

## Perubahan Eksternal, Soft Skills Dan Kurikulum Kesehatan

Elfindri\*

\*Profesor HRD Andalas University

### Abstract

Tulisan ini menyoroti begitu pentingnya tingkah laku kesehatan rumah tangga '*household health behavior*'<sup>1</sup> didorong dan direayasa untuk meminimumkan efek dari persebaran virus. Sekiranya pengetahuan dan kesadaran akan hal ini rendah, maka untuk kasus negara berkembang seperti Indonesia, perkembangan berbagai jenis penyakit degeneratif akan semakin sulit dicegah. Meluasnya persoalan ini kemudian akan berdampak kepada semakin besarnya biaya pencegahannya, dan dampak dari kecepatan virus bisa berbahaya lebih besar lagi. Salah satu implikasi adalah pencegahan dapat dilakukan melalui perbaikan kurikulum pendidikan akan bahaya dari persebaran virus. AIDS, FLU Burung, Flu Babi, Demam Berdarah, dan sebagainya cukup memusingkan pelayanan kesehatan, termasuk insektisida. Pemutakhiran kurikulum tentunya bermanfaat untuk memajukan pendidikan kesehatan, khususnya pendidikan keperawatan, unsur soft skills sangat penting, selain dari perubahan kognitif.

---

Alamat Korespondensi: ... Tesis penulis (chapter 6) menemukan bahwa perbaikan dari sanitasi dan tingkah laku kebersihan rumah tangga dapat mengurangi angka keberulangan diare, dan kemudian dapat berdampak kepada perbaikan gizi anak balita, di daerah pedesaan Sumatra Barat. Lihat Elfindri (1995) "*The Differentials in Child nutritional outcomes in Rural West Sumatra*", Unpublished Ph.D Thesis, The Flinders University, South Australia.

## Pendahuluan

Tahukah Anda, bahwa setiap kejadian adalah dibuat secara berulang-ulang oleh Sang Pencipta?. Banjir terjadi berulang-ulang, keganasan virus, gunung meletus, termasuk gempa bumi yang mengakibatkan Tsunami, dan lainnya. Kenapa itu diciptakan?. Kita belum mengetahui secara persis rahasianya. Namun setidaknya adalah menjadi peringatan kepada umat manusia. Namun kebanyakan umat manusia tidak mengetahui. Upaya mengetahuinya dilakukan mesti dari sumbernya; Al-Qur'an, Hadists serta sumber dari segala ilmu.

Kenapa virus AIDS lebih cepat menularnya di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju?. Salah satunya proses dari diseminasi dan kesadaran akan bahaya virus AIDS lebih cepat dirasakan di negara maju, sementara akibat dari kurangnya pengetahuan dan buruknya sanitasi, kurangnya teknik kampanye dan kesadarannya, maka negara berkembang banyak merasakan dampak dari virus tersebut.

Inilah yang melandasi bagaimana sebuah fenomena virus sedemikian rupa dapat hidup dan berkembang, dapat membahayakan dan dapat pula sebaliknya –bermanfaat. Tema kita pada kali ini adalah melihat berbagai persoalan ‘virus transmission’ antar individu, antar makhluk, dan kemungkinan ancaman yang diakibatkannya. Dengan melihat berbagai kemungkinan akibatnya, lantas, bagaimana Al-Quran berisi dan literatur berkembang pesat agar dari situ kita dapat mempelajari bagaimana meminimumkan agar efek negatif dari peredaran virus dapat diatasi. Ujung-ujungnya semakin diketahui semakin memajukan proses pengajaran dan advokasi melalui kurikulum.

Tulisan ini merupakan tulisan non fiksi. Dia didasari atas telaahan literatur yang terkait dengan tema yang dibahas. Penekanan kepada tingkah laku rumah tangga dan dalam

kaitannya dengan pembangunan kesehatan sangat urgen, dimana salah satu aspek yang sering dilupakan dalam mengemas berbagai program dalam pembangunan kesehatan. Termasuk pembelajaran di berbagai bidang. Oleh karenanya pada awal tulisan akan dikemukakan landasan utama kajian kesehatan. Kemudian dilanjutkan dengan seberapa *intens* aspek tingkah laku ‘*behavioural*’ berdampak dalam pemburukan dan atau perbaikan derajat kesehatan?. Apakah maknanya terhadap program pembangunan kesehatan, dan apa implikasinya terhadap kurikulum pengajaran?. Tulisan ini diakhiri dengan sebuah kesimpulan.

