KEDUDUKAN MANUSIA SEBAGAI SUBJEK PEMBANGUNAN DIBIDANG KESEHATAN

Nurhidayah purnamasari

70200120105

Nurhidayahd423@gmail.com

Kata manusia berasal dari kata manu (Sansekerta) atau mens (Latin) yang berfikir, berakal budi, atau homo (Latin) yang berarti manusia. Secara kodrati, manusia merupakan monodualis. Artinya selain sebagai makhluk individu, manusia berperan juga sebagai makhluk sosial. Sebagai makhluk individu, manusia merupakan makhluk ciptaan Tuhan yang terdiri atas unsur Jasmani (raga) dan rohani (jiwa) yang tidak dapat di pisahkan. Pada dasarnya manusia diberi kemampuan akal, pikiran dan perasaan sehingga sanggup berdiri sendiri dan bertanggung jawab atas dirinya. Setiap manusia senantiasa akan selalu berusaha untuk mengembangkan dirinya untuk memenuhi hakikat individualisnya.

Manusia sebagai makhluk individu manusia juga sebagai makhluk sosial yang berarti manusia mempunyai kebutuhan dan kemampuan untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan manusia lainnya. Dengan kata lain manusia tidak bisa hidup seorang diri dan membutuhkan kehadiran orang lain. Sebagai makhluk sosial manusia memiliki perilaku bekerja sama dan bersaing untuk mengembangkan dirinya dan ini juga merupakan akan menjadi salah satu keharmonisan dalam kehidupan sosialnya.

A. Hakikat manusia dan pandangan psikoanalitik, humanistik, dan behavioristik

Psikoanalisa ditemukan di Wina, Austria, oleh Sigmund Freud. Psikoanalisis merupakan salah satu aliran di dalam disiplin ilmu psikologi yang memiliki beberapa definisi dan sebutan, Adakalanya psikoanalisis didefinisikan sebagai metode penelitian, sebagai teknik penyembuhan dan juga sebagai pengetahuan psikologi.

Psikoanalisa menurut definisi modern yaitu

1. Psikoanalisis adalah pengetahuan psikologi yang menekankan pada dinamika, faktor-faktor psikis yang menentukan perilaku manusia, serta pentingnya pengalaman masa kanak-kanak dalam membentuk kepribadian masa dewasa,
2. Psikoanalisa adalah teknik yang khusus menyelidiki aktivitas ketidaksadaran (bawah sadar),
3. Psikoanalisa adalah metode interpretasi dan penyembuhan gangguan mental.

Menurut Freud tujuan pokok dilakukannya analisis terhadap aspek-aspek kejiwaan manusia bukan untuk mendapatkan teknik penyembuhan gangguan jiwa tetapi untuk memperoleh pengetahuan yang mendalam mengenai kehidupan kejiwaan pada umumnya. Itulah sebabnya pembahasan tentang kepribadian menjadi dominan dalam psikoanalisis. Secara garis besar psikoanalisis membahas kepribadian dari 3 aspek yaitu struktur, dinamika, dan perkembangan.

Terapi perilaku [*behavior therapy*] dan perubahan perilaku [*behavior modification*] atau pendekatan behavioristik dalam psikoterapi, adalah salah satu dari beberapa “revolusi” dalam dunia pengetahuan psikologi, khususnya psikoterapi. Pendekatan behavioristik yang dewasa ini banyak dipergunakan dalam rangka melakukan kegiatan psikoterapi dalam arti luas atau konseling dalam arti sempitnya, bersumber pada aliran behaviorisme. Aliran ini pada mulanya tumbuh subur di Amerika dengan tokohnya yang terkenal ekstrim, yakni John Broadus Watson, suatu aliran yang menitik beratkan peranan lingkungan, peranan dunia luar sebagai faktor penting di mana seseorang dipengaruhi, seseorang belajar. Pada abad ke-17, dunia pengetahuan Filsafat ditandai oleh dua kubu besar yakni kubu “*empiricism*” [*physical science*] dan kubu “*naturalism*” [*biological science*]. Jika psikoanalisa memfokuskan manusia hanya pada totalitas kepribadian (yang hanya tingkah laku yang tidak nampak) tetapi teori ini memfokuskan perhatiannya lebih menekan pada perilaku yang nampak, yakni perilaku yang dapat diukur, diramalkan dan di gambarkan.

