadikan perubahan itu sebagai satu kebutuhan, mampu dan percaya diri untuk bertindak. Terbangunnya 3 C dalam diri klien maka akan juga menumbuhkan tanggung jawabnya sebagai satu-satunya pribadi yang paling mengenal dan mengetahui kondisinya dan menjadi ahli untuk dirinya sendiri. Menurut Funnell, & Anderson (2003)

mengatakan , the role of health professionals to helps patients make appropriate care recommendation, expert advice and support. Professional need to give up feeling responsible for their patients and become responsible to them. Peran provider kesehatan adalah membantu klien mengambil keputusan dan bertindak secara tepat dengan menyediakan informasi, memberi rekomendasi, nasehat dan dukungan kepada klien. Provider kesehatan perlu menyadari keberadaannya sebagai "ahli" dalam berbagai masalah kesehatan namun klien adalah juga ahli dalam kehidupannya sehingga keduanya harus bekerjasama secara seimbang dan saling sinergi. Hal penting lain yang perlu dalam pemberdayaan adalah sikap provider kesehatan. Ciechanowski, et. al (2004) mengatakan bahwa provider yang menunjukkan sikap empati, responsif terhadap kebutuhan dan terhadap nilai-nilai yang dianut dapat meningkatkan partisipasi dan otonomi klien dalam pengambilan keputusan dan tindakan.

Implikasi "Pemberdayaan" Dalam Program

Seperti telah diuraikan bahwa pemberdayaan memiliki 2 hal pokok yaitu memberi dan menerima tanggung jawab, wewenang dan otoritas. Penerima adalah klien, dan pemberi adalah provider kesehatan. Bagaimana provider kesehatan sebagai "pemberi" layanan menempatkan posisinya secara tepat menjadi sangat penting. Sebagai pendekatan yang berpusat pada klien, provider kesehatan seharusnya berperan sebagai motivator, kolaborator dan fasilitator. Dalam ketiga peran tersebut, provider kesehatan membantu klien

membangun 3 C dalam dirinya melalui penyediaan informasi yang cukup dan relevan sesuai kebutuhan serta mudah diakses oleh klien. Pengetahuan dan akses informasi merupakan domain penting dalam mengubah perilaku oleh karena pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang cukup akan meningkatkan rasa percaya diri. Selain kemudahan dalam memperoleh informasi yang cukup dan relevan adalah juga sangat penting sikap provider kesehatan dalam menghadirkan dirinya sebagai sumber informasi bagi klien. Sekalipun banyak cara yang dapat dilakukan untuk menyampaikan informasi kepada klien, namun informasi yang diperoleh secara diadik (WHO,2006) dengan sumber informasi lebih efektif dalam mengubah perilaku klien. Oleh karena itu, sangat diperlukan provider kesehatan yang terlatih yang memiliki bukan saja pengetahuan dan ketrampilan tetapi juga adalah sikap dari seorang motivator, kolaborator dan fasilitator yang berjiwa pelayan. Provider kesehatan yang dapat membantu klien dengan kesabaran, penuh perhatian, tidak menjaga jarak dan sikap bersahabat. Provider kesehatan yang demikian hanyalah ada pada diri provider yang menyadari keberadaannya dalam memberi diri secara tulus menjadi pelayan masyarakat.

UPAYA MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. upaya yang diselenggarakan sendiri/ secara

bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Menurut Depkes RI (2009), setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo, pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Menurut Levey dan Loomba (1973, pelayanan Kesehatan Adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan, yang dimaksud sub sistem disini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan adalah input, proses, output, dampak, umpan balik. Input adalah sub elemen - sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem. Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan

sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan. Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran setelah beberapa waktu lamanya. Umpan balik adalah hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut. Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang mempengaruhi sistem tersebut. Sebagai contoh, di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas, input adalah : Dokter, perawat, obat-obatan. Prosesnya adalah kegiatan pelayanan puskesmas. Outputnya adalah pasien sembuh/tidak sembuh, dampaknya adalah meningkatnya status kesehatan masyarakat. Umpan baliknya adalah keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan. Lingkungannya adalah masyarakat dan instansi-instansi diluar puskesmas tersebut.