## Teknologi Kesehatan, Asupan Gizi dan Tingkah Laku Kesehatan

Pertanyaan pertama adalah mana diantara kelompok faktor utama di atas menjelaskan maju mundurnya derajat kesehatan masyarakat?. Literatur dasar ilmu kesehatan masyarakat (Elfindri, 2002) akan masuk ke dalam klasifikasi tiga faktor utama yang menyebabkan maju mundurnya kesehatan masyarakat.

**Pertama adalah peranan dari teknologi kesehatan.** Arti teknologi disini adalah kesehatan dapat dipromosikan, diperbaiki dan dicegah melalui pendekatan teknologi. Kemajuan akan teknologi obat, pengetahuan dan keterampilan tenaga medis (bidan, perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya) beserta infrastruktur lunak lainnya adalah sebagai kumpulan dari teknologi kesehatan. Semakin maju teknologi kesehatan, semakin cepat perbaikan kesehatan dapat dilakukan (Abelson dkk, 2007). Baik dilakukan secara preventif, kuratif, maupun promotif.

Sebuah pernyataan akademik yang sulit untuk dibantah, dan peranan teknologi dapat dianggap sebagai salah satu faktor penentu

kemajuan kesehatan. Pada model dimana teknologi kesehatan yang dijadikan sebagai perubah perbaikan kesehatan utama, maka kebijakan pengadaan tenaga kesehatan, obat, dan infrastruktur kesehatan dipercaya sebagai faktor yang strategis dalam mempercepat perbaikan derajat kesehatan masyarakat (Allison dkk, 2008).

Kita dapat menyadari bahwa peranan teknologi kesehatan juga akan semakin dirasakan oleh semakin tersedianya tenaga kesehatan dan sistem yang mendukung agar sebuah pelayanan dapat berjalan sebagaimana mestinya. Ketika teknologi kesehatan canggih, tanpa didukung oleh SDM kesehatan yang bermutu dan kompeten, maka dampak teknologi menjadi sulit dirasakan. **Kotak 1** menjelaskan bagaimana negara Cuba menjadi salah satu contoh peranan teknologi kesehatan di negara miskin.

Kotak 1: CUBA Memiliki SDM Kesehatan Tercanggih Di Negara Berkembang

Cuba dianggap oleh Bank Dunia, sebagai salah satu negara yang memiliki kemajuan kesehatan dan teknologi pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi. Ini dijelaskan oleh kurikulum terbaik dalam bidang kesehatan. Dalam kurikulum, ditanamkan sejak awal, bahwa profesi sebagai pelayan kesehatan adalah berstatus terbaik di tengah masyarakat. Ini didukung oleh fokusnya pemerintah memperbaiki sistem pendidikan, etika kesehatan dan penerapannya secara baik.

Cuba dengan kemajuan peradabannya tercatat sebagai salah satu negara yang diembargo oleh Amerika Serikat, namun sistem pelayanan kesehatannya adalah termasuk terbaik di dunia.

**Kedua adalah input kesehatan berupa asupan gizi.** Kesehatan yang kurang dapat dijelaskan karena kekurangan input kesehatan, berupa kekurangan kalori, protein dan vitamin, serta zat mikro gizi lainnya. Dipercaya bahwa memajukan kesehatan adalah kaitannya dengan perbaikan gizi. Mengingat gizi yang kurang beresiko akan

terjadinya infeksi, dan kemudian infeksi akan menyebabkan mudahnya dihindangi penyakit.

Persoalan utama dalam kaitan ini adalah bahwa kendatipun masyarakat tinggal pada daerah yang memiliki ketersediaan gizi yang cukup, masalah kekurangan gizi; dari berbagai dimensi, masih dijumpai. Faktor utama adalah kekurangan daya beli '*purchasing power parity*', dan disertai ketidakpahaman dari masyarakat akan pangan yang nantinya sampai dan sesuai dengan keperluan masyarakat<sup>2</sup>. Diskusi kebijakan tentang hal ini sangat fragmatis, dimana angka kekurangan gizi dapat diatasi melalui perbaikan penyediaan sumber karbohidrat, protein dan vitamin dan mineral. Ketika hal ini dipenuhi, maka akan terjadi perbaikan kesehatan, karena akan menyebabkan keterkaitannya dengan kesehatan menjadi kuat. Regim berfikir ini lebih banyak melalui perbaikan penyediaan pangan, subsidi berbagai 'gizi' dan kampanye gizi.