Manusia, oleh **Teori behaviorisme** disebut sebagai **Homo Mechanicus**, artinya manusia mesin. *Mesin* adalah suatu benda yang bekerja tanpa ada motif di belakangnya, mesin berjalan tidak karena adanya dorongan alam bawah sadar tertentu, ia berjalan semata-mata karena lingkungan sistemnya. Jika mobil kehabisan bensin pasti tidak hidup, jika businya kotor juga mesin mati, jika unsur-unsur lingkungannya lengkap pasti berjalan lancar. Tingkah laku mesin dapat diukur, diramalkan dan digambarkan. *Manusia*, menurut teori behaviorisme juga demikian. Selain insting, seluruh tingkah lakunya merupakan hasil belajar. Belajar ialah perubahan perilaku organisme sebagai pengaruh lingkungan. Orang batak yang di pinggir pantai laut bicaranya selalu keras. Karena lingkungan menuntut keras, yakni bersaing dengan suara ombak, sedangkan orang jawa yang hidupnya di perkampungan yang lenggang, bicaranya seperti berbisik-bisik, karena lingkungan tidak menuntut suara keras, berbisk-bisik pun terdengar.

Behaviorisme tidak memersoalkan apakah manusia itu baik atau buruk, rasional atau emosional. Behaviorisme hanya ingin mengetahui bagaimana perilaku manusia dikendalikan oleh lingkungan. Manusia dalam pandangan teori behaviorisme makhluk yang sangat elastis, yang perilakunya sangat dipengaruhi oleh pengalamannya. Manusia menurut teori ini dapat dibentuk dengan menciptakan lingkungan yang relevan. Seorang anak misalnya dapat dibentuk perilakunya menjadi seorang penakut jika secara sistematis ia ditakut-takuti. Demikian juga manusia dapat dibentuk menjadi pemberani, disiplin, cerdas, dungu dan sebagainya dengan menciptakan lingkungan yang relevan

Dustin & George (1977), yang dikutip oleh George & Cristiani (1981), mengemukakan pandangan behavioristik terhadap konsep manusia, yakni :

1. Manusia di pandang sebagai individu yang pada hakikatnya bukan individu yang baik atau yang jahat, tetapi sebagai individu yang selalu berada dalam keadaan sedang mengalami, yang memiliki kemampuan untuk menjadi sesuatu pada semua jenis perilaku.
2. Manusia mampu mengonseptualisasikan dan mengontrol perilakunya sendiri.
3. Manusia mampu memperoleh perilaku yang baru.
4. Manusia bisa mempengaruhi perilaku orang lain sama halnya dengan perilakunya yang bisa dipengaruhi orang lain.

Jika teori psikoanalisa dan behaviorisme kurang menghargai manusia, karena dalam psikoanalisa, manusia dipandang hanya melayani keinginan bawah sadarnya, behaviorisme memandang manusia tak takluknya kepada lingkungan, maka psikologi humanistik memandang manusia sebagai eksistensi yang positif dan menentukan manusia dipandang sebagai makhluk yang unik memiliki cinta, kreatifitas, nilai, dan makna serta pertumbuhan pribadi.

B. Kedudukan kelompok sasaran sebagai subjek dan objek pembangunan

kedudukan masyarakat sebagai subyek sekaligus obyek kegiatan pembangunan (kesehatan). Ini dikaitkan dengan pandangan tentang hakekat manusia yang bersifat psiko-analitik, humanistik dan behavioristik. Dalam menempatkan kelompok sasaran sebagai subyek kegiatan, dibahas juga tentang konsep "piring terbang", dimana upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat terutama dilihat sebagai upaya peningkatan dinamika mereka sendiri yang terwujudkan dalam efek "tinggal landas" (upward spirall movement). Intervensi luar dalam konsep ini harus menyesuaikan diri dengan kecepatan perputaran "piringan" dinamika masyarakat yang ada agar tidak timbul kegoncangan masyarakat

C. Proses belajar / pendidikan dalam program kesehatan

Proses belajar dalam pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor dalam empat kelompok besar, yakni faktor materi, lingkungan, instrumental, dan faktor individual subjek belajar. Sedangkan tujuan Proses Belajar dalam Kesehatan adalah menjadikan kesehatan sebagai suatu yg bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada

Proses pembelajaran dalam kesehatan adalah sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan individu, kelompok, masyarakat dan ras meliputi kesehatan lingkungan, kesehatan fisik, kesehatan sosial, kesehatan emosional, kesehatan intelektual, dan kesehatan rohani., proses perubahan perilaku kesehatan yang dinamis, bukan hanya proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur akan tetapi menjadikan kesehatan sebagai suatu yg bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk

mencapai tujuan hidup sehat dan mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, tujuan yang ingin dicapai dalam Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat adalah diperolehnya kemandirian masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan. Untuk mencapai tujuan ini maka kegiatan - kegiatan yang dilakukan dalam upaya PPM harus diarahkan pada diperolehnya pengalaman belajar dari kelompok sasaran. Akumulasi dari pengalaman belajar yang diperoleh secara bertahap ini kemudian akan menghasilkan kemampuan menolong diri sendiri dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Dalam bahasan ini dibicarakan tentang tiga situasi belajar dalam masyarakat, yaitu *required outcome situation*, *recommended outcome situation* dan *self-directed outcome situation*.