Adapun tujuan pelayanan kesehatan terbagi dalam 2 hal yaitu promotif dan preventif. Adapun tujuan promotif yaitu memelihara dan meningkatkan kesehatan. Hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan. Sedangkan tujuan preventif adalah pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit. Tujuan preventif dapat dibagi menjadi 3 yaitu (1) Preventif primer, yang terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran fisik, (2) Preventive sekunder, yang terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut, dan (3) Preventif tersier yaitu pembuatan diagnose. Ditunjukkan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnose dan pengobatan

Dalam pelayanan kesehatan, bentuk pelayanan dapat dibedakan berdasarkan tingkatannya. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer) diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Contohnya adalah Puskesmas, Puskesmas keliling, dan klinik. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder) diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Contohnya adalah Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier) diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Contohnya adalah Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

Selain pelayanan kesehatan fisik, terdapat pula pelayanan fasilitas kesehatan non fisik. Pelayanan fasilitas kesehatan non fisik merupakan suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan semakin kompleks baik dari segi jumlah, jenis maupun bentuk pelayanannya. Bahwa klinik sebagai salah satu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan dibutuhkan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang mudah diakses, terjangkau dan bermutu dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Penampilan Kelembagaan

Manajemen Pelayanan Masyarakat adalah suatu proses atau kemampuan dalam mengelola jasa pelayanan yang dibutuhkan masyarakat mulai saat permintaan sampai jasa pelayanan itu diserahkan, digunakan. Pengelolaan jasa pelayanan yang cepat, tepat dan bermutu, karakteristiknya sesuai dengan yang dijanjikan atau diharapkan masyarakat (konsumen), itulah suatu manajemen atau pengelolaan pelayanan prima atau memuaskan.

Dalam pengelolaan pelayanan kesehatan di masyarakat agar dapat memuaskan terdapat 5 tahap aktifitas utama yang harus dilakukan secara berurutan dan terpadu, yaitu merencanakan jasa pelayanan yang dibutuhkan, memproses atau mengolah jasa pelayanan, menyerahkan jasa, menanggapi kebutuhan, dan Merencanakan jasa pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat.

Sebelum menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan, lebih dahulu diketahui siapa yang menjadi sasaran (masyarakat) yang akan dilayani. Pada umumnya pelanggan yang dilayani setiap pegawai adalah semua orang atau organisasi/unit kerja yang berinteraksi, berhubungan dan mengharapakan sesuatu keperluan kebutuhannya sesuai dengan pekerjaan kita, sebagai calon ahli kesehatan. Mereka mengharapakan kita dapat memenuhi kebutuhannya sesuai dengan karakteristik, kualitas tertentu atau standard.

Dalam memahami kebutuhan pelanggan yang sesuai dengan ekspektasi mereka, terdapat 2 pendekatan yang dapat dilakukan, yaitu: komunikasi (3 cara) dan benchmarking (1 cara). Pendekatan komunikasi meliputi, cara Reaktif,

aktif, dan proaktif. Cara aktif adalah dengan mendengar keluhan pelanggan/ masyarakat. Jika ada keluhan baru beraksi menanggapi. Pendekatan ini kurang efektif dalam menciptakan pelayanan yang memuaskan pelanggan secara berkesinambungan.

Cara aktif adalah dengan menjawab setiap ada pertanyaan pelanggan atau masyarakat yang datang ke pelayanan. Sedangkan cara proaktif adalah menjangkau informasi tentang harapan masyarakat, melalui wawancara, survai. Penyedia jasa ini seolah-olah memosisikan diri sebagai pelanggan. Pendekatan proaktif ini, menurut saya sangatlah efektif jika diterapkan pada penyedia jasa pelayanan kesehatan masyarakat.