Ketika persoalan input gizi tidak mengemuka, dan ketika itu persoalan *diseases* dan kurang gizi tinggi ditemukan, kemudian persoalan yang mungkin menjelaskan adalah kurangnya teknologi kesehatan dan persoalan buruknya tingkah laku dan sanitasi. Sehingga aspek kedua mesti secara *mutually exclusive* dengan aspek pertama dan ketiga. Dengan demikian mana diantara yang paling dominan yang mesti dilihat dalam konteks memajukan aspek kesehatan. Pertanyaan penting adalah ketika kita mendidik seorang tenaga kesehatan, apakah pemahaman hal ini sudah dipahami

<sup>2</sup> Konsep *food entitlement* mengisyaratkan bahwa sekalipun ketersediaan pangan dan gizi cukup, yang mesti dipenuhi pada tahap berikutnya adalah kemampuan untuk sampai ke mulut masyarakat pada waktu dan tempat yang tepat. Kemampuan membedakan akan gizi, protein, vitamin yg seimbang menjadi sangat penting dipahami oleh individu, dan masyarakat.

secara baik?, setelah memahami apakah mahasiswa juga terlatih mengkomunikasikan kepada masyarakat agar mudah dimengerti?. Mestinya hal ini menjadi pekerjaan rumah bagi pendidik.

**Ketiga adalah aspek tingkah laku.** Persoalan sekarang adalah aspek tingkah laku siapa yang mendominasi semakin buruknya status derajat kesehatan, sebagai akibat meluasnya vektor, dan virus. Bisa individu, bisa rumah tangga, bisa saja komunitas. Komunitas yang tidak kondusif tingkah lakuk kesehatannya bisa saja disebabkan oleh akumulasi dari keadaan rumah tangga. Akumulasi rumah tangga yang tidak kondusif tingkah laku kesehatannya juga disebabkan karena akumulasi dari individu. Lantas **Tabel 1** di bawah ini dapat diperlihatkan begitu pentingnya aspek kebersihan dalam

pengendalian vektor, melalui perbaikan tingkah laku, disertai *target group* sasaran dari program.

Apa yang menarik adalah bahwa tingkah laku yang dominanpun memiliki perbedaan antara satu jenis virus, dengan virus lainnya. Mengingat perbedaan yang mendasar terjadi antara satu jenis penyakit yang disebabkan oleh virus, dengan jenis penyakit lainnya. Ini kemudian juga membawa konsekwensi siapa yang menjadi target group dari pencegahan. Untuk jenis penyakit diare misalnya, maka fokus penanganan adalah pada ibu anak balita. Dan tentunya hal ini disampaikan tidak saja pada pelayanan oleh perawat di rumah sakit, namun mesti menjangkau ibu anak balita yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan sistem pelayanan ibu dan anak.

**Tabel 1**  
**Berbagai Jenis Virus dan Tingkah Laku Rumah Tangga**

| Virus/Vektor                  | Tingkah Laku Dominan  | Target Group   |
|-------------------------------|---|--|
| HIV                           | Individu  | Usia produktif, usia muda dan remaja                 |
| Nyamuk Deam Berdarah          | Rumah tangga dalam mengendalikan kebersihan rumah   | Rumah tangga dan komunitas                           |
| Flue Babi                     | Individu/Rumah Tangga   | Inividu morbilitas tinggi/ wisatawan dari asal virus |
| Flue Burung                   | Individu/Rumah Tangga   | Rmah tangga pemelihara unggas dan burung             |
| e-Cola sebagai penyebab diare | Rumah tangga khususnya ibu dan anak balita, masyarakat hunian kumuh dan pinggiran sungai, tepi pantai, perawatan dan kebersihan piring dan sendok | Ibu anak balita<br>Kampung kumuh                     |
| Malaria                       | Rumah tangga dataran rawa-rawa  | Rumah tangga dataran rendah dan rawa-rawa            |
| Peptisida                     | Ibu rumah tangga petani tanaman hortculutra   | Petani dan wanita                                    |