Dalam upaya untuk secara optimal memaparkan kelompok sasaran pada berbagai pengalaman belajar, maka keterlibatan kelompok sasaran merupakan suatu prasyarat penting (atau bahkan mutlak). Hal ini dikaitkan dengan Hukum Partisipasi seperti yang dikemukakan oleh Haggard, bahwa pengalaman belajar yang diperoleh kelompok sasaran akan meningkat dan lebih menetap jika kelompok sasaran dilibatkan dalam proses belajar. pengertian partisipasi ini dapat dikelompokkan dalam dua kelompok, yaitu pengertian partisipasi sebagai hak dan pengertian partisipasi sebagai kewajiban. Jika sebelumnya partisipasi dikaitkan dengan proses belajar, maka konsep dasar partisipasi sebetulnya juga erat kaitannya dengan kesediaan untuk berbagi kekuasaan (*sharing of power*). Dalam tinjauan ini maka dicoba dibahas tentang permasalahan yang muncul sehubungan dengan upaya melibatkan kelompok sasaran dalam upaya kesehatan dari segi *sharing of power*.

D. Perkembangan pendekatan kesehatan masyarakat yang berorientasi pada petugas dan masyarakat

Dalam aplikasinya di masyarakat, upaya untuk melibatkan kelompok sasaran dihadapkan pada kenyataan bahwa situasi dan kondisi masyarakat yang berbeda -beda. Sikon yang berbeda -beda ini dapat dilihat sebagai suatu kendala dalam melibatkan sasaran secara aktif atau sebagai suatu kondisi yang memang harus dirubah. Disini dibahas tentang penerapan dari pendekatan direktif dan non -direktif (*directive and non -directive approach*) seperti yang diuraikan oleh T.R. Batten. Secara realistis -pragmatis, maka sikon masyarakat yang berbeda -beda dalam upaya melibatkan masyarakat secara aktif, memang memerlukan pendekatan yang berbeda -beda pula. Masyarakat yang lebih siap dapat dibina dengan pendekatan yang non -direktif sedangkan masyarakat yang belum siap dapat mulai dibina dengan pendekatan yang direktif. Meskipun demikian, aplikasi hal ini harus dengan disertai suatu kesadaran bahwa tujuan akhir adalah diperolehnya kemandirian dan oleh karena itu secara bertahap -sesuai dengan kesiapan masyarakat - perlu ditingkatkan pendekatan yang non -direktif.

Kesehatan masyarakat sangat penting bagi ketersediaan sumber daya manusia (SDM) berkualitas yang menentukan daya saing bangsa. Menurut Achmad Suyudi (1999), pembangunan kesehatan merupakan pembangunan investasi SDM berkelanjutan. Namun, diakui atau tidak, dewasa ini persoalan kesehatan masyarakat semakin kompleks, baik di pedesaan maupun di perkotaan. Menurut Surjadi (2000), seringkali kita kurang menyentuh akar permasalahan kesehatan, seperti :

1. kemiskinan dan lingkungan yang menyebabkan masyarakat tidak berdaya untuk mengakses pelayanan publik karena terbebani oleh stigma-stigma tertentu
2. pengaruh industrialisasi, seperti pariwisata, makanan, dan perilaku
3. faktor Psikososial keluarga dan individu, seperti stress, ketergantungan terhadap NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya)
4. factor yang berkaitan dengan anak jalanan, pekerja sector informal, pekerja seks komersial, petugas kebersihan kota, remaja kota, dan usia lanjut (manula)
5. faktor akibat terjadinya krisis seperti bencana banjir, gempa bumi, kebakaran.

Sementara, di daerah pedesaan, sering dijumpai keterbatasan jumlah tenaga medis di wilayah-wilayah pedalaman, minimnya ketersediaan infrastruktur prasarana pelayanan kesehatan, dll. Kondisi ini menyebabkan minimnya penanganan gizi buruk, busung lapar, serta diare bayi dan balita; minimnya pelatihan tentang upaya perbaikan gizi masyarakat dengan pembudidayaan dan pemanfaatan berbagai sumber makanan nabati, seperti ubi-ubian, kacang-kacangan