Sedangkan memahami kebutuhan pelayanan dengan *benchmarking* adalah suatu proses pengukuran pelayanan yang diberikan secara terus-menerus dengan cara membandingkan pelayanan terbaik dari instansi lain (pesaing). Dalam menentukan kebutuhan khas setiap pelanggan atau masyarakat dalam pelayanan kesehatan agar tidak berdasarkan asumsi, opini, tetapi harus berdasarkan data dan informasi actual. Oleh karena itu, harus ada sebuah persetujuan persepsi dengan masyarakat mengenai nilai, manfaat dan bentuk model jasa pelayanan dari anda. Jika telah memahami kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat, maka harus merumuskan secara konkrit kebutuhan itu. Kemudian buat desain atau rancangannya. Dalam rancangan itu harus ditentukan kualitas, karakteristik dari dimensi tertentu, termasuk dimensi waktu pemrosesan, dan penyerahan serta sentuhan pelayanan pribadi dengan tujuan sebagai standar pelaksanaan.

Pembinaan Kesehatan Masyarakat

Dalam sistem kesehatan nasional tentang bentuk penyelenggaraan kesehatan ratentang bentuk pokok penyelenggaraan sistem kesehatan msasyarakat nasional ditegaskan bahwa masyarakat dapat berperan serta dalam pelaksanaan dan pengembangan upaya kesehatan.

Peran serta masyarakat meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyuluhan dan pemulihan, yang dicerminkan dalam 3 bentuk kegiatan, yaitu ikut dalam penelaahan situasi dalam masalah; ikut terlibat dalam menyusun perencanaan pelaksanaan termasuk penentuan prioritas; dan menjalankan kebiasaan hidup sehat dan atau berperan serta secara aktif dalam pengembangan ketenagaan, dan sarana.

Peran serta secara aktif dari masyarakat sangat diperlukan dalam proses pembinaan kesehatan masyarakat. Sementara itu Does mengemukakan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan diatur oleh pemerintah dan dilakukan secara serasi dan seimbang oleh pemerintah bersama masyarakat. Dengan demikian peran serta masyarakat merupakan bagian yang cukup penting dalam mewujudkan usaha pemerintah dalam membina kesehatan masyarakat.

Kesehatan Lingkungan

Keberlanjutan Ekonomi, dengan mempromosikan kesehatan dan mempengaruhi biaya perawatan kesehatan, Keberlanjutan Sosial, dengan membangun kapasitas masyarakat dan pemberdayaan individu, dan Keberlanjutan Lingkungan, melalui usaha sadar lingkungan. WHO dalam memahami kesehatan masyarakat dilakukan

pendekatan yang holistik dengan membuat kerangka kerja dan menemukan hal-hal yang terkait didalamnya. Konsep population health dan determinants of health, seperti sosial, ekonomi dan lingkungan sebagai dimensi yang sama dalam pembangunan berkelanjutan (Public Health Agency of Canada, 2010) yaitu: Physical factors dalam lingkungan alam (misalnya udara yang kita hirup, air yang kita minum, makanan yang kita makan) adalah pengaruh utama pada kesehatan. Kesehatan Kanada, misalnya, telah mengidentifikasi delapan masalah kesehatan yang signifikan berhubungan dengan perubahan iklim, termasuk efek kesehatan dari episode asap meningkat, penyakit dan kematian akibat gelombang panas dan dingin, air dan kontaminasi makanan ditanggung, penyakit yang ditularkan oleh serangga, efek kesehatan dari penipisan ozon stratosfir, dan peristiwa cuaca ekstrim. Faktor-faktor di lingkungan manusia yang dibangun seperti perumahan, keselamatan kerja, dan masyarakat dan desain jalan juga pengaruh penting,

Social factors, seperti jaringan yang mendukung pendidikan dan sosial, yang memungkinkan dan mendukung pilihan yang sehat dan gaya hidup, serta orang-orang yang berpengetahuan, niat, perilaku dan keterampilan dalam menghadapi hidup dengan cara yang sehat, adalah pengaruh utama pada kesehatan.