Dari penjelasan di atas jelaslah kiranya bahwa dari sederetan faktor utama yang perlu dipahami oleh para pendidik, para tenaga kesehatan, maka tiga faktor di atas

memberikan peranan dan penekanan yang berbeda satu dengan lainnya. Jika teknologi kesehatan lebih kepada konotasinya kepada tenaga, peralatan, dan

obat serta teknologi pendukung lainnya, maka untuk membangun pelayanan kesehatan persoalan tingkah laku masyarakat mesti juga dijadikan sebagai bagian dari faktor penting.

### **Dampak Tingkah Laku Rumah Tangga**

Berikutnya ingin diperlihatkan bahwa aspek tingkah laku baik individu, rumah tangga dan kemudian komunitas mesti dijadikan sebagai faktor yang sering tidak dilihat dalam penilaian teknologi kesehatan.

Kajian kami pada awal tahun 1990 an menemukan perbedaan angka diare di berbagai daerah, khususnya daerah aliran sungai, angka diare relatif tinggi dibandingkan dengan komunitas lainnya. Tingkah laku kesehatan dinilai dari berbagai tingkah laku yang relatif tinggi resikonya terhadap kemungkinan terjadinya kontaminasi. Mulai dari tingkah laku pembersihan tangan, penjagaan makanan, kebersihan rumah dan sebagainya (Elfindri, 1995).

Bayangkan saja kajian ini menemukan bahwa pada rumah tangga yang memiliki fasilitas air minum yang relatif baik, justru angka diare anak balita relatif tinggi. Setelah dilakukan pengkajian yang seksama, ditemukan ternyata persoalan tingkah laku yang dikemukakan di atas menjadi beresiko terhadap kemungkinan makanan anak terkontaminasi. Proses ini melalui peralatan makanan '*utensils*' yang digunakan dalam mengkonsumsi makanan balita. Kajian tersebut juga menemukan bahwa kebiasaan ibu mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi probabilita anak menderita diare di pedesaan Sumatra Barat (Elfindri, 1995; Elfindri, 2003).

Jika dikaji revolusi epidemiologi di British pada akhir abad ke 17, McKewn

menemukan bahwa angka kematian dapat menurun sebagai akibat dari pembiasaan menggunakan sabun untuk kepentingan mandi dan mencuci pakaian. Penemuan sabun mandi dan cuci, ternyata juga menyebabkan infeksi dapat turun secara meyakinkan. Implikasi apa yang dipelihatkan dari berbagai temuan ringkasi di atas?. Bahwa peranan teknologi tidak saja dilakukan dan ditempatkan hanya pada tatanan pelayanan rumah sakit atau puskesmas. Namun persoalan ini mesti menjadi domain publik, dimana diseminasi dari pemahaman kebersihan dan fasilitas berada pada tatanan rumah tangga. Kemudian tentunya adalah komunitas yang merupakan gabungan tatanan rumah tangga.

### **Tantangan dan Perubahan Eksternal**

Perubahan transisi demografi, transisi epidemiologi, transisi ekonomi, serta transisi administrasi pemerintahan akan membawa konsekwensi kepada bentuk-bentuk keperluan pelayanan kesehatan

Transisi demografi ditandai dengan semakin mengecilnya jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu. Ini disebabkan karena kemajuan pendidikan wanita, kemajuan ekonomi masyarakat dan intensitas pemanfaatan alat kontrasepsi, sehingga resiko akan kehamilan tercegah bisa 'dikendalikan' melalui penerapan ipteks keluarga berencana. Transisi demografi sudah memasuki tahap akhir, setidaknya masih dapat diturunkan angka kelahiran, dari sekitar 2,6 per wanita kawin menjadi 2,0 atau bahkan di bawah NRR =1. Oleh karenanya pelayanan KB juga menjadi salah satu yang perlu pergeseran, dari kuantitas menjadi kualitas, dalam rangka menyikapi penurunan angka kelahiran. Dampak dari transisi demografi jelaslah menyebabkan komposisi dari penduduk

yang berusia tua akan semakin meningkat. Pada tahun 2020 negara Indonesia akan memiliki struktur penduduk tua, dimana aspek *gerontology* adalah salah satu bawaan dari peroses demografi tahap akhir ini.