Economic factors, seperti tingkat pendapatan dan status pekerjaan, yang penting faktor-faktor penentu kesehatan. Kelompok berpenghasilan tinggi adalah kelompok yang memiliki akses lebih baik untuk pelayanan kesehatan yang berkualitas. Orang yang memiliki kontrol atas situasi pekerjaan dan sedikit stress

berhubungan dengan hidup lebih lama daripada mereka yang bekerja lebih stres atau berisiko. Dengan mengembangkan konsep holistik seperti kesehatan penduduk, dengan bekerja sama dengan mitra seperti tujuan kesehatan, dengan menangani jangka panjang dan jangka pendek masalah kesehatan publik seperti epidemi dan kesiapsiagaan darurat, PHAC juga melayani pembangunan berkelanjutan (Public Health Agency of Canada, 2010).

Pada tingkat global, KTT Bumi Rio 1992 adalah salah satu titik paling signifikan dalam membangun sebuah kerangka kebijakan internasional untuk pembangunan berkelanjutan. Salah satu output utama, Agenda 21, termasuk bab didedikasikan untuk kesehatan, dengan alasan bahwa (United Nations, 1993):

"Health and development are intimately interconnected. Both insufficient development leading to poverty and inappropriate development resulting in overconsumption, coupled with an expanding world population, can result in severe environmental health problems in both developing and developed nations. Action items under Agenda 21 must address the primary health needs of the world's population, since they are integral to the achievement of the goals of sustainable development and primary environmental care."

Output penting lainnya dari konferensi ini adalah Deklarasi Rio tentang Lingkungan dan Pembangunan (United Nations, 1992). Ini menyatakan sebagai prinsip pertama bahwa "manusia di tengah keprihatinan untuk pembangunan berkelanjutan, mereka berhak hidup sehat dan produktif selaras dengan alam." Selain itu, Prinsip 7 dan 14 juga menggunakan kata kesehatan - berbicara tentang kesehatan dan

integritas bumi, ekosistem dan kebutuhan untuk menghindari aktivitas dan zat-zat yang ditemukan berbahaya bagi kesehatan manusia (Dooris, 2010).

Pembangunan Kualitas Hidup

Menjaga fisik saja tidak cukup untuk menjadi sehat. Kondisi mental pun haruslah dijaga. Seringkali kesehatan mental bukan menjadi hal krusial bagi sebagian orang untuk dijaga kesehatannya. Tidak heran jika PBB melalui Badan Kesehatan Dunia (WHO) memaparkan bahwa jumlah penderita depresi di seluruh dunia berjumlah sekitar 350 juta dengan jumlah kematian akibat depresi sebesar 1 juta kematian/tahun. Prof. Dr. H. Soetardjo A. Wiramihardja, mengungkapkan, kesehatan mental (mental health) terkait dengan kondisi jiwa dan perilaku yang sehat.

Mental health tersebut juga terkait dengan mental hygiene yang mendukung tubuh menjadi sehat (healthy life). jika kondisi tersebut telah dimiliki oleh seseorang, maka akan tercipta kualitas hidup yang baik (quality of life). "Quality of life itu ialah bagaimana kualitas seseorang apabila dilihat dari interaksi dengan kehidupan di sekitarnya. orang yang punya mental health yang baik adalah mampu memelihara diri, temperamen, inteligensi yang siap pakai, berperilaku dengan pertimbangan sosial, memiliki kecenderungan bahagia, serta mampu menyesuaikan diri sesuai dengan lingkungannya.