Transisi epidemiologi memperlihatkan terjadinya diversifikasi jenis penyakit dari dominasi *communicable diseases* menuju kepada *non communicable diseases* (Elfindri, 2003). **Communicable diseases** terutama dihasilkan dari ‘**man-made**’ berupa virus, migrasi binatang dan orang, serta semakin memburuknya lingkungan. Selain program kuratif, serta preventif, upaya promotif menjadi suatu kesatuan yang tidak bisa dipisahkan. Jenis pelayanan semakin bermakna dari pelayanan publik seperti di rumah sakit dan puskesmas, menjadi semi publik di tempat praktek dokter, dan bidan dan perawat. Dan prediksi ke depan akan semakin banyak pelayanan kesehatan keluarga dan individu, dibandingkan dengan perawatan massal di fasilitas resmi pelayanan rumah sakit atau klinik kesehatan.

Transisi ekonomi jelas diperlihatkan semakin tingginya penghasilan dan derajat hidup masyarakat. Namun pada saat bersamaan akan terjadi ketidakseimbangan hasil pembangunan dimana masih ditemukan angka kemiskinan sebesar 42 juta penduduk di Indonesia. Dengan kondisi seperti ini pelayanan kesehatan akan terbelah. Pertama permintaan akan pelayanan kesehatan dasar akan tetap saja tinggi menjelang tahun 2020. Saat bersamaan permintaan akan pelayanan selektif juga demikian. Sebuah kajian yang dilakukan oleh Liu dkk, (1998) menemukan dampak dari perubahan ekonomi terhadap kesehatan beberapa negara secara berbeda. China relatif

membaik kesehatannya akibat dari kemajuan ekonomi, sebaliknya Rusia memperlihatkan tanda yang semakin menurun aspek kesehatannya.

Transisi pemerintahan menempatkan dimana peranan pemerintah sudah mulai diotonomikan, dari pusat ke daerah. Dan dari rumah sakit propinsi ke puskesmas. Ini memberikan konsekuensi sistem pelayanan kesehatan mengikuti bagaimana sistem pelayanan pemerintah daerah. Permintaan akan tenaga keperawatan oleh pemerintah mesti tidak akan meningkat, melainkan permintaan akan perawat oleh rumah sakit swasta atau puskesmas swasta beserta rumah tangga menjadi penting ke depan. Khususnya di kota-kota besar.

### **Kurikulum Kesehatan**

Banyak motivasi yang melatar belakangi pemilihan jurusan kesehatan seperti keperawatan dan kebidanan tentunya. Ada yang memilih karena terbuka lapangan kerja, berupa upah yang stabil, atau mungkin karena bakat dan keinginan untuk mempelajari bidang ini. Kajian yang dilakukan oleh Spetz (2002) menemukan bahwa alasan karena pilihan bidang menjadi lebih dominan dibandingkan dengan alasan karena adanya lapangan pekerjaan. Apapun alasan demikian, kurikulum mesti menghasilkan mutu dan kompetensi keperawatan yang memuaskan.

Dari analisis di atas dapat dilihat bahwa kurikulum Keperawatan mesti mengacu kepada tiga kepentingan. Semakin seseorang memperoleh pendidikan, maka semestinya telah memperoleh berbagai jenjang kompetensi. Ada tiga kompetensi yang mesti diperoleh oleh anak didik. Bisa satu, dua atau ketiga kompetensi itu. Yakni, kompetensi otak ‘*knowledge*’, kompetensi keterampilan kerja ‘*skilled*’,

dan kompetensi *emosional dan soft skills*. Manakah diantara ketiga kompetensi itu yang sudah diperoleh?. Dimanakah posisi etika dalam perolehan ketiga kompetensi di atas?, dimanakah peranan filsafat dalam memenuhi ketiga kompetensi itu?. Kurikulum pendidikan kesehatan seperti keperawatan mesti mampu menghasilkan para alumni memenuhi kompetensi di atas.