Menyesuaikan diri di sini berarti seseorang mampu secara aktif untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya berdasarkan rencana, tanpa adanya keterpaksaan untuk menyesuaikan diri. Apabila mental health telah terjaga, maka secara otomatis kualitas hidup pun akan

menjadi baik. Hal tersebut disebabkan, antara mental health dan quality of life merupakan bagian yang tidak bisa dipisahkan. Mental health akan meningkatkan quality of life dan quality of life pun akan meningkatkan mental health. Untuk meningkatkan quality of life, Prof. Soetardjo menganjurkan bahwa manusia harus mampu berinteraksi berdasarkan 3 alam, diantaranya alam benda yaitu memanfaatkan alam benda atas dasar saling memelihara. Alam sosial, yaitu mampu membangun hubungan intersubjektif dengan manusia lain atas dasar saling menyayangi, serta mampu membangun interaksi noogenik (budaya, gagasan, dan nilai). Alam yang terakhir ialah alam transenden, yaitu meyakini segala kebaikan Tuhan yang ada.

Pembangunan Kualitas Lingkungan.

Secara sederhana kualitas lingkungan hidup diartikan sebagai keadaan lingkungan yang dapat memberikan daya dukung yang optimal bagi kelangsungan hidup manusia di suatu wilayah. Kualitas lingkungan itu dicirikan antara lain dari suasana yang membuat orang betah/kerasam tinggal ditempatnya sendiri. Berbagai keperluan hidup terpenuhi dari kebutuhan dasar/fisik seperti makan minum, perumahan sampai kebutuhan rohani/spiritual seperti pendidikan, rasa aman, ibadah dan sebagainya. Jumlah manusia sampai saat ini terus bertambah dan berkembang. Adapun permukaan bumi yang merupakan ekosistem kehidupan manusia luasnya tetap. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya benturan antara pertumbuhan jumlah manusia dan daya dukung lingkungan, pada akhirnya menimbulkan masalah lingkungan

atau ketimpangan ekologi. Manusia dengan kemampuan ilmu, pengetahuan, dan teknologi dapat meningkatkan daya dukung lingkungan. Melalui penerapan teknologi dalam bidang pertanian, peternakan, dan permukiman, manusia dapat mengembangkan serta meningkatkan daya dukung lingkungan sehingga mampu memakmurkan kehidupan penduduk. Sebagai contoh, dengan diterapkannya program intensifikasi pertanian oleh pemerintah, maka satu hektar sawah yang sebelumnya hanya mampu menghasilkan satu ton gabah padi dapat menjadi dua atau tiga ton gabah padi.

Akibat dari kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi manusia pun dapat menurunkan daya dukung lingkungan bahkan dalam waktu singkat sampai kepada batas kemampuannya. Sumber daya lingkungan yang seharusnya berperan menopang kehidupan manusia atau makhluk hidup lainnya tidak lagi mampu mendukung kelangsungan kehidupannya. Maka yang terjadi adalah sebuah bencana baik alam maupun kemanusiaan. Dalam ekologi, manusia dikenal sebagai makhluk paling dominan (*man ecological dominant*). Artinya, manusia sangat mampu memanfaatkan lingkungan bagi kesejahteraan hidupnya. Oleh karena kemampuan akal, saat ini manusia sangat berperan dalam menentukan alam dibandingkan makhluk lainnya. Alam atau lingkungan hidup akan lestari, serasi, atau hancur, semata-mata tergantung pada kemauan manusia itu sendiri.

Pembangunan Berkualitas

The Labour Government di Inggris sangat menekankan pentingnya kebijakan „joined-up“ yang dalam

prakteknya perlunya ditemukan titik temu dalam kebijakan yang bersimpangan (Department of the Environment, Transport and the Regions, 1999a, 1999b, 2000 dalam Dooris, 2010). Strategi pembangunan berkelanjutan dari pemerintah, mengamankan masa depan (H.M. Government, 2008) dengan menetapkan lima prinsip yang melandasinya salah satunya adalah memastikan masyarakat yang adil dan kuat, sehat dan yang memenuhi beragam kebutuhan semua orang dan mempromosikan pribadi yang baik, dan menciptakan kesempatan yang sama untuk semua. Hal ini jelas, bahwa kesehatan adalah inti dari kebijakan pembangunan berkelanjutan di tingkat nasional dan global.