Keseluruhan kompetensi hanyalah bisa diperoleh bilamana antara anak didik dan pendidik, beserta lingkungan benar-benar sadar akan perlunya ketiga dimensi itu masuk ke dalam proses belajar mengajar. Oleh karenanya, tulisan ini menarasikan posisi masing-masing kompetensi, dan kemudian mencoba mengaitkan dengan persoalan pencapaiannya. Kemudian bagaimana kita pada masa kini dan mendatang mampu memposisikan diri, untuk menjadikan sumber-sumber ilmu pengetahuan sangat berharga dan menjadikannya pedoman untuk memperoleh etika, ilmu dan agama secara simultan.

Kompetensi keilmuan '**ranah kognitif**' dapat mengacu kepada standar kurikulum **profesional** yang selalu dikembangkan sesuai dengan persoalan yang dihadapi. Dia berisikan *content* yang ingin disampaikan, cakupan yang ingin dijangkau, contoh dan kasus-kasus yang bisa dibahas. Tata urut penyampaian, dan basis penyampaian agar materi bisa diketahui dan dikembangkan sendiri oleh peserta didik. Penguasaan pendidik, beserta instruktur dan manual kerja adalah menjadi sangat penting dikembangkan secara terus menerus. Termasuk bagaimana melakukan *feedback* untuk pencapaian standar kurikulum tersebut.

## **Ranah Keilmuan+ Ranah Keterampilan = HARD SKILLS**

Kemudian keterampilan kerja "**ranah psikomotorik**" adalah sangat penting dipenuhi, agar suatu kelak anak didik mampu menggunakan pengalaman yang dia peroleh selama mengikuti pendidikan. Keterampilan kerja sangat ditentukan oleh instruktur dan tempat 'laboratorium' dimana keterampilan diperoleh. Oleh karenanya sarana dan manual instruktur mesti dibangun secara terus menerus sehingga mampu menghasilkan keterampilan 'keperawatan'.

Ranah terakhir adalah pemenuhan ranah **soft skills**. Ranah penunjang dan sangat penting. Selain bisa mengatur diri sendiri (intrapersonal), memposisikan dengan pasien (interpersonal) dan masyarakat, juga sebagai khalifah di bumi ini<sup>3</sup>. Demikian juga kenapa seorang perawat *nurses* mesti memberikan pelayanan yang prima; senyum, tegas, dan cepat?. Karena kodrat seorang *nurses* menyebabkan pelayanan yang dia berikan mengacu kepada nilai-nilai universal itu. Ketika dia mencoba memberikan yang terbaik kepada orang lain (pasien), maka seorang *nurse* tidak melawan harkatnya. Jika sebaliknya, maka seorang *nurse* melawan harkatnya. Dan akhirnya dia akan berbenturan dengan tata kehidupan yang sudah disusun oleh Allah S.W.T. Dia akan bekerja diluar garis orbit, dimana keberkahan tidak ada. Dia masih bisa bekerja, kemudian hidup dari pekerjaannya, namun dalam jangka panjang dia tidak akan memiliki tabungan yang diberikan oleh Allah S.W.T. Keterampilan terakhir ini yang sering kita

<sup>3</sup> Lihat Elfindri dkk (2009a) **Mendidik Soft Skills: Tuntunan Rumah dan Sekolah**, draft buku, akan diterbitkan. Lihat pula Elfindri dkk (2009b) **Melatih Soft Skills Calon Bidan dan Perawat**, Baduose Media. Jakarta

istilahkan dengan keterampilan lunak '*soft skills*'.

Oleh karenanya, maka yang menjadi persoalan bagi kurikulum keperawatan adalah bagaimana 3 kompetensi tadi dimiliki oleh anak didik. Kompetensi otak mesti diberikan melalui pemahaman ilmu dasar keperawatan. Keterampilan perawat akan terasah ketika mereka semakin sering dan berulang memperoleh praktek. Mulai melakukan perawatan pasien, sampai teknis medis dalam proses deteksi panas tubuh, kecepatan pendeteksian, dan memberikan tahapan pelayanan dari dokter ke pasien, bilamana memerlukannya. Untuk memperoleh keterampilan yang memadai, maka seseorang mesti mengasah keterampilan kerja dari dosen, atau tutornya. Sering memanfaatkan labor dan perangkat pembantu, agar kelak semakin lama dan terbiasa menjadi terampil.