Selanjutnya model konseptual diusulkan untuk pemahaman kesehatan, kesejahteraan dan pembangunan berkelanjutan, semua berfokus pada kebutuhan untuk mengkoordinasikan, mengintegrasikan dan keseimbangan dimensi ekonomi, sosial dan lingkungan Pentingnya dari konsep tersebut adalah adanya kebijakan yang terkait semakin diperhatikan oleh badan kesehatan seperti the UK Public Health Association (2007) dalam (Dooris, 2010), yang dikategorikan dampak kesehatan dari pembangunan yang tidak berkelanjutan adalah akibat degradasi lingkungan yang dihasilkan dari kedua residu beracun di lingkungan dan hilangnya ruang hijau dan kontak dengan alam.

Konsekuensi dari perubahan iklim melalui mekanisme seperti banjir, peningkatan penyakit vector-borne, kekurangan tanah dan kenaikan suhu. Konsekuensi pembangunan ekonomi melalui distribusi sumber daya tidak merata, konsumsi yang berlebihan dan kekurangan serta kurang terkontrol

dalam perencanaan penggunaan lahan, konsekuensi dari disintegrasi sosial melalui hilangnya kohesi masyarakat dan modal sosial. Pembangunan berkelanjutan diperlukan untuk memastikan kesejahteraan manusia abadi. Pembangunan berkelanjutan adalah pembangunan yang memenuhi kebutuhan saat ini dan kebutuhan generasi mendatang (United Nations, 1987) dalam (European Commission, 2006).

Dihadapkan dengan degradasi lingkungan yang luas di dunia dan kesenjangan global menyedihkan, Komisi Brundtland (Perdana Menteri Gro Harlem Brundtland) menganjurkan pembangunan berkelanjutan yang secara bersamaan akan berusaha untuk memenuhi kebutuhan pembangunan masyarakat miskin dan memastikan bahwa kemajuan ekonomi tidak lagi merugikan lingkungan. Pembangunan berkelanjutan menawarkan visi jangka panjang dari kemajuan yang mengintegrasikan sosial, ekonomi dan lingkungan. Kebutuhan lokal dan global dan segera serta kebutuhan jangka panjang (European Commission, 2006).

DAFTAR PUSTAKA

Ananta Aris, 1995. Kesehatan di Indonesia. Jakarta :Kantor Kementerian Kependudukan/ BKKBN

<http://www.radarlampung.co.id/read/society/37821-kesehatan-masyarakat-prioritas-utama>

<http://usepmulyana.files.wordpress.com/2009/02/konsepsi-dan-kebijakan-pelayanan-pelayanan-publik-compatibility-mode.pdf>

<http://www.republika.co.id/berita/videoficer/13/05/31/-tingkatkan-kualitas-hidup->

<http://www.unpad.ac.id/2013/02/kualitas-hidup-seseorang-terlihat-dari-interaksi-dengan-kehidupan-di-sekitarnya/>

Kevin White, 2008. Sosiologi Kesehatan dan Penyakit . Jakarta : Rajawali Pers

Notoatmodjo, 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan . Jakarta : Rineka Cipta

Simangunsong, S., & Lumbantoruan, W. (2011). Keadaan Permukiman Penduduk di Kelurahan Tigaraja Kecamatan Girsang Si Pangan Bolon Kabupaten Simalungun. *JURNAL GEOGRAFI*, 3(2), 31-42.

Soejani,dkk. 2008. Lingkungan Sumberdaya Alam dan Kependudukan Dalam Pembangunan. Jakarta : Universitas Indonesia.