Yang menjadi persoalan utama adalah mengisi dimensi emosional, serta segala *soft skill* yang diperlukan untuk kecakapan hidup seseorang. Apakah yang dimaksud dengan *soft skills*?. *Soft skill* merupakan keterampilan dan kacakapan hidup, baik untuk sendiri, berkelompok, atau bermasyarakat. Di dalam *soft skills* sendiri membuat keberadaan seseorang akan semakin terasa di tengah masyarakat. Keterampilan akan berkomunikasi, keterampilan emosional, keterampilan berbahasa, keterampilan berkelompok, memiliki etika dan moral, santun, dan lainnya.

Dalam mempelajari ilmu dan keterampilan, dua dimensi itu bisa secara terpisah atau tidak. Dimana unsur emosional dan *soft skills* terlihat. Persoalan yang dihadapi selama ini adalah bahwa unsur emosional menjadi sangat terbatas diberikan oleh sistem pendidikan dan metode pembelajaran. Hasil studi

menunjukkan bahwa orang yang sukses di dunia ditandai hanya oleh 18% karena dia berilmu dan terampil. Sisanya, 82% dijelaskan oleh keterampilan emosional, *soft skill* dan sejenisnya (Elfindri, 2009).

*Soft skills* lebih penting dari kedua keterampilan yang disebutkan sebelumnya. Dalam *soft skills* seorang perawat dididik untuk mampu berkomunikasi dengan pasien, dan keluarganya secara baik, tepat waktu, mengeksekusi dan menjamin agar pelayanan dirasakan terbaik sesuai dengan kondisi apapun yang dialami. Oleh karenanya pada masa yang akan datang persoalan etika, moral, dan segala bentuk *soft skills* mesti diperoleh dalam rangkaian mata ajar oleh anak didik.

### Kesimpulan

Tulisan singkat ini ingin *sharing* bahwa perubahan akan bentuk pelayanan dan diversifikasi jenis penyakit ke depan sangat memberikan implikasi penting kepada tatanan pendidikan kesehatan masyarakat, seperti keperawatan, kebidanan dan kesehatan masyarakat. Disadari atau tidak, bahwa persoalan kesehatan mesti dilihat sebagai sebuah objek yang berubah. Mulai dari persoalan ketersediaan teknologi kesehatan serta penguasaannya, sampai kepada persoalan rumah tangga dan tingkah laku. Ketiga inilah yang nantinya memberikan pengaruh yang berarti dalam pembangunan pendidikan kesehatan.

Kemudian 3 dimensi disadari atau tidak menjadi sangat penting untuk disadari; mesti dimiliki oleh mahasiswa, dimensi otak, keterampilan kerja, dan keterampilan lunak. Kurikulum mesti didesain agar ketiga dimensi itu menjadikan alumni menjadi tidak canggung memasuki dunia nyata. Saya mengajak agar pemutakhiran mesti dilakukan sejalan dengan perubahan-

perubahan dari masyarakat, perkembangan virus, dan termasuk perkembangan penggunaan pestisida.

#### Daftar Pustaka

Abelson, Julia, Giacomini Mita, Lehoux, Pascale, Gauvin, Francis-Piere (2007) Bringing 'the public' into health technology assessment and coverage policy decision: From principle to practices', *Health Policy* 82(1), 37-50.

Allison Thorpe, Griffiths, Sian, Jenel, Tony dan Adshead Fiona (2008) The Three of Public Health: An alternative relevant basis for Public Health education', *Public health* 122(2), hal 201-210.

Elfindri (1995) '*The differentials in child nutritional outcomes in rural West*

*Sumatra*, Unpublisehd Ph.D Dissertation, The Flinders University.

Elfindri (2002) '*Ekonomi Layanan Kesehatan*', Andalas University Press.

Elfindri(2009) '*Soft Skill: Panduan Mendidik Anak di Rumah dan Di Sekolah*', manuskrip buku, belum terbit.

Joanne Spetz (2002) 'The Value of Education in a licensed profession :The choice of associate or baccalaureate degrees in nursing', *Economic of Education Review* 21 (2002), pages 73-85.

Lie, Yuanli, Rao, Keqin dan John Fei (1998) 'Economic transition and Health Transition: comparing China and Rusia', *Health Policy* 44(2), hal 103-122.